

Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten

Bedingungen, Ziele und Perspektiven der
Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege

Kai Leichsenring
Katharine Schulmann
Katrin Gasior
unter Mitarbeit von Michael Fuchs

Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien



Wien,
September 2015



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

AK Wien

Prinz-Eugen-Straße 20-22

1040 Wien

Redaktion:

Kai Leichsenring, Michael Fuchs, Katrin Gasior, Katharine Schulmann

Grafik-Design, Satz:

Katrin Gasior, Kai Leichsenring, Willem Stamatou

ISBN 978-3-7063-0542-6

Druck:

Eigendruck

© AK Wien und die Autorinnen, 2015

Table of Contents

Abkürzungsverzeichnis	5
Danksagung	6
Zusammenfassung	7
1 Einleitung: Ziele und Definitionen	13
Methodik	19
2 „Gute Pflege“ und die Perspektive der Beschäftigten – ein Literaturüberblick	22
Der wachsende Stellenwert von Qualitätssicherung	22
Der Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Erbringung „guter Pflege“	24
Definitionen von Qualität in der Langzeitpflege	27
3 Zur Identität der Langzeitpflege und -betreuung aus Sicht unterschiedlicher Berufsgruppen	31
Die wesentliche Rolle der Arbeitsbedingungen	33
4 Gute Pflege von A bis Z – Themen und Schlüsselaspekte guter Pflege	37
Alltagsgestaltung – Angehörigenarbeit – Arbeitsbedingungen – Assessment (Aufnahme und Erhebung des Pflegebedarfs) – Ausbildung – Autonomie der Beschäftigten – Autonomie der Nutzerinnen – Beginn und Ende der Pflegebeziehung – Berufsbilder und -gesetze – Beziehungsarbeit – Case und Care Management – Dauer – Definition von Betreuung und Pflege – Diversifizierung – Dokumentation – Empathie – Entlassungsmanagement – Erfolg – Finanzierung und wirtschaftliche Rahmenbedingungen – Fokus/Zielgruppe – Fort- und Weiterbildung – Führung – Gesundheitsförderung und -erhaltung – Gesetzliche Rahmenbedingungen – Haltung – Image der Langzeitpflege – Infrastruktur – Kompetenzen vereinigen – Kontinuität – Kooperation und Kommunikation – Lebensqualität – Leitwerte – Leistungsdefinition – Messbare Indikatoren – Mitarbeiter-Zufriedenheit – Multidisziplinarität und Teamarbeit –	

	Multikulturelle Pflege – Nutzer-Zufriedenheit – Organisation(en) – Personalressourcen und Know-how – Pflegekonzepte – Planung – Professionalität – Qualitätsmanagement – Qualitätssicherung – Regionale Unterschiede – Standardisierung – Transparenz – Umsetzung neuer Konzepte – Vernetzung – Wissensmanagement – Zeit – Zugang	
5	Herausforderungen für „gute Pflege“ in der 24-Stunden-Betreuung	81
	Qualitative Interviews	81
	Zur Identität der Langzeitpflege und der Rolle der 24-Stunden-Betreuung	82
	Strukturelle Rahmenbedingungen beeinflussen die Qualität der Betreuung	83
	Kommunikation entscheidet über Prozessqualität	84
	Intuitive Messgrößen zur Einschätzung der Ergebnisqualität	87
	Eine hohe Varianz an Kompetenzen und die Bedeutung von Erfahrungslernen	87
	24-Stunden-Betreuung als prekäres Konstrukt	88
6	Die Perspektive pflegender Angehöriger	90
	Eine Gruppendiskussion	90
	Die Rolle(n) pflegender Angehöriger im Betreuungsarrangement	91
	Die Beziehung zu den Beschäftigten in der Langzeitpflege	92
	Lebensqualität im Pflegearrangement	93
	Information und Aufklärung	94
7	Empfehlungen zur Weiterentwicklung „guter Pflege“ aus Sicht der Beschäftigten	95
	Werte und Konzepte in der Langzeitpflege	96
	Strukturqualität	97
	Prozessqualität	100
	Ergebnisqualität	104
	Schlussbemerkung	107
	Literatur	108
	Anhang	117
	Anhang 1: „Gute Pflege“ aus Sicht der Beschäftigten – Der Themenkatalog von A-Z	117
	Anhang 2: Leitfaden für Interviews mit Vertreterinnen der unterschiedlichen Berufsgruppen	120
	Anhang 3: Leitfaden für Interviews mit Personenbetreuerinnen	125

Abkürzungsverzeichnis

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
Anm.d.Verf.	Anmerkung der Verfasser/innen
ASCOT	Adult Social Care Outcomes Toolkit (www.pssru.ac.uk/ascot)
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
BGBI	Bundesgesetzblatt
BPGG	Bundes-Pflegegeldgesetz
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
DSB	Diplom-Sozialbetreuer/in
DSB-A	Diplom-Sozialbetreuer/in Altenarbeit
EFQM	European Foundation for Quality Management, Qualitätsmanagement-System (www.efqm.org)
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
E-Qalin	spezifisches Qualitätsmanagementsystem für stationäre Altenarbeit, Dienste für Menschen mit Beeinträchtigungen und mobile Dienste (www.e-qalin.net)
FH	Fachhochschule
FSB	Fach-Sozialbetreuer/in
FSB-A	Fach-Sozialbetreuer/in für Altenarbeit
GesBRÄG	Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HBeG	Hausbetreuungsgesetz
I	Interview
idF	in der Fassung
InterRAI	International Resident Assessment Instrument; Initiative zur Erhebung des individuellen Pflegebedarfs und zur Messung der Pflegeergebnisse (www.interrai.org)
ISO	International Organization for Standardization, internationales Qualitätsmanagement-System (www.iso.org)
IT	Informationstechnologie
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
NEXT	European Nurses Early Exit Study
NQZ	Nationales Qualitätszertifikat
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
OPCAT	Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
PB	Personenbetreuer/in
PDL	Pflegedienstleitung
QM	Qualitätsmanagement
QAP	Qualität als Prozess, Qualitätsmanagement-System auf Basis des EFQM-Modells (www.qap.at)
WS	Workshop

Danksagung

Diese Studie wäre nicht realisierbar gewesen ohne die Unterstützung und Kooperation der vielen Expertinnen in eigener Sache, als Vertreterinnen und Vertreter ihrer jeweiligen Berufsgruppe oder der Gruppe pflegender Angehöriger. Der persönliche Austausch von Erfahrungen mit engagierten Kolleginnen und Kollegen hat uns wichtige und tiefe Einsichten in die Praxis der Langzeitpflege in Österreich eröffnet. Wir bedanken uns daher ganz herzlich bei folgenden Personen, die uns ihre Zeit und ihr Wissen im Rahmen von Experteninterviews oder Workshops zur Verfügung gestellt haben:

Andrea Aberger, Doris Astecker, Mischa Bahringer, Alois Brandhuber, Jaroslav Čícha, Antonia Croy, Zijad Dizdarevic, Karin Eckerstorfer, Beatrix Eiletz, Elisabeth Elsigan, Katharina Fatzi, Ursula Frohner, Monika Grad, Elisabeth Haberl, Gabriela Hackl, Dieter Heyderer, Andrea Hierzer, Sabine Hofstätter, Manfred Hörwarter, Barbara Huber, Theresia Jans, Angela Kirchgatterer, Margaretha Klug, Melanie Koch, Ljiljana Kovacevic, Eva Kürzl, Petra Makara, Markus Mattersberger, Birgit Meinhard-Schiebel, Michael Mittermaier, Michaela Mühlbacher, Petra Neustifter, Sonja Paulesich, Otto Pleninger, Evi Pohl-Iser, Helmut Reiter, Denise Rogan, Constance Schlegl, Manuela Schwanda, Safiye Sekban, Barbara Skohautil, Heidemarie Staflinger, Thomas Stietka, Waltraud Stock, Ursula Thon-Lanik, Irmgard Tüchler, Friederike von Schwerin, Verena Wächter, Hildegard Weber, Isolde Weilhartner, Gabi Wenghofer, Daniel Wetzelhütter, Gerda Wimplinger, Angelika Zemasch sowie drei Personenbetreuerinnen, die anonym bleiben möchten.

Unser Dank gilt auch folgenden Personen, die uns durch Auskünfte und die Vermittlung von Interviewpartnerinnen und Teilnehmerinnen sowie bei der Organisation der Workshops wertvolle Unterstützung geleistet haben:

Dagmar Andree, Adi Buxbaum, Antonia Croy, Regina Ertl, Daniela Jeschko, Cathrine Grigo, Elisabeth Hahn, Martin Falinski, Edith Jaritz, Stefan Kehrer, Renate Koller, Martin König, Silke Lackner, Birgit Meinhard-Schiebel, Irene Pichler, Wolfgang Rath, Helga Schauperl, Heidemarie Staflinger und Monika Wild.

Schließlich möchten wir uns herzlich bei unseren Auftraggeberinnen der AK Wien, Ingrid Moritz und Monika Weißensteiner, für die Ermöglichung dieser Studie bedanken. Wir hoffen, dass dieser erstmals vorgelegte Themenkatalog „Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten“ zu einer weiterhin dynamischen Entwicklung der Langzeitpflege in Österreich beiträgt.

Kai Leichsenring, Katharine Schulmann, Katrin Gasior und Michael Fuchs
Wien, im Juli 2015

Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege

Zusammenfassung

Ziel dieser Studie war es, erstmals in Österreich die Perspektiven zu „guter Pflege“ von allen Berufsgruppen in der Langzeitpflege und -betreuung zu erheben und kritisch zu beleuchten, um daraus mögliche Verbesserungsmaßnahmen zu entwickeln.

Trotz einer relativ dynamischen Entwicklung während der letzten Jahrzehnte bleibt das relativ junge Teilsystem Langzeitpflege vielfach un- bzw. unterreguliert und prekär. An der Schnittstelle zwischen System- und Lebenswelt, wo persönliche Präferenzen, informelle Betreuung und Unterstützung, Privatsphäre und Würde sowie kulturelle und geschlechtsspezifische Werte eine besondere Rolle spielen, stellt die Definition von Qualität eine besondere Herausforderung dar. Erhebung, Sicherung und Kontrolle von Qualität haben daher wesentlich an Bedeutung gewonnen, wobei die Entwicklung vor allem durch die im Rahmen von New Public Management intensivierte Vermarktlichung, Ökonomisierung und Professionalisierung von Pflege und Betreuung beeinflusst wurde.

Die Langzeitpflege und -betreuung hat sich somit einerseits als eigenständiger Bereich zu etablieren begonnen. Erkennbar ist dies anhand erster Ansätze einer eigenen Identität, spezifischen Strukturen und Betreuungsprozessen sowie damit verbundenen Definitionen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, wobei es tendenziell neben der klinischen Pflegequalität vor allem um die Förderung der Lebensqualität von Nutzerinnen und Nutzern geht. Andererseits harren viele Aspekte nach wie vor einer genaueren Festlegung, z.B. in Bezug auf (neue) Berufsbilder, Ausbildungsgänge, die notwendige Mischung von Kompetenzen und Qualifikation („skill and grade mix“), evidenzbasierte, ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren oder auch die 24-Stunden-Betreuung.

Die Darstellung der berufsinternen Debatten und Perspektiven der Beschäftigten aus mindestens einem Dutzend unterschiedlicher Berufsgruppen in der Langzeitpflege und -betreuung ist daher ein *wichtiger Baustein zur Weiterentwicklung*, zumal dazu bislang auch international nur wenige Beiträge aus der empirischen Sozialforschung vorliegen.

Die Einschätzungen der Beschäftigten zu „guter Pflege“ werden zu einem wesentlichen Teil von der jeweiligen Berufsausbildung und dem damit verbunde-

nen Selbstverständnis geprägt. Dieses trifft in der Praxis der Langzeitpflege auf gesetzliche, organisatorische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen, welche die jeweiligen Arbeitsbedingungen formen und die Ergebnisqualität professioneller Pflege und Betreuung in unterschiedlicher Weise beeinflussen.

Methodisch beruht diese Studie, neben einer Literaturanalyse, auf qualitativen Interviews mit zwölf Vertretern und Vertreterinnen der unterschiedlichen in der Langzeitpflege und -betreuung beschäftigten Berufsgruppen sowie auf fünf Workshops mit jeweils sechs bis zehn in der Langzeitpflege und -betreuung Beschäftigten aus Wien, der Steiermark, Salzburg und Oberösterreich. Darüber hinaus wurde die spezifische Situation der 24-Stunden-Betreuung durch vier qualitative Interviews mit Personenbetreuerinnen eingebracht.

Als konkretes Ergebnis der Studie entstand ein *Katalog von 53 Themen und Schlüsselaspekten*, die aus Sicht der Beschäftigten „gute Pflege“ ausmachen, ermöglichen oder behindern und daher entsprechender politischer und/oder organisatorischer Aufmerksamkeit bzw. notwendiger Interventionen bedürfen. Der umfassende Katalog „Gute Pflege von A-Z“ eröffnet somit eine Vielzahl von Anregungen zur Auseinandersetzung mit der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Langzeitpflege aus Sicht der Beschäftigten. Die Themen reichen von „Alltagsgestaltung“ und „Autonomie“ über „Empathie“ und „gesetzliche Rahmenbedingungen“ bis hin zu „Kooperation“, „Lebensqualität“, „Multidisziplinarität“, „Professionalität“, „Zeit“ und „Zugang“. Alle 53 Themen und deren Schlüsselaspekte werden aus Sicht der involvierten Vertreterinnen und Vertreter der unterschiedlichen Berufsgruppen erläutert. Darüber hinaus werden Hinweise zur Definition, Methodik und Zielorientierung für die kontinuierliche Verbesserung sowie Querverweise auf zusammenhängende Themenbereiche gegeben.

Obwohl diese Studie konzeptuell auf die Perspektive der Beschäftigten fokussierte, wurden die Perspektiven von Nutzern und Nutzerinnen bzw. deren Angehörigen sowie die Systemperspektive als intervenierende und korrektive Sichtweisen verdeutlicht.

Pflegende Angehörige sind sich durchaus bewusst, dass hohe Anforderungen an professionelle Pflegekräfte gestellt werden. Umgekehrt besteht die Erwartung, dass Beschäftigte in der Langzeitpflege auch die unterschiedlichsten Rollen akzeptieren, die von pflegenden Angehörigen im Betreuungsarrangement wahrgenommen werden. Klare Vereinbarungen, offene Kommunikation und der

Aufbau einer Vertrauensbeziehung sind daher notwendig, um auch Bedacht auf die Lebensqualität pflegender Angehöriger zu nehmen.

Die strukturellen Rahmenbedingungen für *Personenbetreuerinnen in der 24-Stunden-Betreuung* sind vor allem geprägt durch die Lage und Dauer der Arbeitszeit, die Aufenthaltssituation, die Beziehung zum Klienten und dessen Angehörige sowie durch die Trennung von der eigenen Familie. Daraus erwachsen physisch und psychisch belastende Arbeitsbedingungen mit weitreichenden Auswirkungen auf die Qualität der Betreuung. 24-Stunden-Betreuung als Ersatz für familiäre Betreuung erweist sich nach wie vor als prekäres Konstrukt mit einer breiten Varianz in der Qualifikation und Kompetenz von Personenbetreuerinnen, weshalb Qualitätsmanagement und -sicherung gerade in diesem Bereich einer Weiterentwicklung bedürfen.

Die zahlreichen *Empfehlungen*, die im abschließenden Kapitel vorgelegt werden, beruhen vornehmlich auf Ergebnissen der Interviews und Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern der unterschiedlichen Berufsgruppen. Sie beziehen sich auf Werte und Konzepte in der Langzeitpflege und -betreuung sowie auf ausgewählte Aspekte der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität.

Auf *gesellschaftspolitischer Ebene* sind aus Sicht der Beschäftigten v.a. folgende Verbesserungsmaßnahmen zu berücksichtigen, um „gute Pflege“ zu verwirklichen:

- Es besteht ein hohes Interesse an der Weiterentwicklung einer eigenen Identität der Langzeitpflege und -betreuung, wobei ein realistischeres Bild des Sektors zu zeichnen ist, um das Selbstverständnis der Mitarbeiterinnen zu stärken. Dazu bedarf es entsprechender Organisations-Leitbilder auf Basis ausreichender Personalressourcen und an die spezifischen Anforderungen der Langzeitpflege angepasster Ausbildungstypen.
- Die Strukturqualität wird wesentlich durch eine adäquate Personalausstattung beeinflusst, weshalb angemessene Personalschlüssel im Hinblick auf Veränderungen in der Aufgabenpalette und Altersstruktur der Beschäftigten, im Pflege- und Betreuungsbedarf der Nutzerinnen und Nutzer sowie in der Mischung von Kompetenzen und Qualifikation des (multi-kulturellen) Personals berücksichtigt werden müssen. Dazu bedarf es auch einer weiteren Verbesserung des Systems der Aus- und Fortbildung sowie zusätzlicher Ressourcen für Innovationen.

- Die Prozessqualität könnte durch Koordination und Abstimmung von Regelungen zwischen verschiedenen politischen Ebenen und Ressorts wesentlich verbessert werden. Dazu gehören auch die Entwicklung finanzieller Anreizsysteme, um präventive Maßnahmen, Kooperation und nahtlose Übergänge im Betreuungs- und Pflegeprozess zu begünstigen, sowie die Verbesserung der Koordination bzw. Integration von Qualitätssicherungsprozessen (Aufsicht, Kontrolle, Audits) durch die Übertragung dieser Aufgaben an unabhängige Dritte.
- Die Darstellung und Verbesserung der Ergebnisqualität bleibt eine wesentliche Herausforderung in der Langzeitpflege und verlangt nach weiteren Anstrengungen durch die Zusammenarbeit von Forschung und Praxis. Bei der Verbesserung der Transparenz von Ergebnissen in Form regelmäßiger öffentlicher Berichterstattung sind Personalstrukturen („*skill and grade mix*“) und Nutzerstrukturen („*case mix*“) zu berücksichtigen; abzurufen ist hingegen von zu spezifischen Indikatoren bzw. allzu vereinfachenden „Rankings“. Ziel der Arbeit mit Indikatoren und Kennzahlen muss die Etablierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses sein.

Auf Ebene der Organisationen und Anbieter von Dienstleistungen und stationären Einrichtungen bedarf es u.a. der Umsetzung einer Reihe zusätzlicher Anstrengungen:

- Stärkung der Identität der Langzeitpflege durch den Ausbau des Dialogs zwischen den Berufsgruppen und über einzelne Organisationen hinweg, wobei Arbeitsbedingungen und Qualitätskriterien im Mittelpunkt stehen sollten.
- Strukturell erscheint es notwendig, mehr Zeit und Raum für multidisziplinäre Teamarbeit, Reflexion und Supervision (auch organisationsübergreifend) zu schaffen.
- Bei der Verbesserung von Prozessen ist eine aktive Auseinandersetzung mit den Veränderungen in der Personalstruktur (Multikulturalität, Alterung) und daraus folgenden Belastungen – u.a. für die Zusammenarbeit und die Erhaltung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit – erforderlich, um einer weiteren Verschlechterung der Arbeitsbedingungen entgegenzuwirken. Bei der Etablierung einer Qualitätsmanagement-Kultur sind alle Berufsgruppen und Hierarchieebenen an kontinuierlichen Verbesserungsprozessen zu beteiligen. Fortbildung zur Verbesserung von Management- und Führungsfähigkeiten aller Beschäftigten ist dazu unerlässlich.

- Die Auseinandersetzung mit der Erhebung, Aufbereitung und Verbesserung der Ergebnisqualität ist eine unerlässliche Aufgabe auf allen Ebenen der Organisation von Langzeitpflege. Die transparente Kommunikation von Daten und Kennzahlen zum Nachweis von Erfolgen, Tendenzen und Möglichkeiten der Ergebnissteuerung bedarf der Einbindung aller Beschäftigten, weshalb angemessene Zeitressourcen für die Arbeit mit Kennzahlen und die gemeinsame Reflexion von Fehlern und Erfolgen im Team vorzusehen sind.

Schließlich bedarf es auch auf *individueller Ebene* weiterer Bemühungen, um „gute Pflege“ an neue Rahmenbedingungen und Herausforderungen anzupassen:

- Neben der gegenseitigen Wertschätzung von allen und für alle in der Langzeitpflege beteiligten Personen hängt das Image der Langzeitpflege nicht zuletzt von den einzelnen Beschäftigten ab. Dabei geht es darum, neue Wege zur Verantwortungsübernahme zu erschließen, um die Beschäftigten anzuregen, die positiven Aspekte ihrer Tätigkeit zu verbreiten.
- Die Förderung der Eigenverantwortung ist auch notwendig in Bezug auf die Bereitschaft zur Teilnahme an multidisziplinären Fortbildungsveranstaltungen, an Programmen zur Gesundheitsvorsorge und -förderung sowie zur Nutzung vorhandener Pflegehilfsmittel.
- Bei der Abkehr vom Modell rein funktionalen „Warm-Satt-Sauber“-Pflege in Richtung einer ganzheitlichen, auf die Lebensqualität der Nutzerinnen und Nutzer ausgerichteten Pflege und Betreuung ist es auch auf individueller Ebene notwendig, die Beschäftigten in Veränderungsprozesse einzubeziehen.
- Dass Koordination und Dokumentation sowie Qualitätsmanagement wesentliche Bestandteile von Betreuungs- und Pflegearbeit sind, muss Bestandteil weiterer Professionalisierungsprozesse werden, die durch Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung in Richtung ergebnisorientierter Pflege und Betreuung im multi-disziplinären Team zu ergänzen sind.

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass das Feld der Langzeitpflege und -betreuung nach wie vor durch mannigfaltige Ambivalenzen gekennzeichnet ist, welche die Herausbildung einer eigenen Identität des Bereiches und der darin Beschäftigten auch weiterhin prägen werden. Dieser komplexe Prozess der Identitätsbildung beinhaltet eine Reihe widersprüchlicher Entwicklungen, die einen kontinuierlichen Dialog zwischen allen Beteiligten erfordern.

Der Interessenvertretung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wird dabei von den Beschäftigten eine gewichtige Rolle zugesprochen. Dieser Vertrauensvorschuss sollte genützt werden, um den Themenkatalog und die daraus abgeleiteten Empfehlungen in öffentliche Debatten einzubringen und in konkrete Maßnahmen umzumünzen.

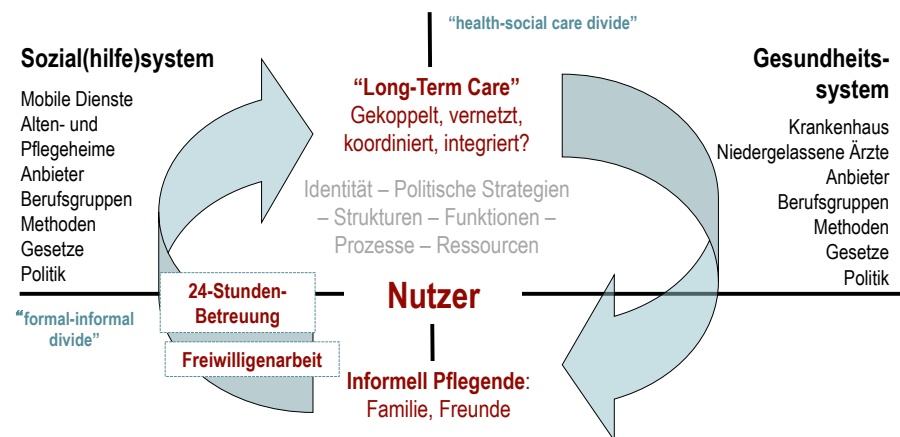
Kapitel 1

Einleitung: Ziele und Definitionen

Ziel dieser Studie ist es, erstmals die Perspektiven zu „guter Pflege“ von allen Berufsgruppen in der Langzeitpflege und -betreuung¹ zu erheben und kritisch zu beleuchten, um daraus mögliche Verbesserungsmaßnahmen zu entwickeln.

Unter **Langzeitpflege und -betreuung** wird im Kontext dieser Studie jenes Teilsystem verstanden, welches sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte an der Schnittstelle zwischen dem System der Gesundheitsversorgung und jenem der Sozialen Hilfe in zunehmendem Maße ausdifferenziert hat (Abb. 1).

Abbildung 1. Langzeitpflege als Teilsystem zwischen Gesundheits- und Sozialsystem



Quelle: Leichsenring et al., 2013; <http://interlinks.euro.centre.org>

Dem internationalen Trend zur Herausbildung eines eigenen Langzeitpflege-Systems (*long-term care*) folgend, sind in Österreich etwa die eigenständige Finanzierung (Pflegegeld) und spezifische rechtliche Regelungen (15A-Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern, Neuregelung des Heimrechts, Teilreform der Ausbildungen, Bedarfs- und Entwicklungspläne der Bundesländer, Qualitätssicherung, etc.), aber auch die zunehmende Herauslösung der Langzeitpflege aus der Logik der Sozialhilfe (Abschaffung von Regress-Regelungen) und die Einführung von Leistungen für pflegende Angehörige (z.B. Sozialversicherung, Pflegekarenz) zu nennen.

Generell ist die Etablierung der Langzeitpflege als eigenes Teilsystem auch am stetigen Wachstum von Dienstleistungen und Einrichtungen abzulesen, die ihre Angebote auf den steigenden Bedarf an Hilfe und Pflege von Menschen ausrichten. Dazu zählen neben der stationären Versorgung und dem Ausbau mobiler Gesundheits- und Sozialer Dienste (Hauskrankenpflege, Heimhilfe, etc.) auch teilstationäre Angebote (Tages- bzw. Nachtpflege; Kurzzeitpflege, Mobilisierung) sowie eine Reihe unterstützender Maßnahmen wie etwa Case Management, Entlassungsmanagement und Pflegeberatung bzw. spezialisierte Dienste für Palliativpflege (mobil und stationär). Nachdem der Anstieg des Pflegebedarfs vorwiegend Menschen in höherem Alter betrifft, liegt auch der Schwerpunkt dieser Studie auf der Zielgruppe älterer pflegebedürftiger Menschen.

Trotz dieser durchaus dynamischen Entwicklung bleibt das relativ junge Teilsystem Langzeitpflege vielfach un- bzw. unterreguliert und prekär, was vor allem daran liegt, dass Langzeitpflege wie kaum ein anderes soziales Risiko an der Schnittstelle zwischen System- und Lebenswelt angesiedelt ist, wo persönliche Präferenzen, informelle Betreuung und Unterstützung, Privatsphäre und Würde sowie kulturelle und geschlechtsspezifische Werte eine besondere Rolle spielen (Billings et al., 2013). Dazu kommt eine hohe moralische Bedeutung, die Pflege und Betreuung im Kontext familienzentrierter Pflegeregimes zugesprochen wird (Weicht, 2010). Nutzerinnen² von mobilen Diensten und stationären Einrichtungen sowie deren Angehörige sind dieser Situation am stärksten ausgesetzt – von rechtlichen und finanziellen Unsicherheiten über Informationslücken und fehlender professioneller Unterstützung bis hin zu widersprüchlichen Anreizsystemen und moralischen Schuldzuweisungen. Dies wird durch die diagnostizierten generellen Schwachstellen der österreichischen Pflegevorsorge reflektiert, wobei fragmentierte Zuständigkeiten, Probleme einer nachhaltigen Finanzierung und mangelnde Koordination zwischen Sozial- und Gesundheitsressorts auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene immer wieder hervorgehoben werden (siehe z.B. Janger et al., 2014: 87ff.; Rodrigues, 2010; Biwald et al., 2007).

Das Erkennen dieser Problematik und die gleichzeitigen Veränderungen im Gesundheits- und Sozialsystem haben indes auch zu einer teilweisen, selten systematischen und bei weitem noch nicht abgeschlossenen Anpassung von Ausbildungsgängen, Berufsprofilen und Spezialisierungen geführt:

- Die Umwandlung der ehemaligen Akademien für Sozialarbeit in Fachhochschul-Studiengänge hat seit 2001 zu einer Diversifizierung der Ausbildung von Sozialarbeitern geführt, wobei neben dem Bachelor-Grundstudium vor allem Studiengänge wie „Gesundheits- und Sozialmanagement“ zur Herausbildung neuer Fachkräfte geführt haben, die nun auch in der Langzeitpflege stärkeren Einfluss nehmen.³

- Die Reform der Sozialausbildungen auf Basis einer Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG zwischen Bund und Ländern (BGBl. I Nr. 55/2005) hat dieses Teilsystem an Ausbildungen vereinheitlicht und theoretisch durchlässiger gemacht, wobei vor allem die seit 2008 ausgebildeten Fach-Sozialbetreuerinnen (FSB) und Diplom-Sozialbetreuerinnen (DSB) der Fachrichtung Altenarbeit⁴ eine in den meisten Bundesländern neue Ressource der sozialmedizinischen Betreuung darstellen, bislang allerdings mit eingeschränktem Einsatz- und Handlungsspektrum (Buchegger-Traxler & Danninger, 2012).
- Die Entwicklung der 24-Stunden-Betreuung, die in Österreich seit Mitte der 1990er Jahre – zunächst in Form „illegaler“ Arbeits- und Pflegebeziehungen – zu beobachten ist, hat dem komplexen Feld der Beschäftigung in der Langzeitpflege und -betreuung eine zusätzliche Facette hinzugefügt. Die Kombination aus dem starken Lohngefälle zwischen Österreich und den zentral- und osteuropäischen Nachbarstaaten, hoher Arbeitslosigkeit, der geographischen Nähe und der Einführung des Pflegegelds in Österreich (1993) führte zur Entwicklung eines „grauen Bereichs“ in der familiennahen Betreuung und in der Folge zu einem Bedarf an neuen Regelungen im Bereich der „Personenbetreuung“. In den Jahren 2007/2008 wurden entsprechende gesetzliche Normen für diese Form der Betreuung pflegebedürftiger Menschen eingeführt.⁵ Inzwischen nehmen mehr als 25.000 pflegebedürftige Menschen in Österreich Personenbetreuerinnen in Anspruch. Trotz ihrer Legalisierung bleibt die 24-Stunden-Betreuung eine Form der Langzeitbetreuung ohne ausreichend definierte Qualitätskriterien und ohne geeignete Instrumente der Qualitätssicherung (Schmidt et al., 2015; Winkelmann et al., 2015).
- Im Zuge der gesetzlichen Regulierung der Personenbetreuung wurden zudem bestehende Berufsprofile und damit verbundene Befugnisse angepasst (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in der Fassung des GesBRÄG 2007, BGBl. 108/1997 idF BGBl. 57/2008), wodurch pflegerische Tätigkeiten von Pflegepersonen unter bestimmten Voraussetzungen an Personenbetreuerinnen delegiert werden können, was u.a. deren Abgrenzung gegenüber Pflegehelferinnen bzw. Fach-Sozialbetreuerinnen in der Altenarbeit in Frage stellt (Bachinger, 2009; Prochazkova et al., 2008).
- Die Neuregelung der Ausbildungen und Berufsprofile im Rahmen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) im Anschluss an eine Evaluierung der Ausbildungssituation aus gesundheitspolitischer Perspektive (Rappold et al., 2013; Rottenhofer et al., 2012) war zur Zeit der Berichterlegung noch nicht abgeschlossen. Im Mittelpunkt der aktuellen Diskussion stehen u.a. die Neuordnung der Kompetenzprofile in der Gesundheits- und Krankenpflege (Petek et al., 2011) sowie die Verschiebung von Kompetenzen und Befugnissen entlang der verschiedenen Hierarchiestufen innerhalb

der Gesundheitsberufe. Zudem ist die Einführung der neuen Berufsprofile „Pflegeassistent“ bzw. „Pflegefachassistent“ vorgesehen, wobei absehbar ist, dass diese Berufsbilder in Verbindung mit einer eventuell verlängerten Ausbildung jenes der bisherigen „Pflegehelferinnen“ ablösen werden.

Allein dieser kurze Aufriss zur jüngeren Entwicklung der Sozial- und Gesundheitsberufe macht deutlich, dass eine abschließende Definition und Abgrenzung der Beschäftigten in der Langzeitpflege und -betreuung kaum zu leisten ist. Es kann jedoch festgestellt werden, dass gerade auch in den Debatten um Ausbildung und Berufsprofile die Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialsystem sowie jene zwischen formeller und informeller Pflege und Betreuung besonders deutlich wird – eine Auseinandersetzung zu spezifischen Berufsprofilen für die Langzeitpflege und -betreuung findet momentan nicht statt.⁶

Zum Zweck dieser Studie wurden daher pragmatisch jene Berufsgruppen als **Beschäftigte in der Langzeitpflege und -betreuung** definiert, die den Großteil der professionellen Arbeit mit älteren, pflegebedürftigen Menschen in vielfältigen Funktionen im mobilen, teilstationären und stationären Bereich erbringen:

- Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in ihren unterschiedlichen Funktionen, z.B. in der Hauskrankenpflege, als Pflegedienstleiterinnen, als Heimleiterinnen oder Geschäftsführerinnen von Sozialstationen bzw. als Qualitätsmanagerinnen (Aufsicht) oder Standesvertreterinnen dieser Berufsgruppe
- Pflegehelferinnen
- Heimhelferinnen
- Diplom-Sozialbetreuerinnen (Altenarbeit)
- Fach-Sozialbetreuerinnen (Altenarbeit)
- Heimleiterinnen (mit unterschiedlichen Ausbildungspfaden)
- Case Managerinnen bzw. Entlassungsmanagerinnen
- Physio- und Ergotherapeutinnen
- Sozialarbeiterinnen
- Personenbetreuerinnen in der 24-Stunden-Betreuung

Diese Berufsgruppen im Bereich der Langzeitpflege repräsentieren mit insgesamt rund 70-80.000 Arbeitskräften etwa 2% der Beschäftigten in Österreich, wobei aufgrund von Definitions- und Abgrenzungsschwierigkeiten keine genauen Daten vorliegen. Deshalb erhebt diese Liste auch keinen Anspruch auf Voll-

ständigkeit. So bestehen nach wie vor regions- und trägerspezifische Berufs- und Funktionsbezeichnungen, die hier nicht berücksichtigt werden konnten. Darüber hinaus sind weitere Berufsgruppen wie etwa Logopäden, (Geronto-) Psychologen sowie niedergelassene Ärzte und Vertreter einer Reihe weiterer medizinischer Berufe zweifellos auch in der Langzeitpflege tätig, allerdings nur in seltenen Fällen hauptberuflich bzw., z.B. als Mediziner, auf Basis ihrer Funktion in der Akutpflege.

Im Anschluss an die bereits erwähnten Besonderheiten der Langzeitpflege und -betreuung stellt auch die **Definition von „guter Pflege“** eine besondere Herausforderung dar (Lewis & West, 2014). Zwar wurden – im Einklang mit der Einführung von marktorientierter Steuerung und der Regulation von Quasi-Märkten – eine Reihe von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsmessung in der Langzeitpflege entwickelt; die Indikatoren zur Beschreibung und Messung von Struktur- und Prozessqualität bzw. der Ergebnisqualität in der Langzeitpflege sind jedoch nach wie vor wenig zufriedenstellend und bleiben weitgehend auf klinische Aspekte der Pflege beschränkt. Zum einen fehlt es an Konsens über Ziele der Langzeitpflege im Sinne von Würde, Empathie und Lebensqualität, zum anderen fehlen geeignete Instrumente zur Operationalisierung und Messung von Erfordernissen, Maßnahmen und deren Wirkungen (Leichsenring, 2010; Nies et al., 2013; Nübling et al., 2004; OECD, 2013).

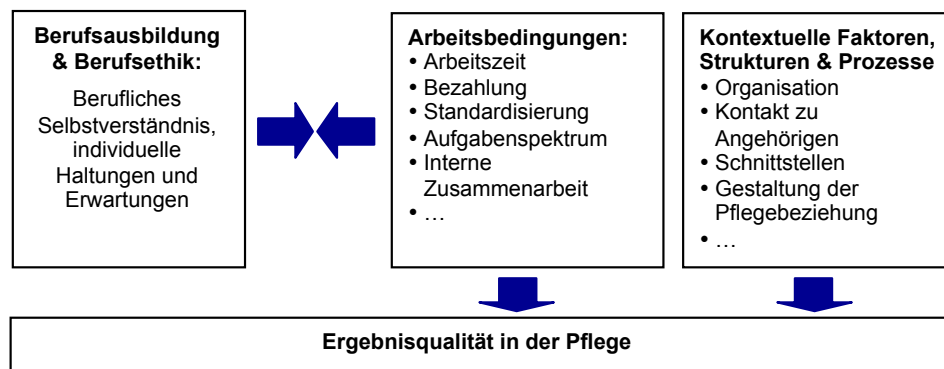
In vielen Fällen führte der regulatorische Eifer der behördlichen Qualitätssicherung zur Bürokratisierung und Überregulierung von Langzeitpflege, wodurch sich Management und Mitarbeiterinnen durch Dokumentationszwang und externe Bewertung in ihrer professionellen Autonomie eingeschränkt sehen. In Österreich obliegt die Aufsicht der Dienste und Einrichtungen der Langzeitpflege den Bundesländern, was auch in diesem Bereich zu neun verschiedenen Zugängen und Richtlinien bezüglich der Durchführung und der Prüfungskriterien geführt hat. Auf Bundesebene ist durch die Einführung des *Nationalen Qualitätszertifikats (NQZ)*, welches von Organisationen mit einem akkreditierten Qualitätsmanagement-System freiwillig erworben werden kann, zumindest im Bereich der stationären Versorgung ein erster Schritt zur Bewertung und weiteren Verbesserung von Qualität in der Langzeitpflege und -betreuung gesetzt worden (BMASK, 2014a).

Erste Schritte wurden auch in Richtung einer besseren Erfassung der Lebensqualität in der Langzeitpflege getan (Netten et al., 2012), aber vor allem die Vergleichbarkeit zwischen Einrichtungen und Diensten – geschweige denn zwischen Regionen oder gar Ländern – bleibt weitgehend eingeschränkt. Zudem wird der Perspektive der Beschäftigten bei der Implementierung von Qualitätsmanagement und Verbesserungsmaßnahmen oft nicht das nötige Vertrauen

entgegengebracht, wenn es um die Einschätzung der Ergebnisqualität in der Langzeitpflege geht.

An diesem Punkt setzt die vorliegende Studie an, indem die in den unterschiedlichen Settings der Langzeitpflege Beschäftigten einbezogen werden, um die Zusammenhänge zwischen individuellen Erwartungen, der jeweiligen fachlichen Ausbildung und Berufsethik sowie den konkreten Arbeitsbedingungen im jeweiligen Setting zu beleuchten. In der Folge werden die potentiellen und realen Auswirkungen dieser Dynamik auf die Ergebnisqualität in der Pflege dargestellt. Abbildung 2 illustriert diesen konzeptuellen Zugang und macht ergänzend deutlich, dass dabei außerdem Faktoren wie die allgemeinen Arbeitsbedingungen sowie sonstige Kontextfaktoren berücksichtigt werden müssen.

Abbildung 2. Bedingungen und Einflüsse auf die Wahrnehmung der Ergebnisqualität in der Langzeitpflege



Daraus leiten sich die entsprechenden Ausgangshypothesen, Inhalte und Produkte der Studie ab:

1. Die Einschätzungen der Beschäftigten zu „guter Pflege“ werden zu einem wesentlichen Teil von der jeweiligen Berufsausbildung und dem damit verbundenen Selbstverständnis geprägt. Nachdem es keine allein gültige Ausbildung für Langzeitpflege und -betreuung gibt, werden die Beschäftigten aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheits- bzw. Sozialausbildungen rekrutiert. Es kann daher angenommen werden, dass z.B. die im Gesundheitssystem verankerten Ausbildungsgänge eher durch klinische Zugänge der Akutpflege und damit verbundene Strukturen und Prozesse charakterisiert sind, während in Sozialausbildungen eher eine beratende Haltung sowie Fragen der Autonomie, der Lebenspraxis von Nutzern und deren (verbleibenden) Kompetenzen im Zentrum stehen (Neubert, 2011; Kolland & Fibich, 2014). Es ist daher zu untersuchen, ob bzw. in welcher Form die erwähnten Ausgangsbedingungen die Wahrnehmung von „guter Pflege“ beeinflussen.

2. Die Beschäftigten mit ihren unterschiedlichen beruflichen Selbstverständnissen werden in der Praxis der Langzeitpflege mit konkreten gesetzlichen, organisatorischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen konfrontiert, welche ihre Arbeitsbedingungen formen. Hier ist danach zu fragen, wie und in welchem Ausmaß diese die Qualität der Ergebnisse dieser Praxis aus Sicht der Beschäftigten positiv bzw. negativ beeinflussen.

Als konkretes Ergebnis der Studie entstand somit im Anschluss an einen Literaturüberblick ein Katalog jener Faktoren, Themen und Schlüsselaspekte, die aus Sicht der Beschäftigten „gute Pflege“ beeinflussen, ermöglichen oder behindern und daher entsprechender politischer und/oder organisatorischer Aufmerksamkeit bzw. notwendiger Interventionen bedürfen.

