



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

Bericht zum Projekt

# „Bürokratie in der Pflege

– Inhalt und Aufwand indirekter Pflege  
in der stationären Altenhilfe.“

Bürokratie in der  
Pflege  
Altenhilfe

Bericht zum Projekt

# „Bürokratie in der Pflege

– Inhalt und Aufwand indirekter Pflege  
in der stationären Altenhilfe.“

**KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH**  
An der Pauluskirche 3  
50677 Köln

**Ansprechpartner:**  
**Henry Kieschnick (Projektbearbeitung)**  
Telefon: 0221/9318 47-37  
Fax: 0221/9318 47-6  
E-Mail: [henry.kieschnick@kda.de](mailto:henry.kieschnick@kda.de)

**Simone Helck (Mitarbeit bei der Literaturrecherche)**  
**Gudrun Roling (Mitarbeit bei der exemplarischen Fallstudie)**

**Klaus Besselmann (Geschäftsführung)**  
Telefon: 0221/9318 47-29  
Fax: 0221/9318 47-6  
E-Mail: [Klaus.Besselmann@kda.de](mailto:Klaus.Besselmann@kda.de)

**Köln, Juni 2005**

# Inhalt

<b>I.</b>	<b>Fragestellungen</b> .....	5
<b>II.</b>	<b>Bearbeitete Themen</b> .....	7
<b>III.</b>	<b>Literaturrecherche</b> .....	10
<b>IV.</b>	<b>Auswertung vorhandener Untersuchungen und Verfahren</b> .....	12
4.1	Untersuchung von Schäfer-Walkmann u. a. ....	14
4.2	Verfahren „PLAISIR“ .....	16
4.3	Untersuchung von Mybes, Pfau, Rückert .....	19
4.4	Untersuchung von Landau u. a.....	21
4.5	Untersuchung von Mybes. ....	24
4.6	Untersuchung „Pflegebedarf und Leistungsstrukturen in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ .....	26
4.7	Untersuchung von Birkenbeil/Kerchhoff .....	29
4.8	Verfahren „PERSYS“ .....	30
4.9	Untersuchung AWO-Bezirksverband Mittelrhein .....	31
4.10	Verfahren „CBS“ .....	32
4.11	Untersuchung von Busch, Huchler, Pfaff.....	34
4.12	Untersuchung von Dorenkamp, Oyen, Funke, Zapp .....	35
4.13	Untersuchung/Verfahren „Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD)“ .....	37
4.14	Untersuchung von Heil-Ferrari .....	39
4.15	Weitere Untersuchungen bzw. Verfahren .....	41
<b>V.</b>	<b>Schlussfolgerungen zum Inhalt indirekter Pflege</b> .....	45
5.1	Vorschlag „Katalog der indirekten Pflegeleistungen“ .....	45
5.2	Erläuterungen zum Vorschlag.....	48
5.2.1	Direkte Pflegeleistungen .....	49
5.2.2	Aufwand für Einzug, Umzug und Auszug.....	52
5.2.3	Bei der Umrechnung von Netto- in Bruttopflegezeit zu berücksichtigender Aufwand.....	53
<b>VI.</b>	<b>Exemplarische Fallstudie</b> .....	55
6.1	Zeitschätzung (Einrichtung 1) .....	55
6.2	Vorbemerkungen zur Zeitmessung.....	58
6.3	Zeitmessung in der Einrichtung 2 .....	59
6.3.1	Allgemeine Informationen zur Einrichtung und zum untersuchten Wohnbereich...	59

6.3.2	Weitere Informationen zu für die Pflege relevanten Rahmenbedingungen . . .	60
6.3.3	Kurzbewertung der pflegerelevanten Rahmenbedingungen . . . . .	67
6.3.4	Beobachtungsergebnisse . . . . .	67
6.4	Zeitmessung in der Einrichtung 3 . . . . .	79
6.4.1	Allgemeine Informationen zur Einrichtung und zum untersuchten Wohnbereich . . . . .	79
6.4.2	Weitere Informationen zu für die Pflege relevanten Rahmenbedingungen . . .	80
6.4.3	Kurzbewertung der pflegerelevanten Rahmenbedingungen . . . . .	87
6.4.4	Beobachtungsergebnisse . . . . .	87
<b>VII.</b>	<b>Schlussfolgerungen zum zeitlichen Aufwand indirekter Pflege ..</b>	<b>100</b>
7.1	Zusammenfassung zu den ausgewerteten Untersuchungen/Verfahren . . . . .	100
7.2	Zusammenfassung zur exemplarischen Fallstudie . . . . .	101
7.2.1	Zeitschätzung . . . . .	102
7.2.2	Zeitmessungen . . . . .	103
7.3	Weiterführende Überlegungen zu relevanten Einflussfaktoren . . . . .	106
7.4	Weiterführende Überlegungen zur „Form der Anrechnung“ indirekter Pflege . . . . .	109
<b>VIII.</b>	<b>Fazit und Aussicht. . . . .</b>	<b>113</b>
<b>IX.</b>	<b>Anhang . . . . .</b>	<b>119</b>
9.1	Literaturverzeichnis . . . . .	119
9.1.1	Themenspezifische Literatur . . . . .	119
9.1.2	Allgemeine und weiterführende Literatur . . . . .	121
9.2	Übersicht über ausgewählte Untersuchungen und Verfahren . . . . .	123
9.3	Einzelwerte und Berechnungsgrundlage der Zeitschätzung in der Einrichtung 1 . . . . .	130
9.4	Bei der exemplarischen Fallstudie (Zeitmessung) eingesetzter Tätigkeitenkatalog . . . . .	133
9.5	Tätigkeitsbeobachtungsbogen aus der Untersuchung von Schäfer-Walkmann . . . . .	138
9.6	Inhalt der PLAISIR-Pauschalen BBK und VIAW . . . . .	140
9.7	Tätigkeitenkatalog aus der Untersuchung von Mybes, Pfau, Rückert . . . . .	141
9.8	Tätigkeitenkatalog aus der Untersuchung von Landau u. a. . . . .	142
9.9	Auszug aus dem Tätigkeitenkatalog der Untersuchung von Mybes. . . . .	145