Auftragsgemäß fokussiert diese Studie konzeptuell auf die Perspektive der Beschäftigten, ohne jedoch die Perspektiven von Nutzern und deren Angehörigen sowie die Systemperspektive aus den Augen zu verlieren. Als intervenierende und korrektive Sichtweisen werden daher immer wieder potentielle Ambivalenzen und Widersprüche in Erwartungshaltungen und Wahrnehmungen „guter Pflege“ verdeutlicht (Eichler & Pfau-Effinger, 2009). Diese fanden auch Eingang in die im Schlussteil dieses Berichts vorgeschlagenen Empfehlungen zu Methoden und Zielen politischer Maßnahmen und Bearbeitungsmechanismen zur Ermöglichung „guter Pflege“ in Österreich.

Methodik

Auf Basis von Vorstudien und einer Durchsicht relevanter Literatur (inkl. „graue“ Dokumente und Projektberichte) wurde zunächst eine Auflistung von Themen und Schlüsselaspekten auf Basis zentraler Herausforderungen an „Gute Pflege“ aus Sicht der Beschäftigten im Langzeitpflegesektor erstellt. Diese **Literatur- und Dokumentenstudie** wurde durch **12 explorative Interviews** (auf Basis eines semi-strukturierten Interviewleitfadens) mit Vertreterinnen und Vertretern relevanter Berufsgruppen in der Langzeitpflege wesentlich ergänzt. Die Auswahl der Interviewpartnerinnen erfolgte im Wege unterschiedlicher Strategien. Bei jenen Berufsgruppen, die eine eigene Berufsvertretung haben (DGKP, Heimleiterinnen und Physiotherapeutinnen), wurden die gewählten Vertreter kontaktiert, bei allen anderen Berufsgruppen wurden potentielle Auskunftspersonen durch Kontakte bei Trägerorganisationen identifiziert.

Es konnten somit 12 Vertreterinnen der relevanten Berufsgruppen zu persönlichen Interviews gewonnen werden. Fünf dieser Interviews, die durchschnittlich eine Stunde (zwischen 45 und 90 Minuten) in Anspruch nahmen,

wurden telefonisch durchgeführt. Dabei wurden u.a. Einschätzungen zur Identität der Langzeitpflege und -betreuung (z.B. im Vergleich zur Akutpflege), zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie zu Ausbildung und zum Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Erbringung „guter Pflege“ erhoben (siehe Leitfaden im Anhang). Alle Interviews wurden in digitaler Form aufgenommen; die wichtigsten Aussagen wurden transkribiert und nach zentralen Stichworten und Themenfeldern analysiert.

Die Auswertung dieser Interviews in Kombination mit Inhalten aus der Literatur resultierte in einem **Themenkatalog an Anforderungen** aus Sicht der Beschäftigten mit insgesamt 53 Themen und dazugehörigen Schlüsselaspekten. Dieser Katalog unter dem Titel „Gute Pflege von A bis Z“ diente als Arbeitsgrundlage und Ausgangspunkt für fünf Workshops mit jeweils sechs bis zehn Vertreterinnen der verschiedenen Berufsgruppen. Die moderierten Workshops mit einer Dauer von jeweils drei Stunden wurden in ausgewählten Bundesländern (Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Wien) im April und Mai 2015 durchgeführt. Sie dienten einerseits der Validierung, Ergänzung und Finalisierung des Anforderungskatalogs, andererseits aber vor allem der Entwicklung von Empfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in ausgewählten Bereichen der Langzeitpflege. Die Teilnehmerinnen an diesen Workshops wurden durch eine offene Ausschreibung rekrutiert, die mittels E-Mail an die wesentlichen Anbieterorganisationen in den ausgewählten Bundesländern versendet wurde. Aufgrund dieser Methode der Selbstrekrutierung ist davon auszugehen, dass jene Beschäftigten, die sich zu den Workshops angemeldet haben, besonders engagierte Vertreterinnen der jeweiligen Berufsgruppe repräsentieren.

Schließlich wurde dieser Katalog auch in einer Gruppendiskussion mit sechs pflegenden Angehörigen, die mit Unterstützung der Österreichischen Alzheimergesellschaft und der IG-Pflege eingeladen werden konnten, kritisch diskutiert, um mögliche Abweichungen bzw. gegenläufige Perspektiven zu beleuchten und diese in politische Empfehlungen einfließen zu lassen.

Parallel dazu konnten mit Unterstützung der Wohlfahrtsorganisationen Caritas und Hilfswerk vier Personenbetreuerinnen kontaktiert werden, die zu einem persönlichen Interview bereit waren und dazu auch von ihren Auftraggebern autorisiert wurden. Bei diesen Interviews ging es ebenfalls um die Ergänzung der jeweiligen Einschätzungen zu „guter Pflege“ – in diesem Fall aus Sicht der Personenbetreuerinnen – sowie um die Entwicklung von Empfehlungen unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Arbeitsbedingungen in der 24-Stunden-Betreuung.

Anmerkungen

- 1 Zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden vorwiegend der Begriff „Langzeitpflege“ verwendet, wobei immer „Langzeitpflege und -betreuung“ gemeint ist. Darüber hinaus ist ebenfalls aus Zwecken der Lesbarkeit jeweils die männliche Form inkludiert, wenn die weibliche Form verwendet wird, und umgekehrt.
- 2 Der Begriff „Nutzerinnen“ bzw. „Nutzer“ wird in dieser Studie immer dann als Überbegriff für die unterschiedlichen Bezeichnungen wie Patienten, Klienten, Kunden bzw. Bewohner verwendet, wenn die Gesamtheit von Personen, die formale Dienste und Einrichtungen nutzen, gemeint ist.
- 3 Eine Eigenheit in der Entwicklung der Sozialarbeit in Österreich besteht darin, dass dem Feld der Altenarbeit lange Zeit wenig Beachtung geschenkt wurde (Badelt & Leichsenring, 1998), weshalb Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Bereich der Arbeit mit älteren Menschen deutlich unterrepräsentiert sind (Kolland & Fibich, 2014).
- 4 Daneben werden auch die Fachrichtungen Familienarbeit, Behindertenarbeit und Behindertenbegleitung angeboten.
- 5 Interessanterweise ist Österreich das einzige Land in Europa, wo entsprechende Regelungen eingeführt wurden, obwohl auch in anderen Ländern (v.a. Italien, Spanien, Deutschland) ähnliche Betreuungsarrangements ein teilweise exponentielles Wachstum aufweisen (Da Roit et al., 2013; Di Santo & Ceruzzi, 2010; Lamura et al., 2013).
- 6 Interessanterweise wird der Begriff „Langzeitpflege“ im „Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich“ lediglich ein einziges Mal erwähnt: „Pflegeberufe finden ihre Einsatzgebiete in der Gesundheitsförderung, Krankenbehandlung, Rehabilitation, Langzeitpflege und palliativen Versorgung“ (Petek et al., 2011: 8).

Kapitel 2

„Gute Pflege“ und die Perspektive der Beschäftigten – ein Literaturüberblick*

Der wachsende Stellenwert von Qualitätssicherung

Mit der steigenden Ökonomisierung des Langzeitpflegesektors und dem damit einhergehenden Zwang zur Kosteneffizienz, aber auch mit den gestiegenen Wahlmöglichkeiten und Autonomiegewinnen für Menschen mit Bedarf an Pflege und Betreuung (Bode & Dobrowolski, 2009; Rodrigues et al., 2014; Eichler & Pfau-Effinger, 2009) ist die Frage nach der Qualität der Pflege und einer menschenwürdigen Versorgung für alle Beteiligten in den letzten zwei Jahrzehnten immer mehr in den Mittelpunkt gerückt (OECD, 2013; Kane, 2001).

Dabei wurden die traditionellen berufsethischen Zugänge aus medizinischen und pflegerischen bzw. auch aus der sozialen Arbeit durch Methoden des Qualitätsmanagements (QM) und damit verbundenen Definitionen ergänzt. Um Qualität in der Langzeitpflege und -betreuung zu erheben, zu verbessern und zu kontrollieren, wurden häufig QM-Systeme aus der Industrie (ISO 9011ff.; EFQM) übernommen, zunächst an die Erfordernisse des Gesundheitssektors angepasst (Donabedian, 1966) und in der Folge auch im Bereich der Langzeitpflege, v.a. im stationären Bereich, eingesetzt, wobei auch hier durch spezifische Instrumente Anpassungen vorgenommen wurden (z.B. QAP+, KTQ, InterRAI, E-Qalin).

Die Sicherung von Qualität in den Gesundheits- und Sozialberufen basierte lange Zeit, und zu einem großen Anteil bis heute, ausschließlich auf einer beruflichen Ethik, die das Handeln, die Aufgaben und Verhaltensweisen der Beschäftigten anleitet (ÖGKV et al., 2014; Lob-Hüdepohl & Lesch, 2007). Stark vereinfachend kann festgehalten werden, dass seit der Aufbereitung der in der Industrie inzwischen weit verbreiteten Prinzipien des Qualitätsmanagements für die medizinische Versorgung durch Donabedian (1966; 1980) in den letzten 20 bis 30 Jahren auch in den Bereichen der Gesundheits- und Krankenpflege

sowie in der Sozialarbeit und sozialen Betreuung eine Neuorientierung begonnen hat. Seitdem wurden auch in der Pflege und sozialen Betreuung zahlreiche Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität definiert, Pflegekonzepte vorgelegt und Expertenstandards auf Basis „evidenz-basierter Praxis“ entwickelt. Neben der professionellen, ethischen und gesetzlichen Praxis geht es dabei u.a. um Themen wie Gesundheitsförderung, Planung, Evaluierung, Bedarfserhebung, die Beziehung zum Patienten/Nutzer sowie Führung, Management und Kontrolle sowie eben auch um die professionelle Weiterentwicklung und die kontinuierliche Qualitätsverbesserung (ICN, 2002). Das darauf aufbauende „ICN-Kompetenzmodell“ zielte schließlich darauf ab, zur Klärung der Rolle von Krankenpflegerinnen in der Praxis der medizinischen Versorgung auf internationaler Ebene beizutragen. Auch die in diesem Zusammenhang weitere Entwicklung von Themen und Konzepten professioneller Gesundheits- und Krankenpflege auf nationaler Ebene (siehe z.B. auch AACN, 2010; RCN, 2010) ist vornehmlich auf die Akutpflege ausgerichtet, wobei die bereits genannten klassischen Indikatoren der aggregierten Qualität klinischer Pflege im Vordergrund stehen.

In diesem Zusammenhang ist allerdings auch darauf hinzuweisen, dass sich als Ergebnis der Debatte um ganzheitliche Pflege in der Tradition von Virginia Henderson sowie durch geriatrische und gerontologische Spezialisierungen eine Reihe von Pflegemodellen und -methoden entwickelt haben, die für die Qualität der Langzeitpflege und -betreuung von Bedeutung sind. Dazu zählen u.a. Betty Neuman's „systems model“ (Neuman, 1989; Neuman & Reed, 2007), „Selbstpflege“ nach Dorothea Orem, das psycho-biographische Pflegemodell nach Erwin Böhm (v.a. im deutschsprachigen Raum) oder auch Validation (Naomi Feil) sowie Konzepte der Palliativpflege. Weitere Elemente zur Weiterentwicklung von Pflegemodellen im Zusammenhang mit Demenz kommen aus der „kongruenten Beziehungspflege“ (Bauer, 2004) und der psychiatrischen Literatur (siehe z.B. Kitwood, 1997). Darüber hinaus konnte im Rahmen der Etablierung der Pflegewissenschaft teilweise auch das spezialisierte Wissen gerontologischer und geriatrischer Pflege verbessert werden.

Neben den durch Professionalisierung angeregten berufsinternen Debatten hat v.a. die Sicherung und Kontrolle von Qualität durch die im Rahmen von New Public Management intensivierte Vermarktlichung und Ökonomisierung von Pflege und Betreuung an Bedeutung gewonnen (Rodrigues et al., 2014; Senghaas-Knobloch, 2008). In den meisten Ländern Europas wurden neue öffentliche Einrichtungen gegründet, um den Zugang zu den nun geschaffenen „Pflegemärkten“ durch Akkreditierungs-Richtlinien zu regulieren und die Leistungen der Marktteilnehmer zu kontrollieren (Nies et al., 2013). Dabei standen vor allem Elemente der Strukturqualität, teilweise auch der Prozessqualität im

Vordergrund. Erstere schließen Rahmenbedingungen wie die räumliche, sachliche und personelle Infrastruktur (z.B. Personalschlüssel, bauliche Vorgaben) mit ein. Prozesse in der Pflege betreffen beispielsweise die Kommunikation und Hierarchie zwischen Pflegepersonal, die Organisation und Umsetzung von Pflegeleitlinien bzw. Expertenstandards für soziale, pflegerische und ärztliche Tätigkeiten (z.B. Förderung des Selbsthilfepotenzials und der Autonomie des Pflegebedürftigen) sowie Dokumentation, Einführung von Qualitäts- und Beschwerdemanagement. Das Zusammenwirken dieser strukturellen Voraussetzungen und Prozesse in der Pflege, die wiederum auch die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal bestimmen, beeinflussen die Qualität der Pflegebeziehung, wobei allerdings nach wie vor nur äußerst widersprüchliche Befunde wissenschaftlicher Forschung vorliegen, welche Faktoren die Qualität der Ergebnisse von Pflege- und Betreuungshandlungen beeinflussen bzw. warum und auf welche Art und Weise sie dies tun (Roth, 2002; Gage et al., 2009; IOM, 2001).

Dies liegt nicht zuletzt daran, dass sich genau diese Festlegung von Indikatoren der Ergebnisqualität oder gar der Wirkung von Pflege- und Betreuungsaktivitäten nach wie vor schwierig gestaltet. Sowohl in der wissenschaftlichen Diskussion als auch in der Gesetzgebung wird die Ergebnisqualität der Langzeitpflege und -betreuung daher oft mittels klinischer Indikatoren und Veränderungen des Gesundheitsstatus (Dekubitus, Dehydrierung, Medikation, Gewichtsverlust etc.) gemessen und im besten Fall durch Zufriedenheitsbefragungen von Nutzern, Angehörigen und Mitarbeitern ergänzt (Europäisches Zentrum, 2010; OECD, 2013). Dabei wird immerhin teilweise deutlich, dass die auf diese Art gemessene Versorgungsqualität wesentlich von der Qualifikation der Beschäftigten, aber auch von Arbeitsbedingungen (z.B. Zeitdruck, Organisation, berufliche Perspektiven) und anderen strukturellen Gegebenheiten innerhalb des jeweiligen Settings bestimmt wird (Spilsbury et al., 2011; IOM, 2001; Noelker & Harel, 2001).

Der Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Erbringung „guter Pflege“

Die Arbeitsbedingungen spielen somit allgemein in den Gesundheits- und Sozialberufen eine zentrale Rolle, worauf auch entsprechende Studien in Österreich hingewiesen haben (Dressler et al., 2014; Bobens et al., 2011; Schmid & Troy, 2011). Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, der seit mehr als zehn Jahren eine Herausforderung im Kontext alternder Gesellschaften darstellt und auch in Österreich in der stationären, teilstationären und mobilen Altenpflege

immer stärker wahrgenommen wird (AMS, 2014; Krajic et al., 2004), gewinnt dieser Aspekt besondere Bedeutung. Neue Pflegekräfte zu rekrutieren und ausgebildete Fachkräfte an den Beruf zu binden sind entscheidende Faktoren für die zukünftige Entwicklung der Langzeitpflege, die zudem in starker Konkurrenz um die besten Fachkräfte zur Akut-Krankenpflege steht. Denn tendenziell bevorzugen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen eine Anstellung im Krankenhaus gegenüber der Arbeit in Alten- und Pflegeheimen bzw. in der mobilen (Hauskranken-)Pflege. Die als vergleichsweise attraktiver wahrgenommenen Rahmenbedingungen im Krankenhaus, wie z.B. bessere Bezahlung, abwechslungsreichere und verantwortungsvollere Tätigkeiten, Spezialisierungsmöglichkeiten sowie Karrierechancen, stehen dabei im Vordergrund (AMS, 2014).

Allgemein sind Langzeitpflegekräfte hohen körperlichen und psychischen Belastungen im Umgang mit Patientinnen ausgesetzt. In den meisten OECD-Ländern arbeitet die Mehrheit des Pflegepersonals in der Langzeitpflege in Teilzeit und verdient nur unerheblich mehr als das Durchschnittseinkommen gering qualifizierter Beschäftigter (Colombo et al., 2011). Aufgrund des hohen Stresslevels, des erhöhten Burn-out-Risikos und des arbeitsbedingten Gesundheitszustandes treten viele Pflegekräfte ihre Pension vor dem regulären gesetzlichen Pensionseintrittsalter an (European Foundation, 2006). Umfragen der internationalen Studie „European Nurses Early Exit Study (NEXT)“ ergaben, dass 22% des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals mindestens einmal im Monat Gewalt durch pflegebedürftige Personen oder deren Angehörigen erfahren, bei Pflegehelferinnen tritt die Gewalterfahrung sogar noch häufiger auf (Estryn-Behar et al., 2008).

Wenig überraschend ist die Erkenntnis, dass schlechte Arbeitsbedingungen i.d.R. zu Problemen bei der Rekrutierung von Pflegepersonal, hoher Fluktuation und Abwanderung von Personal in andere Berufe führen (Colombo et al., 2011). Umgekehrt trägt die Übertragung von autonomen Entscheidungsbereichen bei der Planung und Durchführung von Pflege und Betreuung, wie etwa im Rahmen von Konzepten der Bezugs- oder Gruppenpflege, wesentlich zur Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit bei (Galatsch et al., 2010).

In Österreich sind die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen laut Arbeitsklima-Index (<http://www.db.arbeitsklima.at/>) zwar etwas zufriedener mit ihrer Arbeitssituation als andere Berufsgruppen, aber bei vielen Einzelaspekten wird deutlich, dass große Unterschiede zwischen den Berufsgruppen bestehen und hohe Belastungen an der Tagesordnung sind: 39% der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen sind psychisch stark bis sehr stark belastet (11% in anderen Berufen), was sich in signifikant höheren Werten bei berufsindizierten Gesundheitsproblemen auswirkt (AK Oberösterreich, 2013). Diese Er-

gebnisse werden auch von Bobens et al. (2011) für die Beschäftigten in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich bzw. von Dressler et al. (2014) für die Steiermark bestätigt, wobei ein erheblicher Teil der Beschäftigten unter Problemen der Arbeitsorganisation (Stichworte: Überstunden, Arbeitsklima, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Bürokratie) sowie physischen (Stichworte: schwere Lasten, schwierige Körperhaltungen) und psychischen (Stichwort: Burnout-Gefährdung) Belastungen leidet. Laut Arbeitsklima-Index geben deshalb insgesamt etwas mehr als die Hälfte aller Befragten an, dass sie den Beruf eher nicht bis zum Regelpensionsalter ausüben können (AK Oberösterreich, 2013).

Diese Befunde sind vor allem deshalb bedenklich, weil sich die Kontinuität des Pflegepersonals, das Erfahrungswissen der Pflegenden und deren Arbeitszufriedenheit wesentlich auf die Ergebnisqualität von Pflege auswirken (Gallatsch et al., 2010). Ergebnisse einer weiteren NEXT Studie mit über 10.000 Pflegekräften aus verschiedenen europäischen Ländern zeigen, dass vor allem jene Mitarbeiterinnen, die eine hohe Verantwortung für Planung und Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Patientinnen tragen bzw. ein hohes Maß an Autonomie und Gesamtverantwortung haben, mit den Möglichkeiten der pflegerischen Patientenversorgung eher zufrieden sind. Der Grad der Fluktuation von Pflegepersonal hat außerdem Einfluss auf die Qualität der Pflege selbst und auf die Stimmung innerhalb der Belegschaft (McGilton et al., 2014; Castle & Engberg, 2005). Insgesamt stehen somit sowohl die Arbeitsbedingungen wie Autonomie und individuelle Betreuung der Patientinnen als auch die Organisation der Arbeit in einem direkten Zusammenhang mit der Ergebnisqualität von Pflege.

Allerdings sind die nach wie vor relativ jungen Berufsfelder Altenpflege bzw. Langzeitpflege auch durch einen Mangel an empirischen Forschungsergebnissen zur Sicht der Beschäftigten auf den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen sowie Struktur und Qualität der Pflege charakterisiert. Eine ganze Reihe v.a. internationaler Studien befassen sich mit Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals im Krankenhaus (Aiken et al., 2012; Gunnarsdottir, 2006; Schmidt et al., 2008; Stordeur & D'hoore, 2009) bzw. ausgewählten Aspekten der Pflegearbeit (z.B. Entlassungsmanagement: Denson et al., 2013; Chronic care: Van Durme et al., 2014). Einige Veröffentlichungen gehen auf Aspekte der Pflege in Heimen ein, wobei allerdings meist nur Ressourcen und strukturelle Rahmenbedingungen (Comondore et al., 2009; Schwendimann et al., 2014; Shippee et al., 2015; Schmidt et al., 2007) im Vordergrund stehen und die Sicht der Beschäftigten nicht einbezogen wird (Lewis & West, 2014).

In Österreich liegen vereinzelte Studien zu Teilaspekten der Arbeitszufriedenheit in der Pflege (Simsa, 2004), zur Passung von Ausbildung und Praxis (Buchegger-Traxler & Danninger, 2012) und zu Erwerbs- und Qualifikationsprofilen

von Pflegepersonal (Jelenko et al., 2007) vor. Darüber hinaus wurden in ausgewählten Bundesländern ausführliche Studien zu den Arbeitsbedingungen und -belastungen in den Gesundheitsberufen durchgeführt (Bobens et al., 2014; Schmid, 2011). In diesem Kontext stehen auch einige regional und auf einzelne Berufsgruppen der Langzeitpflege eingegrenzte Studien (Rottenhofer et al., 2013), z.B. mit Bezug auf Berufsverläufe von Altenfachbetreuerinnen im Innviertel (Kranewitter & Stelzer-Orthofer, 2009). Nach Abschluss des Projekts „Pflege: Ein Arbeitsmarkt der Zukunft“ (www.zukunft-pflegen.info), welches von der AK Oberösterreich koordiniert wurde, ist zudem eine Fülle von Dokumenten zum Wissensmanagement und zur Kompetenzerweiterung in der Langzeitpflege verfügbar, die auf spezifische Herausforderungen wie etwa transkulturelle Pflege, Coaching, ethische Fragen, Palliativpflege und Imagefragen fokussieren (Staflinger & Hexelschneider, 2014; Staflinger et al., 2013).

Definitionen von Qualität in der Langzeitpflege

Spezielle Konzepte der Definition, Messung und Weiterentwicklung von Qualität in der Langzeitpflege und -betreuung haben sich erst in den letzten Jahren vervielfacht, wobei auch hier zu beobachten ist, dass diese nur unzureichend mit Debatten und Maßnahmen innerhalb des Gesundheitssystems verbunden sind (Nies et al., 2013). Zudem wird bei einer Durchsicht der Literatur deutlich, dass Langzeitpflege und -betreuung oft auf die stationäre Versorgung reduziert wird, weshalb es an speziellen Modellen für den mobilen Bereich nach wie vor mangelt.

Grundsätzlich ist die Messung von Qualität in der Langzeitpflege und -betreuung sperrig und muss als dynamischer Prozess gesehen werden. Es kann hier nicht um die Definition absoluter Standards und Messkriterien gehen, weil die Bewertung von Qualität auf Werten, Erwartungen und Präferenzen einer ganzen Reihe unterschiedlicher Akteure beruht – von Nutzerinnen, Angehörigen und Beschäftigten bis zu politischen Entscheidungsträgern und Aufsichtsorganen (Spilsbury et al., 2011). Trotz dieser Schwierigkeiten sind doch starke Anstrengungen unternommen worden, um Indikatoren, die über die reine Messung von klinischer Pflegequalität hinausgehen, zu definieren (Europäisches Zentrum, 2010). Eine Reihe von Studien trugen dazu bei, die spezifischen Anforderungen in der Langzeitpflege und -betreuung herauszuarbeiten und messbar(er) zu machen:

- Das „Care Keys Projekt“ identifizierte etwa, dass die Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung von Lebensqualität als wesentliche Wirkung (*outcome*) von Langzeitpflege erachtet werden sollte. Betreuungsbezogene Lebensqualität sollte durch eine multi-dimensionale Evaluierung, welche die

Perspektiven der unterschiedlichen beteiligten Akteure einbezieht, erhoben und in Beziehung gesetzt werden mit den Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der Betreuung und Pflege. Dabei sind sowohl subjektive als auch objektive Faktoren zu berücksichtigen, denn reine Zufriedenheitsmessungen allein reichen nicht aus, um Lebensqualität zu erfassen und zu bewerten (Vaarama et al., 2008)

- Auf Basis des Konzepts der beziehungsorientierten Pflege (Tresloni/Pew-Fetzer Task Force, 1994) entwickelten Nolan und Kollegen das sogenannte „Senses Framework“ (Nolan et al., 2006) mittels Befragungen, in denen Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter nach ihren Präferenzen befragt wurden. Im Ergebnis standen im Wesentlichen sechs zentrale „Wahrnehmungen“ bzw. Themen im Vordergrund: Sicherheit, Zugehörigkeit, Kontinuität (Zusammenhänge und Beziehungen erfahren), Zielsetzung (Ziele haben und sich neue Ziele setzen), Erfolg (Fortschritte bei der Erfüllung der Ziele machen) und Bedeutsamkeit (als Person gesehen werden, Würde und Respekt erfahren).
- Die Messung der Lebensqualität in der Langzeitpflege steht im Fokus eines neuen Instruments, dem „Adult social care outcomes toolkit“ (ASCOT). Dabei geht es um die Erhebung von Information über (verbliebene) Fähigkeiten und Ergebnisse bezüglich der individuellen Lebensqualität im Kontext von Pflege und Betreuung. Die berücksichtigten acht Kategorien reichen von persönlicher Hygiene, Sicherheit und Kontrolle über den eigenen Alltag bis zum Wohnumfeld, Ernährung, Beschäftigung und gesellschaftlicher Einbindung. ASCOT versteht sich als geeignetes Instrument, um die Wirkungen von Pflege- und Betreuungsdiensten aus der Nutzer-Perspektive zu messen und vergleichbar zu machen (Netten et al., 2010; 2012).
- Aus Sicht der Beschäftigten weisen eine Reihe von Studien darauf hin, dass die Ganzheitlichkeit ein wesentlicher Faktor in der Langzeitpflege ist (Murphy, 2007; Benedix & Medjedovic, 2014; Kinnear et al., 2014), wobei im stationären Bereich neben der selbstständigen Planung von Pflegeprozessen und der persönlichen Verantwortlichkeit in der Beziehung zu Angehörigen vor allem die umfassende Beziehung zu den Nutzern als jener „Kern der Pflegearbeit“ gesehen wird, der zur Zufriedenheit im Beruf beiträgt (Benedix & Medjedovic, 2014; Bowers et al., 2000). Darüber hinaus wies eine norwegische Studie im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung neben der Beziehungsgestaltung und der Akzeptanz persönlicher Vorlieben der Nutzer auch darauf hin, dass die Beschäftigten die Kooperation zwischen den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen und Organisationen als wichtiges Qualitätskriterium wahrnehmen (Hvalvik & Dale, 2013). Zu berücksichtigen ist allerdings, dass Pflegepersonal objektivierenden und als bürokratisch empfundenen Tätigkeiten der Dokumentation und Messung oft kritisch gegenübersteht, v.a. dann, wenn diese Aktivitäten nur aufgrund entsprechender Auflagen zur Routine werden (Dollase, 2009).

Die Entwicklung einer eigenständigen Debatte zur Qualität – mithin zur Herausbildung einer eigenen Identität – in der Langzeitpflege und -betreuung hat mit dem Vorliegen einer Reihe von „Chartas“ zu den Rechten hilfe- und pflegebedürftiger Menschen auf europäischer Ebene ein neues Stadium erreicht. 2007 legten die deutschen Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie für Gesundheit und Soziale Sicherung eine gemeinsame Charta vor, um die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu verbessern (BMFSFJ/BMG, 2007). Diese diente in der Folge als Vorlage für eine europäische „Charta der Rechte und Pflichten älterer pflegebedürftiger Menschen“ (AGE et al., 2010), die wiederum zur Ausarbeitung eines „Europäischen Qualitätsrahmens für die Langzeitpflege“ führte (AGE et al., 2012; siehe auch SPC, 2010). Zu den Grundsätzen und Leitlinien für Würde und Wohlbefinden älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen werden hier u.a. Kategorien wie Menschenrechte und Menschenwürde, Personenzentriertheit, Prävention und Rehabilitation sowie Verfügbarkeit und Zugänglichkeit gezählt. Dienste und Einrichtungen der Langzeitpflege sollten erschwinglich, umfassend, kontinuierlich, ergebnisorientiert und evidenzbasiert sowie transparent sein sowie Geschlechtsunterschiede und kulturelle Bedürfnisse berücksichtigen. Diese umfangreiche Aufstellung wurde von Vertretern unterschiedlicher Anbieterorganisationen und vor allem von Interessenvertretungen der Senioren und Seniorinnen in den EU-Mitgliedsländern ausgearbeitet. Dabei ist vor allem hervorzuheben, dass im Lauf des letzten Jahrzehnts der Begriff „Langzeitpflege und -betreuung“ (*long-term care*) und damit zusammenhängende Konzepte in die politische Debatte auch auf Ebene der EU-Institutionen Eingang gefunden haben, indem spezifische Aspekte dieses Sektors in Kommunikés, Peer-Reviews, Berichten der Kommission und Richtlinien behandelt wurden (siehe auch Leichsenring et al., 2013; Leichsenring, 2010; SPC, 2010).

Auch hierzu ist wiederum anzumerken, dass die Beschäftigten in der Langzeitpflege in diesen Debatten oft unterrepräsentiert blieben, weshalb der vorliegenden Studie zusätzliche Bedeutung zukommt, um die Perspektive der Pflegekräfte auf ihre Arbeit und ihr Verständnis von guter Pflege einzubringen.

Eine Gruppe, die zwar zunehmend wahrgenommen wird, aber bei entsprechenden politischen Debatten unzureichend repräsentiert ist, sind die „Personenbetreuerinnen“, die in der 24-Stunden Betreuung insbesondere in Österreich eine immer wichtigere Rolle einnehmen. In diesem Bereich herrschen durch die grundsätzlich unterschiedliche Organisation der Pflege andere Arbeitsbedingungen und Voraussetzungen für „gute Pflege“. Die Rund-um-die-Uhr Betreuung im Haushalt der Pflegebedürftigen im 14-Tage Rhythmus, die selbstständige Tätigkeit verbunden mit niedriger Entlohnung, sowie keine oder nur beschränkte Supervision durch ausgebildetes pflegerisches Personal sind

dabei wichtige Faktoren. So ist die 24-Stunden-Betreuung in Österreich von einer hohen Fluktuation der 24-Stunden-Betreuerinnen geprägt, da diese Beschäftigung aufgrund der fehlenden Weiterbildungsmöglichkeiten und der Arbeitsbedingungen nur selten eine stabile und langfristige Perspektive darstellt (Winkelmann et al., 2015; Hilfswerk Österreich, 2013). Auch sind die Rahmenbedingungen für gute Qualität in der Pflege völlig anders als in der (teil)stationären und mobilen Pflege. Dies hat vor allem mit den unterschiedlichen Ausbildungsvoraussetzungen zu tun und der Tatsache, dass sowohl die Rekrutierung von Personal als auch die Kontrolle der Pflege in privaten Haushalten weniger streng geregelt sind (Schmidt et al., 2015). Insgesamt gilt aber auch hier, dass die strukturellen Gegebenheiten und Prozesse sowie die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte ausschlaggebend sind für die Qualität der Pflege.

Daher ist weitere Forschung zur Analyse der Ursachen und Wechselwirkungen von Arbeits- und sonstigen strukturellen Bedingungen, Prozessen und Qualität der Pflege erforderlich, denn die Einbeziehung der Beschäftigten in die Gestaltung und Verbesserung der Qualität der Langzeitpflege ist insgesamt nach wie vor eingeschränkt bzw. punktuell an designierte Mitarbeiterinnen (Qualitätsbeauftragte) delegiert. Auch in der Praxis der Aufsichtsorgane wird die Sicht der unterschiedlichen Beschäftigtengruppen auf die Qualität der Pflege und Betreuung oft außer Acht gelassen, obwohl diese eine elementare Ressource darstellen, um sowohl Verbesserungspotenziale für ihre Arbeitsbedingungen als auch allgemeine strukturelle Schwächen in der Langzeitpflege zu identifizieren (Lewis & West, 2014).

Dieser kurze Überblick hat gezeigt, dass sich Langzeitpflege und -betreuung einerseits als eigenständiger Bereich zu etablieren begonnen hat. Es gibt erste Ansätze einer eigenen Identität, mit spezialisierten Strukturen und Betreuungsprozessen sowie damit verbundenen Definitionen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, wobei es tendenziell neben der klinischen Pflegequalität vor allem um die Förderung der Lebensqualität von Nutzerinnen geht. Andererseits harren viele Aspekte nach wie vor einer genaueren Festlegung, wenn es z.B. um (neue) Berufsbilder, Ausbildungsgänge, die notwendige Mischung von Kompetenzen und Qualifikation („*skill and grade mix*“), evidenzbasierte, ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren oder auch um die 24-Stunden-Betreuung geht.

Anmerkung

- * Für Recherchen und Beiträge zu diesem Abschnitt danken wir Juliane Winkelmann und Andrea Schmidt.

Kapitel 3

Zur Identität der Langzeitpflege und -betreuung aus Sicht unterschiedlicher Berufsgruppen

In den explorativen Interviews mit Vertretern und Vertreterinnen unterschiedlicher Berufsgruppen spiegelte sich eine ambivalente Einschätzung zur Herausbildung einer eigenen Identität von Langzeitpflege und -betreuung wider. Einige Interviewpartner stellten auf die entsprechende Frage fest, dass es *„keine wirkliche Herausbildung eines eigenständigen Langzeitpflegesektors“* gibt, sondern lediglich *„verschiedene Berufsgruppen, die in diesem Bereich arbeiten“* (I.2). Diese Einschätzung hing oft mit der jeweiligen Position der Befragten zusammen, wenn etwa ein Entlassungsmanager zu verstehen gab, dass er zur Langzeitpflege eigentlich nichts sagen könne, denn er sei *„im Krankenhaus ange stellt“* (I.9).

Die in der Praxis der Langzeitpflege arbeitenden Interviewpartnerinnen wiesen allerdings darauf hin, dass sich durchaus eine eigene Identität zu entwickeln beginne, *„weil es um die Alltagsgestaltung geht, wobei wir viel mit Mäeutik, d.h. dem biografischen Hintergrund der Bewohner, arbeiten“* (I.8) und weil *„der Fokus wirklich auf Pflege und Betreuung liegt, nicht nur als Assistenz von Ärzten gemeint“* (I.3).

In gewissem Sinne *„wächst das Selbstbewusstsein, weil der Bereich weiter an Bedeutung gewinnen wird“* (I.4), was auch daran liege, dass sich neue Herausforderungen und neues Wissen herausgebildet haben: *„... vor 30 Jahren hat es Geriatrie in der Ausbildung nicht gegeben, das Krankheitsbild Demenz gab es damals noch gar nicht“* (I.5).

Eine grundlegende Einschätzung der Situation aus Sicht der Sozialarbeit wurde von einer der wenigen im Bereich der Langzeitbetreuung arbeitenden Sozialarbeiterinnen vorgebracht:

„Ich sehe da eine zart beginnende Bewegung, die ich mit dem Übergang von der medizinisch bis ins Kleinste überwachten Geburt zur heute üblichen sanften Geburt vergleichen würde (...) dass der letzte Lebensabschnitt, Sterben und Tod ebenso zum normalen Leben gehören wie eben auch die Geburt. Da sehe ich eine wichtige Aufgabe der sozialen Arbeit.“ (I.11)

Während die Langzeitpflege vielfach bis heute als „Pflege zweiter Klasse“ (I.3) betrachtet werde, ließe sich doch anhand unterschiedlicher Indikatoren ablesen, dass eine eigene Identität im Entstehen sei:

„Das ist in den letzten Jahren teilweise durch neue Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten verstärkt worden, die spezielle Kompetenzen für die Langzeitpflege ausbilden, z.B. Pflege für Demenzpatienten, Palliativpflege, Multimorbidität“ (I.3).

Generell scheint bei der Herausbildung von Identität im Langzeitpflege-Sektor auch die Abgrenzung zur Akut-Pflege eine Rolle zu spielen:

„Diese beiden Bereiche zur Zusammenarbeit zu bringen ist schwierig, denn da prallen zwei Welten aufeinander. (...) Im Akut- bzw. klinischen Bereich geht es darum, hohe Fachkompetenz zu erlangen bei medizinischen Themen, während die Langzeitpflege eine neue Branche ist: es wird immer mehr alternative Lösungen geben, es ist ein innovativer und kreativer Bereich, der noch ganz viel zulässt (...) Die Individualität der Menschen im stationären Langzeitpflegebereich, aber auch im mobilen Bereich steht im Vordergrund. Genau so muss auch die Langzeitpflege und -betreuung funktionieren – individualisiert und einzigartig.“ (I.3)

Diese Besonderheiten der Langzeitpflege werden von vielen Beschäftigten geschätzt, indem es „nicht um Heilung geht“, sondern um den Aufbau einer Beziehung und „einer Vertrauensbasis zu den Bewohnern – man lernt die Menschen wirklich kennen“ (I.10). Manchmal bedeutet das auch, „ertragen zu können, dass jemand aufhört zu essen“, oder es „als Erfolgserlebnis zu sehen, dass jemand friedlich sterben kann“ (I.7).

Zufriedenheit mit der Tätigkeit in der Langzeitpflege entsteht daher „durch die Wertschätzung und Anerkennung, die von Klienten und Angehörigen kommt und (manchmal) von der Gesellschaft“ (I.2), „wenn man sieht, dass es dem Klienten gut geht, und wenn die Zusammenarbeit im Team passt“ (I.6), oder auch, „wenn man Wertschätzung erfährt: ein Händedruck von Klienten, Kollegen und Angehörigen“ (I.12). Dazu kommen die Abwechslung und die Herausforderung, autonome Entscheidungen treffen zu können: „Es sind zwar immer die gleichen Abläufe, aber es ist nicht jeder Tag gleich – das macht einfach Spaß“ (I.10).

Allerdings seien die vorgefundenen Rahmenbedingungen nicht immer geeignet, um neue Konzepte und das in der Ausbildung erlangte Wissen auch umzusetzen.

„Ich bin eine der wenigen DSB-A, die einen Job gefunden hat, wo ich das leben und umsetzen kann, was wir in der Ausbildung gelernt haben (...) es gibt zwar das Berufsprofil, aber die Aufgaben haben nicht die Wertigkeit, dass man Geld dafür ausgibt.“ (I.6)

„Es fehlt an Supervisionen, Teamsitzungen, wo man sich austauschen kann; man muss eine hohe Stressresistenz mitbringen, Managementfähigkeit und Flexibilität.“ (I.2)

Die wesentliche Rolle der Arbeitsbedingungen

Der Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Erbringung „guter Pflege“ wurde von allen Interviewpartnern deutlich gemacht, wobei die Aussage einer Heimhelferin wohl bezeichnend ist für die Haltung vieler im Bereich der Langzeitpflege:

„Eigentlich dürfen die Arbeitsbedingungen ja meine Leistung nicht beeinflussen, aber die Zeitvorgaben beeinflussen die Arbeit sehr wohl, weil man die Kunden sehr viel besser animieren könnte, damit sie selbstständiger werden ... aber die Zeit dafür ist eben nicht da.“ (I.12)

Alle Interviewpartner wurden gebeten, die ihrer Meinung nach wichtigsten Einflussfaktoren im Bereich der Arbeitsbedingungen auf die Qualität der Pflege und Betreuung zu bewerten und nach Ihrer Wichtigkeit zu reihen. Abbildung 3 gibt einen Überblick der Einschätzungen nach Berufsgruppen, während Tabelle 1 die durchschnittliche Reihung der wichtigsten Einflussfaktoren zeigt. Diese Ergebnisse können zwar keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben, da die Bewertungen im Rahmen der explorativen Interviews zweifellos von persönlichen Einschätzungen und subjektiven Lebenslagen geprägt sind. Allerdings zeigen sich doch überwiegend gemeinsame Schwerpunkte über alle Berufsgruppen hinweg.

Die Grafik zeigt, dass die Qualität der Pflege durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren bestimmt wird. Diese sind sowohl auf der Ebene der Prozessqualität als auch auf der Ebene der Strukturqualität angesiedelt. Im Vordergrund stehen einerseits organisatorische Herausforderungen wie Zeitdruck und die Organisation und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, andererseits die persönliche Belastung der Pflegekräfte durch die körperlich und psychisch fordernde Arbeit, aber auch die Herausforderung, Berufs- und Privatleben zu vereinbaren. Vor allem der letzte Punkt ist dabei eng mit der organisatorischen Ebene verknüpft. Ein sehr wesentlicher Einflussfaktor ist über die Berufsgruppen hinweg

die Beziehung zu den Klientinnen und Klienten, die von fast allen Befragten (9 von 11) mit „sehr wichtig“ beurteilt wurde. Dadurch wird deutlich, dass die Qualität der Pflege zwar sehr stark von organisatorischen Faktoren abhängig ist, wobei allerdings immer auch ein emotionaler Aspekt berücksichtigt werden muss. Die Beziehung zu den Klientinnen und Klienten steht klar im Vordergrund und beeinflusst die Qualität der Arbeit maßgeblich.

Im Vordergrund stehen vor allem Einflussfaktoren, mit denen sich die Beschäftigten in der Pflege täglich konfrontiert sehen (z.B. „Zeitdruck“ und „Beziehung zu Klienten“). Andere Einflussfaktoren werden von den Befragten seltener als „sehr wichtig“ eingestuft. Dies betrifft vor allem Themen wie Fortbildung und Karrieremöglichkeiten, aber auch gesetzliche Regelungen, also Einflussfaktoren, die in der täglichen Praxis nur implizit präsent sind und dadurch weniger konkret wahrgenommen werden.

Überraschenderweise wurden auch die Wegzeiten von den meisten Befragten selbst im mobilen Bereich als weniger wichtig eingestuft. Im Gespräch wurde deutlich, dass Organisationen in erster Linie versuchen, die Wegzeiten gering zu halten und ihren Pflegekräften somit Klientinnen zuzuteilen, die in der selben Wohngegend leben. Dies hat zur Folge, dass Pflegekräfte die Zuteilung von Klientinnen nicht mitbeeinflussen können. Dabei geht es weniger um persönliche Sympathie oder spezifischen Betreuungsbedarf (z.B. Demenz, Adipositas), sondern vor allem um das jeweilige Arbeitsumfeld, welches dem Alter der Pflegekraft mehr oder weniger angemessen sein kann, wenn z.B. Klienten betreut werden müssen, bei denen ein geeignetes Pflegebett, Personenlifter, ein Aufzug oder entsprechende Adaptierungen im Bad nicht vorhanden sind.

Unterschiede werden zwischen den jeweiligen Einsatzbereichen nur in Nuancen deutlich. So spielt z.B. der Zeitdruck über alle Bereiche hinweg eine wesentliche Rolle, besonders jedoch im mobilen Bereich, wo zudem die Tatsache, meist auf sich allein gestellt zu sein, auf die Qualität der Arbeit Einfluss nimmt. Unterschiedliche Formen von Zeitdruck sind ebenfalls zu berücksichtigen: während sich dieser im stationären Bereich v.a. durch Personalmangel (niedriger Pflegeschlüssel), Krankenstände und Arbeitsspitzen zu bestimmten Tageszeiten bemerkbar macht, erzeugen im mobilen Bereich v.a. die kurzen Einsatzzeiten, Wegzeiten sowie „geteilte Dienste“ (vormittags und abends) ständigen Zeitdruck. Die Betonung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie weist einmal mehr darauf hin, dass die Doppelbelastung von Frauen in dem durch einen immens hohen Anteil von weiblichen Beschäftigten charakterisierten Bereich der Langzeitpflege besonderer Aufmerksamkeit bedarf.

Abbildung 3. Bewertung der Einflussfaktoren von Arbeitsbedingungen auf die Qualität der Pflege (nach Berufsgruppen)

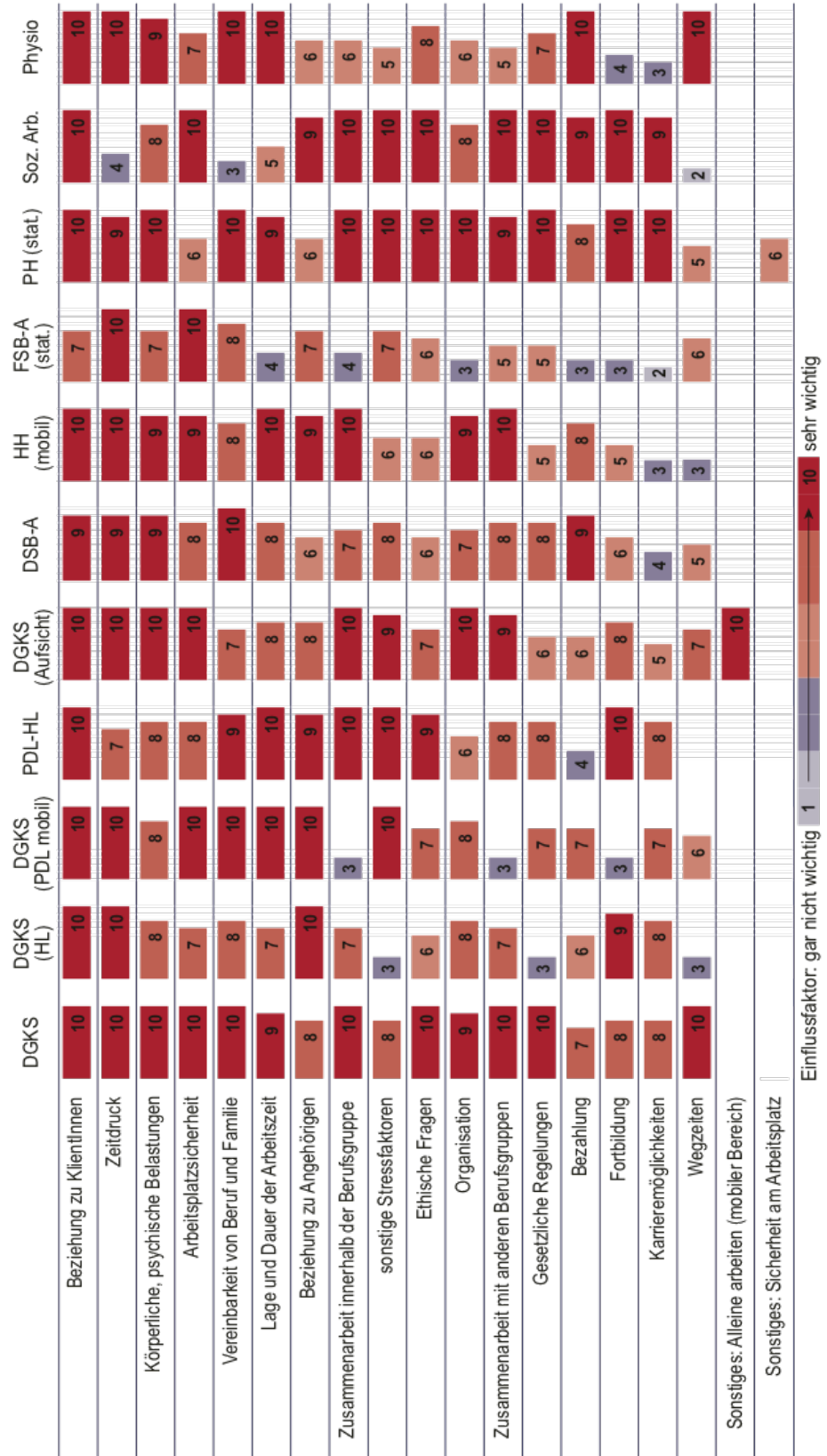


Tabelle 1. Durchschnittliche Reihung der wichtigsten Einflussfaktoren

Rang 1	Zeitdruck
Rang 2	Vereinbarkeit von Beruf und Familie
Rang 3	Beziehung zu Klientinnen und Klienten
Rang 4	Körperliche und psychische Belastungen
Rang 5	Organisation sowie Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (ex aequo)

Quelle: Explorative Interviews; die Durchschnittswerte ergeben sich aus den gewichteten Reihungen von 11 Befragten aus den verschiedenen Berufsgruppen.

Ein wichtiger Faktor bei der Entwicklung einer eigenen Identität und in der Folge bei der Erhebung, Bewertung und Verbesserung der Qualität von Langzeitpflege sind die Ziele und Werte, die definiert, wahrgenommen und gelebt werden, um das eigene Handeln der Beschäftigten bzw. das Organisations-Handeln in Einrichtungen und Diensten der Langzeitpflege anzuleiten. Dabei wurden von den Interviewpartnern immer wieder die Begriffe Lebensqualität, Alltagsgestaltung, Wohnqualität, Würde, Achtung und Wertschätzung, Autonomie, Empathie, Respekt, Vertrauen, aber auch Fachlichkeit, Planung, Verantwortung, Multiprofessionalität und Mut zur Nähe genannt. Diese Themen sowie eine Reihe anderer angeführter Schlüsselfaktoren für „gute Pflege“ haben die Autoren letztlich dazu angeregt, einen Themenkatalog „von A bis Z“ zu erstellen, um die Perspektiven der Beschäftigten zu „guter Pflege“ zu veranschaulichen.

Bei der Erstellung dieses Katalogs, der im folgenden Kapitel vorgestellt wird, wurde auf die Aussagen der Vertreterinnen der verschiedenen Berufsgruppen im Rahmen der explorativen Interviews zurückgegriffen. Diese wurden durch Ergebnisse der Workshops mit gemischten Gruppen, bestehend aus Vertreterinnen der unterschiedlichen Berufszweige und Settings, in vier Bundesländern ergänzt.

Kapitel 4

Gute Pflege von A bis Z – Themen und Schlüsselaspekte guter Pflege

Der folgende Anforderungskatalog (Übersicht 1; siehe auch Anhang 1) beinhaltet die aus Sicht der Beschäftigten in der Langzeitpflege und -betreuung derzeit wichtigsten Themen und Aspekte „guter Pflege“. Die Ergänzung und Erweiterung dieses Katalogs sowie die Umsetzung der daraus sich ergebenden Maßnahmen sollte als dynamischer Prozess verstanden werden. Um den Bereich der Langzeitpflege und -betreuung zukunftsfähig zu machen, bedarf es einer kontinuierlichen Weiterentwicklung in all diesen Bereichen.

Bei der Beschreibung der einzelnen Themen waren Wiederholungen notwendig und Überschneidungen teilweise unvermeidlich. Alle Themen wurden aus den Aussagen der Interviewpartner (I) bzw. der Teilnehmerinnen an den Workshops (WS) destilliert. Nach der Beschreibung der jeweiligen Charakteristika und Herausforderungen wurden jeweils jene Vorschläge zur (weiteren) Verbesserung der jeweiligen Schlüsselaspekte, die in den Interviews und Workshops vorgebracht wurden, besonders hervorgehoben (Rahmen). Alle Zitate wurden von den Interviewpartnerinnen explizit autorisiert. Die Bezüge zwischen den Themen wurden durch entsprechende Verweise zwischen den Themen durch (➔) deutlich gemacht.

Übersicht 1. Themen und Schlüsselaspekte guter Pflege von A-Z

Alltagsgestaltung	Finanzierung und wirtschaftliche Rahmenbedingungen	Multi-kulturelle Pflege
Angehörigenarbeit	Fokus/Zielgruppe	Nutzer-Zufriedenheit
Arbeitsbedingungen	Fort- und Weiterbildung	Organisation(en)
Assessment (Aufnahme und Erhebung des Pflegebedarfs)	Führung	Personalressourcen und Know-how
Ausbildung	Gesundheitsförderung und -erhaltung	Pflegekonzepte
Autonomie der Beschäftigten	Gesetzliche Rahmenbedingungen	Planung
Autonomie der Nutzerinnen	Haltung	Professionalität
Beginn und Ende der Pflegebeziehung	Image der Langzeitpflege	Qualitätsmanagement
Berufsbilder und -gesetze	Infrastruktur	Qualitätssicherung
Beziehungsarbeit	Kompetenzen vereinigen	Regionale Unterschiede
Case und Care Management	Kontinuität	Standardisierung
Dauer	Kooperation und Kommunikation	Transparenz
Definition von Betreuung und Pflege	Lebensqualität	Umsetzung neuer Konzepte
Diversifizierung	Leitwerte	Vernetzung
Dokumentation	Leistungsdefinition	Wissensmanagement
Empathie	Messbare Indikatoren	Zeit
Entlassungsmanagement	Mitarbeiter-Zufriedenheit	Zugang
Erfolg	Multidisziplinarität und Teamarbeit	

Alltagsgestaltung

Die sinnhafte Gestaltung sozialer Aktivitäten sowie deren Anpassung an individuelle Fähigkeiten und Einschränkungen sind wesentliche Erfolgsfaktoren für die Beziehung zwischen Pflege- und Betreuungspersonal und Nutzerinnen sowohl im Alten- und Pflegeheim als auch in der mobilen Pflege und Betreuung. Dabei geht es weniger um Beschäftigungsangebote, sondern um die Begleitung des Tagesablaufs unter Einbeziehung individueller Vorlieben, etwa beim

Kochen, Einkaufen, der Körperhygiene oder der Freizeitgestaltung. In diesem Zusammenhang ist die Arbeit mit dem biografischen Hintergrund der Nutzerinnen (Mäeutik, Beziehungspflege etc.) ein wichtiger Erfolgsfaktor. Hier ist auch entsprechend geschultes Personal nötig.

Die Begleitung des Tagesablaufs ist wesentlicher Bestandteil im Berufsbild und in der entsprechenden (➔) **Ausbildung** von Fachsozialbetreuern (Altenarbeit). Allerdings ist es notwendig, dieses zusätzliche Wissen und die Erfahrung dieser Berufsgruppe auch zu nutzen, d.h. dieses Berufsbild in die Personalplanung und -finanzierung einzubeziehen. Die Unterstützung durch Ehrenamtliche kann zwar hilfreich sein, aber die Alltagsgestaltung darf nicht allein auf Basis von Freiwilligenarbeit erfolgen.

“Ohne pflegende Angehörige könnten wir vielen nicht ermöglichen, zuhause zu bleiben.” (I.3)

Angehörigenarbeit

Die Beziehung der Beschäftigten zu den Angehörigen der Nutzer ist nicht friktionsfrei. Einerseits werden die Angehörigen als wichtige Ressource wahrgenommen, die als Auskunftspersonen und, vor allem im mobilen Bereich, als zentrale Stütze und Partner im Pflegeprozess fungieren. Zudem ist deren Feedback und Zufriedenheit eine Quelle von Information und Gratifikation. Allerdings werden die Beschäftigten oft auch in ethische Konflikte verstrickt, „wenn sie zwischen dem Wunsch der Bewohner bzw. des Kunden und dem Wunsch des Angehörigen stehen, wie z.B. bei Fragen der Sondenernährung“ (I.3). Zur Überwindung dieses Wertedilemmas reicht es nicht, das Verhalten von Angehörigen auf deren vermeintlich schlechtes Gewissen, dass sie überhaupt Dienste und Einrichtungen in Anspruch nehmen, zurückzuführen.

Angesichts der allgemein gestiegenen Erwartungshaltung von Angehörigen geht es in erster Linie um (➔) **Kommunikation** und die kontinuierliche Abklärung der Ansprüche und Anforderungen, z.B. durch die Ermöglichung regelmäßiger (Selbst)Evaluierungen und Feedbacks durch die zu Pflegenden bzw. deren Angehörige, Vereinbarungen zur Pflege am Ende des Lebens („end-of-life care“) sowie um die Unterstützung der Beschäftigten bei der Gestaltung dieser Prozesse durch das Führungspersonal. Speziell in der Auseinandersetzung mit Angehörigen kann es zur Verunsicherung des Betreuungspersonals kommen, weshalb es eines Rückhalts durch die Leitung und entsprechender Supervision bedarf.

Arbeitsbedingungen

Die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Langzeitpflege sind in hohem Maße abhängig von den Bedingungen, unter denen die Beschäftigten arbeiten. „Gute Pflege“ kann daher nur auf Basis geeigneter Arbeitsbedingungen – von der Lage und Dauer der Arbeitszeit über angemessene Bezahlung und (➔) **Organisation** bis zur (➔) **Kooperation** im Team, Weiterbildungs- und

Karrieremöglichkeiten – erbracht werden. Gleichzeitig sind diese Bedingungen abhängig von zahlreichen externen, organisationsinternen und persönlichen Faktoren, die von vielen Beschäftigten kritisch wahrgenommen werden,

- ... wenn (➡) **gesetzliche Rahmenbedingungen** bzw. administrative und kollektivvertragliche Regelungen ganze Berufsgruppen nicht berücksichtigen (I.6; I.8), sodass sie ihre Fähigkeiten und Kompetenzen nicht adäquat einsetzen können (FSB-A, DSB-A, teilweise auch Physio- und Ergotherapeuten);
- ... wenn Personalmangel in Alten- und Pflegeheimen durch weitgehend willkürlich und in allen neun Bundesländern unterschiedlich (in Salzburg hingegen gar nicht) festgelegte „Personalschlüssel“ gleichsam vorprogrammiert ist;
- ... wenn Mitarbeiterinnen, die zwecks besserer Vereinbarkeit von Beruf und Familie Teilzeitarbeit gewählt haben, im Endeffekt aufgrund von Krankenständen und Personalmangel permanent zum Einspringen aufgefordert werden: *„Viele Mitarbeiterinnen wählen sich diesen Bereich genau wegen der gebotenen Flexibilität aus, aber sobald es Personalmangel gibt, entsteht enormer Druck“* (I.3); oder auch
- ... wenn Mitarbeiterinnen in der mobilen Pflege und Betreuung aufgrund von Kostendruck vormittags und abends „geteilte Dienste“ erbringen müssen, die ebenfalls u.a. die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erschweren (WS.5).

Diese kritischen Aspekte können allerdings nicht zur Gänze verallgemeinert werden, da sich die Arbeitsbedingungen zwischen den Einsatzbereichen, zwischen Bundesländern sowie zwischen, teilweise sogar innerhalb der einzelnen Organisationen in höchstem Maße unterscheiden – dies reicht von „alten“ und „neuen“ Verträgen mit unterschiedlicher Bezahlung (WS.1; WS.5) über die Verbreitung geteilter Dienste bis zu den bereits angesprochenen Personalschlüsseln in Alten- und Pflegeheimen. Auch für Teamsitzungen und (➡) **Vernetzung** sowie für die (➡) **Fortbildung** der Mitarbeiterinnen wird in den einzelnen (➡) **Organisationen** unterschiedlich viel Zeit eingeplant.

Diese Unterschiede weisen insgesamt auf die hohe Komplexität der Erbringung von Langzeitpflege und -betreuung hin. So sind z.B. allein im Tagesverlauf Perioden hohen Personalbedarfs mit solchen geringerer Intensität personell abzudecken, und im mobilen Bereich sind die verschiedenen Berufsgruppen und Aufgaben aufeinander abzustimmen und Wegzeiten zu optimieren. Jede zusätzliche Variable erschwert diese aufwändige Logistik. Optimierungen im Sinne erhöhter Kosteneffizienz gehen dabei oft zu Lasten der Beschäftigten, wenn etwa möglichst kurze Wegzeiten geplant werden, anstatt Mitarbeiterinnen und

Nutzerinnen bezüglich ihrer Fähigkeiten, Vorlieben oder Abneigungen aufeinander abzustimmen. Letzteres könnte beispielsweise im mobilen Bereich dazu beitragen, stärker auf die Bedürfnisse alternder Mitarbeiterinnen einzugehen, um diese wachsende Gruppe der Beschäftigten im Beruf zu halten (WS.2; siehe Empfehlungen).

Es ist generell hervorzuheben, dass die Arbeitsbedingungen im Bereich der Langzeitpflege nicht nur hohen Einfluss auf die Qualität der Dienstleistungen haben, sondern auch auf die Rekrutierung und den Verbleib der Beschäftigten im Beruf. Der Vermeidung von hoher Fluktuation ist angesichts des allgemeinen Arbeitskräftemangels in der Langzeitpflege höchste Priorität einzuräumen.

Assessment (Aufnahme und Erhebung des Pflegebedarfs)

Einen kritischen Moment im Betreuungs- und Pflegeprozess stellt die Aufnahme neuer Bewohnerinnen ins Alten- und Pflegeheim bzw. neuer Klienten bei Sozial- und Gesundheitsdiensten dar. Nachdem die Einstufung des Pflegebedarfs im Rahmen der Beantragung des Pflegegelds nur unzureichende Aufschlüsse über den konkreten Bedarf an formaler Pflege und Betreuung gibt, muss eine individuelle Pflegeplanung darauf Bedacht nehmen, klare Vereinbarungen mit den Nutzerinnen und deren Angehörigen zu treffen. Bei der Bedarfserhebung ist darauf zu achten, dass diese sich *„nicht nur auf Defizite und deren Beseitigung durch Pflege bezieht, sondern auch auf die Erkenntnisse aus der Biographie-Anamnese. Dazu gehören auch Vereinbarungen zu Vertretungsbefugnissen, eine Patientenverfügung und Wünsche zum eigenen Abschiednehmen unter gezielter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen“* (I.11). Vielfach wird diesbezüglich beklagt, dass – neben der medizinischen Diagnose durch den Hausarzt – nach wie vor unterschiedliche Assessment-Prozeduren der einzelnen Berufsgruppen bestehen, die zu mannigfachen, nicht immer kompatiblen Zielvereinbarungen führen.

Um (↪) **Multidisziplinarität** verwirklichen zu können, bedarf es eines integrierten Assessments unter Berücksichtigung therapeutischer und sozialer Aspekte. Eine geordnete Abstimmung zwischen den Berufsgruppen ist dabei wesentlich, um eine gemeinsame (↪) **Dokumentation** realisieren zu können (WS.4).

Ausbildung

Das System der Ausbildungen für die Arbeit in der Langzeitpflege und -betreuung sollte die Grundvoraussetzung für den angemessenen Einsatz der Beschäftigten in den vielförmigen Bereichen des Sektors schaffen. In der Realität werden Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP), vielfach auch Pflegehelferinnen, in erster Linie für den Einsatz in der Akutpflege ausgebildet, selbst wenn neue Inhalte wie z.B. Kommunikation, Supervision und

„Wenn die Leute aus den Krankenpflege-Schulen herauskommen, dann merken wir, da müssen wir doch einiges an Input leisten, dass sie einmal selbst zurechtkommen in der Situation im Alten- und Pflegeheim. Das ist etwas, wo wir als Heimleiter in der Verantwortung stehen.“ (I.4)

Ethik Eingang in die Curricula gefunden haben. Auch im Bereich der Physiotherapie finden die meisten Berufspraktika im Akutbereich statt: *„Es gibt zwar in Einrichtungen in der Langzeitpflege Praktikumsplätze, aber überhaupt keine im mobilen Bereich, weil es keine Institutionen gibt, die das organisieren“* (I.2). Die Reform der Sozialbetreuungsberufe hat zwar zur vermehrten Ausbildung von DSB-A und FSB-A geführt, die explizit soziale und ➔pflegehelferische (➔) **Kompetenzen** verbinden, allerdings ist deren Einsatz in der Praxis nach wie vor nicht gewährleistet bzw. nicht ausreichend in der Personalplanung berücksichtigt. Gleichzeitig wird auf Basis des ICN-Kompetenzmodells für den Gesundheits- und Krankenpflegebereich an einer weiteren Reform der entsprechenden Ausbildungen und Berufsprofile gearbeitet, wobei das neue Berufsbild der „Pflegeassistenten“ sowie eine Reihe von Spezialisierungen zur Diskussion stehen. Diese Diskussion führt teils zur Verunsicherung, weil sie wesentlich auf den Gesundheitsbereich beschränkt bleibt, bei manchen ist sie aber auch mit der Hoffnung auf eine positive Neugestaltung im Rahmen eines modularen Systems verbunden. Dazu wäre es allerdings nötig, die in der Praxis geforderte (➔) **Kooperation** und Abstimmung der unterschiedlichen Berufsgruppen auch in den gesetzlichen Rahmenbedingungen abzubilden. Stattdessen fokussieren Reformen vorwiegend auf einzelne Berufsgruppen bzw. Sektoren, ohne zu berücksichtigen, wie sich diese auf die Integration in der geforderten multiprofessionellen Praxis auswirken.

Viele Beschäftigte sind der Meinung, dass die meisten Ausbildungen kaum ausreichend auf die Praxis der Langzeitpflege vorbereiten, um den oft schwierigen Herausforderungen im häuslichen und familiären Umfeld in der mobilen Pflege, wo man zudem oft auf sich allein gestellt bleibt, gewachsen zu sein. Beispielsweise könne man sich die notwendigen Kompetenzen als Pflegehelferin in einem Jahr nicht aneignen: *„Es gehört zwar Hausverstand dazu (...), aber da passieren dann natürlich Pflegefehler“* (I.10). In diesem Zusammenhang ist die meist nur 2-3 Tage umfassende Einführungsphase in das jeweilige Aufgabenfeld nicht ausreichend, selbst wenn viel Erfahrungswissen, z.B. zum Thema Demenz, in der täglichen Praxis ausgetauscht und weitergegeben wird.

Der gemeinsamen (➔) **Fortbildung** wird von den Beschäftigten eine wichtige Rolle zugesprochen, um den Austausch von Erfahrungswissen in der Praxis zu ermöglichen. Darüber hinaus sollten Ausbildungen in der Langzeitpflege in Zukunft vermehrt Kompetenzen im Management und im Bereich von Assistenzsystemen zur technischen Unterstützung selbstbestimmten Lebens (*Ambient Assisted Living*) bzw. technologischer Innovation im Allgemeinen berücksichtigen.

Autonomie der Beschäftigten

Die größeren individuellen Spielräume und die Unabhängigkeit von ärztlichen Vorgesetzten waren und sind für viele Beschäftigte die Hauptgründe für die Entscheidung, in der Langzeitpflege zu arbeiten. Damit ist gleichzeitig auch eine hohe Verantwortung und Verantwortlichkeit verbunden, wenn z.B. Sozilstationen ihre Budgets weitgehend selbst planen können, aber auch darauf achten müssen, genügend Kunden zu akquirieren. Vielfach wurde jedoch vorgebracht, dass die individuellen Spielräume in der täglichen Praxis, v.a. mit Blick auf Innovation, zunehmend durch als bürokratisch empfundene Tätigkeiten und Vorgaben eingeschränkt werden, z.B. durch die wachsenden Anforderungen der (➔) **Dokumentation** (WS.5).

Eine Balance zwischen autonomen Entscheidungsspielräumen der Beschäftigten und Management- bzw. regulatorischen Vorgaben und (➔) **Standardisierung** zu finden, stellt eine wichtige Herausforderung dar, weil hier die unterschiedlichen Logiken und Perspektiven von System und Lebenswelt wohl am deutlichsten zum Vorschein kommen. Eine innovative und zudem äußerst erfolgreiche Form der Führung durch Autonomie und Erhöhung der Eigenverantwortlichkeit von Beschäftigten wurde durch die niederländische Organisation „Buurtzorg“ (siehe Kasten) umgesetzt.

„Buurtzorg Niederlande“

Betreuung und Pflege in der Nachbarschaft durch autonome Teams

Im Jahr 2006 entstand aus der allgemeinen Unzufriedenheit von „community nurses“ mit der traditionellen Form der Hauskrankenpflege ein Projekt zur Neugestaltung der Hauskrankenpflege in den Niederlanden. Die Unzufriedenheit entsprang vor allem der Geringschätzung der beruflichen Kompetenzen des Pflegepersonals. Statt ganzheitliche Pflege und Betreuung erbringen zu können, sahen sich *community nurses* einer tayloristischen, d.h. durch Aufgabenteilung gekennzeichneten Organisation, bürokratischen Auflagen und fehlender Kommunikation zwischen den Anbietern ausgesetzt. So begann eine Anfangs kleine Gruppe um den Gründer Jos de Blok, ein innovatives Modell der professionellen, häuslichen und wohnortnahen Versorgung zu entwickeln – mit dem Ziel der integrierten Versorgung für alle Menschen, die zuhause Hilfe benötigen, in Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, Allgemeinmedizinerinnen sowie weiteren Betreuenden/Pflegenden.

Organisatorisch zeichnet sich das Modell durch die wohnortnahe Versorgung mittels kleiner, autonom organisierter Teams von höchstens 12 *community nurses* (mindestens 3-jährige Bachelor-Ausbildung) und Assistentinnen (2-jährige Ausbildung) aus. Dabei werden die Overhead-Kosten so niedrig wie möglich gehalten, u.a. durch eine extrem schlanke Organisationsform und mittels IT-Anwendungen in der Planung, Dokumentation und Datensammlung. In der zentralen Verwaltung sind rund 50 Mitarbeiter für administrative Tätigkeiten und Coaching der Teams zuständig.

Ansonsten ist die Autonomie der Teams weitreichend, da die Organisation ohne hierarchische Zwischenebenen funktioniert. Beispielsweise können die Teams selbst über ihre Fortbildungsaktivitäten entscheiden, wenn z.B. festgestellt wird, dass zunehmend mehr Klienten Palliativpflege brauchen oder Teammitglieder meinen, dass sie im Umgang mit Klientinnen mit Demenz noch Weiterbildungsbedarf haben. Im Pflegeprozess werden Kommunikation und die integrierte Zusammenarbeit mit anderen lokalen, professionell und informell Pflegenden und Betreuenden in den Vordergrund gestellt.

Weiterhin baut das Modell auf die Aktivierung von Selbst-Pflege, d.h. die Mobilisierung von Autonomiepotentialen und die Nutzung der Ressourcen der Nutzer. Wenn ein Team ausgelastet ist – in der Regel bei etwa 50-60 Klienten pro Team – wird im nächsten Quartier ein neues Team gebildet. Auf diese Weise hat *Buurtzorg* einen bahnbrechenden Wachstumsprozess mit beeindruckenden Erfolgsnachweisen entfacht:

- Von 2006 bis 2015 ist die Non-Profit-Organisation von einem auf inzwischen über 700 *Buurtzorg*-Teams mit über 8.000 Mitarbeiterinnen und rund 65.000 Klienten gewachsen.
- Dabei ist die Zentralverwaltung nur unwesentlich gewachsen und mit rund 50 Mitarbeitern ein Modellbeispiel für schlanke Verwaltung und die Vermeidung von Overhead-Kosten. Die Overheadkosten liegen, u.a. auch durch niedrigere Werte bei Krankenständen und Personalfluktuation, mit 8% weit niedriger als bei anderen Anbietern, bei denen sie sich auf bis zu 25% belaufen.
- *Buurtzorg* liegt laut Ergebnissen der verpflichtenden nationalen Qualitätserhebung, bei der auch die Zufriedenheit der Nutzerinnen gemessen wird, an der Spitze aller mobilen Versorgungsanbieter.
- Der signifikante Kostenrückgang ist u.a. darauf zurückzuführen, dass die Organisation im Schnitt 30-40% weniger Zeit braucht, um den individuellen Pflegebedarf zu befriedigen; im Gegenzug werden Klientinnen häufiger an niedergelassene Ärzte, dafür aber seltener in Pflegeheime vermittelt.
- Gegenüber anderen Anbietern ist auch die durchschnittliche Dauer der Inanspruchnahme von Diensten bei *Buurtzorg* kürzer, weil deren Klienten öfter ihre Selbstständigkeit wiedererlangen, weniger Notaufnahmen zu verzeichnen haben und bei geplanten Krankenhausaufenthalten insgesamt kürzere Aufenthaltszeiten aufweisen.
- *Buurtzorg* gewann seit 2011 mehrere nationale und internationale Auszeichnungen, u.a. als niederländischer Arbeitgeber des Jahres 2011 und 2013.

Quellen: The Commonwealth Fund, 2015; <http://interlinks.euro.centre.org>; Nandram & Koster, 2014; Laloux, 2014.

Die Ermöglichung von autonomen Gestaltungsspielräumen nimmt bei den Beschäftigten einen hohen Stellenwert ein. Darüber hinaus steckt darin reichliches Potential, um personen-orientierte und effiziente Pflege und Betreuung zu organisieren, wenn entsprechende (➔) **Professionalität** gewährleistet ist.

Autonomie der Nutzer

Die Autonomie pflegebedürftiger Menschen zu erhalten und zu fördern ist ein zentraler Wert in der Langzeitpflege. Dies wurde mit der Einführung des Pflegegelds auch gesetzlich untermauert. Dessen Zweck ist es, „in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen“ (BPGG, § 1, BGBl. 110/1993). Die Autonomie von Nutzerinnen bemisst sich daher u.a. daran, welche Möglichkeiten ihnen zur Verfügung stehen, um zwischen unterschiedlichen Betreuungsarrangements, Anbietern und Pflegesettings auszuwählen und selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können. Aus Sicht der Beschäftigten hat das Pflegegeld durchaus zu einer besseren Sichtbarkeit von Pflege und Betreuung beigetragen. Es hat bei den Nutzerinnen, vor allem aber bei den Angehörigen, zu einer erhöhten Anspruchshaltung geführt und die Anbieterorganisationen angehalten, eine stärker partizipative (➔) **Haltung** gegenüber ihren Kundinnen einzunehmen bzw. entsprechende Prozesse zu definieren. In vielen Bereichen ist die Wahlfreiheit der Kundinnen allerdings nach wie vor beschränkt, weil das Pflegegeld nicht ausreicht, um die erforderliche Betreuung zuzukaufen; weil Nutzerinnen und Angehörige nicht genügend über alternative Pflegearrangements informiert sind bzw. weil Alternativen in bestimmten Gebieten gar nicht existieren. In manchen Bundesländern (z.B. Oberösterreich, Steiermark) wurde zudem ein Gebietsschutz vereinbart, wonach nur ein einziger Anbieter pro Bezirk zugelassen ist, sodass die Wahlfreiheit weiter eingeschränkt wird (WS.3; WS.5).

Ein wesentlicher Aspekt der Pflegequalität ist darüber hinaus, inwieweit die Autonomie der Nutzerinnen durch aktivierende, präventive und rehabilitative Betreuung gefördert wird. In der Praxis zeigen sich Mängel beispielsweise daran, dass nicht genügend Physio- oder Ergotherapie angeboten wird oder enge Zeitvorgaben die Anleitung zur Selbstpflege verunmöglichen.

Ein stärker aktivierender Zugang zur Förderung von Autonomie muss bereits in der Prävention ansetzen, wobei der sozialen Arbeit eine wichtige Rolle zukäme (I.11). Die Autonomieförderung in Form von Beratung und Anleitung (unter Einbeziehung der Angehörigen) ist gerade angesichts der hohen Zahl von Nutzerinnen mit kognitiven Einschränkungen als wichtiges Qualitätsmerkmal zu betrachten.

„Trauer bzw. Sterbebegleitung lässt sich eben nicht effizienter gestalten, sondern braucht einen entsprechenden zeitlichen Rahmen.“
(I.5)

Beginn und Ende der Pflegebeziehung

Ein grundsätzliches Problem der Langzeitpflege besteht darin, dass sich nur die wenigsten mit den möglichen Alternativen von Pflegearrangements beschäftigen, solange es nicht unbedingt nötig ist. Dies trifft nicht nur auf die einzelnen Nutzerinnen und ihre Angehörigen zu, sondern oft auch auf die beteiligten Behörden, (➔) **Organisationen** und Dienste. Durch die Einführung von (➔) **Entlassungsmanagement** in den meisten Krankenhäusern bzw. auch (➔) **Case Management** in vielen Bundesländern ist diese Aufgabe zwar inzwischen aufgegriffen worden, allerdings entstanden so auch neue Schnittstellen und Interessenlagen, welche die Qualität der Betreuung beeinflussen. So muss etwa das Interesse von Entlassungsmanagern darin liegen, Patientinnen möglichst rasch aus dem Krankenhaus zu vermitteln, wobei mobile Dienste oder Alten- und Pflegeheime nach wie vor unzureichend in den Entlassungsprozess eingebunden sind bzw. erst kurzfristig informiert werden. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen ist hier entscheidend. Beispielsweise wäre es förderlich, wenn Alten- und Pflegeheime von den (Bezirks-)Behörden sofort über neue Anmeldungen für einen Heimplatz informiert würden, denn *„die gute Vorbereitung des Heimeinzuges (Assessment und Pflegeplanung gemeinsam mit dem Bewohner) ist wesentliche Basis für eine gelungene Betreuung im Heim“* (I.7).

„Gute Pflege“ beinhaltet immer auch die Begleitung älterer Menschen in der letzten Phase des Lebens und somit „gutes Sterben“. Palliativ- und Hospizkonzepte müssen daher Bestandteil der Aufgaben aller am Betreuungsprozess beteiligten Berufsgruppen sein bzw. werden, wozu aktuell eine Reihe von Projekten und Fortbildungsveranstaltungen beitragen. Um gemeinsame Trauerarbeit zu ermöglichen, ist kurzfristiges Effizienzdenken in Form von Zeit- und Aufgabenorientierung wenig förderlich.

Die Aufnahme älterer Menschen mit Bedarf an Langzeitpflege bei Sozial- und Gesundheitsdiensten bzw. in Pflegeheime ist ein wesentlicher Prozess, der die wahrgenommene Qualität der Dienstleistung entscheidend prägt. Dies gilt auch für die Beendigung von Pflegebeziehungen, weshalb bei der Gestaltung dieser Prozesse kurzfristiges Effizienzdenken zurückgestellt werden muss.

Berufsbilder und -gesetze

Mangels eines eigenen Berufsbildes für die Langzeitpflege und -betreuung arbeiten in diesem Bereich unterschiedliche Berufsgruppen, deren Ausbildungshintergrund entweder im Gesundheitsbereich oder im Sozialwesen fußt – mit jeweils unterschiedlichen Zuständigkeiten, Zugängen und Organisationsformen. Daraus ergibt sich eine multiprofessionelle Mischung, die von den Beschäftigten nicht immer harmonisch wahrgenommen wird. Dies betrifft etwa

das Verständnis von Professionalität, Führungsansprüchen der verschiedenen Berufsgruppen und, damit verbunden, entweder die Betonung von sozialen (Betreuungs-) oder von krankenpflegerischen (Pflege-) Kompetenzen.

Obwohl durchgängig die Notwendigkeit einer multiprofessionellen Zusammenarbeit hervorgehoben und die Vermeidung von „Grabenkämpfen“ angemahnt werden (I.1), geht es doch immer wieder um die Auseinandersetzung, welche Berufsgruppe besser geeignet wäre, ihre Fähigkeiten einzubringen. Die Ausdifferenzierung der Langzeitpflege und -betreuung über die letzten zwei Jahrzehnte hinweg hat dazu wesentlich beigetragen, u.a. durch die Entstehung neuer Berufs- oder Aufgabenprofile, wie z.B. Case Manager, Alltagsbetreuer, DSB-A, FSB-A, sowie neuer Angebote wie Tagespflege, Übergangspflege, betreutes Wohnen oder Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Neue Berufsgruppen werden erst langsam sichtbar, haben im Gegensatz zu den DGKP, (noch) keinen eigenen Berufsverband und sehen sich durch gesetzliche und administrative Regelungen benachteiligt. Während die Krankenpflege aufgrund ihrer langen Tradition einen gewissen Vorsprung habe, blieben soziale Aspekte der Betreuung oft unterbewertet. Die Situation der FSB-A und der DSB-A wird in diesem Zusammenhang oft als Musterbeispiel angeführt: Trotz bundesweit einheitlicher Ausbildungsgänge und definiertem Berufsprofil finden sie sich in keinem Personalschlüssel und werden bestenfalls als Pflegehelfer angestellt und bezahlt.

Manche Berufszweige, wie etwa die Sozialarbeit, haben die Langzeitbetreuung älterer Menschen, zumindest in Österreich, noch nicht als genuines Einsatzfeld wahrgenommen. Unterschiedliche Debatten und Abgrenzungen zwischen Sozial- und Gesundheitssystem, unzureichend aufeinander abgestimmte Reformen zwischen Bund und Ländern, zwischen Ausbildungssystem und Praxis sowie im Endeffekt unzureichende Finanzierungsmechanismen tragen zur Verunsicherung der Beschäftigten und zur Fortsetzung einer wenig zielführenden Hierarchisierung bei, wobei die Krankenpflege oft als bevorzugt wahrgenommen wird. Im Extremfall und als eine Reaktion auf diese Situation sind neue Abgrenzungen zu beobachten: *„Weil bei uns die Pflege von außen kommt, liegt der Fokus auf der Sozialbetreuung. Denn wenn Pflege und Sozialbetreuung zusammen sind, liegt der Fokus automatisch auf der Pflege – und das ist ja auch, was von den Behörden und gesetzlichen Auflagen verlangt wird“* (I.6).

Auch andere Berufsgruppen, wie etwa Physio- und Ergotherapeuten, sehen sich eher an den Rand der Langzeitpflege-Berufe gedrängt, was teils an der Abhängigkeit von ärztlichen Überweisungen, teils am Status der Freiberuflichkeit und teils daran liegt, dass sich z.B. Physiotherapeuten nicht in erster Linie als Beschäftigte in der Langzeitpflege definieren.

Eine Politik des „Teile und herrsche“ (I.11) ist der Qualität von Langzeitpflege, wo es vornehmlich um Koordination und Integration gehen sollte, wenig zuträglich. Eine breite Debatte über klare, länderübergreifende Rollendefinitionen der Beschäftigten in der Langzeitpflege, um mit vorhandenen Mitteln optimale Abläufe zu definieren, ist dringend erforderlich.