# I.

## Fragestellungen

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Aufgabe von stationären Altenpflegeeinrichtungen ist es vorrangig, die von den Bewohnerinnen und Bewohnern gewünschten und für die alten Menschen notwendigen Dienstleistungen im Bereich der Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft qualitativ hochwertig sicherzustellen. Dies betrifft im Bereich der pflegerischen Versorgung zum einen Leistungen, die direkt für, mit bzw. bei den Bewohnerinnen und Bewohnern erbracht werden und hauptsächlich als Unterstützung oder Hilfe bei Mobilität, Körperpflege, Kleiden, Ernährung und Ausscheidung, aber auch bei der Kommunikation und Alltagsgestaltung sowie als Mitwirkung bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie umgesetzt werden (so genannte direkte Pflege). Zum anderen muss ein nicht unerheblicher Zeitaufwand „bewohnerfern“ bzw. dafür eingesetzt werden, dass die direkte Pflege überhaupt sichergestellt werden kann. Dies betrifft vor allem

- die Gesamtorganisation der Einrichtung (z. B. fachbereichsübergreifende Besprechungen, Qualitätsmanagement),
- die pflegeinterne Organisation aller Leistungen (Arbeitsablauforganisation, Umsetzung des Pflegesystems etc.),
- das Pflegeassessment (inkl. Biographiearbeit und Risikopotenzialanalyse),
- die Ermittlung des Pflege- und Betreuungsbedarfs,
- die Planung und Dokumentation der Pflege,
- das Überprüfen der erbrachten Pflege (inkl. Evaluation des Pflegeplans),
- das Durchführen von Besprechungen (z. B. Dienstübergaben, Fallbesprechungen, Teamgespräche),
- die Kommunikation mit anderen Leistungsbereichen, Diensten und Helferinnen/Helfern (z. B. Hauswirtschaft, Physiotherapie, Angehörige, Ehrenamtliche),
- die Durchführung administrativer Tätigkeiten (z. B. Veränderungsmeldung, Bestellwesen),
- die Instandhaltung im Wohn-/Pflegebereich (z. B. Wartung des Sauerstoffgerätes),
- die Organisation und/oder teilweise Sicherstellung des so genannten Hol- und Bringedienstes (Transport von Essen, Getränken, Wäsche),
- die Wegstrecken im Zusammenhang mit Organisation und Administration,
- für leitende Pflegepersonen und Pflegefachkräfte zusätzlich die Anleitung/Begleitung und das Controlling bezüglich besonderer Pflegesituationen sowie das Unterstützen, Begleiten und Fördern der anderen Teammitglieder.

Diese Pflegeanteile werden häufig im Zusammenhang mit der Frage in den Blick genommen, an welchen Stellen in der Pflege Bürokratie entsteht/vorhanden ist und wie der Aufwand für die Bürokratie reduziert werden kann mit dem Ziel, die Pflege qualitativ hochwertig und zugleich effizient erbringen zu können. Eine wichtige Voraussetzung für Entbürokratisierungsbestrebungen ist, dass genau definiert ist, welche Leistungen überhaupt in den Bereich der indirekten Pflege fallen und welchen (zeitlichen) Aufwand sie verursachen.

In der pflegewissenschaftlichen und pflegemanagementbezogenen Literatur finden sich allerdings sehr unterschiedliche Definitionen zu Begriff und konkreten Inhalten der indirekten Pflege. Außerdem gibt es zum zeitlichen Aufwand für die Organisation und „Bereitstellung“ der direkten Pflege bisher relativ wenige und darüber hinaus noch verschiedene Aussagen. Dies ist vor allem dadurch bedingt, dass in der Vergangenheit verlässliche Messungen nur eingeschränkt durchgeführt wurden und den Erhebungen eine unterschiedliche Leistungsabgrenzung zu Grunde liegt. Dies erschwert den Vergleich der Daten zum zeitlichen Aufwand von indirekter Pflege und von übergreifenden Aussagen zum durchschnittlich in einer Altenpflegeeinrichtung zu erwartenden Aufwand sowie zur zeitlichen Auswirkung von Entbürokratisierungsmaßnahmen.

Aussagen dazu, dass bei der Betrachtung von Pflege auch indirekte Pflegeleistungen einbezogen werden müssen, wie diese Leistungen definiert und zeitlich zu bewerten sind, finden sich am ehesten im Zusammenhang mit Studien, die sich mit Fragen des Pflegeaufwands/-bedarfs beschäftigen, sowie mit Verfahren zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung.

## II. Bearbeitete Themen

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Um einen Überblick über bereits vorhandene Studien, Konzepte und Aussagen zum Thema „indirekte Pflegeleistungen“ zu erhalten, wurde im ersten Schritt eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Die Herangehensweise an die Literaturrecherche und die wichtigsten Erkenntnisse sind in Kapitel 3 zusammengefasst. Die Zusammenstellung der ausgewerteten Literatur findet sich in Kapitel 9.1.

Anschließend an die Literatursuche wurden die Veröffentlichungen dahingehend näher untersucht, ob in der Literatur Angaben dazu enthalten sind,

- welche Begriffe für Leistungen/Leistungspaket im Zusammenhang mit der indirekten Pflege verwendet werden,
- wie die Leistungen/Leistungspakete inhaltlich definiert und zur direkten Pflege abgegrenzt sind,
- welcher Zeitbedarf für die Erbringung der Leistungen/Leistungspakete benannt wird.

Die Ergebnisse der Analyse werden in Kapitel 4 aufbereitet. Insgesamt werden Aussagen zu 21 Untersuchungen und Verfahren getroffen, die Aussagen zum Thema „indirekte Pflege“ enthalten, allerdings in unterschiedlicher Breite und Tiefe.