„Wir sind auch nur Menschen. Da passiert es eben manchmal, dass der Bewohner dir auf die Nerven geht. Da hilft es einfach wenn man einen Vorgesetzten hat oder einen Kollegen, zu dem man sagen kann: ‘Ich kann jetzt einfach nicht mehr’, und einfach einmal ein Glas Wasser trinken gehen kann (...) das wäre sehr wichtig!“
(I.10)

Beziehungsarbeit

Die Gestaltung von Pflege- und Betreuungsbeziehungen stellt einen zentralen Prozess der Langzeitpflege dar und bedarf einer ständigen Balance zwischen „persönlichen“ und „professionellen“ Zugängen, deren Erfolg oder Misserfolg sie zum Schlüsselaspekt „guter Pflege“ macht. So wird einerseits von allen Berufsgruppen die Wichtigkeit der Beziehung zu den Nutzerinnen und Angehörigen u.a. als Grund für die Steigerung von (➔) **Lebensqualität** und die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit betont. Andererseits wird aber auch darauf hingewiesen, dass eine zu weit gehende persönliche Bindung zu den Nutzerinnen einen nicht zumutbaren emotionalen Druck auf die Beschäftigten ausüben kann, der in Stress und im schlechtesten Fall im Burn-out endet.

Aus einer reinen Organisationsperspektive ist eine zu weit gehende Beziehung zwischen Nutzerinnen und Beschäftigten offenbar aus anderen Motiven problematisch – hier sind oft Strategien zu beobachten, die eine Bezugspflege etwa in der mobilen Betreuung explizit untersagen, um der Befürchtung von eventueller Schwarzarbeit oder der Angst vor „Erbschleicherei“ entgegenzuwirken. Aus diesen und anderen Gründen werden in vielen (➔) **Organisationen** bei den einzelnen Klienten nach Möglichkeit verschiedene Beschäftigte der unterschiedlichen Berufsgruppen eingesetzt, obwohl die Nutzerinnen in der Regel eine Bezugsperson bevorzugen, worauf etwa Konzepte der „kongruenten Beziehungspflege“ (Bauer, 2004) abstellen.

Beschäftigte in Gesundheits- und Sozialberufen sind oftmals als „qualifizierte Gefühlsarbeiter“ und „emotionale Jongleure“ bezeichnet worden (Bolton, 2001), von denen die Quadratur des Kreises erwartet wird. Diese Herausforderung bedarf der Supervision und (➔) **Fortbildung**, der Reflexion sowie entsprechender räumlicher und zeitlicher Ressourcen – und manchmal reicht bereits eine verständnisvolle Zusammenarbeit im Team (I.3; I.11; I.12). Ein wichtiger Faktor ist daher die Schulung der Fähigkeit zur (➔) **Empathie**.

Case und Care Management

Um die komplexen Beziehungen zwischen unterschiedlichen Sektoren und Organisationen in der Langzeitpflege besser zu koordinieren und integrierte Betreuungspfade zu ermöglichen, hat sich im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte das Berufsbild „Case und Care Management“ entwickelt. Dabei sind

in der Praxis sehr unterschiedliche Konzepte sowie dazugehörige Ausbildungsformen vorzufinden. In der Langzeitpflege wird diese Aufgabe fast ausschließlich von der Berufsgruppe der DGKP wahrgenommen, obwohl Physiotherapeutinnen, Sozialarbeiterinnen, DSB-A oder Gesundheits- und Sozialmanagerinnen (FH) ebenfalls geeignet wären.

Case Management im umfassenden Sinn würde dann nicht nur die Koordination von Diensten, sondern auch die gezielte Vernetzung mit den unterschiedlichen Akteuren und Ressourcen rund um die pflegebedürftige Person bedeuten. Weiterhin wäre anzustreben, dass unterschiedliche Befunde von Ärztinnen, Therapeutinnen und Pflegepersonal stärker aufeinander abgestimmt werden, dass deren Zugänglichkeit verbessert wird und dass klar definiert wird, welche Berufsgruppen Zugang zu den persönlichen Daten der Nutzerinnen haben müssen.

Ein wichtiges Qualitätsmerkmal von Case und Care Management ist die Zahl der Nutzerinnen pro Case Managerin. Dabei spielt zwar u.a. die Bedarfslage und Struktur der Nutzerinnen eine Rolle, aber in vielen Fällen besteht die Gefahr, Case Managerinnen durch eine zu hohe Zahl betreuter Personen zu überfordern (WS.3).

Dauer

Ein fundamentaler Unterschied der Langzeitpflege im Vergleich zur Akutpflege besteht in der notwendig längerfristigen Begleitung und umfassenden Betreuung von Bewohnerinnen bzw. Nutzerinnen, in den meisten Fällen über viele Monate oder gar Jahre bis zum Lebensende. Dies bedarf seitens der Beschäftigten einer grundlegend anderen Haltung als gegenüber Patientinnen im Akutbereich, die meist nach drei bis fünf Tagen das Spital wieder verlassen.

Zu einer „nachhaltigen Begegnung, bei der eine ganz andere Bindung entsteht“ (I.5), gehören die Wertschätzung der Biografie der Nutzerinnen sowie der Umgang mit unterschiedlichen Bedürfnissen und mit der letzten Lebensphase im Rahmen professioneller (➔) **Beziehungsarbeit**.

Definition von Betreuung und Pflege

Dass sich eine eigene Identität im Sinne eines integrierten Systems der Langzeitpflege und -betreuung (siehe Einleitung) erst allmählich herauszubilden beginnt, ist nicht zuletzt daran abzulesen, dass unter den Beschäftigten durchaus Ambivalenzen bestehen, wenn es um deren Charakterisierung geht. Einerseits beruht dies auf den unterschiedlichen (➔) **Berufsbildern**, die in der Langzeitpflege zusammenarbeiten. Andererseits wird von Beschäftigten aufgezeigt, dass sich in den letzten Jahren ein allgemeiner Wandel von der reinen „Warm-

Satt-Sauber“-Pflege in Richtung einer ganzheitlicheren, die Würde und (➔) **Lebensqualität** von pflegebedürftigen Menschen betonenden Betreuung stattgefunden habe. Vielerorts sei dadurch eine verbesserte (➔) **Kooperation** in den Teams der Langzeitpflege festzustellen. Allerdings bestehe nach wie vor eine große Kluft zwischen dem Akutbereich und der Langzeitpflege – „*da prallen zwei Welten aufeinander*“ (I.3). Diese mangelnde Integration zwischen Gesundheits- und Sozialbereich wird von den Beschäftigten hauptsächlich auf die getrennten Zuständigkeiten bei der (➔) **Finanzierung** und bei (➔) **gesetzlichen Rahmenbedingungen** zurückgeführt, wobei neue Regelungen angesichts wirtschaftlichen Drucks zunehmend auf Einsparungen abzielen. Dies habe Auswirkungen auf die Qualität der Langzeitpflege, indem ganzheitliche Zugänge aufgrund von kurz-sichtigen Motiven zur Steigerung von Kosteneffizienz erst recht wieder in Richtung einer rein funktionalen „Warm-Satt-Sauber“-Pflege führten (WS.4).

Die Definition von Langzeitpflege und -betreuung beruht oft auf einer Abgrenzung vom Akutbereich, wobei es an Anreizen zur Stärkung der Kooperation und Integration durch finanzielle und gesetzliche Regelungen mangelt.

„Als ich vor 12 Jahren begonnen habe, als Heimhelferin zu arbeiten, hatten wir vielleicht einen von zehn Klienten mit Demenz, heute sind das mehr als die Hälfte“ (I.12).

Diversifizierung

Um auf die zunehmend unterschiedlichen Bedarfslagen von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen eingehen zu können, ist es notwendig, unterschiedliche Settings und individualisierte Angebote zu schaffen. In einigen Bereichen ist dies auch geschehen, indem etwa die Tagesbetreuung, Übergangspflege, betreutes bzw. betreubares Wohnen oder Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz eingerichtet wurden. Aufgrund des Ausbaus mobiler Dienste und neuer Regelungen bei der Heimaufnahme (Bewohnerinnen müssen mindestens einen Pflegebedarf der Stufe 3, in manchen Bundesländern sogar Stufe 4 nachweisen) kommen Nutzerinnen erst bei erhöhtem Pflegebedarf in Alten- und Pflegeheime, wodurch sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer konstant auf inzwischen weit unter zwei Jahre reduziert hat, während der Anteil von Bewohnern mit Demenz auf bis zu 80% angestiegen ist. Letzteres Phänomen ist in den letzten Jahren aber auch bei den mobilen Diensten zu beobachten. Es muss sich daher „*in diese Richtung etwas verändern, damit Menschen mit Demenz eine gute Lebensform finden*“ (I.6). Dazu kommen Nutzerinnen mit einem hohen Grad an Multimorbidität und damit verbundenem täglichen Bedarf an bis zu zehn und mehr Medikamenten (ÖPIA, 2015). Eine weitere Diversifizierung wird durch das Aufkommen neuer Berufsgruppen wie etwa Aktivierungstrainerinnen und Alltagsassistentinnen (Eden Alternative) sowie durch Weiterbildungen zum Thema Sterben und Palliativpflege angetrieben.

Der weitere Ausbau diversifizierter Versorgungsformen ist notwendig, wird allerdings durch die unterschiedlichen Regelungen und Systeme der (➔) **Finanzierung** eingeschränkt.

„Der Dokumentationsaufwand könnte reduziert werden.“ (I.7)

Dokumentation

Ein wachsender Anteil der Arbeitszeit von Beschäftigten in der Langzeitpflege wird mit der Dokumentation von Betreuungs- und Pfllegetätigkeiten verbracht. Dokumentationsaufgaben werden von den Beschäftigten zwar als grundsätzlich wichtig und angebracht erachtet, allerdings wird die Notwendigkeit der ständigen Dokumentation als störend für die direkt mit den Nutzern verbrachte Zeit wahrgenommen, wodurch die Qualität der Beziehung negativ beeinflusst werden kann. Auch die Verlagerung der Dokumentationsanforderungen in die Freizeit kann keine Option sein, selbst wenn dies manchen Beschäftigten momentan als einzige Alternative erscheint (WS.5). Oft diene die Dokumentation lediglich der eigenen Absicherung und weniger der Kontrolle der Zielerreichung (I.11). So entstehe „*Dokumentationszwang*“, der zwar noch nicht das Niveau wie im benachbarten Deutschland erreicht hat (I.4), aber wenn selbst eine Vertreterin der Aufsichtsbehörden anmerkt, dass der Dokumentationsaufwand reduziert werden könnte (I.7), scheint es höchst an der Zeit zu sein, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

Es wäre erforderlich, ein vereinfachtes, integriertes System der Dokumentation zu entwickeln, wobei darauf zu achten ist, dass der Zugang zu sensiblen Daten geklärt und Vertraulichkeit garantiert wird (I.11; I.2).

Empathie

Als zentrale Voraussetzung oder sogar als „*oberster Wert*“ (I.3) für „gute Pflege“ wird von den Beschäftigten in der Langzeitpflege durchgängig die Fähigkeit zur Empathie in den Vordergrund gestellt. Diese Fähigkeit beruht zwar teilweise auf biografischen und beruflichen Erfahrungen, muss aber zudem systematisch geschult werden, z.B. durch Übungen im Team zur Achtsamkeit und Selbstwahrnehmung bei Konflikten sowie durch Trainings in Biografiearbeit oder Validation. Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass Beschäftigte in der Langzeitpflege, die in der Lage sind, eine empathische Beziehung zu Nutzerinnen aufzubauen, weniger Schwierigkeiten mit emotionaler Überforderung und Burn-out haben als jene, die eine so verstandene (➔) **Beziehungsarbeit** vermeiden (Bischoff-Wanner, 2002).

In der (➔) **Ausbildung** bzw. in der (➔) **Fort- und Weiterbildung** zur pflegerischen Grundhaltung ist der Fähigkeit zur Empathie, Achtsamkeit und Selbstwahrnehmung hohe Priorität einzuräumen.

Entlassungsmanagement

Als eine Variante des (➔) **Case Managements** in der Pflege wurde Entlassungsmanagement im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte in fast allen Kliniken und Krankenhäusern etabliert. In erster Linie war dies eine Reaktion auf die Reform der Krankenhaus-Finanzierung auf Basis diagnosebezogener Fallpauschalen, um die Verweildauer von Patientinnen zu optimieren. Indirekt ist dadurch aber auch die Langzeitpflege betroffen. Einerseits deshalb, weil viele Patientinnen mit Bedarf an Langzeitpflege an mobile Dienste und stationäre Einrichtungen vermittelt werden, andererseits werden Patientinnen nun früher und oft mit höherem Pflegebedarf nach Hause entlassen. Die prinzipielle Aufgabe, den Übergang zwischen Akutpflege und Betreuung zuhause bzw. im Alten- und Pflegeheim zu organisieren, kann ein wegweisender Erfolgsfaktor der Langzeitpflege sein, um etwa den oft zitierten „Drehtür-Effekt“ mit einer kurzfristigen Wiederaufnahme im Spital zu vermeiden oder das entsprechende Pflegesetting zuhause oder in einem Heim vorzubereiten (I.1).

Aus der Praxis wurden dabei sehr unterschiedliche Erfahrungen berichtet, die von hoher Zufriedenheit in der Zusammenarbeit mit der Entlassungsmanagerin bis zu rein bürokratischen Abläufen reichen, bei denen aus Sicht der Beschäftigten in der Langzeitpflege das einzige Interesse der Entlassungsmanagerin darin besteht, die Patientinnen möglichst schnell „loszuwerden“ (WS.3). Problematisch sind bei solchen Prozessen oft die Informationsweitergabe (Datenschutz) sowie die Koordination mit mobilen Diensten, vor allem dann, wenn etwa Patientinnen am Freitagnachmittag entlassen werden und evtl. Medikamente oder Pflegehilfsmittel benötigt werden. Zur Verbesserung der Prozessqualität wurde beispielsweise in Wien der verstärkte Einsatz von Pflegekräften aus der mobilen Pflege (Hauskrankenpflegerinnen) als Entlassungsmanagerinnen vereinbart, um ein besseres Verständnis für die notwendigen Abläufe sowie frühzeitige Information zu gewährleisten (WS.2).

Die Situation der Entlassungsmanagerinnen selbst wird auch dadurch erschwert, dass ihre Kompetenzen und Möglichkeiten der Einflussnahme nach der Entlassung von Patientinnen enden; Folgeaktivitäten können kaum wahrgenommen werden und „*wenn Patienten wieder zu Hause sind und selbst nicht genügend Hauskrankenpflege vereinbaren – sie können dazu ja nicht gezwungen werden – landen sie oft wieder im Spital*“ (I.9).

Eine angemessene (➔) **Ausbildung** bzw. (➔) **Fortbildung** von Entlassungsmanagerinnen in Beratung und (➔) **Kommunikation**, möglichst gemeinsam mit Vertreterinnen der mobilen und stationären Langzeitpflege, ist ebenso vorzusehen wie die allgemeine Weiterentwicklung der strukturellen Rahmenbedingungen und der Rolle von Entlassungsmanagement im System der Langzeitpflege.

Erfolg

In der Langzeitpflege und -betreuung zu arbeiten, bedeutet in hohem Maß „zu lernen, dass Erfolg in kleinen Schritten zu messen ist“ (I.3). Umso wichtiger ist es, solche Fortschritte bei den Nutzerinnen wahrzunehmen, die deren (➔) **Lebensqualität** verbessern, und mit diesen, den Kolleginnen und Angehörigen „zu feiern“. Verbesserungen im Bereich der täglichen Verrichtungen, der Mobilität der Nutzerin, positives Feedback oder einfach „ein Händedruck von Klienten, Kollegen und Angehörigen“ (I.12) tragen bedeutend zur Zufriedenheit mit der Arbeit bei.

Um die vielfach nachgewiesene und zentrale intrinsische Motivation der Beschäftigten in der Langzeitpflege zu stärken, ist es wichtig, Erfolge gemeinsam zu begehen. Allerdings fehlt es oft an (➔) **Zeit** und **Raum**, v.a. im mobilen Bereich, um sich auszutauschen und positive Ereignisse auch in die Öffentlichkeit zu tragen.

Finanzierung und wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Die Beschäftigten in der Langzeitpflege und -betreuung älterer Menschen nehmen die unterschiedlichen Finanzierungsformen von Gesundheits- und Sozialausgaben sowie die mannigfaltigen Regelungen innerhalb der jeweiligen Systeme als negativen Aspekt der Strukturqualität wahr. So gelten beispielsweise nicht nur unterschiedliche Refundierungsregeln und Standards zwischen den Krankenkassen, sondern auch zwischen diesen und den verschiedenen Sozialhilfegesetzen – in der Regel zu Ungunsten jener Menschen, die in Heimen oder zu Hause betreut werden, wenn sie etwa einen Rollstuhl oder Infusionen brauchen bzw. Transportkosten zu tragen haben. Einzelne Verbesserungen, wie etwa die Ermöglichung mobiler Physiotherapie, sind begrüßenswert, aber eine einheitliche Finanzierung im Bereich der Langzeitpflege wird seitens aller Berufsgruppen als hohe Priorität eingemahnt. Auch das Pflegegeld reicht in vielen Fällen nicht aus, um die Kaufkraft der Nutzerinnen entscheidend zu verbessern, v.a. bei jenen, die an der Armutsgrenze leben und mehr Pflege brauchen würden, als sie sich leisten können.

„Um gute Pflege leisten zu können, brauche ich eine entsprechende Quantität und eine entsprechende Qualität von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – und natürlich auch ein System, das dies finanziert.“ (I.3)

Wirtschaftlichen Druck bekommen auch die Führungskräfte zu spüren – vor allem dort, wo es um unterschiedliche Personalschlüssel, Normkosten und Tarife geht, während die Beschäftigten immer kürzere Zeitvorgaben, wachsende Dokumentationsaufgaben und (teilweise) schlechtere Bezahlung negativ empfinden. Managementprozessen wie Mitarbeiterführung, Controlling, wirtschaftliche Führung und Steuerung kommt daher eine zunehmend zentrale Bedeutung zu, wobei dies eine Reihe unterschiedlicher Hierarchiestufen mit eigener Verantwortlichkeit für Budgets und Personal bis hin zur Kundenakquise betrifft. Mitarbeiterinnen mit Karriereambitionen werden zwar mittels (➔) **Fortbildung** in Managementaufgaben geschult, aber auch hier gilt oft, dass wirtschaftliches Denken und Handeln autodidaktisch und erst durch „*learning on the job*“ entwi-

ckelt wird (I.3). So ist z.B. eine akkreditierte Ausbildung zur Heimleiterin nach wie vor nicht in allen Bundesländern verpflichtend, und auch in der aktuellen Diskussion um die Reform der Ausbildung nach dem GuKG wird es notwendig sein zu klären, in welcher Form die Vermittlung von Management-Kompetenzen Eingang in das Lehrprogramm finden wird.

Bei Finanzierungsfragen geht es in der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion letztlich darum, „*was die Gesellschaft bereit ist, uns für Pflege und Betreuung zur Verfügung zu stellen*“ (I.4), wobei Führungskräfte und Beschäftigte zunehmend den Eindruck gewinnen, dass eher die Devise „*Altern darf nichts kosten*“ (I.5) im Vordergrund steht.

„Langzeitpflege und Betreuung werden von jungen Physios nicht gerade als der hippeste Bereich gesehen (...) die meisten wählen Physiotherapie als Beruf nicht, weil sie im Bereich Langzeitpflege arbeiten möchten, aber das wäre wünschenswert.“ (I.2)

Fokus/Zielgruppe

Die Zielgruppe der mobilen und stationären Langzeitpflege hat sich im Verlauf der letzten Jahre beständig gewandelt. Neben demografischen Entwicklungen – Erhöhung der Lebenserwartung in Verbindung mit einer Stagnation der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre (*healthy life years*) – und Veränderungen im Gesundheitssystem (z.B. kürzere Verweildauern im Krankenhaus) hat dazu auch eine (➔) **Diversifizierung** der Angebote im entstehenden System der Langzeitpflege selbst beigetragen. So haben etwa der Ausbau der mobilen Sozial- und Gesundheitsdienste, aber auch Angebote der Tagesbetreuung sowie die Entwicklung der 24-Stunden-Betreuung die Nachfrage nach Heimplätzen reduziert bzw. verschoben, sodass das durchschnittliche Alter von Heimbewohnerinnen weit über 80 Jahre liegt; das klassische „Altenheim“ hat praktisch ausgedient und die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeheimen hat sich signifikant verringert. Gleichzeitig ist die Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen mit demenziellen Erkrankungen und Multimorbidität angestiegen. Zudem konnte auch die Lebenserwartung behinderter Menschen, die vormals oft bereits im Erwerbsalter verstarben, beträchtlich gesteigert werden. Schließlich haben Prävention und Rehabilitation auch in der Langzeitpflege einen größeren Stellenwert erlangt (Kümpers et al., 2013; Ruppe, 2011), sodass Physiotherapeutinnen, Logopäden und Ergotherapeutinnen zunehmend mit älteren und pflegebedürftigen Klientinnen konfrontiert sind, obwohl dies bei der Berufswahl und in der Ausbildung kaum berücksichtigt wurde.

Diese neuen Herausforderungen werden von den Beschäftigten und Führungskräften wahrgenommen und z.B. durch (➔) **Fortbildung** zum Umgang mit Demenz, Palliativpflege und Sterbebegleitung zu kompensieren versucht. Darüber hinaus werden neue Formen der zielgruppenspezifischen Betreuung vorangetrieben, wie etwa die Umsetzung von Hausgemeinschafts-Konzepten und neuen Tagesstrukturen im Heim oder innovative Konzepten für bestimmte Teilgruppen, z.B. kleine Wohneinheiten für Menschen mit Demenz (I.6) oder für jüngere pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die das Pensionsalter erreichen (WS.3).

Die Zielgruppen der Langzeitpflege und -betreuung sind durch einen stetigen Wandel gekennzeichnet. Bei der (➔) **Umsetzung neuer Konzepte** stehen administrative Auflagen oft im Weg, da sie der realen Entwicklung nachhinken. In diesem Zusammenhang wird etwa die Trennung zwischen Behindertenrecht und gesetzlichen Regelungen in der Langzeitpflege für ältere Menschen auch aus Sicht der Beschäftigten als unverständlich und diskriminierend wahrgenommen.

Fort- und Weiterbildung

Aufgrund der dynamischen Veränderung von Methoden, Zielgruppen und Angeboten in der Langzeitpflege ist die kontinuierliche Fortbildung der Mitarbeiterinnen eine unabdingbare Voraussetzung zur Erhaltung, Anpassung und Erweiterung der beruflichen Fähigkeiten bzw. zur Realisierung von Aufstiegschancen – und somit zur Erbringung „guter Pflege“. Die entsprechenden Angebote haben sich in den letzten Jahren vervielfacht, sie sind breit gefächert und werden, wie etwa im Rahmen der Niederösterreichischen Landesakademie, unter Einbeziehung aller Berufsgruppen programmiert (I.7). Zu einem beträchtlichen Teil wird die Teilnahme von den jeweiligen Arbeitgebern und der öffentlichen Hand gefördert, zumindest in jenen Bereichen, wo gesetzliche Mindestvorgaben bestehen. Die darüber hinausreichenden Fortbildungen müssen indessen oft von den Beschäftigten selbst bezahlt bzw. in der Freizeit absolviert werden. Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen allein reicht allerdings nicht aus, um zu gewährleisten, dass die gelernten Inhalte auch in der Praxis umgesetzt werden. Hier stellt sich oft das logistische Problem, dass nicht alle Mitarbeiterinnen gleichzeitig geschult werden können, sodass es sehr lange dauern kann, bis neue Methoden, wie etwa die Integration von Palliativpflege, organisationsweit eingeführt werden. Oft werden die Beschäftigten zusätzlich dadurch enttäuscht, dass die (➔) **Umsetzung** ihrer durch Fortbildung neu erworbenen Fähigkeiten in der Praxis nicht realisiert werden kann, weil etwa die laut Normkosten-Modell definierten Pflegehandlungen dies nicht erlauben bzw. durch enge Zeitvorgaben verunmöglichen (WS.5).

Die Weiterbildung im Sinne von Umschulungen spielt in der Langzeitpflege insofern eine gewichtige Rolle, als dieses Berufsfeld sowohl individuell als auch im Rahmen arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen bedeutendes Potential enthält. Für viele Umsteigerinnen oder Wiedereinsteigerinnen in den Beruf stellt die Langzeitpflege eine sinnvolle Alternative oder auch eine Berufung auf Basis informell erworbener Fähigkeiten in der Familienarbeit dar (WS.1). Die arbeitsmarktpolitische Förderung von Umschulungen wird hingegen von den Beschäftigten in der Langzeitpflege teilweise kritisch betrachtet, vor allem dann, wenn sie auf der Prämisse beruht, dass im Grunde *„jede und jeder betreuen und pflegen kann“* (I.1). Dadurch kommt es oft vor, dass Absolventinnen von Umschulungskursen nur kurz in der Praxis bleiben, weil sie feststellen, dass die

in der Langzeitpflege nötige (➔) **Haltung** nicht hinreichend vermittelt wurde. Um solche Frustrationen bei Mitarbeiterinnen und hohe Fluktuation bei den Trägerorganisationen zu vermeiden, wäre eine gezieltere Auswahl bei der Berufsorientierung ratsam (WS.1).

Die Verbesserung der Abstimmung zwischen gesetzlichen Vorgaben, administrativen Abläufen und praxisorientierter Fortbildung bleibt eine wichtige Herausforderung. Zudem ist darauf zu achten, dass die Integration neu erworbener Kompetenzen durch (➔) **Wissensmanagement** und kontinuierliche Verbesserungsprozesse in den jeweiligen (➔) **Organisationen** sichergestellt wird.

Führung

Die allgemeinen Führungsaufgaben in der Langzeitpflege unterscheiden sich nicht wesentlich von jenen in anderen Branchen, wenn es darum geht, Mitarbeiterinnen zu stützen, klare Aufgabenbeschreibungen zu formulieren und die Bedürfnisse des Personals wahrzunehmen. Wie in keinem anderen Bereich prägt allerdings der Führungsstil die Ausrichtung der Organisation sowohl bei mobilen Gesundheits- und Sozialen Diensten als auch in Alten- und Pflegeheimen. Der Wandel von einer „Warm-Satt-Sauber“-Pflege zur Orientierung in Richtung (➔) **Lebensqualität** und (➔) **Alltagsgestaltung** ist in beträchtlichem Maße von der Leitung abhängig, wobei diese vor allem auf Ebene von Teams wirken muss. Hier ist ein partizipativer Führungsstil gefragt, der die (➔) **Autonomie** und entsprechende Spielräume zur Gestaltung der Zusammenarbeit und der Pflegeprozesse fördert.

Trotz der gerade bei größeren (➔) **Organisationen** stark ausgeprägten Hierarchie geht es in der Langzeitpflege darum, diese Hierarchie fließender zu gestalten, indem beispielsweise Mitarbeiterinnen einer höheren Hierarchiestufe auch bereit sind, Aufgaben zu übernehmen, die nicht primär ihrem Aufgabebereich zufallen, wenn sie gebraucht werden. Umgekehrt besteht bei Mitarbeiterinnen untergeordneter Hierarchiestufen das Bedürfnis nach Rückhalt, wenn es z.B. um Auseinandersetzungen mit Nutzerinnen oder Angehörigen geht, sowie um die Vermittlung von Sicherheit, auch einmal Fehler machen zu dürfen, um aus solchen Erfahrungen zu lernen. Aus dieser Perspektive gilt es, „*Chaos, Instabilität, Fluktuation und täglich neue Anweisungen*“ (I.10) zu vermeiden.

Führung ist schließlich gerade dort gefragt, wo es um die Kommunikation mit internen und externen Partnern zur Sicherung der Kontinuität von Pflege und Betreuung geht. Gerade diese Aspekte des Schnittstellen- bzw. Nahtstellenmanagements kommen oft zu kurz, weil Informationen nicht weitergeleitet werden und wichtige Akteure zwar innerhalb ihres Bereichs gute Arbeit verrichten, aber nicht an die Folgewirkungen ihres Handelns denken.

Führungsaufgaben und der Entwicklung partizipativer Führungsstile muss in der Langzeitpflege über Organisations- und Sektorgrenzen hinweg durch entsprechende Qualifikation und (➔) **Fortbildung**, v.a. aber in der täglichen Praxis größere Beachtung geschenkt werden.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die Qualität der Langzeitpflege wird neben den (➔) **Berufsgesetzen** vor allem durch das Bundes-Pflegegeldgesetz sowie die unterschiedlichen Sozialhilfegesetze, Heimgesetze und sonstige Verordnungen auf Ebene der neun Bundesländer beeinflusst. Dazu kommen bundesgesetzliche Regelungen im Rahmen des Konsumentenschutzes (freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Volksanwaltschaft) sowie durch die Gesetzgebung im Gesundheitsbereich. Die Beschäftigten nehmen hier sowohl Über- als auch Unterregulierung bzw. fehlende Abstimmung zwischen den gesetzlichen Verordnungen sowie bedeutende (➔) **regionale Unterschiede** wahr:

- So stiften beispielsweise die unterschiedlichen Kontrollmechanismen zur (➔) **Qualitätssicherung** auf Bundes- und Landesebene Verwirrung, indem unterschiedliche Maßstäbe angelegt werden und Richtlinien nicht selten in Widerspruch zu pflegerischen Standards oder auch zu den Wünschen von Bewohnerinnen und/oder Angehörigen stehen.
- In manchen Fällen werden innovative Lösungen wie etwa kleine Wohneinheiten für Menschen mit Demenz behindert, indem sie Auflagen erfüllen müssen, die für große Heimstrukturen geschaffen wurden.
- Viele Aspekte sozialer Betreuung (soziale Kontakte, Biographie, Haushalt etc.) sind momentan im GuKG festgelegt, könnten jedoch eventuell besser in einem – bislang noch nicht auf den Weg gebrachten – Berufsgesetz für Soziale Arbeit geregelt werden (I.11).
- Weiterhin bleiben auch viele Fragen im Bereich der Sterbebegleitung und der Vertretungsbefugnis gesetzlich nicht ausreichend reguliert.
- Dies gilt ebenfalls für die Regelung der 24-Stunden-Betreuung v.a. in Bezug auf die Kontrolle von Ausbildungsstandards und Vermittlungsagenturen (siehe Abschnitt zur 24-Stunden-Betreuung).

Gesetzliche Regelungen sollten auf allen Ebenen systematisch danach überprüft werden, wo sie durch fehlende Abstimmung personen-zentrierte, integrierte und bundesweit gleichwertige Pflege und Betreuung bzw. innovative Verbesserungen verhindern.

Gesundheitsförderung und -erhaltung

Die Förderung und Erhaltung der Gesundheit ist ein wesentliches Ziel, wenn es um die Nutzerinnen von Diensten und Einrichtungen der Langzeitpflege geht, betrifft aber auch die Beschäftigten. Dass Pflege- und Betreuungskräfte nicht nur hohen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind, sondern oft auch die eigene Gesundheit vernachlässigen, ist eine inzwischen weitgehend nachgewiesene Tatsache. Viele Träger haben daher begonnen, Programme zur Gesundheitsförderung und -vorsorge bzw. zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit oder zur Burn-out-Prophylaxe anzubieten. Aus Sicht der Beschäftigten wird allerdings darauf hingewiesen, dass diese Angebote aus Zeitmangel oft nicht in Anspruch genommen werden (WS.2).

Angesichts alternder Belegschaften und allgemeiner sozialpolitischer Ziele zur Vermeidung von Frühpensionierungen sollten Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend in den Vordergrund rücken, um „gute Pflege“ auch durch Mitarbeiterinnen mit längerer Dienstzeit sicherzustellen. Dazu gehören u.a. die Bereitstellung geeigneter Pflegehilfsmittel sowie insgesamt eine mitarbeiterorientierte bzw. altersangepasste (➔) **Organisation** der Dienstleistungserbringung.

Haltung

Die bewusste Entscheidung, in der Langzeitpflege und -betreuung zu arbeiten, ist für viele Beschäftigte verbunden mit dem Einlassen auf eine bestimmte Haltung, die durch Wertschätzung, Respekt und Liebe zum alten Menschen, (➔) **Empathie** und den Umgang mit Bedürfnissen von Nutzerinnen charakterisiert ist. Die Verbindung zwischen einer solchen Haltung und der individuellen (➔) **Professionalität** wird als eine der besonderen Herausforderungen in der Langzeitpflege erachtet. Um „gute Pflege“ erbringen zu können, muss diese Tätigkeit als Dienstleistung gesehen werden, die kundenorientiert und professionell organisiert wird, aber mit einem Interesse für den Menschen und dessen Begleitung auch in der letzten Lebensphase kombiniert wird.

Beschäftigte in der Langzeitpflege schätzen die in diesem Bereich charakteristischen längerfristigen Beziehungen zu den Nutzerinnen. Dabei wurde angemerkt, dass die Beschäftigten es vielfach selbst verabsäumen, diese positiven Aspekte ihrer Arbeit auch der allgemeinen Öffentlichkeit zu vermitteln. Dies könnte zu Verbesserungen im (➔) **Image der Langzeitpflege** und zu einem gestärkten Selbstbewusstsein der Beschäftigten beitragen.

„Die Wahrnehmung ist nach wie vor (...), dass jede und jeder betreuen und pflegen kann, dass es kein eigentlicher Beruf ist.“ (I.1)

Image der Langzeitpflege

Langzeitpflege und -betreuung kommen in der Öffentlichkeit und in den Medien selten vor; wenn doch, dann meist aufgrund von Skandalen oder anderen negativen Ereignissen. Darunter leiden das Selbstverständnis und das Selbstbewusstsein der Beschäftigten. Nicht zuletzt deshalb haben Anbieterorganisationen und öffentliche Einrichtungen in den letzten Jahren mit Imagekampagnen versucht, positive Bilder von Gesundheits- und Sozialberufen sowie Diensten und Einrichtungen zu verbreiten. Letzteres habe allerdings auch dazu beigetragen, dass Erwartungshaltungen gestiegen sind, was zum Teil wiederum zu neuen Konflikten zwischen Beschäftigten und Angehörigen führe. Hier kommt den Interessenvertretungen eine wichtige Aufgabe zu, um ein realistischeres Bild von Pflege in der Öffentlichkeit und keine unrealistischen Erwartungen im Sinne von „1:1 Betreuung mit Hotelcharakter und Dauerbespaßung“ (WS.1) entstehen zu lassen. Durch die Darstellung der Leistungen des Sektors sollte auch das Selbstbewusstsein der Beschäftigten gestärkt werden. Auch die Beschäftigten sollten ihrerseits in die Verantwortung genommen werden, indem sie ihre Leistungen in ihrem jeweiligen Umfeld stärker positiv nach außen tragen. Es wäre wichtig, „dass auch die Berufsgruppe selbst ihren Beruf positiv darstellt“ (I.7). Während es bei der Gruppe der DGKP vor allem darum geht, das Bild von der „Pflege zweiter Klasse“ zu korrigieren, sehen andere Berufsgruppen die Arbeit in der Langzeitpflege als wesentlich erfüllender, denn „als Pflegehelferin im Krankenhaus bist du eine teure Putzfrau“ (I.10). Die Organisation und Integration der Interessen vor allem jener Berufsgruppen, die (noch) keinen eigenen Berufsverband haben, könnte hier ein nützlicher Schritt sein, um die öffentliche Debatte zu bereichern und (➔) **Kompetenzen** auch im sozial- und gesundheitspolitischen Bereich zu vereinigen.

Um das Image von Langzeitpflege und -betreuung in der Öffentlichkeit zu verbessern, ist Bewusstseinsbildung nötig mit dem Ziel, „die Wahrnehmung von Pflege als Beruf zu ändern, die Leistung sichtbar zu machen und ihren Wert für die Gesellschaft und die Betroffenen, die dafür bezahlen, sichtbar zu machen“ (I.1).

Infrastruktur

Die baulichen Gegebenheiten von Alten- und Pflegeheimen haben sich zwar in den letzten Jahren verbessert, aber eine weitere Modernisierung muss aus Sicht der Beschäftigten vorangetrieben werden, da z.B. immer weniger Bewohnerinnen die Unterbringung in Mehrbett-Zimmern akzeptieren. Auch der Tatsache, dass der Anteil von Bewohnern mit Demenz beständig ansteigt, muss in baulichen Konzepten und Adaptierungen von Pflegeheimen mehr Beachtung geschenkt werden. Im mobilen Bereich geht es schließlich darum, Sozialstationen einzurichten, die auch Raum für Besprechungen und Team-Meetings bieten. Neben einem starken Stadt-Land-Gefälle bezüglich der infrastrukturellen Ausstattung stellen die unterschiedlichen Regelungen, Vorgaben und Planungs-

grundlagen in den neun Bundesländern eine besondere Herausforderung für die Strukturqualität der Langzeitpflege dar. Je nach Bundesland gelten verschiedene Mindestanforderungen von der Zimmergröße bis zum Personalschlüssel in Alten- und Pflegeheimen, wobei meist unklar bleibt, mit welchem Ziel und auf Basis welcher Prämissen diese definiert wurden.

Eine österreichweite Debatte zu den Grundvoraussetzungen „guter Pflege“ wäre angemessen, um vergleichbare Bedingungen für alle Beschäftigten zu schaffen. Zur Verbesserung der Strukturqualität zählt auch die technische Infrastruktur zum Datenaustausch und zur Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien.

Kompetenzen vereinigen

Die Ausdifferenzierung der unterschiedlichen Berufsgruppen hat in der Organisation der Langzeitpflege zu einer komplexen Arbeitsteilung mit akkurat abgegrenzten Tätigkeitsbereichen und Kompetenzen beigetragen, die von den jeweiligen Berufsgruppen eingebracht werden.

Die Abstimmung der jeweiligen Beiträge durch (➡) **gesetzliche Rahmenbedingungen**, Hierarchien und der damit verbundenen Delegation von Aufgaben an hierarchisch niedriger eingestufte (und bezahlte) Berufsgruppen hat ihren Ursprung in der „tayloristischen“ Organisation medizinischer Spezialisierung in Krankenhäusern. Erst in den letzten Jahren sind Konzepte der ganzheitlichen Pflege, ausgehend vom Berufsbild der „community nurse“ bzw. „family nurse“, als Reaktion auf die negativen Auswirkungen der Arbeitsteilung in der Langzeitpflege stärker in den Mittelpunkt gerückt. Hier geht es u.a. darum, die Pflege und Betreuung eigenverantwortlich rund um die individuellen Bedarfslagen und Ressourcen der Nutzerinnen zu organisieren, anstatt einzelne Krankheitsbilder bzw. Handreichungen im Rahmen des jeweils mitverantwortlichen Aufgabenbereiches bzw. delegierter Einzelhandlungen abzuarbeiten. Die Frage ist daher, wie die Kompetenzen der in der Langzeitpflege und -betreuung tätigen Berufsgruppen besser vereinigt, weniger formal delegiert und auf Basis flacher Hierarchien partizipativ organisiert werden können (WS.2), um den Beschäftigten zu ermöglichen, die „Entwicklung der eigenen Kompetenzen mitzugestalten“ (Staflinger & Hexelschneider, 2014).

Das oft verborgene Potenzial vereinigter Kompetenzen kann durch den Ausbau von Modellen integrierter Versorgung realisiert werden. Dadurch könnte die (➡) **Multidisziplinarität** innerhalb der Langzeitpflege, vor allem aber an den Schnittstellen zum Gesundheitssystem, besser gelebt werden. In der Realität bestehen jedoch noch nicht einmal ausreichende Möglichkeiten zum stärkeren Austausch zwischen dem stationären und dem mobilen Sektor bzw. zwischen den Anbietern von Sozial- und Gesundheitsdiensten (WS.3).

Kontinuität

Vornehmlich zwei Aspekte machen Kontinuität zu einem Schlüsselfaktor für die Prozessqualität in der Langzeitpflege. Einerseits geht es darum, kontinuierliche Betreuung über diverse Betreuungssettings und damit verbundene (➔) **Organisationen** sicherzustellen. Andererseits bevorzugen Nutzerinnen eine gewisse personelle Kontinuität, wenn es beispielsweise um die längerfristige Begleitung durch Pflegedienste und -personal in der eigenen häuslichen Umgebung oder auch im Pflegeheim geht. In Bezug auf letzteren Aspekt ist das Prinzip der Bezugspflege zweifellos hilfreich, allerdings wird es aus organisatorischen und anderen Gründen nicht immer und überall umgesetzt. Bei der Sicherstellung von Kontinuität an den Schnitt- bzw. Nahtstellen zwischen Sektoren und Settings ist zwar aus Sicht der Beschäftigten durch (➔) **Case Management** und (➔) **Entlassungsmanagement** in manchen Regionen eine Verbesserung zu beobachten, aber es mangelt nach wie vor nicht an Beispielen von „ungeplanten Entlassungen am Freitagnachmittag“ (WS.3) sowie fehlender Informationsweitergabe.

In Alten- und Pflegeheimen könnte eine kontinuierliche Verfügbarkeit von Ärztinnen dazu beitragen, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Darüber hinaus sind weitere Anstrengungen vonnöten, um Koordination und (➔) **Vernetzung** nicht weiterhin als außerordentliche Aufgaben zu betrachten, die eventuell in der Freizeit gemacht werden (können), sondern als wesentlichen Teil der Betreuungs- und Pflegearbeit.