### Es handelt sich dabei um

- Schäfer-Walkmann (2002): Zeitverwendung und Zeitressourcen für pflegerische Tätigkeiten in stationären Pflegeeinrichtungen,
- das Verfahren PLAISIR (PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieu des soins prolongés),
- Mybes, Pfau, Rückert (1980) : Zur Organisation pflegerischer Dienste in Altenpflege-/Altenkrankenheimen,
- Landau (1995): Tätigkeitskataloge in der Altenpflege,
- Mybes (1995): Pflegebedürftigkeit und Verteilung der Pflegezeit (Fallstudie in einer ausgewählten Altenpflegeeinrichtung),
- Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen (2002): Pflegebedarf und Leistungsstrukturen in vollstationären Pflegeeinrichtungen,
- Birkenbeil, Kerkhoff (1999): Qualitätssicherung und leistungsbezogene Personalbedarfsplanung in der stationären Altenhilfe,
- Evang. Heimstiftung (1999): Das Verfahren PERSYS (Personalbemessungssystem – Leistungsgerechte Pflegesätze und Maßstäbe zur Personalbemessung für die stationäre Pflege),

- Giercke (in Schmidt/Thiele 1998): Untersuchung AWO Bezirksverband Mittelrhein, das Verfahren CBS: Controlling und Benchmarking Stationär,
- Busch, Huchler, Pfaff (1997): Empirische Analyse von Betriebsabläufen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe,
- Dorenkamp, Oyen, Funke, Zapp (1998): Leistungsmessung. Basis für den Aufbau einer Internen Budgetierung,
- Dürrmann (2001): Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD),
- Heil-Ferrari (in KDA 1994): Pflegefremde Tätigkeiten in der stationären Altenhilfe,
- Neubauer, Schallmair (1998): Unterschiede im Leistungsgeschehen stationärer Altenpflegeeinrichtungen,
- Laaser, Röttger-Liepmann, Breckenkamp, Herwig-Stenzel (2000): Auswirkungen der 2. Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes auf die Versorgung im stationären Bereich der Altenhilfe,
- Müller (1993): Tagesablaufplanung/Tagesablaufgestaltung,
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Diakonisches Werk der Evang. Kirche in Deutschland (1997): Arbeitshilfe für eine bewohnerbezogene Erfassung der Leistungen gemäß § 43 SGB XI in stationären Einrichtungen der Altenhilfe,
- Schneekloth, Müller (in BMG 1999): Wirkungen der Pflegeversicherung,
- Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (1997): BASIS-Studie.

Eine vergleichende Gegenüberstellung von Inhalt und Aufbau der pflegebezogenen Tätigkeitenkataloge von Studien/Systemen, die für das bearbeitete Thema besonders relevant sind, ist in Kapitel 9.2 vorgenommen worden. Zusätzlich werden in den Kapiteln 9.5 bis 9.9 die Tätigkeitenkataloge dieser Untersuchungen/Verfahren vorgestellt.

Aus der Analyse heraus wurde ein Vorschlag entwickelt hinsichtlich einer Abgrenzung von indirekter Pflege, der als Grundlage für weitere Diskussionen, Vergleiche, Erhebungen und Messungen zu Inhalt und Aufwand von Bürokratie in der Pflege und für die Bewertung von Ansätzen zur Entbürokratisierung genutzt werden könnte. Der vorzuschlagende „Katalog indirekter Pflegeleistungen“ selbst ist in Kapitel 5.1 aufgeführt. Die Begründung und Erläuterung des Abgrenzungsvorschlags findet sich in Kapitel 5.2.

Außerdem war erklärter Ansatz des Projektes, möglichst aufzuzeigen, bezogen auf welche konkreten Leistungen der mit der Erbringung verbundene Aufwand und damit die „Bürokratie“ reduziert werden kann. Dies konnte allerdings im Rahmen des Projektes nur bedingt geleistet werden. Auf die Gründe und die gewählte Herangehensweise wird in Kapitel 7 eingegangen. In diesem Kapitel werden auch die Ergebnisse der Recherche zum zeitlichen Aufwand indirekter Pflege zusammengefasst und es wird weiterführend auf die relevanten Einflussfaktoren und die Finanzierung/Finanzierbarkeit von (indirekter) Pflege eingegangen.

Über die genannten Aspekte hinaus schien es im Rahmen der Planung des Projektes sinnvoll, auf der Grundlage der vorgeschlagenen Definition und Abgrenzung von indirekter Pflege eine erste exemplarische Fallstudie in einer geringen Anzahl von stationären Altenpflegeeinrichtungen zum zeitlichen Umfang der definierten Leistungen durchzuführen, um einen Anhaltswert für den diesbezüglichen Aufwand zu erhalten, der Basis für weitere zukünftige Erhebungen sein könnte. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse der durchgeführten Zeitmessung in zwei Altenpflegeeinrichtungen vorgestellt. Außerdem erfolgte in einer weiteren Einrichtung eine Zeitschätzung, die ebenfalls im vorliegenden Bericht diskutiert wird.

Die wesentlichen Schlussfolgerungen aus der Bearbeitung des Themas „Inhalt und Aufwand indirekter Pflege“ werden in Kapitel 8 zusammengefasst.



## Literaturrecherche

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Das Thema „indirekte Pflegeleistungen“ wird in Studien und der einschlägigen Literatur in der Regel dem Themengebiet „Pflegezeitbedarf/Pflegezeitmessung“ zugeordnet. Zum Teil war in der Vergangenheit der Begriff der indirekten Pflege auch in die Diskussion um die so genannten pflegefremden Tätigkeiten einbezogen. Daher wurde die Literaturrecherche vor allem an folgenden Schlagworten ausgerichtet: Bedarf, Bedarfsermittlung, indirekte Pflege, indirekte Pflegeleistungen, Personal, Personalbedarf, Personaleinsatzplanung, Personalkosten, Personalplanung, Personalschlüssel, Pflegepersonal, pflegefremde Tätigkeiten, Pflegebedarf, Pflegezeit, Pflegezeitbedarf, Pflegezeitmessung, Zeitbudget, Zeitmessung, Zeitstrukturierung.

Im Literaturverzeichnis, das im Ergebnis der Recherche erstellt wurde und das als Kapitel 9.1 Bestandteil des Berichtes ist, wurde eine Trennung zwischen „themenspezifischer Literatur“ und „allgemeiner und weiterführender Literatur“ vorgenommen. Der erstgenannten Kategorie wurden Veröffentlichungen zugeordnet, die konkrete Aussagen zu Inhalten und Aufwand indirekter Pflege in der stationären Altenpflege bzw. zu den relevanten Einflussfaktoren treffen.

In bestimmter Hinsicht wurde die Recherche allerdings eingeschränkt. So wurden in das Literaturverzeichnis keine Veröffentlichungen aufgenommen, die vor 1985 erschienen sind, mit einer Ausnahme. Die Ausnahme betrifft die Veröffentlichung „Zur Organisation pflegerischer Dienste in Altenpflege-/Altenkrankenheimen“ von Mybes, Pfau und Rückert, da sie eine bedeutende der „frühen“ Veröffentlichungen darstellt. Außerdem wurden nur bedingt Zeitschriftenartikel einbezogen, da sie – so die Erfahrung des ersten Recheredurchlaufs – die relevanten Studien und Erhebungen nur zusammenfassend und damit nicht sehr detailliert darstellen. Vielmehr wurde versucht, vorrangig auf die Primärliteratur zurückzugreifen. Darüber hinaus wurden bewusst Studien und Verfahren aus dem Krankenhausbereich weitgehend ausgeblendet. Aufgrund des im Vergleich zur stationären Altenpflege anderen Versorgungsauftrags der Kliniken und den damit zusammenhängenden abweichenden Rahmenbedingungen, Strukturen, Abläufen und Leistungsinhalten können u. E. die krankenhausspezifischen Studien und Verfahren nur sehr bedingt zur Interpretation, Abgrenzung und Bewertung des direkten und indirekten Leistungsspektrums in Altenpflegeheimen herangezogen werden. In Kapitel 4 wird dieser Aspekt an einigen Beispielen näher erläutert. Ebenso lag der Schwerpunkt der Recherche nicht auf Veröffentlichungen zur ambulanten Pflege, da sich Ansatz und Umsetzung der Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung ebenfalls gravierend von den Ansätzen in der stationären Altenpflege unterscheiden, bzw. sie können nicht ohne weiteres auf diesen Bereich übertragen werden. Nichtsdestotrotz

wurden mehrere (inhaltlich bedeutende) Beiträge aus dem ambulanten Bereich in das Literaturverzeichnis aufgenommen (Teil „Allgemeine und weiterführende Literatur“).

Die Literaturrecherche ergab, dass unter den Begriffen „indirekte Pflege“ und „indirekte Pflegeleistungen“ kaum Veröffentlichungen zu finden sind. Dies ist sicherlich darin begründet, dass die indirekte Pflege als Teil der gesamten Pflege betrachtet wird und daher verständlicherweise dem „übergeordneten“ Themengebiet „Pflegezeitbedarf/ Pflegezeitmessung“ zugeordnet wird. Außerdem beinhaltet – bezogen auf die Literatur zum übergeordneten Themengebiet – wiederum nur ein Teil der Veröffentlichungen umfassende und differenzierte Aussagen zu Inhalt, Abgrenzung und Aufwand indirekter Pflege. Die wesentlichen Studien und Verfahren sind in Kapitel 4 näher erläutert.

# IV.

## Auswertung vorhandener Untersuchungen und Verfahren

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt, wird in den themenrelevanten Verfahren, Untersuchungen und Veröffentlichungen unterschiedlich definiert bzw. abgegrenzt, welche Kategorien und Einzeltätigkeiten dem Oberbegriff „indirekte Pflege“ zuzuordnen sind. Schäfer-Walkmann äußert sich z. B. über in der Vergangenheit durchgeführte Zeitstudien in der Pflege folgendermaßen: „Auffällig ist [...], dass zeitlich später durchgeführte Untersuchungen kaum auf frühere Arbeiten zurückgreifen und immer neue Tätigkeitskataloge den Zeitstudien zugrunde gelegt werden. Der Untersuchungsgegenstand „Pflegetätigkeit“ wird damit auf sehr unterschiedliche Art und Weise operationalisiert und bleibt begrifflich unklar.“ [Schäfer-Walkmann, 2002, S. 44 f.]

Weitgehende Einigkeit besteht in den unterschiedlichen Untersuchungen bezüglich des Ansatzes, dass zusätzlich zu den Leistungen der so genannten direkten Pflege in der stationären Altenpflege auch Leistungen erbracht werden müssen, die nicht einer konkreten Bewohnerin/einem konkreten Bewohner zugeordnet werden können (quasi für mehrere oder alle Bewohner „gleichzeitig“ erbracht werden) bzw. die der Gesamtorganisation des Wohn-/Pflegebereiches und der organisatorischen Sicherstellung der direkten Pflege dienen. Insofern gehen die meisten Systeme und Studien im Umkehrschluss auch davon aus, dass Tätigkeiten der unmittelbaren Vorbereitung und Nachbereitung von direkten Pflegeleistungen den direkten Leistungen zuzuordnen sind.