Kooperation und Kommunikation

Die Qualität der Langzeitpflege ist in erheblichem Maß vom Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure, Berufsgruppen und Institutionen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie zwischen diesen und den pflegenden Angehörigen abhängig. Die Zentralität von Kooperation, Kommunikation und (➔) **Multidisziplinarität** wird daher von den Beschäftigten immer wieder unterstrichen, weil in der Realität der Pflege- und Betreuungsprozesse häufig Lücken, ineffiziente Prozeduren und ein Mangel an Gelegenheiten zum inter-professionellen und inter-organisatorischen Austausch an den entscheidenden Schnittstellen wahrgenommen werden. Dies beginnt bei der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, die Patientinnen mit Pflegebedarf ohne vorherige Kommunikation mit Anbietern mobiler Dienste entlassen, bei (Bezirks-)Behörden, die Anmeldungen für einen Heimplatz nicht weiterleiten oder bei Diskussionen über den Zugang unterschiedlicher Berufsgruppen zur Pflegeplanung und (elektronischer) Nutzerdaten.

„Man ist draußen schon auf sich selbst gestellt, bei Auffälligkeiten oder Fragen ruft man sich eben mit jemanden zusammen, der zuständig ist. Im Grunde muss ich selbst entscheiden, ob ich jemand anderen hinzuziehen muss – durch Erfahrung weiß man eben, wo die eigenen Grenzen sind.“ (I.12)

Auch die Tatsache, dass sich die unterschiedlichen Arbeitsgruppen für Pflegedirektoren und PDL im Seniorenbereich nicht in koordinierter Form austauschen, weist auf fehlende strukturelle Kooperation zwischen dem Spitalssektor und der Langzeitpflege hin (I.5), selbst wenn in vielen individuellen Fällen über positiv zu wertenden Austausch berichtet wird. Innerhalb der einzelnen Organisationen mangelt es an (➔) **Zeit** und – v.a. im mobilen Bereich – an geeigneten Räumlichkeiten, um die verschiedenen Berufsgruppen öfter als alle zwei Monate zu versammeln, um beispielsweise gemeinsame Fallbesprechungen abzuhalten und neue Entwicklungen oder Problemstellungen zu diskutieren.

Als weiteres Hindernis für Kooperation wurden hierarchische Kommunikationsstrukturen angeführt: „Manchmal fühlt man sich wenig ernst genommen [von Ärzten, Anm.d.Verf.], wenn wir, die doch die meiste Zeit mit den Bewohnern verbringen, immer wieder auf ein Problem hinweisen und dies auch dokumentieren (...) und bei der Visite nicht darauf eingegangen wird, wenn es nicht von den Krankenschwestern besonders hervorgehoben wird“ (I.8).

Der Ausbau des strukturellen und strukturierten Dialogs zwischen den Berufsgruppen (I.1) und über einzelne (➔) **Organisationen** hinweg wird aus Sicht der Beschäftigten als wichtige Voraussetzung für Qualitätsverbesserungen gesehen. Workshops wie jene im Rahmen der vorliegenden Studie sind eine gute Gelegenheit für die Verbesserung der Kommunikation zwischen Organisationen und Berufsgruppen, wobei auch der Krankenhaussektor stärker vertreten sein sollte (WS.3).

Lebensqualität

Die Herstellung, Unterstützung und Sicherung von „Lebensqualität“ gilt bei den Beschäftigten inzwischen als meist genannter (➔) **Leitwert** in der Langzeitpflege (I.2; I.3; I.4; I.6; I.7; I.12). Neben der objektiven Dimension des Begriffs (Wohnumgebung, die sozialen Beziehungen und die soziale Unterstützung sowie der Grad an Teilhabe am öffentlichen Leben) wird dabei überwiegend die subjektive Komponente betont, die auf der individuellen Einschätzung der Nutzerinnen beruht und sowohl kognitive als auch emotionale Aspekte umfasst (Kane, 2003). Diese manifestiert sich aus Sicht der Beschäftigten häufig in nicht messbaren „soft facts“, im Bewohnerverhalten und in emotional wahrnehmbaren „Wohlfühl-Faktoren“.

Insgesamt sei den letzten Jahren ein Wandel von der „Warm-Satt-Sauber“-Pflege zu einem stärkeren Fokus auf Lebensqualität beobachtbar. Allerdings wird v.a. der Zeitdruck, wie er insbesondere im mobilen Bereich, aber vielfach auch in Alten- und Pflegeheimen erlebt wird, als entscheidendes Hindernis bei der Herstellung von Lebensqualität für die Nutzerinnen gesehen (WS.1).

Einzelne Anbieter haben begonnen, Lebensqualitäts-Audits zu entwickeln und umzusetzen, um diesem zentralen Aspekt der Ergebnisqualität auch im Rahmen des (➔) **Qualitätsmanagements** gerecht zu werden (I.3). Dabei ist nicht zuletzt auch die Lebensqualität der Beschäftigten selbst einzubeziehen.

Verbesserungsprozesse sollten die Bewohner- und Mitarbeiterperspektiven durch eine Verknüpfung subjektiver Wahrnehmungen mit den „objektiven“ Kennzahlen zur Pflegequalität in der Organisationsentwicklung von Diensten und Einrichtungen stärker berücksichtigen. Weitere Forschungs- und Entwicklungsarbeit ist nötig, da es nach wie vor an validen (➔) **messbaren Indikatoren** zur Messung der Lebensqualität in (➔) **Organisationen** der Langzeitpflege mangelt.

Leitwerte

Eine Ethik der Langzeitpflege und -betreuung muss aus Sicht der Beschäftigten auf Werten wie (➔) **Lebensqualität**, Beziehung, Würde, Selbstbestimmtheit, Individualität, Wertschätzung und Respekt beruhen. Diese Werte sollten nicht nur in Organisations-Leitbildern stehen, sondern bedürfen der konkreten Umsetzung in der Praxis. Dazu müssen Führungskräfte *„mit einem großen Ohr für die Rückmeldungen der Mitarbeiter, die das Leitbild verkörpern, Halt geben und Werte vermitteln“* (I.11). Weiterhin müssen sich die Leitwerte von Einrichtungen und Diensten auch an den jeweiligen Werten der Region ausrichten und darauf achten, *„wie diese Werte, z.B. in Fragen des Glaubens, im Alten- und Pflegeheim gut gelebt werden können“* (I.5).

Eine an positiven Leitwerten orientierte Langzeitpflege erfordert eine entsprechende (➔) **Haltung** aller Beschäftigten und Führungskräfte. Dazu bedarf es auch entsprechender sprachlicher Standards. Solange Begriffe wie „Pflegerling“, „Insasse“ oder „Patient“ zu hören sind, sei die Herausbildung einer eigenen (➔) **Identität** der Langzeitpflege gefährdet (I.5).

Leistungsdefinition

Inwieweit die Leistungen von Beschäftigten in der Langzeitpflege klar definiert, vertraglich gestaltet und entsprechend bezahlt werden können, ist nicht nur in der ökonomischen Theorie eine komplexe und heftig diskutierte Frage. In der Praxis wird auf Basis unterschiedlicher Kriterien und Mechanismen spezifiziert, welche (➔) **Kompetenzen** und Leistungen wie hoch bezahlt werden. Trotz bzw. gerade wegen der grundsätzlich beschränkten Rationalisierbarkeit der Dienstleistung Pflege und Betreuung wird weiterhin versucht, den Zeitaufwand für bestimmte Tätigkeiten zu verkürzen und entsprechende Normkosten nach Berufsgruppen zu definieren und zu bewerten. Dabei bleibt fraglich, ob gleiche Leistungen auch wirklich gleichwertig bezahlt werden. Denn der

„Markt“ der Langzeitpflege ist nur in geringem Maß durch das Gesetz von Angebot und Nachfrage reguliert, sondern in erster Linie durch öffentliche Budgets, welche das Angebot steuern. Tarifverhandlungen verlaufen daher im Sektor der Langzeitpflege meist einseitig ab, Stunden- bzw. Tagessätze werden vorgegeben, Anbieter sind angehalten, mit den definierten Kostensätzen zu wirtschaften.

Seitens der Beschäftigten wird in den letzten Jahren eher eine Verschlechterung des Aspekts der Leistungsgerechtigkeit im Rahmen der (➔) **Arbeitsbedingungen** wahrgenommen (WS.3; WS.1; I.11). Eine Gegensteuerung erscheint erforderlich, wobei die vorgesehene Umstrukturierung und Neuverteilung (Delegation) von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen im Rahmen der GuKG-Novelle mit entsprechenden Anpassungen in Ausbildung und Bezahlung abzustimmen sein wird.

Messbare Indikatoren

Ein zentrales Element, um die Ergebnisqualität einer Dienstleistung durch objektive Daten zu erheben und in der Folge zu verbessern, sind messbare Indikatoren. Diese sind allerdings in der Langzeitpflege erst in Ansätzen vorhanden. So gibt es zwar die klassischen Kriterien zur Messung der klinischen Pflegequalität (Dekubitusrate, Sturzrate, Mangelernährung etc.) sowie Ergebnisse aus unterschiedlichen Zufriedenheitsbefragungen in einzelnen Einrichtungen oder (➔) **Organisationen**. Für letztere gilt in erster Linie die Kundenzufriedenheit als wichtigstes Ergebnis, welches ebenfalls durch eigene Fragebögen im Verlauf von Pflegevisiten erhoben wird. Insgesamt bleibt es allerdings schwierig, die sogenannten „soft facts“ der aus der Betreuung resultierenden (➔) **Lebensqualität** der Nutzerinnen objektiv zu bewerten. Die Beobachtung von Bewohnerverhalten (z.B. mittels *Dementia Care Mapping*) oder die Bewertung von Prozessen wie z.B. der Umgang mit Bewohnerinnen und die Wahrnehmung von Sprachmustern sowie ein anschließender Dialog mit den Mitarbeiterinnen können für die Qualitätssicherung wichtige Hinweise liefern, bedürfen allerdings teilweise eines hohen Ressourceneinsatzes.

Ein angemessener Einsatz von Ressourcen zur Erhebung der Ergebnisqualität erscheint gerechtfertigt, wenn die Arbeit mit den erhobenen Kennzahlen bzw. Indikatoren zum Bestandteil des (➔) **Qualitätsmanagements** wird, um die Transparenz zu erhöhen und Verbesserungsprozesse einzuleiten (Europäisches Zentrum, 2010). Dies ist beispielsweise das Ziel von Lebensqualitäts-Audits, wie sie gegenwärtig von einzelnen Anbietern entwickelt werden. Insgesamt wird ein solcher Zugang allerdings nur bei einer beschränkten Zahl von Anbietern im stationären und mobilen Bereich umgesetzt.

Mitarbeiter-Zufriedenheit

Die Zufriedenheit der Beschäftigten mit ihrer Arbeit ist eine wichtige Voraussetzung, gleichzeitig aber auch ein aussagekräftiges Ergebnis „guter Pflege“. Die Arbeitszufriedenheit wird dabei einerseits durch die (➔) **Arbeitsbedingungen** – von angemessener Bezahlung, reibungsloser Organisation und (➔) **Kooperation** im Team bis zu Arbeitszeitregelungen und der Vereinbarkeit von Beruf und Familie – beeinflusst, andererseits gerade in den Gesundheits- und Sozialberufen durch sogenannte intrinsische Faktoren wie etwa „*Verantwortung übernehmen*“ (I.3), „*helfen können*“ (I.9), „*Nutzen stiften*“ (I.7) und die persönliche Beziehung zu den Nutzerinnen.

Darüber hinaus erhöhen die „*Wertschätzung durch die Klientinnen, Kolleginnen und (manchmal) die Gesellschaft*“ (I.2) sowie „*kleine Erfolge und Fortschritte*“ (I.12) die Zufriedenheit mit der Betreuungsarbeit. Dazu gehört auch die Möglichkeit, den eigenen Beitrag zur Pflege und Betreuung der Nutzerinnen im Einklang mit den der jeweiligen Ausbildung entsprechenden Möglichkeiten zu leisten. Dies scheint nicht für alle Berufsgruppen gleichermaßen zufriedenstellend gelöst zu sein, worauf Aussagen wie „*Ich bin eine der wenigen DSB-A, die einen Job gefunden hat, wo ich das leben und umsetzen kann, was wir in der Ausbildung gelernt haben*“ (I.6) oder auch die folgende Schilderung einer Fachsozialbetreuerin (Altenarbeit) hinweisen: „*Ich bin jetzt [im Vergleich zu vorherigen Dienstverhältnissen, Anm. d. V.] zufrieden aufgrund der Unterstützung durch die Heimleitung und Pflegedienstleitung, die mir erlauben, z.B. auch soziale Aktivitäten mit den Bewohnern während der Dienstzeit zu unternehmen, nicht nur Waschen und Anziehen*“ (I.8).

Trotz der relativen Krisensicherheit des Sektors bleibt darauf hinzuweisen, dass gerade bei älteren Mitarbeiterinnen auch eine gewisse Besorgnis besteht, beispielsweise nach einer Kündigung wieder eine neue Anstellung zu finden bzw. allgemein, „*wie das gehen kann, noch weitere 15 Jahre zu arbeiten*“ (I.12).

Die intrinsische Motivation der Beschäftigten ist eine wesentliche Ressource in der Langzeitpflege und sollte nicht durch eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen untergraben werden. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Vermeidung von Unter- und Überforderung von Mitarbeiterinnen, um Burn-out und/oder der vorzeitigen Berufsaufgabe entgegenzuwirken.

„Um Multidisziplinarität zu erreichen, würden wir vor allem Zeit für strukturierte Kommunikation zwischen den Berufsgruppen brauchen.“
(I.2)

Multidisziplinarität und Teamarbeit

Die grundsätzliche Wichtigkeit multidisziplinärer oder sogar interdisziplinärer Zusammenarbeit sowie die Betonung gemeinsamer Ziele in der Langzeitpflege wird von allen Beschäftigten durchgängig vorgetragen. In der Praxis der täglichen Arbeit trifft die Realisierung dieses Prinzips allerdings auf teils unüberwindbare Hürden. So ist die multidisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Bereich v.a. mit jenen Berufsgruppen schwierig, die nur zeitweise bzw.

mit einer begrenzten Stundenzahl anwesend sind (z.B. Physio-, Ergotherapeuten, Logopäden und Ärzte). Physio- und Ergotherapeuten wiederum sehen sich ausgegrenzt, weil ihre Kompetenzen und Leistungen von den anderen Berufsgruppen in der Hektik der täglichen Routinen gar nicht wahrgenommen werden. Ähnlich geht es „neuen“ Berufsgruppen wie den FSB-A: *„Mir passiert ganz oft, dass ältere oder in der Hierarchie höher stehende Kolleginnen mich erst einmal komisch anschauen, wenn ich bestimmte Dinge gut mache“* (I.10). Neben berufsspezifischen Abgrenzungen rücken somit auch generations- und hierarchiebezogene Faktoren als Hindernisse ins Blickfeld, wenn es um die Umsetzung von multidisziplinärer Zusammenarbeit geht (WS.1).

Im mobilen Bereich besteht eine grundsätzliche Schwierigkeit darin, z.B. Therapeutinnen für die Arbeit in diesem Feld zu finden und sie in die jeweiligen Teams zu integrieren. Nur wenige Anbieter können sich leisten, Therapeutinnen anzustellen, und wenn Nutzerinnen z.B. eine ärztliche Verordnung für Physiotherapie erhalten, agiert die Therapeutin in den meisten Fällen auf sich allein gestellt.

Die Rahmenbedingungen für Multidisziplinarität sind somit nicht gegeben: *„Wichtig ist hier anzumerken, dass es Unterschiede gibt zwischen mobilem und stationärem Bereich, weil die verschiedenen Berufsgruppen im mobilen Bereich weniger Gelegenheit haben, um einander zu treffen (...) sie kommen einfach nicht miteinander in Kontakt. Wenn sie sehr motiviert sind, treffen sie sich in ihrer Freizeit, aber niemand zahlt dafür“* (I.2). Multidisziplinarität beschränkt sich somit insgesamt meist darauf, dass die Berufsgruppen nebeneinander her arbeiten, durch eine im besten Fall gut abgestimmte Organisation von Helfenden, Pflegehelferinnen und DGKPs. Echte Teamarbeit, die etwa in Alten- und Pflegeheimen auch die Beschäftigten in Reinigung, Wäsche und Küche umfassen würde, ist praktisch kaum möglich, weil die einzelnen Berufsgruppen meist auf sich allein gestellt bleiben und multidisziplinäre Meetings nur selten stattfinden, z.B. im mobilen Bereich etwa alle vier bis sechs Wochen (WS.2).

Die Träger und Führungskräfte sind gefordert, um bessere Rahmenbedingungen für die konzeptuell und rhetorisch allgemein gewünschte multidisziplinäre (➔) **Kooperation** der Beschäftigten in der Langzeitpflege zu schaffen (WS.4).

Multi-kulturelle Pflege

Aspekte der Multikulturalität beziehen sich in der Langzeitpflege aktuell vor allem auf die Beschäftigten, in wachsendem Maße aber auch auf die Nutzerinnen (Reinprecht, 2006). Die Tatsache, dass in vielen Alten- und Pflegeheimen bis zu 70% und auch im mobilen Bereich um die 20% der Beschäftigten einen Migrationshintergrund aufweisen, beeinflusst die Qualität in der Langzeitpflege auf mehreren Ebenen. Einerseits ist feststellbar, dass ausländi-

sche Pflegekräfte meistens „*anerkannterweise besser ausgebildet*“ sind und sich durch „*hohes medizinisches Fachwissen*“ auszeichnen; andererseits sind sie genau aufgrund ihrer spezifischen Ausbildung „*sehr medizinlastig und weniger flexibel*“ (I.3). Zudem sind die Deutschkenntnisse ausländischer Pflegekräfte oft nicht ausreichend. Dies schafft eine neue Situation für Führungskräfte, indem entsprechende Voraussetzungen für die (➔) **Kooperation** im Team, die Umsetzung aktivierender Pflegekonzepte und anderer (➔) **Leitwerte** geschaffen werden müssen.

Als weiterer Aspekt bleibt zu berücksichtigen, dass sich das Angebotsspektrum in der Langzeitpflege und -betreuung durch die Verbreitung der Personenbetreuung durch Migrantinnen insgesamt erweitert. Anbieter mobiler Dienste und auch von Alten- und Pflegeheimen nehmen die Vermittlungsagenturen von 24-Stunden-Betreuerinnen durchaus als erhebliche Konkurrenz wahr, wo sie in manchen Regionen „*einfach keine Chance haben, neue Kunden zu gewinnen*“ (I.3). Dies war mit ein Grund für die Einrichtung von Tochterfirmen bzw. eigenen Vermittlungsagenturen für Personenbetreuerinnen durch fast alle großen Wohlfahrtsorganisationen. Welche Auswirkungen diese Form der Betreuung mittelfristig auf das (➔) **Image** und die Qualität der Langzeitpflege insgesamt haben wird, kann momentan nur vermutet werden, wobei viele Anbieter und Führungskräfte noch von einem vorübergehenden Phänomen ausgehen.

Insgesamt weisen die Fakten zur multikulturellen Zusammensetzung der Beschäftigten darauf hin, dass die Langzeitpflege in Österreich ohne ausländische Pflege- und Betreuungskräfte bereits heute an elementare Grenzen stoßen würde. Dies spiegelt sich bislang nur unzureichend in politischen Vertretungsstrukturen bzw. in zielgerichteten Integrationsstrategien wider.

„... wenn ich am Abend leichten Herzens und mit einem guten Gefühl aus dem Haus gehen kann und die Bewohner zufrieden sind.“ (I.8)

Nutzer-Zufriedenheit

Zufriedene Nutzer und Angehörige sind für die meisten Beschäftigten der entscheidende Indikator für „gute Pflege“ und sind somit wiederum ein Beitrag zur Verbesserung der (➔) **Mitarbeiter-Zufriedenheit** selbst. Diese wechselseitige Verstärkung wird von einer zunehmenden Zahl an Organisationen durch entsprechende Erhebungen mittels Fragebögen dokumentiert. Darüber hinaus wird auf die Zufriedenheit von Nutzerinnen durch die Zahl der Beschwerden rückgeschlossen, wobei versucht wird, Unzufriedenheit durch Beschwerde-Management und regelmäßige Feedback-Gespräche mit Angehörigen aufzufangen. Neben diesen Methoden zur Gewinnung (➔) **messbarer Indikatoren** nehmen die Beschäftigten die Zufriedenheit von Nutzerinnen vor allem durch „*soft facts*“ wahr, wie etwa „*an der Stimmung der Bewohner*“ (I.8), an „*positiven Rückmeldungen der Angehörigen*“ (I.12), „*ein gewisses Vertrauen*“ (I.12) oder auch als „*spürbarer Prozess des Alterns in Würde – das ist wahrnehmbar, wenn*

vorhanden“ (I.11). Eine besondere Herausforderung ist daher, die Zufriedenheit von Nutzerinnen in einer Kontrollfunktion von außen einzuschätzen. Auch hier spielen meist Beobachtungen und Eindrücke eine ausschlaggebende Rolle. Diese können sich etwa im Alten- und Pflegeheim darauf beziehen, ob Inkontinenzprodukte für alle sichtbar gelagert werden, ob das Personal anklopft, bevor ein Bewohnerzimmer betreten wird oder wie die Bewohner angesprochen werden. Ein wichtiges Anzeichen für „gute Pflege“ und Wohlbefinden der Bewohnerinnen kann aber auch sein, wenn der erste Eindruck beim Betreten eines Alten- und Pflegeheims auf eine lebendige (➔) **Alltagsgestaltung** hinweist: „*Da herrscht Leben*“ (I.7).

Subjektive und objektive Faktoren sind wichtige Bestandteile bei der Konstruktion von Indikatoren, mittels derer die Zufriedenheit von Nutzerinnen messbar und darstellbar gemacht werden kann, um in der Folge die Wirkung von Verbesserungsmaßnahmen zu prüfen und nachzuweisen. Die praktische Anwendung und Evaluierung unterschiedlicher Methoden sollte weiter vorangetrieben werden, um die Ergebnisqualität in der Langzeitpflege transparent zu machen.

Organisation(en)

Dass adäquate Organisationsstrukturen und verantwortungsbewusste Organisationen ein Grundpfeiler für die Qualität eines Sektors bzw. einer Branche darstellen, mag als vielfach banale Feststellung anmuten. Aus Sicht der Beschäftigten sind diese Voraussetzungen für „gute Pflege“ allerdings nicht immer gegeben, insbesondere wenn es um die Kommunikation, (➔) **Kooperation** und den Austausch zwischen Organisationen und Sektoren geht (WS.3). Selbst innerhalb einzelner Organisationen sind die Rahmenbedingungen für „*Besprechungen, Reflexion, Pausen, Supervision, Psychohygiene*“ (I.10) in vielen Bereichen mangelhaft, weil Personalmangel und Zeitdruck herrschen oder einfach das Bewusstsein der (➔) **Führung** fehlt, dass die Schaffung von (➔) **Zeit** und Raum für solche Aktivitäten größten Einfluss auf die Pflegequalität hat. Dazu gehörten auch die Entwicklung stabiler Pflorgeteams in geeigneter Größe mit klarer Aufgabenteilung, die Herstellung eines guten Betriebsklimas und die Einrichtung regelmäßiger (Selbst)Evaluierungen und Feedbacks durch die zu Pflegenden bzw. deren Angehörige (I.12).

Ein besonderes Charakteristikum der Langzeitpflege besteht darin, dass hier teilweise die Konturen zwischen den Funktionen der beteiligten Organisationen verschwimmen, indem sie sich als Anbieter von Dienstleistungen und somit als Arbeitgeber, aber oft auch als Interessenvertretungen der Nutzer und mithin der Beschäftigten definieren. Dies gilt nicht nur für die Wohlfahrtsorganisationen als Vertreter des „Dritten Sektors“ im Wohlfahrtsmix, sondern auch für öffentliche und privat-gewerbliche Anbieter, wobei seit einigen Jahren eine

„Hybridisierung“ von (➔) **Leitwerten** zu beobachten ist, die vormalig durch die unterschiedlichen Akteure mit reiner Marktorientierung, staatlicher Verwaltung oder eben freiwilliger, zivilgesellschaftlicher Verantwortungsübernahme wahrgenommen wurden (Evers, 2005). Erkennbar ist diese Hybridisierung etwa an der Geschichte der Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe (BAGS), die nunmehr unter dem Titel „Sozialwirtschaft Österreich - Verband der österreichischen Sozial- und Gesundheitsunternehmen“ firmiert. Zu den Aufgaben des Verbandes gehört es u.a., einerseits Kollektivverträge abzuschließen, andererseits aber auch, die Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitsbereich besser zu positionieren und wirtschaftlich abzusichern sowie Klientenorientierung im jeweiligen Aufgabenbereich voranzutreiben (www.sozialwirtschaft-oesterreich.at).

Die Frage ist, ob Arbeitgeber, Führungskräfte und Beschäftigte sowie Nutzer und Nutzerinnen z.B. im Bereich der Langzeitpflege wirklich immer und bei allen Fragen der Organisation „im selben Boot“ sitzen, oder ob hier in einer „paternalistischen“ Tradition latente Konfliktbereiche und Machtdifferenzen wohlwollend überdeckt werden (Roth, 2007).

Die Organisation(en) in der Langzeitpflege haben sich in den letzten Jahren zunehmend professionalisiert, wobei im Kontext marktwirtschaftlicher Steuerung eine „Hybridisierung“ der staatlichen, kommerziellen und Non-Profit-Organisationen zu beobachten ist. Es erscheint notwendig, die gemeinsamen Anliegen der Beschäftigten in der Langzeitpflege über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg solidarisch zu manifestieren.

Personalressourcen und Know-how

Ein wiederkehrendes Thema der Strukturqualität von Langzeitpflege ist der Mangel an ausreichendem bzw. ausreichend qualifiziertem Personal. Obwohl die befragten Beschäftigten und Führungskräfte den Begriff „Pflegenotstand“ (Krajic et al., 2004) vermieden wurde, wurde doch deutlich, dass viele Stellen un- bzw. unterbesetzt sind, dass unterschiedliche Personalschlüssel und die damit verbundene Finanzierung des Personals in vielen Bundesländern zu Engpässen führen und dass in der täglichen Praxis durch Krankenstände und sonstige Abwesenheiten beinahe grundsätzlich mit Personalmangel gerechnet werden muss. Dies beginnt bereits bei der Personalrekrutierung, wobei sich vor allem die Suche nach Pflegekräften mit höherer Qualifikation schwierig gestaltet.

Ein immer wieder angesprochener Aspekt im Zusammenhang mit der Personalausstattung ist v.a. im stationären Bereich das Thema „Personalschlüssel“. Dieser wurde in allen Bundesländern unterschiedlich und nach relativ intransparenten Kriterien definiert. In Salzburg, wo als einzigem Bundesland kein Per-

„Wir kriegen viele Leute mit Heimhilfe-Qualifikation, aber wenige mit Pflegehilfe-Qualifikation, und noch weniger diplomierte; es gibt einen Mangel an hinreichend qualifiziertem Pflegepersonal.“

(I.3)

sonalschlüssel festgelegt wurde, haben daher vor allem kleinere Alten- und Pflegeheime ein Problem bei der Verhandlung ausreichender Mittel (I.5; WS.4). Ähnlich ergeht es aber auch den Kolleginnen in der Steiermark, wo der österreichweit niedrigste Personalschlüssel besteht. Heimleiterinnen müssen daher versuchen, das Verhältnis zwischen der Zahl von Bewohnerinnen mit höheren Pflegestufen und jener mit niedrigerem Pflegebedarf zu steuern (WS.3).

Die Beschäftigten bekommen den Mangel an Personal v.a. durch erhöhten Zeitdruck zu spüren. Beispielsweise wählen viele Beschäftigte in der Langzeitpflege zwecks besserer Vereinbarkeit von Beruf und Familie Teilzeitarbeit, sehen sich allerdings oft gezwungen, bei Krankenständen einzuspringen, wodurch die erhofften Vorteile der gewählten Arbeitsdauer nicht mehr gegeben sind. Insgesamt können diese negativen Aspekte der Arbeitsbedingungen zur Steigerung der Personalfuktuation und damit zum Auslösen einer Negativspirale beitragen.

Eine zentrale Aufgabe der (➡) **Führung** muss es daher sein, einen mitarbeiterorientierten Personaleinsatz zu befördern, wobei unterschiedliche Gruppen zu berücksichtigen sind, die von Beschäftigten im Mutterschutz über Teilzeiterkräfte bis zu älteren Mitarbeiterinnen reichen. Die Gruppe der älteren Pflegekräfte stellt dabei eine besondere Herausforderung dar. Speziell im Sozial- und Gesundheitsbereich ist die Entlassung langjähriger Mitarbeiterinnen aufgrund nachlassender oder eingeschränkter physischer und psychischer Belastbarkeit schwer zu argumentieren. Deshalb werden bei vielen Organisationen besondere Anstrengungen unternommen, um einerseits präventiv Programme zur (➡) **Gesundheitsförderung** anzubieten, und andererseits Mitarbeiterinnen, die bereits mit gesundheitlichen Einschränkungen kämpfen, adäquat zu beschäftigen, z.B. in eigenen Gruppen, die mit passenden Aufgaben betraut werden.

In einigen Fällen wurde berichtet, dass ältere Mitarbeiter trotz eingeschränkter Arbeitsfähigkeit vom Team unterstützt in Beschäftigung gehalten werden, weil ihr Erfahrungswissen als besonders wertvoll geschätzt wird und die geringere physische Leistungsfähigkeit ausgleicht. Die Gemeinde Wien hat im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements ein Pool-System für Mitarbeiter, die nach einer längeren, krankheitsbedingten Abwesenheit in den Beruf zurückkehren und je nach Bedarf bei unterschiedlichen Teams eingesetzt werden. Die Altersteilzeit-Regelung ist für Beschäftigte nur dann eine Alternative, wenn sie sich einen Einkommensverlust von 25% leisten können, was bei vielen Berufsgruppen in der Langzeitpflege nicht der Fall ist. Es sind somit weitere Anstrengungen nötig, um „gute Pflege“ gerade durch ältere Mitarbeiterinnen sicherzustellen (WS.2).

Modelle, in denen ältere Mitarbeiterinnen entsprechend ihrer erfahrungsspezifischen Fähigkeiten z.B. im (➔) **Wissensmanagement** oder in anderen Bereichen des Managements, der Verwaltung bzw. in der (➔) **Fortbildung** eingesetzt werden, erscheinen erfolgversprechend. Dazu bedarf es allerdings einer entsprechenden Berücksichtigung bei der Erstellung von Normkosten-Modellen und Personalschlüsseln.

Die Personalrekrutierung, die quantitativ angemessene Bereitstellung von Personal sowie die qualifikations- und altersgerechte Zuteilung von Personalressourcen sind komplexe Herausforderungen für alle in der Langzeitpflege tätigen (➔) **Organisationen**. Um Ungleichgewichte zwischen Effizienz und Mitarbeiterorientierung auszugleichen, nicht zuletzt zur Vermeidung von Fluktuation und frühzeitigem Ausscheiden aus dem Beruf, sind (➔) **gesetzliche Rahmenbedingungen** und administrative Regelungen nach Inkonsistenzen und widersprüchlichen Anreizen zu untersuchen.

P flegekonzepte

Die von den Beschäftigten wahrgenommene Eigenständigkeit der Langzeitpflege hat nicht zuletzt durch die Verbreitung spezifischer, u.a. auf gerontologischen Forschungsergebnissen beruhender Konzepte für die Pflege und Betreuung (siehe Einleitung) weiter an Kontur gewonnen. Neben Konzepten der aktivierenden Pflege wird hier immer wieder die Biografie-Arbeit erwähnt, die z.B. ein besseres Eingehen auf die Bedürfnisse von Nutzerinnen mit Demenz erlaubt. Auch Initiativen der (➔) **Vernetzung** wie jene in der „Fachgruppe Geriatrie“ (Physio Austria), Seminare zur Vermittlung spezifischer Kenntnisse zu altersbedingten Veränderungen sowie eine Reihe von Projekten zur Integration von Palliativpflege in Alten- und Pflegeheimen oder zur Umsetzung von „Beziehungspflege“ geben weitere Hinweise auf ein stärkeres Selbstbewusstsein des Sektors.

Gleichzeitig nehmen die Beschäftigten aber auch gegenläufige Entwicklungen wahr. Beispielsweise führen forcierte Versuche der kurzfristigen Effizienzsteigerung (im Sinne von Kostenreduktion) und dazugehörige Sparprogramme zu einer weiteren Arbeitsteilung und somit zu einer Umkehrung des Trends zur ganzheitlichen und aktivierenden Pflege und Betreuung (WS.1; WS.5). Dies führe letztlich dazu, dass neue (➔) **Kompetenzen**, die sich die Beschäftigten in der (➔) **Fortbildung** aneignen, in der Praxis nicht immer adäquat umgesetzt werden können.

Die gegenwärtigen strukturellen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Langzeitpflege stehen oft in Widerspruch zur Umsetzung von Konzepten der ganzheitlichen, aktivierenden und integrierten Pflege und Betreuung.

Planung

Die Grundlagen für die Planung der (➔) **Infrastruktur** zur Erbringung von Dienstleistungen in der Langzeitpflege beruhen auf den Bedarfs- und Entwicklungsplänen der einzelnen Bundesländer, wobei auch hier sehr unterschiedliche Parameter, Methoden und Formen der Veröffentlichung Anwendung finden. Eine transparente Strukturplanung, etwa für Alten- und Pflegeheime, ist nicht vorhanden (I.5). Die Bedarfs- und Angebotsplanung gestaltet sich nicht zuletzt wegen fehlender Berufsregister der Gesundheits- und Sozialberufe schwierig, weshalb aktuelle Bemühungen zur Einrichtung solcher Register von den Beschäftigten begrüßt werden (I.1; I.2).

In der täglichen Praxis kommt Planung für die Beschäftigten zumeist in Form der individuellen Planungsprozesse von Pflege, Betreuung oder Therapie zum Tragen. Die Qualität dieser Prozesse wird einerseits durch regelmäßige Neubewertung und Anpassung gesteuert, andererseits wird sie durch ihre Abstimmung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen beeinflusst. Insbesondere bei letzterer wird teilweise kritisiert, dass sie oft gar nicht stattfindet bzw. nicht alle Berufsgruppen in solche Prozesse eingebunden werden, z.B. Physiotherapeutinnen, die durch die Hausärzte vermittelt werden (I.2).

Ein weiterer Aspekt der Planung umfasst die Dienstplangestaltung, wobei inzwischen in vielen (➔) **Organisationen** die Mitsprache bzw. die autonome Gestaltung der Dienstpläne durch die Mitarbeiterinnen zum Standard geworden ist, was seitens der Beschäftigten als bedeutendes Qualitätsmerkmal hervorgehoben wird.

Trotz einiger wichtiger Fortschritte auf Ebene der einzelnen (➔) **Organisationen** tendiert die fragmentierte Bedarfs- und Strukturplanung in der Langzeitpflege zur Fortschreibung bestehender Angebote. Der Ausbau des Pflegefonds auf Bundesebene in Richtung eines Instruments zur Anregung von Innovationen („Innovationsfonds“) und zur Verbreitung „guter Praxis“ wäre begrüßenswert.

„Wir sind ein Dienstleistungsbetrieb und müssen auf die Bedürfnisse der Kundinnen und Kunden eingehen.“ (I.8)

Professionalität

Die Professionalisierung der Langzeitpflege birgt eine Reihe von Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten in sich, die von den Beschäftigten in unterschiedlicher Weise wahrgenommen und verarbeitet werden. Einerseits dominiert dabei eine funktionalistische Herangehensweise, bei der die Professionalität und Organisation der Dienstleistung „Pflege“ im Vordergrund steht, die von der (informellen) Betreuung zu unterscheiden sei. Dem steht jedoch andererseits die Suche nach ganzheitlichen Zugängen, die über die reine Funktionspflege hinausgehen, gegenüber. Dieser Ambivalenz begegnen Beschäftigte oft durch Verarbeitungsmechanismen, die von Kolleginnen als unterschiedliche Identität-

ten und Motivationen wahrgenommen werden: „von Helfersyndrom über die Motivation des reinen Geldverdienens bis zu gesundem Mittelmaß“ (I.10). Die angestrebte Umsetzung von Ganzheitlichkeit im Sinne einer an der individuellen Biografie orientierten Aktivierung und einer nutzerfreundlichen, empathischen (➔) **Haltung** im Rahmen eines durch Geld und Macht gesteuerten Dienstleistungssystems führt oft zu kurzschlüssigen Folgerungen, wonach z.B. Dokumentation, Messung und Evaluierung „kaum als Maßnahmen für die Klienten und die Erleichterung der eigenen Arbeit, sondern als unliebsame bürokratische Anforderungen verstanden werden“ (Roth, 2007). Zur Entwicklung eines professionellen Zugangs zu Langzeitpflege und -betreuung bedarf es daher hoher persönlicher Reflexionsfähigkeit und (➔) **Empathie**, um sich nicht hinter der professionellen Rolle zu verstecken, aber eben auch der Fähigkeit, sich wieder abgrenzen zu können.

Aus der Sicht der Beschäftigten gehört es zu den Aufgaben der (➔) **Führung**, den Prozess der Professionalisierung im Sinne des „Einlassens und Abgrenzens“ beständig zu reflektieren und zu unterstützen. Dies umfasst auch entsprechendes (➔) **Wissensmanagement** sowie (➔) **Fortbildung**, die theoretische und praktische Grundlagen professioneller Arbeit in der Langzeitpflege über das Grundwissen für Pflegeberufe hinaus vermitteln (WS.4).

Qualitätsmanagement

Die professionelle Bewertung, Kontrolle und Verbesserung der Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen hat in der Langzeitpflege und -betreuung erst im Verlauf des letzten Jahrzehnts an Bedeutung gewonnen. Für viele Beschäftigte ist damit ein zusätzlicher Aufgabenbereich entstanden, der zwar inzwischen auf Ebene der Führung weitgehend absorbiert wurde, bei den Mitarbeiterinnen aber oft in Form zusätzlichen Dokumentationszwangs oder lediglich am Rande wahrgenommen wird: „Qualitätsmanagement machen die Vorgesetzten“ (I.10). Generell wird von den Beschäftigten anerkannt, dass Dokumentation ein wichtiger Bestandteil des Pflegeberufes ist. Vor allem im mobilen Bereich sei die (➔) **Dokumentation** vor Ort wichtig, um Informationen mit Kolleginnen zu teilen, aber auch um Transparenz in der Abrechnung gegenüber dem Klienten und den Finanzierungsträgern herstellen zu können. Nachteilig wirkt sich oft aus, dass die Dokumentationssysteme zumeist bestenfalls innerhalb der einzelnen Organisationen kompatibel sind, nicht aber zwischen den Organisationen, einzelnen Berufsgruppen wie etwa den Physiotherapeutinnen oder über den Sektor hinausgehend, etwa mit Ärztinnen und Krankenhäusern. Diese fehlende Vernetzung gilt auch für Qualitätsmanagement-Systeme, die bislang im besten Fall innerhalb einer Organisation einheitlich angewendet werden. Weniger als ein Drittel aller Heime haben ein Qualitätsmanagement-System eingeführt, wobei dieser Anteil im mobilen Bereich noch weit geringer ist.

Jene Beschäftigten, die konkrete Erfahrungen mit der Einführung von Qualitätsmanagement gemacht haben, sehen darin eine Chance, dass Prozesse überdacht und gegebenenfalls neu definiert werden (WS.1; WS.4), selbst wenn bei vielen Mitarbeiterinnen anfangs noch die Furcht vor Kontrolle überwiegt (WS.2). Insgesamt haben darüber hinaus aber auch das Beschwerde-Management, Pflegevisiten, Qualitäts-Audits oder neuerdings auch Lebensqualitäts-Audits zu einer Reihe von Verbesserungen beigetragen. Auffällig ist dabei, dass beinahe jede Organisation eine eigene Form des Qualitätsmanagements, von klassischen Anwendungen des ISO9000ff. oder auch des EFQM-Modells (QAP) über E-Qalin bis hin zu eigenen Checklisten mit entsprechenden Audits (WS.2; WS.4). Die weitere Verbreitung des freiwilligen Audits zur Erlangung des Nationalen Qualitätszertifikats (NQZ) könnte hier zu einer gewissen (➔) **Standardisierung** führen, müsste dazu allerdings rascher und intensiver vorangetrieben werden.

Die Aufgabe, eine partizipative und der kontinuierlichen Verbesserung gewidmete Kultur des Qualitätsmanagements zu etablieren, wird zu einem weiteren integralen Bestandteil für die (➔) **Führung** von Anbieterorganisationen, aber auch für Berufsbilder in der Langzeitpflege und -betreuung.