Im Rahmen der Abgrenzung von indirekten Pflegeleistungen im Vergleich zu den direkten Pflegeinterventionen werden in den Untersuchungen und Veröffentlichungen als Unterkategorien der direkten Pflege überwiegend die Begriffe „Grundpflege“, „soziale Betreuung/psychosoziale Begleitung“ und „Behandlungspflege“ verwendet. In der Vergangenheit hat sich das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) bereits mehrfach mit den genannten Begrifflichkeiten auseinandergesetzt. Im Ergebnis hat das KDA vorgeschlagen, diese Begriffe in der Pflegefachsprache möglichst nicht mehr zu verwenden. „Die Begriffe Grund- und Behandlungspflege legen nahe, dass der eigentliche Tätigkeitsbereich der Pflege, nämlich die Grundpflege, sehr verkürzt und rudimentär dargestellt wird. Die Behandlungspflege, also die ärztlichen Mitarbeitsaufgaben, wird oft als die qualitativ hochwertigere Pflege gesehen. Diese Haltung hat sich grundlegend verändert, insbesondere durch das Modell der Fördernden Prozesspflege von Monika Krohwinkel.“ [Sowinski, 2004 b]

„Weil die Grund- und Behandlungspflege vielen der in der Pflege Tätigen und Lehrenden zu technisch erschienen, wurden die so genannten „psychosozialen Hilfeleistungen“ erfunden – als „wärmende“ Ergänzung zu den kühlen und nüchternen Pflegeinterventionen der Grund- und Behandlungspflege [...]. Psychosoziale Hilfeleistungen

wurden so das caritative, altruistische Element der Pflege, das aber abhängig vom Zeitbudget war. Man konnte sie leisten, musste aber nicht [...]. Die Einteilung der Pflege in Grund- und Behandlungspflege sowie psychosoziale Begleitung hat die Pflege auf das Niveau eines medizinischen Assistenzberufes ohne eigenständiges Profil abgewertet.“ [Sowinski, 2004 a, S. 23]

Trotz des genannten Vorschlags des KDA werden die Begriffe „Grundpflege“, „soziale Betreuung/psychosoziale Begleitung“ und „Behandlungspflege“ im folgenden Text verwendet, da sie in den Verfahren/Untersuchungen größtenteils explizit genannt werden. Hintergrund der Nennung ist sicherlich in den meisten Fällen, dass die Begriffe bei der leistungsrechtlichen Betrachtung von Pflege und Betreuung sowie in den relevanten Gesetzen, Richtlinien usw. verwendet werden. Die Systeme und Untersuchungen zum Pflegezeit- und Personalbedarf orientieren sich verständlicherweise wiederum in den meisten Fällen am leistungsrechtlichen Hintergrund, da sie auch die Finanzierung bzw. Finanzierbarkeit von Pflegeleistungen in den Blick nehmen müssen.

Im Folgenden werden bezogen auf die wichtigsten bekannten Studien und Verfahren, die Aussagen zum Thema „indirekte Pflege“ enthalten, die in den Untersuchungen/Systemen enthaltenen Angaben zu Inhalt und/oder zeitlichem Aufwand indirekter Pflegeleistungen zusammenfassend dargestellt. Die Darstellung beschränkt sich aus den bereits in Kapitel 3 genannten Gründen auf Systeme, Untersuchungen und Veröffentlichungen aus dem Bereich der stationären Altenpflege (lediglich auf die Pflege-Personalregelung aus dem Krankenhausbereich wird mittelbar im Kapitel 4.7 eingegangen). Dabei werden die Teilthemen „Inhalt“ und „Aufwand“ je Studie/Verfahren zusammenhängend behandelt, um eine mehrfache „Auflistung“ der Kategorien und Einzeltätigkeiten von indirekter Pflege zu vermeiden.

In den Kapiteln 4.1 bis 4.5 wird auf die Untersuchungen und Verfahren eingegangen, die differenzierte Aussagen zu den einzelnen Leistungen der indirekten Pflege treffen und diese Tätigkeiten bestimmten Kategorien/Subkategorien zuordnen. Zur besseren Übersicht sind die Systeme zusätzlich in Kapitel 9.2 in Form einer Tabelle gegenübergestellt. Dies ermöglicht beispielsweise den Vergleich dahingehend, ob gleiche oder zumindest ähnliche Kategorien gebildet wurden bzw. welchen Kategorien die einzelnen Tätigkeiten in einer Untersuchung im Vergleich zu einer/den anderen Studie(n) zugeordnet werden. Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden auf diese Art und Weise deutlicher sichtbar als in der Einzeldarstellung der Systeme. Außerdem sind die den Kapiteln 4.1 bis 4.5 zu Grunde liegenden Tätigkeitenkataloge in der „Originalreihenfolge“ der Kategorien und Tätigkeiten als Kapitel 9.5 bis 9.9 Bestandteil dieses Berichtes.

Die Studien und Veröffentlichungen, in denen eine eher grobe Unterteilung des Bereiches der indirekten Pflege bzw. die Nennung einiger übergeordneter Leistungen/Kategorien erfolgt, sind in den Kapiteln 4.6 bis 4.15 erläutert. In Kapitel 4.16 sind weitere Untersuchungen bzw. Verfahren zusammenfassend dargestellt, zu denen in der zugänglichen/ausgewerteten Literatur noch weniger differenzierte Aussagen zu den Einzelkategorien bzw. -tätigkeiten des Bereiches der indirekten Pflege getroffen werden.

## 4.1 Untersuchung von Schäfer-Walkmann u. a.

„Im Jahre 1999 beauftragte der Landeswohlfahrtsverband Baden Frau Prof. Dr. Anita B. Pfaff mit der Erstellung eines Gutachtens zur „Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von Pflegeleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden“. Es entstand – in einem sehr eng begrenzten Zeitrahmen – eine empirisch aufwändige Arbeit, die der Politik wissenschaftlich abgesicherte Diskussions- und Entscheidungshilfen an die Hand gegeben hat.“ [Schäfer-Walkmann, 2002, Vorwort]

In der Veröffentlichung „Zeitverwendung und Zeittressourcen für pflegerische Tätigkeiten in stationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe“ von Schäfer-Walkmann wurde der umfangreiche Datensatz der Primärdatenerhebung weiterführend ausgewertet [vgl. ebenda].