„Ich behaupte nicht, dass die Qualität durch mehr Personal allein besser wird, aber dass ich ein Mindestmaß an Personal brauche, um entsprechende Qualität einführen zu können.“

(I.4)

Qualitätssicherung

Die gebührende Einhaltung gesetzlicher Regelungen und vertraglicher Vereinbarungen zwischen den Anbietern und den Finanzierungsträgern wird in Österreich vor allem durch letztere in Form von je nach Bundesland unterschiedlich organisierten Aufsichts- bzw. Kontrollorganen gewährleistet. Bei den Beschäftigten überwiegt dabei der Eindruck, dass es vorwiegend um Kontrolle der Mindeststandards und weniger um die Umsetzung der Logik des (➔) **Qualitätsmanagements** geht. So werden von den Aufsichtsbehörden einerseits Verbesserungsvorschläge und neue Auflagen gemacht, deren (➔) **Umsetzung** jedoch andererseits durch Budgetkürzungen verunmöglicht wird (WS.4; WS.5). In der Praxis bedeutet daher die gesetzliche Festlegung von Mindeststandards und entsprechenden Tarifen meist bereits die Fixierung eines Maximalstandards (siehe auch Spreitzer, 2014), denn für die Anbieter ist es meist unmöglich, durch Qualitätsverbesserungen, die in vielen Fällen finanzieller Mittel bedürfen, höhere Tarife zu erwirken. In diesem Dilemma sind viele Beschäftigte und Führungskräfte gegenwärtig dennoch eher geneigt, gesetzliche Mindeststandards einzufordern, um zumindest eine Verschlechterung der Situation zu verhindern.

Die Überprüfung dieser Standards und anderer gesetzlicher Auflagen wird zwar als notwendig erachtet, allerdings tragen die vielen unterschiedlichen Kontrollen v.a. im stationären Bereich zu Verwirrung und Unsicherheit bei. Neben

der Heimaufsicht durch die Landesbehörden, Hygiene- und Sicherheitskontrollen, dem Arbeitsinspektorat sowie eventuell der freiwilligen Zertifizierung im Rahmen des NQZ bzw. des internen Qualitätsmanagements werden Alten- und Pflegeheime durch die Bewohnervertretung und seit 2013 zusätzlich durch die sogenannte OPCAT-Kommission* kontrolliert. In diesem Zusammenhang ist die Fähigkeit zum Dialog und zur professionellen Argumentation mit unterschiedlichen Kontrollinstanzen jedenfalls eine Grundvoraussetzung für (➔) **Professionalität** in der Langzeitpflege.

Aus Sicht der Beschäftigten und der Berufsverbände könnte eine bessere Abstimmung zwischen den Kontrollinstanzen wesentlich zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für „gute Pflege“ beitragen. Wenig hilfreich sei hingegen, wenn Kontrollorgane punktuelle Missstände zusätzlich mittels Berichterstattung in den Medien skandalisieren, anstatt einen fachlichen Dialog zu suchen (I.4). Führungskräfte sind hier gefordert, die Mitarbeiterinnen zu stärken, um diversen Konfliktsituationen nicht nur im Kontext der Qualitätssicherung gerecht zu werden (I.4; I.7).

Regionale Unterschiede

Die Geschichte der Langzeitpflege ist in Österreich eng mit der föderalistisch organisierten Sozialhilfe-Gesetzgebung verbunden. Trotz einiger Versuche, sie aus der Logik der Sozialhilfe herauszulösen (z.B. BPGG, Pflegefonds, Abschaffung von Regress-Regelungen, Vereinheitlichung von Ausbildungsrichtlinien), bleibt die Langzeitpflege wesentlich durch länderspezifische (➔) **gesetzliche Regelungen** bzw. Planungs-, Finanzierungs- und Kontrollprozesse geprägt. Für die Nutzer, aber auch für die Beschäftigten folgen daraus eine Reihe von oft nicht nachvollziehbaren Ungleichbehandlungen, die vom Zugang zu Diensten und Einrichtungen über wesentliche Faktoren der Strukturqualität bis zur Leistungsdefinition und den damit verbundenen Kosten, Nutzerbeiträgen und Tarifen (Tages- bzw. Stundensätze) reichen (I.3; I.4; I.5). Dadurch entstehen einerseits intransparente Finanzierungsströme zwischen den verschiedenen Gebietskörperschaften, andererseits aber auch konkrete Benachteiligungen der Beschäftigten in den verschiedenen Bundesländern, z.B. durch unterschiedliche Personalausstattung bei vergleichbaren Einrichtungen und Diensten oder durch Gebietsschutz-Regelungen (Steiermark, Oberösterreich), die lediglich einen Träger als Arbeitgeber im jeweiligen Einzugsgebiet zulassen (WS.3; WS.5).

In der Folge werden auch Qualitätsunterschiede zwischen den Regionen wahrgenommen (I.9; WS.5), wobei diese durch die intransparente Datenlage allerdings empirisch nicht immer nachgewiesen werden können. Es reicht jedoch ein Blick in die Pflegestatistik (Statistik Austria, 2015; BMASK, 2014b), um signifikante strukturelle Unterschiede in der Erbringung von Dienstleistungen

zu erkennen. So betreut etwa in der Steiermark jede Mitarbeiterin mobiler Dienste (vollzeitäquivalent) pro Jahr durchschnittlich ca. 20 Klienten für rund 54 Stunden, während in Niederösterreich pro Mitarbeiterin ca. 10 Klienten durchschnittlich 127 Stunden jährlich betreut werden. Während in Salzburg auf jede Mitarbeiterin im stationären Bereich (Vollzeitäquivalente) durchschnittlich etwa 2 Bewohnerinnen kommen, sind dies in der Steiermark und Niederösterreich im Schnitt rund 2,5 Bewohner und in Wien rund 1,4.

Solche aggregierten Zahlen sind zwar immer mit Vorsicht zu interpretieren, sie verdeutlichen jedoch tendenziell die gravierend unterschiedlichen Strukturen zwischen den Bundesländern.

Zweifellos sollten persönliche Sozial- und Gesundheitsdienste auf die jeweils spezifischen Bedürfnisse der regionalen Bevölkerung eingehen. Dazu bedarf es allerdings der (➔) **Transparenz** in der (➔) **Planung** von Strukturen auf Basis der jeweiligen quantitativen und qualitativen Bedarfslage, um krasse Benachteiligungen und Ungleichbehandlung zu vermeiden bzw. um dazu beitragen, dass die politischen Entscheidungen für die Nutzerinnen und Beschäftigten, im besten Fall mit deren entsprechender Beteiligung, besser verständlich werden.

„Es müsste
standardisierte
Prozesse geben, aber
wer soll die vorgeben?“
(I.2)

Standardisierung

Ein weiteres Anzeichen dafür, dass der relativ junge Bereich der Langzeitpflege erst allmählich dabei ist, eigenständige Strukturen und Prozesse auszubilden, ist die im Fluss befindliche Debatte über allgemein verbindliche Standards. Die von den Beschäftigten wahrgenommenen Schwachstellen reichen von strukturellen Aspekten wie Ausbildungsstandards und Bezahlung über (➔) **Finanzierung** und Personalausstattung (Stichwort: „Personalschlüssel“) bis hin zu einheitlichen Betreuungsprozessen, Qualitätsstandards und Maßnahmen der (➔) **Qualitätssicherung**. Unklar ist allerdings, wer die Schaffung solcher Standards vorantreiben sollte. Abgesehen von aktuellen Bemühungen um neue Ausbildungsstandards in der Gesundheits- und Krankenpflege (Rupp, 2014), fehlt es an übergeordneten Koordinationsmechanismen. In deren Abwesenheit ergibt sich allerdings ein breiter Spielraum für organisationsinterne Initiativen, regionale und lokale Projekte sowie innovative Ansätze, die für viele Beschäftigte genau jene spezifischen Besonderheiten darstellen, aufgrund derer sie ihren Beruf im Bereich der Langzeitpflege ausüben.

Die Herstellung einer Balance zwischen Standardisierung und Flexibilität bedarf besonderer Aufmerksamkeit. Einerseits ist darauf zu achten, dass Mindeststandards bundesweite Gleichbehandlung und gleichförmige Bedingungen schaffen. Andererseits ist es wichtig, dass innovative Projekte und die (➔) **Umsetzung neuer Konzepte** nicht in blindem Aktivismus und ephemeren Anstrengungen enden, sondern durch systematische Evaluierung und Weiterentwicklung zur Etablierung eines integrierten Systems der Langzeitpflege und -betreuung beitragen.

„Die Messzahlen sind von Sozialstation zu Sozialstation, und auch von Bundesland zu Bundesland vergleichbar, aber das ist ziemlich organisationspezifisch. Jede Organisation hält ihre Decke über die Daten, aber es wäre wünschenswert, wenn sie vergleichbar wären.“
(I.3)

Transparenz

Damit die in der Langzeitpflege unumgängliche Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen und Organisationen funktioniert, bedarf es der Transparenz auf Ebene der Strukturqualität, aber auch im Rahmen von Pflegeprozessen und schließlich der Ergebnisse. Als Voraussetzung „guter Pflege“ umfasst Transparenz die hinreichende (gegenseitige) Information, die Befähigung der relevanten Akteure zur Partizipation und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Die Entwicklung, Umsetzung und Aufrechterhaltung entsprechender Prozesse, die sowohl für die Beschäftigten als auch für die Nutzerinnen transparent sind, sollte von gegenseitigem Respekt zwischen den Berufsgruppen und (➔) **Organisationen** getragen sein, um Chaos und Instabilität zu vermeiden (I.10).

Neben dem zeitgerechten und professionellen Austausch von Nutzerdaten und Pflegeplänen ist schließlich darauf hinzuweisen, dass es in Österreich keinerlei öffentliche Berichterstattung zur Qualität der Langzeitpflege wie etwa in den USA, Schweden, den Niederlanden oder Deutschland gibt (Rodrigues et al., 2014).

Bei aller Kritik an solchen Messungen und deren Vergleichbarkeit bleibt doch die Frage, wie eine gewisse Transparenz zumindest der Pflegequalität hergestellt werden könnte, wobei bislang wenig Bereitschaft seitens der Anbieterorganisationen besteht, die intern erhobenen Daten und Indikatoren auszutauschen (I.3). Im stationären Bereich könnte hier das freiwillig zu erwerbende Nationale Qualitätszertifikat (NQZ) – analog zu dem im Spitalswesen eingesetzten Modell der A-IQI (*Austrian Inpatient Quality Indicators*) – zu einer positiveren Einstellung zum Austausch von Daten über die Ergebnisqualität beitragen. Im mobilen Bereich gibt es dazu, mit Ausnahme der Hausbesuche zur (➔) **Qualitätssicherung** bei Pflegegeldbeziehern, die allerdings nicht die Funktion der Qualitätsmessung von mobilen Gesundheits- und Sozialdiensten haben, noch gar keine Diskussion (I.1).

Der Verbesserung der Transparenz im Bereich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Entsprechende Anstrengungen und Initiativen auf Ebene der (➔) **Organisationen** sollten stärker durch bundesweite gesetzliche Regelungen unterstützt werden.

Umsetzung neuer Konzepte

Dienstleistungen und Einrichtungen in der Langzeitpflege und -betreuung haben in den letzten Jahrzehnten einen radikalen Wandel erlebt, der von neuen (➔) **Pflegekonzepten** als Reaktion auf das quantitative Wachstum und die qualitative Veränderung der Zielgruppen bis zur Neugestaltung der Finanzierungsbasis und marktorientierter Steuerungsmechanismen reicht. Die Beschäftigten und Führungskräfte haben diese neuen Herausforderungen durch indi-

viduelle Anpassungsprozesse und (➔) **Fortbildung** zu kompensieren versucht. Dazu gehören etwa präventive Maßnahmen, die Einführung von Hausgemeinschaftsstrukturen, von kleinen Wohneinheiten für Menschen mit Demenz oder andere spezifische Zielgruppen (z.B. behinderte Menschen im Erwerbsalter, die nun das Pensionsalter erreichen) oder die Verankerung neuer Tagesstrukturen in Alten- und Pflegeheimen (WS.3; I.12; I.6).

Bei der Umsetzung neuer Konzepte müssen die Beschäftigten in der Praxis oft feststellen, dass Politik, Verwaltung oder auch die eigene (➔) **Organisation** oft hinterherhinken, wenn es um die Anwendung neu erworbenen Wissens oder konzeptueller Innovation geht.

„Wir könnten viel effizienter sein und bessere Qualität in der Pflege leisten, wenn die Vernetzung untereinander besser wäre.“
(I.3)

Vernetzung

Ein wiederkehrendes Thema im komplexen Feld der Langzeitpflege ist die Forderung nach Vernetzung als Voraussetzung für die Weiterentwicklung und Verbesserung der Langzeitpflege: „Einrichtungen, die sich nicht vernetzen, sind im Stillstand“ (I.5). Notwendig sind dazu Vernetzungsstrukturen, die sich gerade in den letzten Jahren in Form von Arbeitsgruppen, Arbeitsgemeinschaften und Interessenvertretungen verbreitet haben. Seitens der Beschäftigten und Führungskräfte wird dennoch ein Mangel an Möglichkeiten zur Vernetzung zwischen den (➔) **Organisationen** beklagt, wofür nicht zuletzt ein gewisser Konkurrenzdruck verantwortlich gemacht wurde.

Eine bessere Vernetzung und (➔) **Kooperation** zwischen den Organisationen, die über jene auf der Führungsebene hinausreicht, könnte eine Quelle für gegenseitige Unterstützung sein und die Möglichkeiten verbessern, voneinander zu lernen und sich gemeinsam für Qualität in der Pflege stark zu machen (WS.1; WS.4; WS.5).

Wissensmanagement

Pflege und Betreuung beruhen nur zu einem äußerst geringen Anteil auf evidenzbasiertem Wissen und zu einem hohen Anteil an Erfahrungswissen. Es sollte daher im Interesse jeder (➔) **Organisation** liegen, die Beschäftigten als Trägerinnen dieses Wissens nach Kräften zu fördern, zu unterstützen und im Rahmen entsprechender Managementprozesse zum Transfer dieses Wissens an andere, neue oder jüngere Mitarbeiterinnen anzuregen, um Fluktuation zu vermeiden und Wettbewerbsvorteile als Arbeitgeber zu realisieren (Staflinger et al., 2013).

Angesichts des beobachtbaren Mangels an qualifizierten Pflegekräften und der gleichzeitigen Alterung der Mitarbeiterinnen bieten sich unterschiedliche Ansatzpunkte, um z.B. alternde Mitarbeiterinnen beim Aufbau von Wissensmanagement-Systemen und im Rahmen des (➔) **Qualitätsmanagements** zu beteiligen (WS.2).

„Wir arbeiten mit Menschen, die immer langsamer werden, und wir sollen immer schneller werden.“ (I.5)

Zeit

Eine der wichtigsten Ressourcen im Rahmen der komplexen (➔) **Organisation** formaler Langzeitpflege ist Zeit, die neben direkter individueller Pflege- und Betreuung von Nutzerinnen mit (➔) **Dokumentation** und anderen administrativen Aufgaben, (➔) **Qualitätssicherung**, Besprechungen und Telefonaten, (➔) **Fortbildung**, (➔) **Gesundheitsförderung**, Wegzeiten und vielen anderen Tätigkeiten ein- bzw. aufgeteilt werden muss. Daneben müssen viele Beschäftigte auch noch darauf achten, berufliche und familiäre Anforderungen zu vereinbaren und wählen deshalb Teilzeitarbeit oder „geteilte Dienste“, wobei bezüglich letzterer durchaus widersprüchliche Einschätzungen vorgebracht wurden. Allgemein überwiegt allerdings der Eindruck, dass „geteilte Dienste“ eine Mehrbelastung darstellen, da zwischen den Einsatzzeiten meist keine Zeit für Erholung oder Freizeitaktivitäten bleibt (WS.2; WS.3; WS.5). Eine Mehrzahl der Beschäftigten sieht in der direkt mit den Nutzerinnen verbrachten Zeit den weitaus erfüllendsten Anteil ihrer Tätigkeit, zumal die persönliche Zuwendung auch von den Nutzerinnen am meisten geschätzt wird. Allerdings bedeutet dies z.B. im Alten- und Pflegeheim, dass die jeweils länger verbrachte Zeit mit einem Bewohner eventuell einer anderen Bewohnerin verloren geht. Dies führt oft zu beiderseitiger Frustration, „weil man nicht immer die Zeit geben kann, die notwendig wäre“ (I.8). Gerade im stationären Bereich könnte hier hingegen Abhilfe geschaffen werden, indem bestimmte Routinen im Tagesablauf umstrukturiert werden. Dies bedürfte womöglich einer längeren Vorbereitung und der intensiven Auseinandersetzung mit den individuellen Vorlieben und Routinen der Bewohnerinnen, aber auch der Beschäftigten (WS.2).

Im mobilen Bereich sind die Einsatzzeiten meist noch strikter geregelt. Bei Zeitvorgaben von oft nur 15 Minuten pro Besuch ist es kaum möglich, sich etwa für ein Gespräch zusätzlich Zeit zu nehmen (WS.5).

Zeitmangel führt zu einer oft unzureichenden Umsetzung von Beziehungsarbeit, aktivierender und ressourcenorientierter Pflege und Betreuung. Zusätzliche (Dienst-)Zeit würde vor allem für diese Aktivitäten sowie für (➔) **Vernetzung**, (➔) **Fortbildung**, Prävention, die Einführung neuer Mitarbeiterinnen (I.3) und nicht zuletzt für die intensive Abklärung vor dem Einzug neuer Bewohner in ein Alten- und Pflegeheim (I.4) benötigt.

Zugang

Die Sicherung gleicher Zugangsbedingungen zu Diensten und Einrichtungen der Langzeitpflege muss ein grundlegendes Ziel der (➔) **Planung** und Entwicklung sein. Unterschiedliche Regelungen nach Bundesland oder auch die Grenzen von Sozialhilfeverbänden stehen gleichen Zugangsmöglichkeiten vielfach im Wege, insbesondere in abgelegenen Regionen. Konzepte für mehr Koor-

dination und Integration, wie etwa jenes der teilweise erfolgreichen „Integrierten Gesundheits- und Sozialsprengel“ (Steiermark) oder der „Kümmererin“ in Vorarlberg. wurden hier als Beispiele für die Herstellung von mehr Chancengleichheit beim Zugang zu Diensten und Einrichtungen genannt (WS.5). Einer weiterhin intensiven Diskussion in der mobilen Langzeitpflege wird die Frage gewidmet bleiben, ob die angeblichen Effizienzgewinne durch die Zuteilung von Einsatzgebieten auf einzelne Trägerorganisationen, wie etwa in Oberösterreich und der Steiermark, die Abschaffung der Wahlmöglichkeiten zwischen Anbietern durch die Nutzerinnen bzw. durch Wettbewerb zwischen Anbietern generierte Qualitätsverbesserungen kompensieren können (WS.3; WS.5).

Es sind weiterhin Anstrengungen zu unternehmen, pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen den Zugang zu formalen Dienstleistungen durch zugehende Beratung und Information sowie aktives (↔) **Case Management** zu erleichtern.

Anmerkung

- * Diese Kommission agiert im Rahmen des UN-Abkommens gegen Folter oder andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (OPCAT), welches durch ein Bundesgesetz ratifiziert und umgesetzt wurde. Die Kommission überprüft die Einhaltung der Menschenrechte und die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, jederzeit und unangekündigt, nicht nur in Gefängnissen und Einrichtungen zur Betreuung psychisch kranker oder geistig behinderter Menschen, sondern auch in Alten- und Pflegeheimen (Vogl, 2013).

Kapitel 5

Herausforderungen für „gute Pflege“ in der 24-Stunden-Betreuung

Qualitative Interviews

Der beeindruckende Anstieg der Zahl an Personenbetreuerinnen und die steigende Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung im Bereich der Langzeitpflege in Österreich machen eine Auseinandersetzung mit deren Qualität auch aus Sicht dieser Gruppe von Beschäftigten erforderlich, selbst wenn bzw. gerade weil sie formal in den meisten Fällen als selbständige Personenbetreuerinnen arbeiten.

Zu diesem Zweck wurden vier persönliche Interviews mit Vertreterinnen dieser Berufsgruppe durchgeführt, um jene Faktoren zu erkunden, welche aus ihrer Sicht die Qualität ihrer Arbeit beeinflussen bzw. welche mit dieser Form der Betreuungsarbeit verbundenen Herausforderungen sie als einflussreich erleben.

Drei der vier befragten Personen sind weiblich, alle vier Interviewten stammen aus Zentral- und Osteuropa (zwei aus der Slowakei, eine aus der Tschechischen Republik und eine aus Bulgarien) und sind zwischen 33 und 56 Jahre alt. Ein Aspekt des Auswahlprozesses, der freundlicherweise von Mitarbeiterinnen des Hilfswerk Österreich, der Caritas Wien/NÖ und der Agentur Franz Bauernfeind unterstützt wurde, betraf deren regionale Verteilung in Österreich: letztlich konnten je eine Personenbetreuerin in Wien und in der Steiermark sowie zwei in Niederösterreich zu einem Interview gewonnen werden. Der Ausbildungs- und Erfahrungshintergrund der interviewten Personen, die seit zwei bis sieben Jahren in der 24-Stunden-Betreuung in Österreich arbeiten, ist unterschiedlich: eine diplomierte Krankenpflegerin; eine Sozialarbeiterin, die in ihrer Heimat als Krankenhaus-Sozialarbeiterin gearbeitet hat; ein Sanitäter; eine Geographie-Lehrerin mit einem deutschen Hochschulabschluss, die zuvor in ihrer Heimat an einem Gymnasium unterrichtet hatte.

Im Folgenden werden die Einschätzungen der interviewten Personenbetreuerinnen, denen Anonymität garantiert wurde, nach den Themen des Interview-Leitfadens (siehe Anhang) zusammengefasst, wobei neben der Frage nach der Identität der Langzeitpflege vor allem Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der 24-Stunden-Betreuung im Mittelpunkt standen.

Zur Identität der Langzeitpflege und der Rolle der 24-Stunden-Betreuung

Die befragten Personenbetreuerinnen erkennen keine eigene Identität der Langzeitpflege und definieren sich selbst auch nicht als Teil eines solchen Systems. Lediglich eine Personenbetreuerin gab an, dass sie die Zusammenarbeit mit und das Lernen von den Beschäftigten der Gesundheits- und Sozialen Dienste als besonders wichtig erachtet. Die mit Langzeitpflege verbundenen Werte beziehen sich für die Personenbetreuerinnen v.a. auf die engen Grenzen der Betreuung älterer Menschen zuhause. Genau dieser Ort der Dienstleistungserbringung, die Wohnumgebung von älteren Menschen, wird als das entscheidende Charakteristikum der 24-Stunden-Betreuung erlebt, um den auch alle anderen Werte kreisen. Die Personenbetreuerinnen selbst erachten die Pflege zuhause gegenüber jener in einem Alten- und Pflegeheim als angemessener. Daher betrachten sie ihre Arbeit als wichtigen Beitrag zur Lebensqualität der betreuten älteren Person, die dadurch in der gewohnten familiären Umgebung bleiben kann. Darüber hinaus sind eine Reihe von zusätzlichen Werten und Leitbildern wichtig, um eine gelungene 24-Stunden-Betreuung anzuleiten. Dazu gehören die Fähigkeit, eine langdauernde Beziehung zum Klienten zu entwickeln und aufrecht zu erhalten, die nötige Empathie und Menschlichkeit seitens des Personenbetreuers, die Haltung als Dienstleister, die Aufrechterhaltung sozialen und seelischen Wohlbefindens jenseits rein physischer Bedürfnisse, wobei Pflege und Betreuung an die Bedürfnisse des Klienten anzupassen sind. Schließlich sind die Autonomie der Personenbetreuerin und die Fähigkeit, unabhängig, selbstständig und anpassungsbereit zu arbeiten, wichtige Bedingungen für das Gelingen „guter Pflege“.

In der täglichen Praxis erleben sich Personenbetreuerinnen als „*ein Mädel für alles*“ (PB.1.3), um die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten und Tätigkeiten zu unterstreichen, die in der 24-Stunden-Betreuung erwartet werden. Neben den körperlichen Bedürfnissen der Klientinnen, die Hilfe beim Baden, Anziehen, Essen und bei der Verabreichung von Medikamenten brauchen, sind eine ganze Reihe von Haushaltstätigkeiten zu verrichten, die vom Einkauf und Kochen bis zur Reinigung und Gartenarbeit reichen. Dabei ist es keine Ausnah-

me, dass Personenbetreuerinnen von Klienten und Angehörigen, die sich meist als Arbeitgeber definieren bzw. von den Personenbetreuerinnen als solche wahrgenommen werden, mit wenig Respekt begegnet wird, wobei sie in erster Linie als Reinigungskräfte und Hausbetreuer gesehen werden.

Strukturelle Rahmenbedingungen beeinflussen die Qualität der Betreuung

24-Stunden-Betreuung in ihrer jetzigen Form bedeutet, dass Personenbetreuerinnen praktisch über 14, manchmal auch 21 Tage hintereinander, 24 Stunden pro Tag arbeiten bzw. für den Klienten verfügbar sind. Dieses Arrangement bildet aus Sicht der Personenbetreuerinnen den Rahmen für strukturelle Aspekte der Betreuungsqualität. Abhängig vom jeweiligen Heimatland wird dadurch ein beträchtlicher, unbezahlter Zeitanteil durch die An- und Rückreise aufgewendet. Beispielsweise berichtet die Personenbetreuerin aus Bulgarien und eine der beiden aus der Slowakei, dass sie jeweils mehr als zehn Stunden für die An- bzw. Rückreise brauchen, wodurch vor und nach jedem Einsatz ein zusätzlicher Tag Freizeit mit der eigenen Familie verloren geht.

Obwohl das Hausbetreuungsgesetz (HBeG) ein Recht auf drei Stunden Freizeit pro Tag vorsieht und die Vermittlungsagenturen die Klienten darüber informieren, gaben drei der vier Befragten an, dass sie diese freie Zeit in der Regel nicht in Anspruch nehmen können, weil niemand sonst ihre Aufgaben übernimmt. Vor allem bei Klientinnen mit nächtlichem Betreuungsbedarf erfüllt der Begriff 24-Stunden-Betreuung seine Bedeutung im wahrsten Sinne des Wortes. Hinzu kommt, dass es trotz der generell von den Personenbetreuerinnen begrüßten Regelung und Legitimierung der 24-Stunden-Betreuung in Österreich, die auch die Registrierung, Arbeits- und Aufenthaltsbewilligung umfasst, möglich ist, jederzeit entlassen bzw. nach ihrer jeweiligen Schicht umgehend des Hauses verwiesen zu werden.

Diese strukturellen Rahmenbedingungen – vor allem geprägt durch die Lage und Dauer der Arbeitszeit, die prekäre Aufenthaltssituation und die Trennung von der eigenen Familie – begründen für Personenbetreuerinnen physisch und psychisch belastende Arbeitsbedingungen mit weitreichenden Auswirkungen auf die Qualität der Betreuung.

Als weiterer, die Qualität beeinflussender Faktor wurde von den Befragten die Wohnsituation der Klienten identifiziert. Ohne die Anpassung der Wohnung an den jeweiligen Pflege- und Betreuungsbedarf, z.B. durch ein geeignetes Pfl-

gebett, einen Personenlifter, Aufzug oder entsprechende Adaptierungen im Bad, kann die Betreuung nicht nur zusätzliche Anstrengung, sondern in einigen Fällen sogar eine Gefahr für den Klienten und die Personenbetreuerin darstellen. Eine Personenbetreuerin schilderte etwa, dass ihre vornehmlich bettlägerige Klientin nur sehr schwer zu mobilisieren sei, da sich die Familie die teure Miete bzw. Anschaffung einer Hebehilfe nicht leisten könne bzw. wolle, und sie selbst nicht stark genug sei, um die Klientin alleine aus dem Bett zu heben. Deshalb müsse sie die Klientin auch im Bett waschen, weil es ihr unmöglich sei, sie in den Rollstuhl zu transferieren. Zudem seien auch Bad und Dusche nicht barrierefrei erreichbar bzw. zu klein, um etwa einen Duschhocker zu installieren.

Die geographische Lage der Wohnung kann die Betreuungsqualität ebenfalls beeinflussen, indem z.B. die Betreuung von Klientinnen in abgelegenen Wohngebieten zu Isolation beiträgt. Eine Personenbetreuerin arbeitet etwas am Rande einer Kleinstadt in der Steiermark, wo die nahe vorbeiführende Autobahn Aktivitäten außer Haus erschwert. Ihre Kollegin in Niederösterreich nimmt hingegen die Nachbarschaftshilfe und das Gemeinschaftsgefühl der Bewohner in dem Dorf, in dem sie arbeitet, als wichtige Ressource für emotionale und praktische Unterstützung wahr. Eine andere Personenbetreuerin merkte an, dass das Arrangement der 24-Stunden-Betreuung, bei der immer eine Betreuerin allein arbeitet, grundsätzlich ein Drahtseilakt sei, bei dem die Vorteile des autonomen Arbeitens mit den Nachteilen von Isolation und Mangel an Unterstützung ausbalanciert werden müssen.

Eine Personenbetreuerin wies auf die Wichtigkeit der organisatorischen Rahmenbedingungen hin. Ein wesentlicher Aspekt sind dabei die Vereinbarungen zwischen der Familie als wahrgenommener Arbeitgeber und der Vermittlungsagentur vor der Ankunft der Personenbetreuerin. Dazu gehört ebenso die Beantragung bzw. Bewilligung des Pflegegeldes und die Vorbereitung der notwendigen Hilfsmittel (Pflegebett, Rollstuhl, Inkontinenzprodukte, etc.). Ohne diese Elemente gestaltet sich die Betreuung von Beginn an schwierig.

Kommunikation entscheidet über Prozessqualität

Die Prozessqualität der 24-Stunden-Betreuung wird in hohem Maß durch die Interaktion und Kommunikation zwischen Personenbetreuerin und Familienangehörigen beeinflusst, wie von allen Interviewpartnerinnen hervorgehoben wurde. Die Angehörigen fungieren in den meisten Fällen als offizielle Auftraggeber und als Erstkontakt bei Problemen oder Entscheidungen bezüglich Betreu-

ung oder hauswirtschaftlicher Fragen. Mitunter nimmt diese Beziehung einen größeren Stellenwert ein als jene zum eigentlichen Klienten, v.a. wenn dieser unter kognitiven Einschränkungen (Demenz) leidet. Entscheidend ist daher, ob die Beziehung zu den Angehörigen kooperativ und unterstützend gestaltet werden kann. Durch eine offene Kommunikation mit den Angehörigen geht die Arbeit leichter von der Hand, was zur besseren Qualität der Betreuung beiträgt. Sobald hingegen Spannungen durch die Intervention bzw. durch zusätzliche Ansprüche oder Kritik von Angehörigen auftauchen, wird die Situation schwierig. Angesichts der von allen befragten Personenbetreuerinnen betonten Wichtigkeit der Familienkonstellation erhält die Auswahl und die Abstimmung, ob diese zur jeweiligen Personenbetreuerin passt, erhöhte Bedeutung. Dieser Prozess gleiche allerdings eher einer Lotterie. Die Vermittlungsagenturen versuchen zwar, die Präferenzen beider Seiten aufeinander abzustimmen, allerdings ist keine Probephase vorgesehen. Personenbetreuerinnen können freilich ablehnen, bestimmte Situationen zu übernehmen, aber dies würde den Status ihrer Vermittelbarkeit negativ beeinflussen, was wiederum zu längeren Phasen der Arbeitslosigkeit zwischen den Aufträgen führen kann. Grundsätzlich besteht zwar auch für die Personenbetreuer die Möglichkeit zur Kündigung, wenn die gegebene Situation unerträglich wird, aber ansonsten gebe es keine Mechanismen der Mediation, wenn Probleme in der Beziehung mit Klienten oder Angehörigen entstehen.

Die Zusammenarbeit mit den Vermittlungsagenturen gestaltet sich sehr unterschiedlich. Drei der interviewten Personenbetreuerinnen arbeiten mit zwei der größten Wohlfahrtsträger in Österreich, die jeweils eigene Organisationen für diesen Bereich eingerichtet haben. Sie werden einmal pro Monat von einer Hauskrankenpflegerin der jeweiligen Organisation besucht, um die Qualität der Betreuung zu kontrollieren sowie Veränderungen mit den Klientinnen, den Angehörigen und der Betreuerin zu diskutieren. Diese Kontaktperson steht auch sonst für telefonische Auskünfte zur Verfügung. Eine Betreuerin meinte, dass sie mit ihr zwar alle Probleme besprechen könne, ihr Eindruck sei aber, dass für die Organisation in erster Linie die Betreuung Qualität bzw. die Sicherheit des Klienten im Vordergrund stehe, und weniger die Koordination der Betreuung im Sinne partnerschaftlicher Teamarbeit. Aus Sicht der Vermittlungsagentur sei es durchaus verständlich, wenn hauptsächlich auf die Bedürfnisse der Klientinnen eingegangen werde, denn die Personenbetreuerinnen seien angesichts ausreichenden Angebots ersetzbar. Oft sei es aber einfach von der jeweiligen Kontaktperson abhängig, ob eventuelle Forderungen oder Beschwerden der Betreuerinnen berücksichtigt würden. Von einer Interviewpartnerin wurde berichtet, dass ihr in einem Fall nicht geglaubt wurde, als sie ihre Beschwerde über eine untragbare Situation begründete, sodass sie im Endeffekt um Versetzung bat. Solche Prozesse können allerdings längere Zeit in Anspruch nehmen, weshalb Personenbetreuerinnen so weit wie möglich versuchen, Konflikte zu vermeiden.

Eine der interviewten Personenbetreuerinnen lässt sich von einer privaten österreichischen Agentur vermitteln, wobei sich der Kontakt weitgehend auf administrative Vereinbarungen beschränkt. Die formale Supervision erfolgt in diesem Fall durch den Hausarzt, der routinemäßig alle zwei Monate den Gesundheitszustand des Klienten untersucht.

Personenbetreuerinnen betonen zwar, dass die Beziehung zum Klienten im Alltag die Betreuungsqualität nicht beeinflussen sollte, in der Praxis sei es aber kaum zu verhindern, dass bestimmte Arbeitsbedingungen sowohl ihre eigene Lebensqualität als auch jene der Betreuten prägten. Daher entwickeln sich unterschiedliche Mechanismen des Umgangs mit Abgrenzung und Nähe. Zwei Interviewpartnerinnen betonten, dass sie sich grundsätzlich nicht erlauben würden, den Klienten emotional zu nahe zu rücken, nicht zuletzt, um sich vor Problemen mit gesetzlichen Auflagen zu schützen. Dies wird durch die Vermittlungsagenturen unterstützt, die Personenbetreuerinnen immer wieder darauf hinweisen, dass sie von Angehörigen der Erbschleicherei bezichtigt werden könnten, wenn sie eine zu große Nähe zu den Klienten aufbauten. Eine der interviewten Personenbetreuerinnen gab allerdings an, dass es für sie angesichts der spezifischen Verstrickung von Arbeits- und Lebensbereich in der 24-Stunden-Betreuung eigentlich gar nicht möglich sei, keine persönliche Beziehung mit einer gewissen Nähe zu ihrer Klientin aufzubauen.

Die Beziehung zu anderen Berufsgruppen, vor allem zu Hausärzten und Apothekern, beeinflusst die Qualität der 24-Stunden-Betreuung, weil diese bei allen Veränderungen im Gesundheitszustand der Klientinnen erste Ansprechpartner für entsprechende Maßnahmen sind, insbesondere im Bereich der Pflegeplanung und der Verabreichung von Medikamenten. Bei Bedarf an medizinischer Betreuung koordinieren die Personenbetreuerinnen Hausbesuche und die notwendige Nachbetreuung, wobei ihnen die Grenzen ihres Tätigkeitsbereichs immer bewusst sind. Selbst die in ihrem Heimatland diplomierte Krankenpflegerin hält hier eine klare Abgrenzung aufrecht: *„Hier in Österreich bin ich nur Personenbetreuerin“* (PB.I.1).

Ein weiteres Spezifikum der 24-Stunden-Betreuung in Österreich besteht in der Notwendigkeit 14-tägiger Schichtwechsel, wodurch jeweils zwei Betreuerinnen pro Monat bei einem Klienten arbeiten. Die Abstimmung zwischen den Betreuerinnen erhält somit eine wichtige Bedeutung. Üblicherweise kontaktieren die beiden Betreuerinnen einander mindestens einmal während jeder Schicht, um sich über Neuigkeiten und Veränderungen auszutauschen und die folgende Übergabe zu arrangieren. In manchen Fällen können sich die jeweiligen Kolleginnen gegenseitig moralisch unterstützen, allerdings fehlt es meist an Zeit und Möglichkeiten für längere Begegnungen während der Übergabe, weil die

Personenbetreuerinnen von den Fahrplänen der Sammeltaxis oder öffentlicher Verkehrsmittel abhängig sind. Darüber hinaus ist meist ohnedies kein Platz für zwei Betreuerinnen in einem Haushalt, und jeweils eine müsste den längeren Aufenthalt in der Freizeit verbringen.

Intuitive Messgrößen zur Einschätzung der Ergebnisqualität

Ergebnisorientierung und die Messung der Qualität der erbrachten Leistungen, sind Konzepte, die in der 24-Stunden-Betreuung kaum Anwendung finden. Im Kontrast zu klinisch-professionellen Zugängen folgen Personenbetreuerinnen eher einer subjektiven und intuitiven Vorgehensweise, durch die informelle Betreuungsarrangements allgemein charakterisiert sind. Subjektive Einschätzungen, die von den interviewten Betreuerinnen angegeben wurden, betreffen vornehmlich die zwischenmenschliche Beziehung mit ihrem Klienten, dessen Verhalten, Stimmung und allgemeines Wohlbefinden sowie ihre eigenen Fähigkeiten der Betreuung.

Als Indikatoren für die Qualität der Betreuung werden Veränderungen des Appetits oder im Schlafverhalten des Klienten angegeben. Die systematische Evaluierung von Qualität wird als Aufgabe anderer erachtet, z.B. der Kontaktpersonen der Vermittlungsagenturen, der Hausärzte oder anderer professioneller Pflegepersonen. Die Personenbetreuerinnen sehen sich im Rahmen solcher Maßnahmen der Qualitätssicherung eher in einer passiven Rolle, indem ihre Arbeit kontrolliert wird. Insgesamt wird auch hier, wie bereits in anderen Studien (Schmidt et al., 2015; Winkelmann et al., 2015), deutlich, dass Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung nicht nur im formalen System der Langzeitpflege, sondern gerade auch im Bereich der 24-Stunden-Betreuung einer Weiterentwicklung bedürfen, wobei klinische Indikatoren allein kein hinreichend aussagekräftiges Instrument darstellen.

Eine hohe Varianz an Kompetenzen und die Bedeutung von Erfahrungslernen

Die befragten Personenbetreuerinnen nehmen sich selbst durchwegs als ausreichend qualifiziert wahr, in einzelnen Fällen sogar als überqualifiziert. Lediglich eine der befragten Personenbetreuerinnen fühlt sich unzureichend auf die spezifischen Herausforderungen ihrer Klientin vorbereitet, die an Demenz leidet.

Von der Vermittlungsagentur habe sie lediglich ein Handbuch zum Thema erhalten, allerdings keinerlei Weiterbildung zum Umgang mit Klienten mit dementiellen Erkrankungen.

Alle interviewten Personenbetreuerinnen gaben an, dass sie ihre Kenntnisse und Fähigkeiten hauptsächlich durch Erfahrung in der täglichen Praxis weiter entwickeln. Es liege in der Natur der 24-Stunden-Betreuung, dass man „ins kalte Wasser“ geworfen werde. Um zusätzliche Kompetenzen zu erlangen, bedarf es der Eigeninitiative in Form autodidaktischer Aktivitäten oder zusätzlicher Weiterbildung, wobei es oft an Zeit mangelt – während der Schicht bleibt kaum Zeit für zusätzliche Aktivitäten und während der zwei Wochen zuhause stehen meist andere Prioritäten im Vordergrund. Eine Betreuerin hat dennoch vor ihrem ersten Einsatz ein freiwilliges Praktikum in einem Hospiz absolviert, um sich über die Behandlung und Prophylaxe von Dekubitus weiterzubilden. Ihre Kollegin hospitierte bei einem niedergelassenen Arzt und versucht nun, durch die Online-Lektüre von Fachartikeln auf dem neuesten Stand über Pflegemethoden zu bleiben. Einige Vermittlungsagenturen bieten auch Fortbildung für Personenbetreuerinnen an, meistens Deutschkurse, aber auch Seminare über Demenz oder Pflege von bettlägerigen Klienten. Aufgrund fehlender Standardisierung solcher Kurse und der schwierigen zeitlichen Koordination ergibt sich zwangsläufig eine breite Varianz in der Qualifikation und Kompetenz von Personenbetreuerinnen.

Dabei sind Karrieremöglichkeiten für Personenbetreuerinnen sehr beschränkt. Die Mehrheit sieht ihre Zukunft in der 24-Stunden-Betreuung bis zur Pensionierung, solange sich im Heimatland keine andere, annähernd gleich bezahlte Beschäftigungsmöglichkeit ergibt. Zwei der interviewten Personenbetreuerinnen möchten zumindest so lang weiter arbeiten, bis ihre Kinder das Studium abgeschlossen hätten und keine finanzielle Unterstützung mehr brauchten. Drei der vier Personenbetreuerinnen nehmen die Diskrepanz zwischen ihrer ursprünglichen Ausbildung (u.a. als DGKP und mit anderen Hochschulabschlüssen) und der jetzigen Tätigkeit in der 24-Stunden-Betreuung sehr kritisch wahr. Nur ein Personenbetreuer betrachtet die Wertigkeit der Personenbetreuung weniger negativ – er ist mit dieser Arbeit, die er durch vorherige Erfahrungen während der Pflege seines Großvaters schätzen gelernt hat, sehr zufrieden.