Der Erhebung liegt ein umfassender und detaillierter Tätigkeitenkatalog zugrunde. Für den Bereich der indirekten Pflege sind vor allem folgende Kategorien und Subkategorien von Bedeutung [vgl. ebenda, S. IV-1-1 ff.]:

### ■ Management und Administration

- Dokumentation
- Verwaltung
- Organisation
- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Arbeitsunterbrechungen

### ■ Station

- Wohnumfeldgestaltung
- Materialwirtschaft

### ■ Hauswirtschaft

- Reinigungs-, Aufräumungs-, und Entsorgungsarbeiten
- Speiserversorgung
- Wäscheversorgung
- Sonstige Hauswirtschaft

Die einzelnen, den Kategorien zugeordneten Tätigkeiten sind in Kapitel 9.5 und in der Übersicht in Kapitel 9.2 aufgeführt. In der Übersicht ist zusätzlich auch ein Teil der Leistungen der Kategorien „Behandlungspflege“ und „soziale Einzelbetreuung“ genannt, obwohl diese Kategorien in der Regel dem Bereich der direkten Pflege zugeordnet werden. In verschiedenen Untersuchungen/Systemen werden allerdings einige der aufgeführten Tätigkeiten dem Bereich der indirekten Pflege zugerechnet. Dies betrifft z. B. die Barbetragsverwaltung und die Boten- bzw. Dienstgänge im oder außer Haus.

In die Erhebung auch einbezogen wurden die so genannten Arbeitsunterbrechungen, die einerseits die regulären (gesetzlich/tariflich definierten) Pausen und andererseits die so genannten persönlichen Verteilzeiten betreffen, das heißt kleinere Arbeitsunterbrechungen der Pflegepersonen bedingt durch das Aufsuchen der Toilette oder Raucherpausen.

Hinsichtlich der Berücksichtigung von Wegezeiten ist in der Untersuchung ein etwas anderer Ansatz gewählt worden als in den meisten anderen Studien/Systemen: „Wegezeiten werden den beobachteten Tätigkeiten zugeordnet, das heißt, jede Einzeltätigkeit [der direkten Pflege d. R.] beginnt mit dem Weg zum Ort der Ausführung. Erscheinen in der Auswertung besonders lange Zeitintervalle für einzelne Tätigkeiten, ergeben sich Hinweise auf eventuelle Ineffizienzen, die sich beispielsweise in baulichen Unzulänglichkeiten oder in einer mangelhaften Ablauforganisation begründen.“ [ebenda, S. 69]

Zum zeitlichen Aufwand von Pflege sind in der Veröffentlichung von Schäfer-Walkmann mehrere Auswertungen vorhanden; in der Regel enthalten sie Prozentzahlen. Exemplarisch soll an dieser Stelle ein *Auszug* der Daten zur Verteilung des Zeitaufwands auf die verschiedenen Kategorien und bezogen auf verschiedene Mitarbeitergruppen dargestellt werden. Die Summen sind nicht der Veröffentlichung entnommen, sondern berechnet worden [vgl. ebenda, S. 102].

Tabelle 1: Schäfer-Walkmann: Tätigkeitsprofile unterschiedlicher Berufsgruppen (Anteile in Prozent)					
Kategorie	Code	Pflegefachkräfte	Pflegehilfskräfte	Hauswirt. Kräfte	Alle Berufsgruppen
Grundpflege	100	37,6	37,2	13,3	36,9
Behandlungspflege	200	6,3	3,4	0,2	4,4
Soz. Einzelbetreuung	400	4,8	3,6	1,7	4,3
Soz. Gruppenbetreuung	500	0,4	0,2	0,0	0,4
<b>Summe „direkt“</b>		<b>49,1</b>	<b>44,4</b>	<b>15,2</b>	<b>46,0</b>
Dokumentation	601	5,3	3,5	0,2	3,9
Verwaltung	602	2,1	0,1	0,2	1,0
Organisation	603	12,5	11,1	2,0	10,8
Aus-, Fort-, Weiterbildung	604	0,8	0,9	0,0	0,7
Station	700	3,6	1,1	0,1	2,1
<b>Summe 601–604 und 700</b>		<b>24,3</b>	<b>16,7</b>	<b>2,5</b>	<b>18,5</b>
Hauswirtschaft	300	6,5	13,4	77,0	14,3
<b>Summe 601–604, 700, 300</b>		<b>30,8</b>	<b>30,1</b>	<b>79,5</b>	<b>32,8</b>
Sonstiges	-/-	3,4	2,4	0,1	2,5
Arbeitsunterbrechungen	605	16,7	23,1	5,2	18,7
<b>Summe „indirekt“</b>		<b>50,9</b>	<b>55,6</b>	<b>84,8</b>	<b>54,0</b>

Aussagen zu Minutenwerten können nicht getroffen werden, da für die in der Veröffentlichung innerhalb von Textteilen genannten beispielhaften absoluten Zahlen die Berechnungsgrundlage bzw. der Bezugspunkt nicht eindeutig nachvollzogen werden konnte. Für die Kategorien „Management und Administration“ (600) und „Station“ (700), die hauptsächlich dem Bereich der indirekten Pflege zuzuordnen sind, ergibt sich bei Vernachlässigung der Subkategorie „Arbeitsunterbrechungen“ (605) ein Anteil am Gesamtpflegeaufwand von ca. 24 % bei den Pflegefachkräften und ca. 17% bei den Pflegehilfskräften. Unter Einbeziehung der mittelbar bewohnerbezogenen Hauswirtschaftsleistungen ergeben sich jeweils etwas über 30% für die beiden Berufsgruppen.