24-Stunden-Betreuung als prekäres Konstrukt

Insgesamt wurde während der persönlichen Interviews mit Personenbetreuerinnen deutlich, dass die 24-Stunden-Betreuung in ihrer jetzigen Form und trotz der bestehenden rechtlichen Regelungen in Österreich ein prekäres Konstrukt in

Bezug auf Arbeitsbedingungen und die Qualität der Pflege bleibt. Die 24-Stunden-Betreuung als „funktionales Äquivalent zur Familienarbeit“ (Schmidt et al., 2015) vermischt die Bereiche der System- und Lebenswelt in noch höherem Ausmaß als die professionelle Erbringung formaler Dienstleistungen in der Langzeitpflege und sperrt sich daher einer Regelung in Form von Rechten, Pflichten und Kontrollmechanismen durch „vollkommene Vertragsbeziehungen“. Hinzu kommt, dass der „glückliche Fund“ der 24-Stunden-Betreuung auf der Voraussetzung beruht, dass Arbeitslosigkeit und die Differenz zu in relativ nahe gelegenen Ländern Zentral- und Osteuropas erzielbaren Löhnen und Gehältern ein großes Reservoir an potentiellen Personenbetreuerinnen mit der Bereitschaft zur Migration geschaffen haben.

So überwiegt bei vielen Personenbetreuerinnen der Eindruck, dass ihre Situation in den jeweiligen Heimatländern ausgenützt werde. Beispielsweise erhielten sie nicht genügend Information über ihre Rechte in Österreich, obwohl sie einen nicht unbeträchtlichen Anteil ihres Einkommens für Sozialversicherungsbeiträge bezahlten. Die erhaltene Information über eventuelle Pensionsansprüche sei unbefriedigend, wobei durchaus eingeräumt wird, dass hier auch Sprachbarrieren eine gewisse Rolle spielen. Der Eindruck, ausgebeutet zu werden, bleibt jedoch bestehen und entsteht nicht zuletzt durch die im österreichischen Kontext niedrige Bezahlung in Relation zur geleisteten Arbeit. Die österreichischen Familien profitierten lediglich von der prekären ökonomischen Situation in den Heimatländern der Personenbetreuer, dem gegebenen Lohngefälle und der dadurch vorhandenen Bereitschaft vieler Arbeitskräfte, die Bedingungen Migrations-Arbeit zu akzeptieren.

Kapitel 6

Die Perspektive pflegender Angehöriger

Eine Gruppendiskussion

Die Qualität von Langzeitpflege und -betreuung ist ein komplexes Amalgam aus objektiven und subjektiven Einschätzungen und Vereinbarungen, die nicht zuletzt davon abhängig sind, aus welcher Perspektive und Machtposition die Erbringung der Dienstleistungen bewertet, gemessen und interpretiert werden. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Einschätzungen der Beschäftigten durch jene einer weiteren wesentlichen Gruppe von Akteuren zu kontrastieren. Um zu prüfen, inwieweit die legitimen Interessen der Beschäftigten mit jenen pflegender Angehöriger kompatibel sind, wurden Vertreterinnen letzterer zu einer Gruppendiskussion eingeladen. Neben der Durchsicht und Kommentierung des Themenkatalogs „Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten“ stand dabei die Entwicklung von Vorschlägen und Empfehlungen für Verbesserungsmaßnahmen im Vordergrund. Dazu ist wichtig anzumerken, dass die Interessenlage pflegender Angehöriger mit jener von pflegebedürftigen älteren Menschen selbst nicht zu verwechseln ist. Aus organisatorischen und methodischen Gründen war es allerdings im Rahmen dieser Studie nicht möglich, auch diese Gruppe einzubeziehen.

Die fünf Teilnehmerinnen und ein männlicher Teilnehmer an dieser Gruppendiskussion konnten mit Hilfe zweier Interessenorganisationen für pflegende Angehörige – der Österreichischen Alzheimergesellschaft und der IG-Pflege – eingeladen werden. Sie sind zwischen 50 und 80 Jahre alt und haben durchwegs ihre jeweiligen Gatten bzw. die Gattin über bis zu zehn Jahre hinweg betreut, wobei vorwiegend das Krankheitsbild Alzheimer-Demenz bzw. in einem Fall Tetraplegie nach einem Unfall zur Pflegebedürftigkeit des Partners führten. Alle Teilnehmerinnen haben Erfahrungen im Rahmen unterschiedlicher Pflegearrangements mit mobilen Diensten, Physiotherapeutinnen, 24-Stunden-Betreuung, stationärer Pflege, Reha- und Krankenhaus-Aufenthalten gemacht.

Zu Beginn der Diskussion standen die Erfahrungen mit dem plötzlichen bzw. allmählichen Auftreten der Pflegebedürftigkeit, der Organisation des Familiensystems und des individuellen Betreuungsarrangements sowie die Beziehung

zu den verschiedenen Berufsgruppen in mobilen Diensten und stationären Einrichtungen im Vordergrund. Dabei gingen die Teilnehmerinnen auf ausgewählte Themen des Katalogs „guter Pflege“ ein, der ihrer Ansicht nach theoretisch alle wichtigen Aspekte beinhalte, allerdings seien in der Realität der Betreuung in der Familie bzw. durch Angehörige noch viele Verbesserungen nötig. Diese reichen von einer realistischeren Gestaltung der gesetzlichen Regelungen und besserer Finanzierung über die Verbesserung der Kooperation zwischen pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräften bis hin zu Fragen der Lebensqualität und Autonomie pflegebedürftiger Menschen und der pflegenden Angehörigen selbst.

Die Rolle(n) pflegender Angehöriger im Betreuungsarrangement

Mit dem Auftreten von Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds entwickelt sich automatisch eine eigene Dynamik im Familiensystem, die viele Facetten der Familiengeschichte, innerfamiliäre Machtverhältnisse und somit eine Reihe von Rollen- und anderen Konflikten offenbar werden lässt. Wenn es nicht gelinge, innerhalb der Familie von Anfang an eine Hauptperson zu definieren, die Entscheidungen trifft und als *Ansprechpartnerin für professionelle Dienste* agiert, seien Konflikte mit den Beschäftigten dieser Dienste über die Organisation und die Inhalte der Betreuung vorprogrammiert, unterstreicht ein Teilnehmer nach achtjähriger Betreuungserfahrung. Pflegende Angehörige seien dann u.a. in einer Rolle des *Case Managers*, die allerdings oft nicht explizit gemacht und von den Pflegekräften nicht immer akzeptiert würde. Dies hänge aber auch vom jeweiligen beruflichen und Bildungshintergrund des pflegenden Angehörigen ab. Gleichzeitig sind pflegende Angehörige im Grunde auch *Klientinnen von Gesundheits- und sozialen Diensten*. Dies werde allerdings von den Beschäftigten nicht so wahrgenommen, im Gegenteil: es wird erwartet, dass pflegende Angehörige, in den meisten Fällen fachlich völlig unvorbereitet, in der Rolle als Hilfskraft die professionellen Pflegekräfte unterstützen und ihre eigenen Bedürfnisse hintanstellen.

Pflegende Angehörige sind sich durchaus bewusst, dass professionelle Pflegekräfte vielerlei Aufgaben zu verrichten und viele unterschiedliche Nutzerinnen zu betreuen haben, wobei hohe Anforderungen an sie gestellt werden. Beispielsweise haben sie gesetzliche Regelungen einzuhalten, z.B. in Bezug auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen, die von Angehörigen oft nicht nachvollziehbar sind, weshalb es zu Konflikten und Meinungsverschiedenheiten über Autonomiebedürfnisse und Sicherheit kommen kann. So können pflegende

Angehörige zwar oft als störend wahrgenommen werden, in vielen Fällen werden sie aber von Pflegekräften auch umgekehrt als *zusätzliche oder gar einzige Ressource* gesehen und genutzt, wenn es etwa um die Kommunikation mit der pflegebedürftigen Person oder um Tätigkeiten geht, die sie aus Zeitmangel nicht durchführen können. Dabei kann es einerseits zu Irritationen kommen, wenn bei Gesprächen unter Anwesenheit der pflegebedürftigen Person grundsätzlich und ausschließlich die pflegende Angehörige angesprochen wird. Pflegende Angehörige können in dieser Rolle als „Anwälte“ der pflegebedürftigen Person aber auch die wichtige Funktion übernehmen, die Einnahme und Wirkung von Medikamenten zu kontrollieren und gegebenenfalls eine Überprüfung der Medikation anregen. Bei vielen pflegenden Angehörigen entsteht der Eindruck, dass sie immer wieder als *Ersatz für die verschiedenen Berufsgruppen* einspringen müssen. Daher fragen sich jene, die bei Hausbesuchen oder auch im Pflegeheim regelmäßig anwesend sind, was dann mit Nutzerinnen passiert, die nicht über diese zusätzliche Ressource verfügen.

Eine weitere Rolle, die pflegende Angehörige einnehmen, ist die des *Arbeitgebers für Personenbetreuerinnen*. Je nach Vorbildung kann diese umfassende Aufgabe, die von der Personalauswahl und -führung über Administration bis zur Bezahlung von Gehältern und Abgaben reicht, als mühevoll empfunden werden. Belastend sei dabei vor allem, dass man sich beständig in einem Zustand der „Halblegalität“ befinde, Schließlich ist die Entscheidung, eine Personenbetreuerin anzustellen, mit Autonomieverlusten pflegender Angehöriger verbunden, indem plötzlich eine dritte Person im gemeinsamen Haushalt lebt. Hier geht es darum, klare Vereinbarungen in Bezug auf Privatheit und den jeweiligen individuellen Lebensraum zu treffen.

Die Beziehung zu den Beschäftigten in der Langzeitpflege

Je nach Erfahrungshintergrund und Rollenbild werden die verschiedenen Berufsgruppen von pflegenden Angehörigen (die Teilnehmerinnen an der Gruppendiskussion leben alle in Wien und Umgebung) unterschiedlich wahrgenommen. Das am wenigsten geeignete Setting für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ist offensichtlich das Krankenhaus, insbesondere für Menschen mit Demenz. Das Krankenhauspersonal sei im Umgang mit Akutpatienten, die an Demenz leiden, nicht genügend ausgebildet. So käme es zu Situationen, in denen Patientinnen aggressiv und unkooperativ werden, was dann in der (vermeidbaren) Verabreichung von Sedativa ende. Die Einrichtung von Stationen oder spezialisierten Krankenhäusern für Patienten mit Demenz, wie etwa in England und Deutschland, wäre diesbezüglich ratsam.

Das Berufsbild der FSB-A und der DSB-A war den Teilnehmerinnen nicht bekannt, wurde allerdings nach einer kurzen Schilderung der Ausbildung als begrüßenswert erachtet. Die Rolle von Entlassungsmanagerinnen im Krankenhaus sei bezüglich Information und Begleitung nach Hause sehr eingeschränkt, weshalb das Konzept der Gemeinde- bzw. Familienpflege stärkere Berücksichtigung finden sollte.

Lebensqualität im Pflegearrangement

Die Orientierung der Langzeitpflege in Richtung der Herstellung von Lebensqualität für pflegebedürftige Menschen wird von pflegenden Angehörigen begrüßt. Dazu bedarf es des Aufbaus einer Vertrauensbeziehung zwischen allen beteiligten Personen, die allerdings in der Realität oft nicht stattfinden kann, da z.B. im mobilen Bereich nicht genügend Zeit pro Einsatz bleibt, um auch einmal ein Gespräch zu führen. Zudem sähen es die Organisationen nicht so gern, wenn Mitarbeiterinnen zu enge Beziehungen zu den Nutzerinnen aufbauten. Selbst im Alten- und Pflegeheim werde das Konzept der Bezugspflege nicht immer umgesetzt.

Insgesamt sollte aber stärker darauf Bedacht genommen werden, dass auch die Lebensqualität pflegender Angehöriger im Pflegearrangement auf dem Spiel steht. Dies betrifft einerseits die Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Erwartungen der Angehörigen in maßgeschneiderten Pflegearrangements durch die Mitarbeiterinnen von Diensten und Einrichtungen. Andererseits umfasst dies die Schaffung von zugänglichen und vor allem erschwingliche Entlastungsmöglichkeiten und entsprechende Information. Vorhandene Angebote der Kurzzeitpflege sind zu begrüßen, bergen aber eine Reihe von Risiken in sich, insbesondere wenn es um Menschen mit Demenz geht. Oft würde es schon reichen, wenn bezahlbare „Entlastungsblöcke“ von vier bis fünf Stunden pro Tag angeboten werden könnten, wie etwa von Initiativen, die „ehrenamtliche Demenzbegleiter“ ausbilden und vermitteln. Auch das Konzept von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz sollte stärker umgesetzt werden, einerseits im Sinne von Entlastung, andererseits mit Bezug auf die mögliche Rolle pflegender Angehöriger im Alltag dieser Wohnform.

Im weiteren Sinne wird die Lebensqualität pflegender Angehöriger durch zusätzliche finanzielle Belastungen negativ beeinflusst, sei es durch (einkommensabhängige) Zuzahlung zum Pflegeheimplatz bzw. zu Entlastungsdiensten, sei es durch notwendige Adaptierungen der Wohnung oder die Anstellung einer

Personenbetreuerin. Für viele ist diesbezüglich nicht nachvollziehbar, warum behinderte Personen im Erwerbsalter weitaus großzügigere Unterstützung für persönliche Assistenz erhalten als ältere pflegebedürftige Menschen.

Information und Aufklärung

Ein grundsätzliches Problem der Langzeitpflege besteht nach Auffassung pflegender Angehöriger in der Tatsache, dass sich die meisten Menschen scheuen, an die Möglichkeit zu denken, pflegebedürftig zu werden. Dabei kann diese Situation jeden „von heute auf morgen“ treffen, und für fast alle wird ein kurzer oder längerer Teil der letzten Lebensphase mit Pflege- und Betreuungsbedarf einhergehen. Die Aufklärung über Vorsorge in Bezug auf Sachwalterschaft und die Abfassung einer Patientenverfügung bzw. die Vereinbarung von Maßnahmen am Lebensende sollte daher verstärkt werden, u.a. durch entsprechende Beratungsangebote.

Kapitel 7

Empfehlungen zur Weiterentwicklung „guter Pflege“ aus Sicht der Beschäftigten

Im folgenden Abschnitt werden Empfehlungen zusammengefasst, die im Rahmen von fünf Workshops (WS) mit Vertreterinnen der verschiedenen Berufsgruppen in der Langzeitpflege entwickelt wurden. Während einige Hinweise, Forderungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Langzeitpflege bereits Eingang in die einzelnen Aspekte des Themenkatalogs gefunden haben, werden somit die von den Beschäftigten am wichtigsten erachteten Bereiche hervorgehoben.

Die fünf Workshops fanden zwischen April und Mai 2015 in Wien (zweimal), Graz, Salzburg und Linz statt. Neben der Validierung, Kommentierung und Ergänzung des Themenkatalogs wurden in jedem Workshop zwei breitere Themenbereiche ausgewählt, die in einer längeren Einheit analysiert und die Entwicklung möglicher Maßnahmen aufbereitet wurden.

Tabelle 2. Strukturmerkmale der Workshops mit Vertreterinnen unterschiedlicher Berufsgruppen

WS Nr.	Ort	Zahl und Setting der Teilnehmer	Ausgewählte Prioritäten
WS.1	Wien	6 TN; stationär und mobil	(1) Werte und Konzepte in der Langzeitpflege (2) Qualitätssicherung und -verbesserung
WS.2	Wien	9 TN; stationär und mobil	(1) Alternde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (2) Qualitätssicherung und -verbesserung
WS.3	Graz	8 TN; stationär und mobil	(1) Werte und Konzepte in der Langzeitpflege (2) Organisation der Langzeitpflege
WS.4	Salzburg	9 TN; stationär und mobil	(1) Werte und Konzepte der Langzeitpflege (2) Qualitätssicherung- und Verbesserung
WS.5	Linz	9 TN, mobil	(1) Organisation der Langzeitpflege (2) Arbeitnehmerschutz

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Zusammensetzung der Workshop-Teilnehmerinnen in den vier Bundesländern sowie die jeweils ausgewählten Prioritäten für Themenbereiche zur Maßnahmenentwicklung. Auffallend ist dabei das große Interesse für Themen rund um die Identität der Langzeitpflege (Werte und Konzepte) sowie die Qualitätssicherung.

Die Ergebnisse der Workshops wurden in der folgenden Aufstellung teilweise durch Forderungen und Empfehlungen der Interviewpartnerinnen im Rahmen der explorativen Interviews mit den Vertretern aller Berufsgruppen ergänzt.

Werte und Konzepte in der Langzeitpflege

Das hohe Interesse der Beschäftigten an der Weiterentwicklung einer eigenen Identität der Langzeitpflege und -betreuung liegt darin begründet, dass eine Reihe von Aspekten aus Sicht der Pflege- und Betreuungskräfte unbefriedigend, nicht ausreichend bewusst und in hohem Maße widersprüchlich geregelt sind. Dies beginnt bei der allgemeinen gesellschaftlichen Wahrnehmung der Langzeitpflege, unterschiedlichen Graden der Anerkennung von bestimmten Bereichen, z.B. der mobilen Pflege, sowie einer Herabstufung der Langzeitpflege z.T. durch die Mitarbeiterinnen selbst, denen oft gar nicht bewusst ist, was sie alles leisten und welche Aufgaben sie abseits der körperlichen Pflege erfüllen. Die in Organisations-Leitbildern erwähnten und theoretisch geforderten Werte der Langzeitpflege – von Autonomie und Beziehungsarbeit über Biografie-Orientierung und Lebensqualität bis zu Wertschätzung (siehe Themenkatalog) – können in der praktischen Arbeit nur selten hinreichend umgesetzt werden. Zwar waren in den letzten Jahren durchaus Fortschritte in Richtung von Lebensqualität und Bezugs- bzw. sogar Beziehungspflege festzustellen, nicht zuletzt durch entsprechende Fortbildung und Neuerungen in der Ausbildung, allerdings sei deren konsistente Umsetzung in der täglichen Praxis mangelhaft. Zudem zeigten neuere Entwicklungen, die vor allem auf Effizienzsteigerung und die Ausbildung für den gehobenen Dienst (Hierarchisierung) abstellen, eher in Richtung einer neuerlichen Stärkung der reinen Funktionspflege. Um diesen Tendenzen entgegenzuwirken, wären folgende Maßnahmen zu intensivieren:

- Auf gesellschaftspolitischer Ebene:
 - Meinungsbildung, um ein realistischeres Bild der Langzeitpflege zu erzeugen und das Selbstverständnis der Mitarbeiterinnen zu stärken; dabei müssen die Themen Alter, Pflege und Tod ein Teil des öffentlichen Diskurses werden.

- Einrichtung eines Berufsverbands, einer Organisationseinheit bzw. einer AK Abteilung „Langzeitpflege“, um die Philosophie der Langzeitpflege und bislang nicht organisierte Berufsgruppen politisch und gesellschaftlich zu vertreten.
- Entwicklung eines eigenen Ausbildungszweigs für die Langzeitpflege und Neuausrichtung der Berufsorientierung („Pflegen kann nicht jeder“).
- Auf Organisationsebene:
 - Umsetzung von an die Realität angepassten Organisations-Leitbildern auf Basis ausreichender Personalressourcen und Ausbildungstypen („*skill and grade mix*“).
 - Bezugspflege (auch als präventive Maßnahme) und Teamentwicklung sind voranzutreiben, ebenso wie die Voraussetzungen für einen Dialog mit den Angehörigen; entsprechende Fortbildung muss Teil der Arbeitszeit sein.
 - Der Konkurrenz zwischen den Berufsgruppen muss durch Initiative zum Zusammenhalt und den Ausbau des Dialogs zwischen den Berufsgruppen und über einzelne Organisationen hinweg entgegengewirkt werden.
- Auf individueller Ebene:
 - Wertschätzung von allen und für alle in der Langzeitpflege beteiligten Personen ist als Grundhaltung weiterhin zu verallgemeinern.
 - Reflexion und Bewusstseinsbildung über die Themen Altern und Sterben dürfen auch von den Beschäftigten selbst nicht ausgeklammert werden.
 - Das Image der Langzeitpflege hängt nicht zuletzt von den einzelnen Beschäftigten ab. Es sind daher neue Wege zur Verantwortungsübernahme zu erschließen, um die Beschäftigten anzuregen, die positiven Aspekte ihrer Tätigkeit zu verbreiten.

Strukturqualität

Viele Diskussionen und Vorschläge während der Workshops endeten in einer Debatte zur Finanzierung, Klagen über mangelnde Ressourcen und Fragen der Finanzierbarkeit. In diesem Zusammenhang wurde eine allgemeine politische

Debatte eingefordert, um gesellschaftliche Ziele der Langzeitpflege zu klären und zu vereinbaren, mit welchen Ressourcen welche Qualität eingefordert werden kann. Dabei ist eine Balance zwischen Standardisierung und Flexibilität mit Rücksicht auf die unterschiedlichen Bereiche und Settings der Langzeitpflege herzustellen. Konkrete Maßnahmen sind aus Sicht der Beschäftigten auf verschiedenen Ebenen erforderlich:

- Auf gesellschaftspolitischer und regulatorischer Ebene (Sozial- und Gesundheitspolitik):
 - Eines der momentan heißesten Themen aus Sicht der Beschäftigten in der Langzeitpflege ist in vielen Bundesländern die Frage nach der adäquaten Personalausstattung, die von den Landesregierungen durch Mindeststandards in Form von mehr oder weniger willkürlich festgelegten Personalschlüsseln (stationärer Bereich) bzw. indirekt auch in sogenannten Normkosten-Modellen im mobilen Bereich vorgegeben wird. Dieses wichtige Kriterium der Strukturqualität bedarf einer weitreichenden Überarbeitung, wobei Veränderungen in der Aufgabenpalette und Altersstruktur der Beschäftigten, im Pflege- und Betreuungsbedarf der Nutzerinnen und in der Mischung von Kompetenzen und Qualifikation des Personals berücksichtigt werden müssen.
 - Sicherung gleicher Zugangsbedingungen durch den Ausbau dezentraler Anlaufstellen und Stützpunkte zur Koordination in der Langzeitpflege, zur Information und Beratung bzw. auch als Beitrag zur kleinräumigen, lokalen Bedarfserhebung und Planung.
 - Einrichtung eines Innovationsfonds für die Langzeitpflege, der über die Verbesserung der Marktfähigkeit neuer Technologien hinausgeht, indem der soziale Dialog gefördert und ein politisches Zeichen gesetzt wird.
 - Verbesserung des Ausbildungssystems, indem es besser an die spezifischen Anforderungen der Langzeitpflege angepasst wird (Dialogfähigkeit, Reflexion, situationsbezogene Reaktion, Managementfähigkeiten etc.) und Berufsbilder wie „*Community Nursing*“ bzw. „*Family Nursing*“ mit geriatrischer Spezialisierung gefördert werden.
 - Anpassung bestehender Ausbildungen und Berufsbilder an die entsprechenden Regulationsmechanismen in der Praxis; Abstimmung zwischen Ausbildung und Personalbedarf.
 - Ermöglichung von Fortbildung für alle Berufsgruppen, wo immer möglich im multidisziplinären Setting, um die Beschäftigten nicht nur fachlich,

sondern vor allem in Bezug auf „*social skills*“ sowie neue Informations- und Kommunikationstechnologien zur Verbesserung der Zusammenarbeit zu schulen.

- Wahrnehmung und aktive Gestaltung der multikulturellen Zusammensetzung des Personals in der Langzeitpflege.
- Koordination der unterschiedlichen Mechanismen der Qualitätssicherung zur Vermeidung von Über- und Unterregulierung: Verbindung von Planung und Kontrolle; Funktionstrennung zwischen Finanzierung und Qualitätssicherung; Herstellung von Transparenz.
- Verbesserung der Planungsgrundlagen durch die Realisierung eines Berufsregisters für alle Berufsgruppen in der Langzeitpflege und -betreuung.
- Anpassung der Berufsorientierungsphase, v.a. im Rahmen von Weiterbildungs- und Umschulungsprogrammen der Arbeitsmarktpolitik, an die Anforderungen der Langzeitpflege.
- Auf Organisationsebene:
 - Etablierung eines Fachdialogs unter Einbeziehung aller beteiligten Organisationen zu Arbeitsbedingungen (Arbeitszeitregelungen, alternde Mitarbeiterinnen, Rekrutierung Vermeidung von Fluktuation) und Qualitätskriterien.
 - Aktive Auseinandersetzung mit der Multikulturalität der Mitarbeiterinnen in Bezug auf Pflegekonzepte, Bezugs- und Beziehungspflege sowie Karrieremöglichkeiten.
 - Schaffung von Zeit und Raum für multidisziplinäre Teamarbeit, Reflexion und Supervision (auch organisationsübergreifend).
 - Ermöglichung der regelmäßigen Teilnahme der Beschäftigten an Programmen zur Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung.
 - Die physische Belastung von Mitarbeiterinnen könnte in vielen Fällen durch geeignete technische Hilfsmittel und qualitativ hochwertiges Pflegematerial entscheidend reduziert werden. Nicht nur in Alten- und Pflegeheimen, sondern v.a. im mobilen Bereich sind Maßnahmen zu ergreifen, um eine entsprechende Ausstattung und die angemessene Nutzung dieser Hilfsmittel, möglichst unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten der Klientinnen, zu gewährleisten.

- Auf individueller Ebene:
 - Förderung der Offenheit für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, die über die fachlich notwendigen bzw. gesetzlich vorgeschriebenen Programme hinausreichen.
 - Unterstützung der Bereitschaft zur regelmäßigen Teilnahme an Programmen zur Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung.
 - Systematische Anregung zur Nutzung von vorhandenen Pflegehilfsmitteln bzw. Information und Schaffung von Anreizen zur Anschaffung solcher Hilfsmittel bei entsprechender Bedarfslage.

Prozessqualität

Die Organisation der Langzeitpflege ist eine komplexe Aufgabe, die einer breiten Palette an Prozessen innerhalb und zwischen mannigfaltigen Akteuren bedarf. Von der Aus- und Fortbildung über die Gestaltung von Dienst- und Einsatzplänen bis zur Vernetzung von und Zusammenarbeit zwischen Organisationen und Berufsgruppen (siehe Themenkatalog) besteht eine reiche Auswahl an Ansatzpunkten, um Verbesserungen und Maßnahmen für die Erbringung „guter Pflege“ zu initiieren. Dabei könnte eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Organisationen eine Quelle für gegenseitige Unterstützung sein und die Möglichkeiten erweitern, um voneinander zu lernen und sich gemeinsam für Qualität in der Pflege stark zu machen. Konkret sind daher folgende Vorschläge und Empfehlungen in Betracht zu ziehen:

- Auf politischer und interorganisatorischer Ebene:
 - Koordination und Abstimmung von Regelungen zwischen verschiedenen politischen Ebenen und Ressorts, indem die Langzeitpflege als Prozess mit relativ vorhersehbaren Pflege- und Betreuungspfaden wahrgenommen wird. In einem solcherart gestalteten System würde z.B. die Finanzierung „dem Nutzer folgen“ und es wäre nicht Aufgabe der Nutzerinnen bzw. der Führungskräfte und der Beschäftigten, zwischen verschiedenen Finanzierungsregeln, Anforderungen und Standards zu lavieren. Dazu gehört auch die Entwicklung finanzieller Anreizsysteme, um präventive Maßnahmen, Kooperation und nahtlose Übergänge im Betreuungs- und Pflegeprozess zu begünstigen, z.B. durch „gebündelte Budgets“ oder „*Alliance contracts*“ (siehe Kasten).

Neue (finanzielle) Anreize zur Koordination und Zusammenarbeit: Internationale Trends

Beschäftigte, Führungskräfte und Nutzerinnen in der Langzeitpflege erfahren eine Fülle an Benachteiligungen und Ungleichbehandlung durch mangelnde Koordination und Integration an den Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem. Insgesamt verdeutlicht das sich erst entwickelnde System der Langzeitpflege in vielen Bereichen, wie negative Wirkungen entstehen können, obwohl alle Beteiligten ihre Aufgaben anscheinend mit den besten Absichten für Patientinnen bzw. Nutzerinnen erbringen. Die geforderte Koordination und Integration scheitert daher meist nicht an den guten Absichten der Akteure, sondern an falschen Anreizen innerhalb eines komplexen Netzwerks, das durch professionelle und strukturelle Hierarchien sowie unterschiedliche politische und organisatorische Beziehungen und Kompetenzen geprägt ist:

- *Politische Strukturen und Governance:* Die gesetzlichen Regelungen auf unterschiedlichen Regierungsebenen definieren unterschiedliche Kompetenzen und Finanzierungsströme, die zu Fragmentierung und ungleichen Standards führen. Die Mischung von marktorientierten und sozialplanerischen, politisch gesteuerten Logiken trägt zusätzlich zur Intransparenz bei.
- *Organisationskulturen:* Die für die Langzeitpflege charakteristische Mischung aus öffentlichen und privaten Anbietern (non-profit und for-profit) fördert in erster Linie Konkurrenzverhalten. Kooperation sowie transparenter Informations- und Datenaustausch rücken somit meist in den Hintergrund. Dazu kommt, neben der nicht immer einfachen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Spitälern, eine nach wie vor ausgeprägte Trennung zwischen mobilem und stationärem Bereich.
- *Berufsgruppen:* Auch diese Studie hat gezeigt, dass sich die Beschäftigten in der Langzeitpflege durch eine hohe intrinsische Motivation auszeichnen. Diese bezieht sich auch auf den Wunsch nach mehr multidisziplinärer Zusammenarbeit, deren Realisierung jedoch oft organisatorische (Zeit und Raum) und/oder finanzielle Hindernisse im Weg stehen.
- *Finanzielle Anreize bzw. Hemmnisse:* Die Finanzierung von Einzelleistungen, zumal im Rahmen unterschiedlicher Finanzierungssysteme und auf Basis unterschiedlicher Mechanismen für die beteiligten Personen und Organisationen, ist der wohl einflussreichste Faktor, der eine koordinierte und integrierte Versorgung von Patienten (in der Akutversorgung) bzw. Nutzern mit chronischen Krankheiten und/oder Bedarf an Langzeitpflege behindert. Die unterschiedlichen Formen der Kostenbeteiligung stellen dabei lediglich eine zusätzliche bürokratische Hürde dar.

Nachdem diese Ausgangsbedingungen nicht nur in Österreich einer koordinierten und integrierten Versorgung entgegen stehen, sind in einigen Ländern Bemühungen zu beobachten, diesen Hemmnissen entgegenzuwirken. Entsprechende Initiativen setzen dabei zunehmend darauf, von der Finanzierung von Einzelleistungen in Richtung leistungsbezogener bzw. nutzenorientierter Bezahlung überzugehen, z.B. im Rahmen von „gebündelten Budgets“ (Niederlande), „Accountable Care Organizations“ (USA) oder „Alliance Contracts“ (Neuseeland).

- Ziel von gebündelten Budgets („*bundled payments*“) ist die Überwindung der Interessen einzelner Organisationen durch zusätzliche Anreize zur Zusammenarbeit (Struijs & Baan, 2011). Dabei wird den verschiedenen in die Betreuung und Pflege eingebundenen Akteuren ein gemeinsames Budget pro Pflege- und Betreuungsepisode, meist im Zusammenhang mit einer chronischen Krankheit (z.B. COPD, Diabetes), zur Verfügung gestellt, anstatt einzelne Interventionen zu vergüten (Bertko & Effros, 2010). Der Geldfluss folgt somit dem Klienten, wobei die Leistungserbringer, in diesem Fall Krankenhäuser, niedergelassene und Fachärzte, das Kostenrisiko teilen: Wenn die Kosten einer definierten Betreuungsepisode niedriger als das definierte gebündelte Budget sind, können sie über die Differenz selbst verfügen, aber sie sind auch dazu verpflichtet, eventuell höhere Kosten auszugleichen. Für die Kostenträger (Krankenkassen) ist das System attraktiv, weil Budgets besser planbar sind und das Risiko der Kostensteigerung minimiert wird. Die Anbieter werden angeregt, ineffiziente Abläufe zu minimieren und Interventionen zwischen den beteiligten Akteuren entlang der Pflegekette zu koordinieren; möglicherweise aber auch dazu, „teure“ Patientinnen mit anderen, nicht im Bündel enthaltenen Diagnosen ins Spital zu überweisen. Wichtig ist daher die genaue Definition, was im jeweiligen Bündel enthalten ist, was vor allem bei Nutzerinnen mit multiplen Diagnosen bisher nicht gelungen ist (Tsiachristas et al., 2013), zumal die Anbieter von Langzeitpflege bislang nicht in das System gebündelter Budgets einbezogen wurden.
- Auch in den USA steht die Einführung neuer finanzieller Anreize im Rahmen der Reform des Gesundheitssystems auf Basis festgestellter Unzulänglichkeiten bei der Versorgung chronisch kranker Patienten auf der Agenda. Ein zentrales Element der Neuausrichtung ist die Anregung zur Gründung sogenannter „*Accountable Care Organisations*“ (ACO). Diese bestehen aus einem Zusammenschluss aller Leistungserbringer – von Krankenhäusern und Ärzten bis hin zu Pflegeheimen und mobilen Diensten. ACOs übernehmen das finanzielle Risiko und die Verantwortung für den Gesundheitszustand einer definierten Einwohnerzahl entlang des gesamten Versorgungsprozesses auf Basis von Leistungs- und Qualitätsindikatoren, die mit den Kostenträgern vereinbart werden (Damberg et al., 2014). Erste Pioniermodelle wurden 2012 eingeführt und zeigen z.T. positive Ergebnisse (Pham et al., 2014). Eine besondere Herausforderung ist dabei die Verarbeitung administrativer, finanzieller und gesundheitlicher Daten sowie die Definition von Qualitätskriterien. Fraglich ist noch, inwieweit ACOs zu einer weiteren Anbieterkonzentration führen (Damberg et al., 2014).
- „*Alliance contracts*“ wurden in Neuseeland im Rahmen einer Gesundheitsreform 2009 eingeführt. Auch hier ging es darum, die verschiedenen Anbieter von Gesundheits- und Sozialen Diensten unter dem Motto „ein System, ein Budget“ zur Zusammenarbeit anzuregen, indem allen Beteiligten transparente Budgets zugeteilt, gemeinsame Ziele verhandelt und Ergebnisse transparent kontrolliert und verbessert wurden. Durch die Einbeziehung aller öffentlichen und privaten Akteure – von niedergelassenen Ärzten über Krankenhäuser bis zu sozialen Diensten – und hohe Investitionen in die Personalentwicklung entstand eine Allianz zwischen öffentlichen Kostenträgern und Anbietern, mit neuen Ver-

tragsformen und nachgewiesener Qualitätsverbesserung bei geringeren Ausgaben. Interessant ist dabei vor allem, dass diese Entwicklung nicht durch die Risikoübernahme seitens der Anbieter gelang, sondern in erster Linie auf Basis einer gemeinsamen Vision und gleichberechtigter Beteiligung (Timmins & Ham, 2013).

Die Übertragung solcher Neuerungen zur Intensivierung von Koordination und integrierter Versorgung auf das österreichische Gesundheitssystem bzw. die Langzeitpflege ist zweifellos eine Herausforderung und auf den ersten Blick problematisch, insbesondere aufgrund der hohen Initialkosten (IT, Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement) einer solchen Neuorientierung. Eine intensive Diskussion unter Einbindung der unterschiedlichen Interessengruppen in Gesundheit *und* Langzeitpflege, wäre dennoch anzuregen, um von der Vergütung von Einzelleistungen in Richtung nutzen- und ergebnisorientierter Finanzierung über die bestehenden „Silos“ hinweg zu gelangen und Koordination bzw. Integration mit geeigneten Anreizen zu befördern.

- Transparente Gestaltung von Kooperation und Austausch zwischen den beteiligten Organisationen und Akteuren zur Verbesserung von Integration und Koordination.
- Stärkere Integration der Primärversorgung (Gemeinschaftspraxen) in die Langzeitpflege.
- Verbesserung der Koordination bzw. Integration von Qualitätssicherungsprozessen (Aufsicht, Kontrolle, Audits) durch die Übertragung dieser Aufgaben an unabhängige Dritte.
- Auf Organisations-Ebene:
 - Maßnahmen gegen die weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, z.B. durch die Verbreitung eines mitarbeiterorientierten Personaleinsatzes, wobei unterschiedliche Gruppen zu berücksichtigen sind, die von Beschäftigten im Mutterschutz über Teilzeitkräfte bis zu älteren Mitarbeiterinnen reichen.
 - Entwicklung einer Qualitätsmanagement-Kultur, u.a. in Bezug auf Fehlerkultur, Transparenz und kontinuierliche Verbesserung, unter Einbeziehung aller Beschäftigtengruppen.
 - Einbeziehung aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen in kontinuierliche Verbesserungsprozesse (Stichwort: Qualitätsmanagement).

- Durchforstung der Dokumentationssysteme durch die Prüfung ihrer Notwendigkeit und Praxisrelevanz, wobei auch Möglichkeiten der Vereinheitlichung unter Anwendung praxisnaher Datenschutzregeln einzubeziehen sind. Darüber hinaus ist zu überlegen, inwieweit die Langzeitpflege und -betreuung in den weiteren Ausbau der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) oder andere Formen einer vereinheitlichten und reduzierten Dokumentation integriert werden kann.
 - Entwicklung gemeinsamer Standards und Leitlinien, wobei diese sich jedoch auf Prozesse und nicht auf Einzelhandlungen beziehen sollten. Zu starre und auf Einzelhandlungen fokussierte Leitlinien stehen der individuellen Betreuung der Nutzerinnen entgegen.
 - Berücksichtigung der Tatsache, dass Koordination und Vernetzung als wesentlicher Teil von Betreuungs- und Pflegearbeit zu betrachten sind, in Personalplanung und Dienstplangestaltung.
 - Verbesserung der individuellen Bedarfserhebung durch multi-disziplinäre Zusammenarbeit.
 - Sicherstellung von Fortbildung zur Verbesserung von Management- und Führungsfähigkeiten aller Beschäftigten, da Aufgaben wie Mitarbeiterführung, Controlling, wirtschaftliche Führung und Steuerung auf unterschiedlichen Hierarchiestufen mit eigener Verantwortlichkeit eine zentrale Bedeutung zukommt.
- Auf individueller Ebene:
 - Bewusstseinsbildung durch entsprechende Fortbildung, dass Koordination, Dokumentation und Qualitätsmanagement wesentliche Bestandteile von Betreuungs- und Pflegearbeit sind.

Ergebnisqualität

Die Wahrnehmung von Erfolgen und Ergebnissen in der Langzeitpflege unterscheidet sich grundsätzlich von jener in der Akutpflege, die funktional in erster Linie auf Heilung und die Wiederherstellung des vormaligen Gesundheitszustandes abstellt. Die Erhebung, Analyse, Kontrolle und Verbesserung der Ergebnisse von Langzeitpflege mit Bezug auf Lebensqualität, Autonomie, Mobilisierung und Verhinderung einer Verschlechterung im jeweils angemessenen Setting

stellen nicht nur in der theoretischen und wissenschaftlichen Literatur eine Herausforderung dar. In der Praxis werden die Ergebnisse des eigenen Handelns durch die Beschäftigten nach wie vor meist intuitiv, durch die Zufriedenheit der Nutzerinnen (keine Beschwerden), eine gute Atmosphäre, die Abwesenheit von Konflikten oder sonstigem Stress sowie anhand klinischer Parameter zur Pflegequalität wahrgenommen. Die systematische Messung der Zufriedenheit von Nutzerinnen hat zwar inzwischen in vielen Organisationen einen gewissen Stellenwert gewonnen, dem Nachweis klarer Zusammenhänge zwischen Strukturen und Prozessen der Langzeitpflege und diesen Ergebnissen wird allerdings kaum Beachtung geschenkt.

Die Arbeit mit ergebnisorientierten Kennzahlen oder Indikatoren scheint in der Praxis der Langzeitpflege wenig verbreitet zu sein, weshalb sowohl im Themenkatalog „Gute Pflege von A-Z“ (siehe Anhang) als auch in den Workshops nur wenige Aspekte der Ergebnisqualität herausgearbeitet wurden. So wurde zwar vielfach auf problematische Arbeitsbedingungen bzw. sonstige Strukturen oder Prozesse aufmerksam gemacht, welche die Ergebnisqualität der Betreuungs- und Pflegearbeit negativ beeinflussen, kaum jedoch darauf, wie und woran dies genau ablesbar sei. Indikatoren wie etwa die Zahl der Pflegefehler, die Zu- oder Abnahme von Autonomie oder Lebensqualität, der Anteil von Nutzerinnen, bei denen die Zahl der verabreichten Psychopharmaka abgenommen hat, oder der Anteil vermeidbarer Krankenhauseinweisungen bleiben den meisten Beschäftigten unerschlossen – selbst wenn solche Indikatoren bei einigen Organisationen im Rahmen von internen oder externen Audits erhoben werden, und obwohl die Beschäftigten immer minutiösere Dokumentationen führen müssen. Indem mit den erhobenen Daten keine internen Kennzahlen, ganz zu schweigen von interorganisatorischen Vergleichen, konstruiert werden, erschließt sich den Beschäftigten der Sinn von Dokumentation bestenfalls im konkreten Einzelfall; viele Zusammenhänge bleiben vage und ohne empirischen Nachweis. Dabei können solche Nachweise, indem Erfolge wahrgenommen, gemeinsam „gefeiert“ und auch nach außen kommuniziert werden, in hohem Maß zur Zufriedenheit der Beschäftigten und zur Identifikation mit dem Beruf und der jeweiligen Organisation beitragen, Wissen generieren und Burn-out vorbeugen.