## 4.2 Verfahren „PLAISIR“

PLAISIR ist ein Verfahren zur Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der stationären Langzeitversorgung von Altenpflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. Das Verfahren setzt am individuellen Pflegebedarf der einzelnen Bewohnerin/des einzelnen Bewohners an. Der Begriff PLAISIR steht für PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieu des soins prolongés. Dies kann übersetzt werden mit „Informations-/EDV-gestützte Planung der erforderlichen Pflege“. Die Methode PLAISIR wurde in Kanada von der Firma EROS (Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé, Sitz: Montreal) unter Leitung von Prof. Charles Tilquin entwickelt. Seit 1983 wird das Verfahren in Kanada (in der Provinz Québec) und unter anderem auch seit Mitte der 90er Jahre in den französischsprachigen Kantonen der Schweiz regelhaft eingesetzt. In Deutschland wurde PLAISIR bisher in mehreren Projekten bei über 13.000 Bewohnerinnen und Bewohnern in über 100 Altenpflegeeinrichtungen angewendet. Das System erlaubt eine dreidimensionale Darstellung der Bewohnerin/des Bewohners und informiert über

- den bio-psycho-sozialen Gesundheitszustand der Bewohnerin/des Bewohners (so genanntes bio-psycho-soziales Profil),
- die erforderlichen Leistungen, um die bio-psycho-sozialen Bedürfnisse zu befriedigen (so genannter Pflegeleistungsplan),
- die notwendigen Ressourcen, um die erforderlichen Leistungen zu erbringen, gemessen in Zeit und Personal (so genannte AUDITs und OUTPUTs) [vgl. BMFSFJ, 2003, S. 16].

Die Daten zum Bewohnerzustand und zu den erforderlichen Leistungen der direkten Pflege (in PLAISIR Pflegeaktionen genannt) werden von Pflegefachkräften mittels eines Fragebogens erhoben (abgekürzt FRAN für Formulaire de Relevé des Actions Nursing). Nach Prüfung und Auswertung des FRAN wird die erforderliche Pflege, das heißt der Pflegebedarf bezogen auf die direkte Pflege als Minutenwert pro Tag, errechnet (bei den meisten anderen Untersuchungen/Verfahren wird die tatsächlich erbrachte Pflege, sprich der Pflegeaufwand gemessen/ermittelt).

Die Leistungen der indirekten Pflege werden nicht im Einzelnen erhoben, sondern für den entsprechenden Zeitaufwand wird in Form von zwei Pauschalen ein fixer Wert zum direkten Pflegebedarf hinzugerechnet, um den Gesamtnettopflegebedarf zu ermitteln. Bei der Anwendung in der Westschweiz und in Deutschland waren dies bisher 24 Minuten pro Bewohnerin und Bewohner und Tag. Für die beiden Pauschalen/Kategorien der indirekten Pflege werden in PLAISIR für deutsche Verhältnisse etwas unty-

pische Bezeichnungen verwendet. Die Kategorien, die hierzulande unter dem Begriff „indirekte Pflege“ subsumiert werden, heißen „Bewohnerbezogene Kommunikation“ (abgekürzt: BBK) und „Verwaltungs-, Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken“ (abgekürzt: VIAW). Dabei sind mit BBK allerdings keine Leistungen gemeint, die – wie die Bezeichnung vermuten lässt – direkt bei einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern erbracht werden (wie z. B. ein Gespräch zur psychischen Entlastung). Vielmehr wird darunter die mündliche und schriftliche Kommunikation mit anderen Pflegepersonen, der Pflegedienstleitung, anderen Diensten und der Familie der Bewohnerin/des Bewohners verstanden, entweder „über die Bewohnerin/den Bewohner“ oder im Rahmen der Gesamtorganisation des Wohnbereichs und der Einrichtung. Die Kategorie VIAW betrifft „alle sonstigen Aktivitäten, außer den [direkten d. R.] Pflegeaktivitäten und der bewohnerbezogenen Kommunikation, die vom Pflegepersonal durchgeführt werden, und Aktivitäten, die für den reibungslosen Ablauf des Pflegebereiches nötig sind und die nicht einem bestimmten Bewohner zugeordnet werden können“ [ebenda, Anlage 5, S. 3].

Welche konkreten Tätigkeiten in PLAISIR den genannten beiden Kategorien untergeordnet werden, kann anhand Kapitel 9.6 nachvollzogen werden. Die Inhalte dieser Aufstellung wurden auch in die Übersicht in Kapitel 9.2 integriert. Allerdings wurde in der Übersicht eine gewisse sprachliche Anpassung an die in der deutschen Altenpflege gängigen Bezeichnungen von Tätigkeiten im Zusammenhang mit der indirekten Pflege vorgenommen (siehe entsprechende Hinweise in Klammern und Fußnoten).

Auffällig bei der Betrachtung der einzelnen Tätigkeiten der Pauschalen BBK und VIAW ist, dass es eine gewisse inhaltliche Überschneidung bei den Tätigkeiten „Kommunikation mit anderen Diensten, Wohn-/Pflegebereichen, Fachkräften“ (A3) und „Kommunikation mit anderen Diensten und Bestellungen“ (B4) gibt. Außerdem ist hinsichtlich der Wegezeiten zu beachten, dass Wege *außerhalb* der Einrichtung nicht berücksichtigt werden und demnach auch kein Bestandteil von BBK/VIAW sind. Die Leistungen „Verteilen der Getränke, Vorbereiten und Aufräumen des Wagens für die Zwischenmahlzeiten, Abtransport der Schmutzwäsche und Sauberhalten der Kleidung der Bewohner“ werden in anderen Untersuchungen/Systemen der Kategorie „Hauswirtschaft“ zugeordnet. In PLAISIR wird keine entsprechende Differenzierung vorgenommen.