Aus den Aussagen der Beschäftigten im Rahmen der explorativen Interviews und der Workshops lassen sich folgende konkreten Empfehlungen mit Blick auf Ergebnisorientierung und kontinuierliche Verbesserung ableiten:

- Auf gesellschaftspolitischer Ebene (Forschungs- und Sozialpolitik):
 - Verbesserung der Transparenz von Ergebnissen der Langzeitpflege in Form regelmäßiger öffentlicher Berichterstattung unter Berücksichtigung von Personalstrukturen („*skill and grade mix*“) und Nutzerstrukturen („*case mix*“); abzurufen ist dabei hingegen von zu spezifischen Indikatoren bzw. allzu vereinfachenden „Rankings“.
 - Entwicklung und Ausbau von einheitlichen und vergleichbaren Audits mit dem Schwerpunkt auf Lebensqualität und entsprechend angepassten Kennzahlen in allen Settings der Langzeitpflege (inkl. 24-Stunden-Betreuung).
 - Dies verlangt auch nach weiteren Anstrengungen der angewandten Forschung zu Zusammenhängen zwischen der Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der Langzeitpflege.
- Auf Organisations-Ebene:
 - Weiterentwicklung, Ausbau und Verbreitung von Lebensqualität-Audits mit einem Nachweis von Tendenzen der Ergebnisse unter Berücksichtigung veränderter Nutzerstrukturen.
 - Aufbereitung und transparente Kommunikation von Daten und Kennzahlen zum Nachweis von Erfolgen, Tendenzen und Möglichkeiten der Ergebnissteuerung; entsprechende Fortbildung in der Arbeit mit Kennzahlen und Interventionen der Organisationsentwicklung.
 - Schaffung von Zeit und Raum für die Arbeit mit Kennzahlen und die gemeinsame Reflexion von Fehlern und Erfolgen im Team (Entwicklung einer Fehlerkultur).
- Auf individueller Ebene:
 - Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung in Richtung ergebnisorientierter Pflege und Betreuung im multi-disziplinären Team.
 - Verbesserung der Dialogfähigkeit durch ergebnis- und evidenz-basierte Kommunikation mit Auftraggebern, Angehörigen und anderen relevanten Partnern in der Langzeitpflege.

Schlussbemerkung

Diese Studie hat gezeigt, dass das Feld der Langzeitpflege nach wie vor durch mannigfaltige Ambivalenzen gekennzeichnet ist, die bei der Herausbildung einer eigenen Identität des Bereiches und der darin Beschäftigten weiterhin im Vordergrund stehen werden. Dieser Prozess der Identitätsbildung ist geprägt von Widersprüchen zwischen Professionalität und Empathie, Medizinlastigkeit und sozialer Lebenswelt-Orientierung, Einlassen und Abgrenzen, Zentralisierung und Dezentralisierung, Privatheit und Öffentlichkeit, Marktorientierung und staatlicher Verantwortung, Spezialisierung und Ganzheitlichkeit, Effizienz und Beziehungsarbeit, Mindeststandards und Exzellenzmodellen, aber auch zwischen Standardisierung und Individualisierung sowie Ansprüchen auf Multidiziplinarität bzw. Teamarbeit und individueller Verantwortung. Dazu kommen Fragen der Macht, Ethik und Moral sowie soziale Ungleichheit durch die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in Pflege und Betreuung.

Diese Komplexität kann und sollte nicht durch vereinfachende Entscheidungen zwischen den verschiedenen Optionen und Polen reduziert werden. Insbesondere wenn es um die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen geht, sind Kompromisse zwischen den jeweiligen Möglichkeiten und Anforderungen erforderlich. Die Frage ist, ob ein Ort und entsprechende institutionelle Arrangements gefunden werden können, um die für den erforderlichen Dialog geeigneten Rahmenbedingungen bereitzustellen. Der Interessenvertretung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wird dabei von den Beschäftigten eine gewichtige Rolle zugesprochen. Dieser Vertrauensvorschuss sollte genutzt werden, um den Themenkatalog und die zusammengefassten Empfehlungen in öffentliche Debatten einzubringen und in konkrete Maßnahmen umzumünzen.

Literatur

American Association for Colleges of Nursing's (AACN) (2010) *Adult-Gerontology Primary Care Nurse Practitioner Competencies*. Washington, AACN.

AGE Platform et al. (2010) *European Charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance*. Available at: http://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_EN_v4.pdf

AGE Platform et al. (2012) *Europäischer Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege. Grundsätze und Leitlinien für Würde und Wohlbefinden älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*, Available at: http://wedo.tttt.eu/system/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_DE_WEB.pdf

Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K. et al. (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States, *BMJ (Clinical research edition)*, 344, e1717 (online first).

Arbeiterkammer Oberösterreich (2013) *Arbeitsbedingungen in der Pflege und Betreuung. Daten, Fakten und Forderungen der Arbeiterkammer Oberösterreich*. Linz, AK OÖ. Arbeitsbedingungen.

Arbeitsmarktservice (AMS) (2014) *Arbeitsmarkttrends - Gesundheits- und Krankenpflegeberufe weiterhin nachgefragt*. Available at: http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsfeld.php?id=212&show_detail=1&query>.

Bachinger, A. (2009) *Der irreguläre Pflegearbeitsmarkt. Zum Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit durch die 24-Stunden-Pflege*. Dissertation. Wien, Universität Wien.

Badelt, C., Leichsenring, K. (1998) *Analyse und mögliche Neustrukturierung der Ausbildungen im Sozialbereich*. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten und des Bundesministeriums für Wissenschaft und Verkehr. Wien, WU Wien/BMUKA/BMWV.

Bauer, R. (2004) *Beziehungspflege*, www.ibicura.de.

Benedix, U., Medjedovic, I. (2014) *Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten*. Bremen, Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Arbeitnehmerkammer Bremen.

Bertko, J., Effros, R. (2010) *Increase the Use of 'Bundled' Payment Approaches*. Santa Monica et al., RAND Corporation (TR-562/20-HLTH).

Billings, J., Leichsenring, K., Wagner, L. (2013) Addressing long-term care as a system – Objectives and methods of study, pp. 3-18 in: K. Leichsenring,

- J. Billings, H. Nies (eds.) *Long-term care in Europe - Improving policy and practice*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Bischoff-Wanner, C. (2002) *Empathie in der Pflege: Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells*. Bern et al., Huber.
- Biwald, P., Malz, B., Mitterer, K. (2007) *Neuorganisation der Altenpflege und -betreuung aus kommunaler Sicht. Grundlagenpapier*. Wien, KDZ/Zentrum für Verwaltungsforschung.
- Bobens, C., Brunner, A., Bürg, T.M. et al. (2011) *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich und bei angestellten ÄrztInnen in NÖ*. Wien, SFS.
- Bode, I., Dobrowolski, A. (2009) *'Governance-Performance' bei gemeinnützigen Trägern der stationären Altenhilfe*. Wuppertal, Bergische Universität.
- Bolton, S.C. (2001) Changing faces: nurses as emotional jugglers, *Sociology of Health & Illness*, 23(1), 85-100.
- Bowers, B.J., Esmond, S., Jacobson, N. (2000) The Relationship between Staffing and Quality in Long-Term Care Facilities: Exploring the Views of Nurse Aides, *Journal of Nursing Care Quality*, 14(4), 55-64.
- Buchegger-Traxler, A., Danninger, D. (2012) *Überprüfung der Passung von schulisch-theoretischer Ausbildung und beruflicher Praxis in der Altenarbeit*. Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich. Linz, Johannes Kepler Universität.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) (2014a) *Richtlinie für die Vorbereitung und Durchführung der Zertifizierung nach dem NQZ*. Wien, BMASK.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) (2014b). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2013*. Wien, BMASK.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)/Bundesministerium für Gesundheit (2009) *Deutsche Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin, BMFSFJ. Available at: <http://www.pflege-charta.de>.
- Castle, N.G., Engberg, J. (2005) Staff turnover and quality of care in nursing homes. *Medical care*, 43, 616-626.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., Tjadens, F. (2011) *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris, OECD Publishing.
- Comondore, V.R., Devereaux, P.J., Zhou, Q. et al. (2009) Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis, *BMJ*, 339(Online First), pp.1–15.

- Damberg, C.L., Sorbero, M.E., Lovejoy, S.L. Martsolf, G.R., Raaen, L., Mandel, D. (2014) *Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs*. Santa Monica et al., RAND Corporation.
- Da Roit, B., González Ferrer, A., Moreno-Fuentes, F.J. (2013) The Southern European migrant-based care model, *European Societies*, 15(4), 577-596.
- Denson, L.A., Winefield, H.R., Beilby, J.J. (2013) Discharge-planning for long-term care needs: the values and priorities of older people, their younger relatives and health professionals, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 3-12.
- Di Santo, P., Ceruzzi, F. (2010) *Migrant care workers in Italy. A case study*, Rome/Vienna, INTERLINKS Report. Available at: <http://interlinks.euro.centre.org>.
- Dollase, R. (2009) Kritik der Qualitätssicherung – Bürokratische, sinnlose und sinnvolle Wege zu mehr Qualität, *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 14(3/4), 435-452.
- Donabedian, A. (1966) Evaluating the quality of medical care, *Milbank Foundation Quarterly*, 2, 166-206.
- Donabedian, A. (1980) *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, MI, Health Administration Press.
- Dressler, S., Schmid, T., Stross, B. (2014) *Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Sozialberufen in der Steiermark. Studie im Auftrag der AK Steiermark*. Wien, SFS.
- Eichler, M., Pfau-Effinger, B. (2009) The 'Consumer Principle' in the Care of Elderly People: Free Choice and Actual Choice in the German Welfare State, *Social Policy & Administration*, 43(6), 617-633.
- Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (Koordination) (2010) *Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime*. Wien et al., Europäisches Zentrum et al.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2006) *Employment in Social Care in Europe*. Dublin, Eurofound.
- Estryn-Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D. et al. (2008) Violence risks in nursing – Results from the European 'NEXT' Study, *Occupational Medicine*, 58(2), 107-114.
- Evers, A. (2005) Mixed Welfare Systems and Hybrid Organizations: Changes in the Governance and Provision of Social Services, *International Journal of Public Administration*, 28, 737-748.
- Frei-Rhein, G., Hantikainen, V. (2001) Wie erleben und beschreiben Pflegende Qualität in der Pflege im Alltag?, *Pflege*, 14(6), 395-405.

- Galatsch, M., Schmidt, S.G., Hasselhorn, H.M. (2010) *Die Zufriedenheit mit der Patientenversorgung in unterschiedlichen Pflegesystemen – NEXT Follow-up*. Wuppertal, Bergische Universität.
- Gage, H., Knibb, W., Evans, J. et al. (2009) Why are some care homes better than others? An empirical study of the factors associated with quality of care for older people in residential homes in Surrey, England, *Health & Social Care in the Community*, 17(6), 599-609.
- Gunnarsdottir, S. (2006) *Quality of working life and quality of care in Icelandic hospital nursing*. London, School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Hilfswerk Österreich (2013) *24-Stunden Betreuung. Bedeutung für die Versorgungslandschaft. Ergebnisse einer Personenbetreuerumfrage*. Wien, Hilfswerk Österreich. Available at: <http://www.hilfswerk.at>.
- Hvalvik, S., Dale, B. (2013) Nurses' experiences of caring for older persons in transition to receive homecare: Being somewhere in between competing values, *Nursing Research and Practice*, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/181670>.
- Institute of Medicine (IOM), Committee on quality of health care in America (2001) *Crossing the quality chasm: A new healthcare system for the twenty-first century*. Washington, DC, National Academies Press.
- International Council of Nurses (ICN) (2003) *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses*. Geneva, ICN.
- Janger, J., Bock-Schappelwein, J., Böheim, M. et al. (2014) *Monitoring of Austria's Efforts Within the Europe 2020 Strategy. Update 2013-14*. Vienna, WIFO.
- Kaceti, P. (2010) *Würde und Autonomie im Kontext geriatrischer Langzeitpflege. Die Perspektive pflegender, betreuender und behandelnder Personen*. Wien, Universität Wien.
- Kane, R.A. (2001) Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together, *The Gerontologist*, 41(3), 293-304.
- Kinnear, D. Williams, V., Victor, C. (2014) The meaning of dignified care: an exploration of health and social care professionals' perspectives working with older people, *BMC Research Notes*, 7(854), 1-9.
- Kitwood, T. (1997) *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham, Open University Press.
- Kolland, F., Fibich, T. (2014) Professionalisierung in der Sozialen Altenarbeit, *Soziales Kapital – Wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit*, 11, 1-12.
- Krajcic, K., Nowak, P., Vyslouzil, M. et al. (2004) *Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwick-*

- lung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals*. Wien, LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- Kranewitter, C., Stelzer-Orthofer, H. (2009) *Innviertler AltenfachbetreuerInnen Berufsverläufe, Berufszufriedenheit, Arbeitsbelastungen und Perspektiven*. Linz, Institut für Gesellschaftspolitik und Sozialforschung.
- Kümpers, S., Ruppe, G., Wagner, L., Dieterich, A. (2013) Prevention and rehabilitation within long-term care - Applying a comprehensive perspective, pp. 143-166 in: K. Leichsenring, J. Billings, H. Nies (eds.) *Long-term care in Europe – Improving policy and practice*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Kürzl, E. (2009) Delegation von pflegerischen Tätigkeiten, *Österreichische Pflegezeitschrift*, 4, 8-14 und 6-7, 11-13.
- Laloux, F. (2014) *Reinventing Organizations. A Guide to Creating Organizations Inspired by the Next Stage of Human Consciousness*. Brussels, Nelson Parker.
- Lamura, G., Chiatti, C., Barbabella, F., Di Rosa, M. (2013) *Filling the gap in long-term professional care through systematic migration policies Migrant long-term care work in the European Union: Opportunities, challenges and main policy options*. Ancona, INRCA.
- Leichsenring, K. (2010) *Achieving Quality Long-Term Care in Residential Facilities. Synthesis Report of the German Peer Review in Social Protection and Social Inclusion at Murnau/Bavaria*. Available at ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8128&langId=en.
- Leichsenring, K., Billings, J., Nies, H. (eds.) (2013) *Long-term care in Europe – Improving policy and practice*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Lewis, J., West, A. (2014) Re-Shaping Social Care Services for Older People in England: Policy Development and the Problem of Achieving 'Good Care', *Journal of Social Policy*, 43(1), 1-18.
- Lob-Hüdepohl, A., Lesch, W. (Hg.) (2007) *Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch*. Paderborn et al., Ferdinand Schöningh Verlag.
- McGilton, K.S., Boscart, V.M., Brown, M., Bowers, B. (2014) Making tradeoffs between the reasons to leave and reasons to stay employed in long-term care homes: Perspectives of licensed nursing staff, *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 917-926.
- Murphy, K. (2007) Nurses' perceptions of quality and the factors that affect quality care for older people living in long-term care settings in Ireland, *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 873-884.
- Nandram, S., Koster, N. (2014) Organizational innovation and integrated care: lessons from Buurtzorg, *Journal of Integrated Care*, 22(4), 174-184.
- Neuman, B. (1989) *The Neuman systems model*. Norwalk, CT, Appleton & Lange (Second edition).

- Neuman, B., Reed, K.S. (2007) A Neuman Systems Model Perspective on Nursing in 2050, *Nursing Science Quarterly*, 20(2), 111-113.
- Netten, A., Brown, J.B., Caiels, J., Forder, J. et al. (2011) *ASCOT – Main guidance v2.1*. Canterbury, University of Kent.
- Netten, A., Burge, P., Malley, J. et al. (2012) Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure, *Health Technology Assessment*, 16(16), 1-166.
- Netten, A., Forder, J. (2010) Measuring productivity: an approach to measuring quality weighted outputs in social care, *Public Money & Management*, 30(3), 159-166.
- Netten, A., Trukeschitz, B., Beadle-Brown, J., Forder, J., Towers, A.-M., Welch, E. (2012) Quality of life outcomes for residents and quality ratings of care homes: is there a relationship?, *Age and Ageing*, 41(4), 512-517.
- Neubert, D. (2011) Soziale Altenarbeit – Theoretische Bezüge und Perspektiven, pp. 275-289 in: H. Spitzer (Hg.) *Soziallandschaften*. Wiesbaden, VS Verlag.
- Nies, H., van der Veen, R., Leichsenring, K. (2013) Quality measurement and improvement in long-term care in Europe, pp. 223-246 in: OECD and European Commission (eds.) *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. Paris, OECD Health Policy Studies.
- Noelker, L.S., Harel, Z. (eds.) (2001) *Linking Quality of Long Term Care and Quality of Life*. New York, Springer.
- Nolan, M., Brown, J., Davies, S., Nolan, J., Keady, J. (2006) *The Senses Framework: Improving care for older people through a relationship-centred approach*. Sheffield, University of Sheffield (GRIP Report No 2).
- Nübling, R., Schrempp, C., Kress, G., Löschmann, C., Neubart, R., Kuhlmeier, A. (2004) Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47, 133-140.
- OECD (2013) *A Good Life in Old Age ? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. Paris, OECD Health Policy Studies.
- Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA) (2015) *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung*. Wien, ÖPIA, BMG, BMASK et al.
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2014) *ICN-Ethikkodex für Pflegenden*. Berlin, DBfK.

- Petek, C., Rottenhofer, I., Rappold, E. et al. (2011) *Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich*. Wien, Gesundheit Österreich, ÖGKV Landesverband Steiermark.
- Pham, H.H., Cohen, M.C., Conway, P.H. (2014) The Pioneer Accountable Care Organization Model. Improving Quality and Lowering Costs, *JAMA*, 312(16), 1635-1636.
- Procházková, L., Rupp, B., Schmid, T. (2008) *Evaluierung der 24-Stunden-Betreuung, Endbericht*. Vienna, Sozialökonomische Forschungsstelle.
- Rappold, E., Rottenhofer, I., Aistlehner, R., Link, T., Hlava, A. (2013) *Gesundheits- und Krankenpflege. Evaluierung der Ausbildungsbereiche. Band 2: Ergebnisbericht*. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
- Reinprecht, C. (2006) *Nach der Gastarbeit. Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft*. Wien, Wilhelm Braumüller Universitäts-Verlagsbuchhandlung.
- Rodrigues, R. (2010) *Governance and Financing – Austrian National Report*. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research (INTERLINKS National Report Series).
- Rodrigues, R., Leichsenring, K., Winkelmann, J. (2014) *The ‘Make or Buy’ Decision in Long-term Care: Lessons for Policy. Report commissioned by the Swedish Ministry of Health and Social Affairs*. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research. Available at: http://www.euro.centre.org/data/1402907971_54043.pdf.
- Rodrigues, R., Trigg, L., Schmidt, A.E., Leichsenring, K. (2014) The public gets what the public wants: experiences of public reporting in long-term care in Europe, *Health Policy*, 116, 84-94.
- Roth, G. (2002) *Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Dortmund, Forschungsgesellschaft für Gerontologie.
- Roth, G. (2007) Dilemmata der Altenpflege – Die Logik eines prekären sozialen Feldes, *Berliner Journal für Soziologie*, 17(1), 81-96.
- Rottenhofer, I., Rappold, E., Schrems, B., Hlava, A., Link, T. (2012) *Gesundheits- und Krankenpflege. Evaluierung der Ausbildungsbereiche: Kontext- und Bedarfsanalyse. Band 1: Vorbereitungsphase*. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Rottenhofer, I., Zsifkovits, J., Schuchter, P. (2013) *Pflegepersonalprognose Salzburg Sozialbereich*. Wien, Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH.
- Royal College of Nursing (RCN) (2010) *Principles of Nursing Practice: principles and measures consultation*. London, RCN.

- Rupp, B. (2014) Pflege, quo vadis?, *WISO*, 37(4), 119-128.
- Ruppe, G. (2011) *Active Ageing and Prevention in the Context of Long-Term Care – Rethinking Concepts and Practices*. Vienna, European Centre Policy Brief.
- Schmid, T. & Troy, C.-D. (2011) Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen und bei angestellten ÄrztInnen in Wien und Niederösterreich, *Österreichisches Forum Arbeitsmedizin*, 3, 31-41.
- Schmidt, A.E., Winkelmann, J., Rodrigues, R., Leichsenring, K. (2015) Lessons for regulating informal markets and implications for quality assurance – the case of migrant carers in Austria. *Ageing & Society*, FirstView Article, 1-23.
- Schmidt, S., Bartholomeyczik, S., Dieterle, W.E., Donath, E., Rieger, M.A. (2008) Schwerpunkt: Pflegemanagement in Krankenhäusern. Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung, *Pflege & Gesellschaft*, 13(2), 102-118.
- Schmidt, S., Hasselhorn, H.-M., Müller, B.H. (2007) *Qualität in Altenpflegeeinrichtungen (2007–2009) Sachbericht*. Wuppertal, Bergische Universität Wuppertal.
- Schwendimann, R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S., de Geest, S. (2014) Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP): Protocol of an observational study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 915-926.
- Shippee, T.P., Henning-Smith, C., L. Kane, R., Lewis, T. (2015) Resident- and Facility-Level Predictors of Quality of Life in Long-Term Care, *The Gerontologist*, 55(4), 643-655.
- 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.
- Simsa, R. (2004) Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen Sozialen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen, *WISO*, 43(2), 57-78.
- Social Protection Committee (2010) *A Voluntary European Quality Framework for Social Services*. Brussels, European Commission (SPC/2010/10/8 final).
- Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., Bowman, C. (2011) The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review, *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 732-750.
- Spreitzer, R. (2014) „Evaluierung versus Pflegeschlüssel“ – Personalbedarfsermittlung aus Sicht des Arbeitnehmerschutzes, *WISO*, 37(4), 215-220
- Staflinger, H., Hexelschneider, A. (2014) Kompetenzen, Kompetenzentwicklung und Wissensorientierung – Herausforderungen in der Pflege meistern, *WISO*, 37(4), 182-197.

- Staflinger, H., Mayrhofer, P., Terhoeven, G. (2013) PflegeWISSEN braucht WissensPFLEGE Alten- und Pflegeheime auf dem Weg zum Wissensvorsprung, *WISO*, 36(1), 133-158.
- Statistik Austria (2015) *Statistik der Betreuungs- und Pflegedienste*, www.statistik.at
- Stordeur, S., D'hoore, W. (eds.) (2009) *Attractivité, fidélisation et qualité des soins - trois défis, une réponse*. Rueil-Malmaison, Lamarre.
- Struijs, J.N., Baan, C.A. (2011) Integrating Care through Bundled Payments – Lessons from the Netherlands, *The New England Journal of Medicine*, 364(11), 990-991.
- The Commonwealth Fund (2015) *Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model*. Available at: <http://www.commonwealthfund.org>.
- Timmins, N., Ham, C. (2013) *The quest for integrated health and social care: a case study in Canterbury*, New Zealand. London, The King's Fund.
- Tresloni, C.P., The Pew-Fetzer Task Force (1994) *Health Professions Education and Relationship-centered Care: a report of the Pew-Fetzer taskforce on advancing psychosocial education*. San Francisco, Pew Health Professions Commission.
- Tsiachristas, A., Dijkers, C., Boland, M.R.S., Rutten-van Mölken, M.P.M.H. (2013) Exploring payment schemes used to promote integrated chronic care in Europe. *Health Policy*, 113(3), 296-304.
- Vaarama, M., Pieper, R., Sixsmith, A. (eds.) (2008) *Care-related quality of life in old age. Concepts, Models and empirical findings*. New York, Springer.
- Van Durme, T., Macq, J., Anthierens, S., Symons, L., Schmitz, O., Paulus, D., Van den Heede, K., Remmen, R. (2014) Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms, *BMC Health Services Research*, 14, 179ff.
- Vogl, M. (2013) Der neue Menschenrechtsbeirat bei der Volksanwaltschaft, pp. 679-703 in K. Giese, G. Holzinger, C. Jabloner (Hg.) *Verwaltung im demokratischen Rechtsstaat*. Wien, Verlag Österreich.
- Weicht, (2010) *Caring as a moral practice: An analysis of the construction of care for elderly people in Austria and the UK*. Doctoral thesis. Nottingham, University of Nottingham.
- Winkelmann, J., Schmidt, A.E., Leichsenring, K. (2015) Regulating migrants as a low-cost solution for long-term care: The formalisation of a dual care labour market in Austria, pp. 172-194 in: C. Carbonnier and N. Morel (eds.) *The political economy of household services in Europe*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.

Anhang 1:**„Gute Pflege“ aus Sicht der Beschäftigten – Der Themenkatalog von A-Z**

Thema	Identität/ Werte	Struktur- qualität	Prozess- qualität	Ergebnis- qualität	Unter- schie- de zur Akutpflege
Alltagsgestaltung			√		√
Angehörigenarbeit	√		√		√
Arbeitsbedingungen		√	√	√	
Assessment		√	√		
Ausbildung		√			
Autonomie der Beschäftigten	√				√
Autonomie der Nutzerinnen			√	√	
Beginn und Ende der Pflegebeziehung			√		
Berufsbilder und -gesetze		√			
Beziehungsarbeit			√		√
Case und Care Management			√		
Dauer					√
Definition von Betreuung und Pflege	√				√
Diversifizierung	√	√			
Dokumentation		√	√	√	
Empathie	√				
Entlassungsmanagement			√		
Erfolg			√	√	√

Thema	Identität/ Werte	Struktur- qualität	Prozess- qualität	Ergebnis- qualität	Unter- schiede zur Akutpflege
Finanzierung und wirtschaftliche Rahmenbedingungen		√			
Fokus/Zielgruppe	√				√
Fort- und Weiterbildung		√			
Führung			√		
Gesetzliche Rahmenbedingungen		√			
Gesundheitsförderung und -erhaltung		√	√	√	
Haltung	√				√
Image der Langzeitpflege	√				
Infrastruktur		√			
Kompetenzen vereinigen		√	√		
Kontinuität			√		
Kooperation und Kommunikation			√		
Lebensqualität	√				√
Leitwerte	√				√
Leistungsdefinition		√			
Messbare Indikatoren				√	
Mitarbeiter-Zufriedenheit				√	
Multidisziplinarität und Teamarbeit			√		
Multi-kulturelle Pflege		√	√		
Nutzer-Zufriedenheit				√	
Organisation(en)		√	√		
Personalressourcen und Know-how		√			

Thema	Identität/ Werte	Struktur- qualität	Prozess- qualität	Ergebnis- qualität	Unter- schiede zur Akutpflege
Pflegekonzepte	√				√
Planung		√			
Professionalität	√				
Qualitäts- management			√		
Qualitätssicherung		√	√	√	
Standardisierung		√	√		
Regionale Unterschiede		√			
Transparenz				√	
Umsetzung neuer Konzepte			√	√	
Vernetzung			√		
Wissens- management			√		
Zeit			√		
Zugang		√			

Anhang 2:

Leitfaden für Interviews mit Vertreterinnen der unterschiedlichen Berufsgruppen

Ziele

- Erhebung von Einschätzungen (Kategorien, Schlüsselthemen) unterschiedlicher Berufsgruppen in der Langzeitpflege zu „guter Pflege“ (= Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unter besonderer Berücksichtigung von Aus- und Weiterbildung, Arbeitsbedingungen, Verbesserungsvorschlägen)
- Erstellung einer Liste zentraler Herausforderungen an „gute Pflege“ aus Sicht der Beschäftigten im Langzeitpflegesektor („Anforderungskatalog“)

Datenschutz

Ihre Aussagen dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen dieser Studie. Wir bitten Sie, das Interview zur Vereinfachung von Dokumentation und Analyse aufnehmen zu dürfen.

Grundsätzlich werden Ihre Aussagen aufgrund Ihrer öffentlichen Funktion (als Vertreter bzw. Vertreterin einer Berufsgruppe bzw. eines Funktionsbereichs in Ihrer Organisation) verwendet. Eine gänzliche Anonymität können wir daher nicht garantieren, aber wir gehen davon aus, dass Ihre Beiträge zu Kategorien und Schlüsselthemen von „guter Pflege“ keiner anonymisierten Form bedürfen.

Falls wir neben Kategorien und Schlüsselthemen einzelne konkrete Aussagen, z.B. zur Illustration bzw. Argumentation von Herausforderungen und Prioritäten, in der Studie verwenden möchten, so werden Ihnen wörtliche Zitate vor deren Verwendung zur Autorisierung vorgelegt, wobei es in Ihrem Ermessen liegt, ob solche Zitate evtl. im eigenen Namen bzw. im Namen der von Ihnen vertretenen Berufsgruppe gekennzeichnet werden sollen.

Fragen

1. Identität der Langzeitpflege und -betreuung

- 1.1. Durch welche Werte bzw. Leitbilder ist Ihrer Meinung nach der Bereich der Langzeitpflege und -betreuung (stationär und mobil) aus Sicht der Mitarbeiterinnen bzw. der Pflege- und Betreuungskräfte gekennzeichnet?
- 1.2. Erkennen Sie die Herausbildung einer eigenen Identität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sektors Langzeitpflege und -betreuung? Welche (Pflege-)modelle fallen Ihnen dazu ein?

2. Strukturqualität

- 2.1. Welche Rahmenbedingungen (Strukturen) braucht es, um „gute Pflege“ erbringen zu können? Welche davon beeinflussen aus Ihrer Sicht die Qualität der Langzeitpflege und -betreuung am meisten?
- 2.2. Und wenn Sie an die Praxis in der Langzeitpflege und -betreuung in Österreich (in Ihrem Einsatzbereich) denken, welche Rahmenbedingungen beeinflussen die Qualität Ihrer Arbeit (der Arbeit der Berufsgruppe ...) im positiven oder negativen Sinn?

3. Prozessqualität

- 3.1. Welche Prozesse sind für „gute Pflege“ wichtig? Welche davon beeinflussen aus Ihrer Sicht die Qualität der Langzeitpflege und -betreuung am meisten?
- 3.2. Und wenn Sie an die Praxis in der Langzeitpflege und -betreuung in Österreich (in Ihrem Einsatzbereich) denken, welche Prozesse beeinflussen die Qualität Ihrer Arbeit (der Arbeit der Berufsgruppe ...) im positiven oder negativen Sinn?

4. Ergebnisqualität

- 4.1. Welche Ergebnisse beschreiben aus Ihrer Sicht am besten, ob die Betreuung bzw. Pflege „gut“ ist?
- 4.2. Woran erkennen Sie in Ihrer täglichen Praxis, ob die Betreuung und Pflege „gut“ sind? Wie messen Sie dies?

4.3. Und wenn Sie an die Praxis in der Langzeitpflege und -betreuung in Österreich (in Ihrem Einsatzbereich) im Allgemeinen denken, wie schätzen Sie die Ergebnisse der hier geleisteten Arbeit (der Arbeit der Berufsgruppe ...) ein? Worauf gründet diese/Ihre Einschätzung?

5. Betrachten wir jetzt noch einmal genauer die Arbeitsbedingungen, unter denen Ihre Berufsgruppe diesen Beruf ausübt. Welche der folgenden Aspekte sind dabei besonders wichtig bzw. haben besonderen Einfluss auf die Versorgungsqualität? Bewerten Sie bitte zunächst jeden Aspekt auf einer Skala von 1-10 und bewerten Sie danach die fünf wichtigsten von Rang 1 bis 5.

Aspekt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Rang
1. Lage und Dauer der Arbeitszeit											
2. Zeitdruck											
3. Wegzeiten (v.a. im mobilen Bereich)											
4. Organisation (evtl. nachfragen: z.B. Personalmangel, Fluktuation, Krankenstände ...)											
5. Bezahlung											
6. Karrieremöglichkeiten, berufliche Perspektiven											
7. Zusammenarbeit innerhalb Ihrer Berufsgruppe (Hierarchie)											
8. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (evtl. nachfragen: welche?)											
9. Fortbildung											
10. Beziehung zu Klientinnen/Klienten											
11. Vereinbarkeit von Beruf und Familie											
12. Beziehung zu Angehörigen											
13. Arbeitsplatzsicherheit											
14. Körperliche, psychische Belastungen											
15. Gesetzliche Regelungen (Berufsrecht)											
16. Ethische Fragen											
17. sonstige Stressfaktoren, nämlich ... (z.B. Kompetenzüberschreitungen, evtl. Hinweis auf Gewalt bzw. Gewalterfahrungen)											
18. sonstige, nämlich ...											

- 5.1. Wenn Sie nun die 5 wichtigsten Aspekte betrachten: Worauf ist dabei Ihrer Ansicht nach zu achten, um diese positiv zu beeinflussen?
6. Zufriedenheit
 - 6.1. Was macht Menschen, die in der Langzeitpflege und -betreuung arbeiten, besonders zufrieden mit Ihrer Arbeit?
 - 6.2. Evtl. nachfragen: Autonomie? Verantwortung?
7. Unterschiede zum Akutbereich
 - 7.1. Welche Aspekte sind Ihrer Meinung nach bei der Langzeitpflege und -betreuung (stationär bzw. mobil) im Unterschied zur Akutpflege (Arbeit im Krankenhaus) besonders wichtig, um "gute Pflege" zu gewährleisten?
 - 7.2. Welche Haltung müssen Mitarbeiterinnen in der Langzeitpflege und -betreuung (im Unterschied zur Akutpflege) entwickeln, um in diesem Sektor zu bestehen?
8. Kompetenzen
 - 8.1. Wenn Sie allgemein an die notwendigen Kompetenzen in der Langzeitpflege und -betreuung denken, glauben Sie, dass die angebotenen Ausbildungsgänge diese Kompetenzen ausreichend schulen, um den Herausforderungen dieses komplexen Berufsfeldes zu begegnen zu können? (Warum ja? Warum nicht? Was fehlt? etc.)
 - 8.2. Was sollte getan werden, um diese Kompetenzen zu verstärken bzw. zu verbessern?
9. Prioritäten etc.
 - 9.1. Welche Prioritäten sollten im Bereich der Langzeitpflege in Österreich gesetzt werden, um „gute Pflege und Betreuung“ zu ermöglichen?
 - 9.2. Was möchten Sie uns noch zum Thema "gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten" und damit verbundenen Herausforderungen mitteilen?

10. Abschließend einige allgemeine Angaben zur Person:

10.1. Name

10.2. Geschlecht

10.3. Alter

10.4. Beruf (Ausbildung)

10.5. Organisation

10.6. Funktion

10.7. Seit wann im Beruf tätig?

10.8. Seit wann in der jetzigen Funktion?

Anhang 3:

Leitfaden für Interviews mit Personenbetreuerinnen

Ziele

- Erhebung von Einschätzungen (Kategorien, Schlüsselthemen) in der Langzeitpflege zu „guter Pflege“ (= Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unter besonderer Berücksichtigung von Aus- und Weiterbildung, Arbeitsbedingungen, Verbesserungsvorschlägen) aus Sicht der Personenbetreuerinnen
- Kommentierung bzw. Ergänzung einer Liste zentraler Herausforderungen an „gute Pflege“ aus Sicht der Personenbetreuerinnen („Anforderungskatalog“)

Datenschutz

Ihre Aussagen dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen dieser Studie. Wir bitten Sie, das Interview zur Vereinfachung von Dokumentation und Analyse aufnehmen zu dürfen.

Grundsätzlich werden Ihre Aussagen als Vertreter der Berufsgruppe der Personenbetreuer verwendet. Wir garantieren Anonymität, aber wir gehen davon aus, dass Ihre Beiträge zu Kategorien und Schlüsselthemen von „guter Pflege“ keiner anonymisierten Form bedürfen.

Falls wir neben Kategorien und Schlüsselthemen einzelne konkrete Aussagen, z.B. zur Illustration bzw. Argumentation von Herausforderungen und Prioritäten, in der Studie verwenden möchten, so werden Ihnen wörtliche Zitate vor deren Verwendung zur Autorisierung vorgelegt, wobei es in Ihrem Ermessen liegt, ob solche Zitate evtl. mit dem eigenen Namen bzw. anonymisiert gekennzeichnet werden sollen.

Fragen

1. Identität der Langzeitpflege und -betreuung

1.1. Durch welche Werte ist Ihrer Meinung nach die Pflege und Betreuung älterer Menschen aus Sicht der Personenbetreuerinnen gekennzeichnet?

1.2. Wenn Sie jemand nach Ihrem Beruf fragt, was antworten Sie da normalerweise?

2. Strukturqualität

2.1. Welche Rahmenbedingungen (Strukturen) brauchen Sie, um „gute Pflege“ erbringen zu können?

2.2. Welche davon beeinflussen aus Ihrer Sicht die Qualität Ihrer praktischen Arbeit am meisten?

3. Prozessqualität

3.1. Wenn Sie nun an einen normalen Tagesablauf Ihrer Arbeit denken, welche Abläufe, welche Kontakte mit anderen beeinflussen da die Qualität Ihrer Arbeit am meisten?

4. Ergebnisqualität

4.1. Und am Ende des Arbeitstages: Woran erkennen Sie da am besten, ob die Betreuung und Pflege „gut“ war? Können Sie das messen?

4.2. Mit wem sprechen Sie über die Ergebnisse der von Ihnen hier geleisteten Arbeit? Worum geht es bei diesen Gesprächen? (evtl. Hinweis auf Arbeitgeber bzw. pflegebedürftige Person, Angehörige, Kolleginnen ...; bei Antwort „mit niemand“: Mit wem würden Sie sich mehr Austausch über Ihre Arbeit wünschen?)

5. Betrachten wir jetzt einmal genauer die Arbeitsbedingungen, unter denen Sie Ihren Beruf ausüben. Welche der folgenden Aspekte sind dabei besonders wichtig bzw. haben besonderen Einfluss auf die Qualität Ihrer Arbeit? Bewerten Sie bitte zunächst jeden Aspekt auf einer Skala von 1-10 und bewerten Sie danach die fünf wichtigsten von Rang 1 bis 5.

Aspekt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Rang
1. Lage und Dauer der Arbeitszeit											
2. Zeitdruck											
3. Wegzeiten (v.a. im mobilen Bereich)											
4. Organisation (evtl. nachfragen: z.B. Personalmangel, Fluktuation, Krankenstände ...)											
5. Bezahlung											
6. Karrieremöglichkeiten, berufliche Perspektiven											
7. Zusammenarbeit innerhalb Ihrer Berufsgruppe (Hierarchie)											
8. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (evtl. nachfragen: welche?)											
9. Fortbildung											
10. Beziehung zu Klientinnen/ Klienten											
11. Vereinbarkeit von Beruf und Familie											
12. Beziehung zu Angehörigen											
13. Arbeitsplatzsicherheit											
14. Körperliche, psychische Belastungen											
15. Gesetzliche Regelungen (Berufsrecht)											
16. Ethische Fragen											
17. sonstige Stressfaktoren, nämlich ... (z.B. Kompetenzüberschreitungen, evtl. Hinweis auf Gewalt bzw. Gewalterfahrungen)											
18. sonstige, nämlich ...											

6. Wenn Sie nun die 5 wichtigsten Aspekte betrachten: Was genau sollte in diesem Bereich verbessert werden?

7. Zufriedenheit

7.1. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Arbeit?

7.2. Was macht sie besonders zufrieden mit Ihrer Arbeit als Personenbetreuer?

8. Kompetenzen

8.1. Was ist Ihre Grundausbildung?

8.2. Welche Ausbildung haben Sie gemacht, um Personenbetreuer zu werden?

8.3. Wenn Sie allgemein an Ihre Tätigkeit als Personenbetreuer denken, glauben Sie, dass die erforderliche Ausbildung diese Kompetenzen ausreichend schult, um den Herausforderungen gerecht zu werden? (evtl. nachfragen: warum ja? Warum nicht? Was fehlt? etc.)

8.4. Was sollte evtl. getan werden, um diese Kompetenzen zu verstärken bzw. zu verbessern?

9. Zukunftsperspektiven

9.1. Glauben Sie, dass Sie auch in fünf Jahren noch als Personenbetreuerin in Österreich arbeiten werden? Wenn ja, was wünschen Sie sich bis dahin an Verbesserungen? Wenn nein, welche Alternativen stellen Sie sich vor?

9.2. Was sollte Ihrer Meinung nach noch getan werden, um „gute Pflege“ durch Personenbetreuer in Österreich zu ermöglichen?

10. Abschließend einige allgemeine Angaben zur Person:

10.1. Name (kann auch anonym bleiben)

10.2. Geschlecht

10.3. Alter

10.4. Beruf (Ausbildung)

10.5. Organisation

10.6. Funktion

10.7. Seit wann im Beruf tätig?

10.8. Seit wann in der jetzigen Funktion?