Darüber hinaus findet im Vergleich zu anderen Untersuchungen/Verfahren bei PLAISIR eine spezifische Differenzierung bezogen auf die Leistungen „Pflegeplanung“, „Gespräche mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen“ und „Arztvisiten“ statt. Während das reguläre Erstellen und Überarbeiten der Pflegepläne Bestandteil der Pauschale BBK ist, kann der Aufwand für die Informationssammlung für neue Bewohnerinnen und Bewohner bzw. für Betagte, bei denen sich beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt der Zustand/Pflegebedarf gravierend verändert hat, als Leistung der direkten Pflege angegeben und berücksichtigt werden (Pflegeaktionen 5040-5070). Ebenso sind „normale“ Gespräche mit Angehörigen bereits mit BBK abgegolten. Eine zeitlich aufwendige Krisenintervention beim Vorliegen eines entsprechenden Problems/Anlasses kann allerdings zusätzlich als direkte Pflegeleistung geltend gemacht werden (Pflegeaktion 5120). Die Begleitung der Ärztin/des Arztes bei Visiten mit einem „üblichen“ Zeitaufwand und die damit zusammenhängenden Organisations-/Kommunikationsaufgaben werden der Pauschale BBK zugerechnet (Leistung „Kommunikation mit den Ärzten“). Die zeitlich aufwendige(re) Assistenz bei Untersuchungen oder kleinen ärztlichen Ein-

griffen (z. B. EKG, Abtragen von Wundnekrosen) sind als Pflegeaktionen 9430 und 9440 Bestandteil der direkten Pflege im Bereich der Mitwirkung bei ärztlicher Diagnostik und Therapie, so wie es in anderen Untersuchungen/Systemen bezogen auf die Begleitung von ärztlichem Personal bei den Visiten im Heim in der Regel der Fall ist. Außerdem wird das Vorbereiten von Medikamenten nicht dem Bereich der indirekten Pflege, also nicht den Pauschalen BBK und VIAW zugeordnet, sondern der direkten Pflege als Pflegeaktion „Medikamente richten und Verabreichen“ (inkl. Unterscheidung der einzelnen Arznei-/Verabreichungsformen).

Darüber hinaus besteht eine Besonderheit in PLAISIR darin, dass Pausen und andere Arbeitsunterbrechungen (häufig als persönliche Verteilzeit bezeichnet) sowie der Zeitaufwand für die Aus-, Fort- und Weiterbildung nicht Bestandteil der Pauschalen BBK und VIAW sind. Stattdessen werden sie in gewisser Weise bei der Umrechnung von Netto- in Bruttopflegezeit berücksichtigt und als so genannter Faktor „r“ ausgedrückt. Der Faktor „r“ stellt das Verhältnis von Brutto- zu Nettoarbeitszeit dar. Zur Bestimmung dieses Faktors werden in der Regel die für das zurückliegende Kalenderjahr konkret in der Einrichtung angefallenen Ausfallzeiten im Durchschnitt über alle in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhoben, und es werden die Eckdaten zum Arbeitszeitsystem des Heimes einbezogen. Neben den Angaben zu Wochen- und Tagesarbeitszeit, Tagewoche, Anzahl der (Wochen-)Feiertage, Ausfall durch Krankheit, Urlaub und sonstige Gründe betrifft dies auch den Zeitbedarf für durchgeführte Fort- und Weiterbildungen. *Unbezahlte* Pausen werden bei der Verminderung der Bruttoarbeitszeit zur Ermittlung der Nettoarbeitszeit nicht angerechnet, stellen also keine Arbeitszeit dar. Persönliche Verteilzeiten (Raucherpausen etc.) werden überhaupt nicht berücksichtigt.

Bezogen auf die Höhe des Zeitwerts, der in PLAISIR für indirekte Pflegeleistungen angerechnet wird, ist interessant, welchen Anteil dieser Leistungsbereich bezogen auf den Gesamtpflegebedarf hat. Als Vergleichsgröße wird an dieser Stelle der durchschnittliche Bedarf an direkten Pflegeleistungen herangezogen, der für die PLAISIR-Anwendung in Deutschland bei einer Stichprobe von 10 239 Bewohnerinnen und Bewohnern ermittelt wurde. Daraus ergeben sich folgende Werte:

Tabelle 2: PLAISIR: Zeitaufwand und Anteil direkter Pflege im Verhältnis zu indirekter Pflege „Deutschland“		
Bereich	Minuten/Bew./Tag	Prozent
Direkte Pflege	137,7	85,16
Indirekte Pflege (BBK+VIAW)	24,0	14,84
<b>Gesamt</b>	<b>161,7</b>	<b>100,0</b>

Diese Verteilung bezieht sich – wie bereits erwähnt – lediglich auf die ausgewählte Stichprobe. Wird beispielsweise im Falle einer konkreten Einrichtung ein anderer Wert für die direkte Pflege errechnet, wirkt sich das bei Zugrundelegung eines fixen Wertes für die indirekte Pflege natürlich unmittelbar auf die Anteile der beiden Bereiche aus. Als Verdeutlichung dient die folgende Aufstellung, in welcher der Durchschnittswert für die direkte Pflege einer Vergleichsgruppe aus der Provinz Quebec (Kanada) mit 12.919 Bewohnerinnen und Bewohnern aufgeführt ist (warum der Quebecer Wert deutlich

höher als der deutsche ausfällt, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden):

Bereich	Minuten/Bew./Tag	Prozent
Direkte Pflege	171,3	87,71
Indirekte Pflege (BBK+VIAW)	24,0	12,29
<b>Gesamt</b>	<b>195,3</b>	<b>100,0</b>

Erwähnenswert ist noch, dass in den Auswertungsunterlagen, die PLAISIR-Anwendern regelhaft zur Verfügung gestellt werden, zusätzlich eine Differenzierung des Zeitwertes für BBK und VIAW (zusammen 24 Minuten) erfolgt. Demnach ist für BBK ein Zeitwert von 11,5 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag und für VIAW von 12,5 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag vorgesehen.

### 4.3 Untersuchung von Mybes, Pfau, Rückert

Die Untersuchung „Zur Organisation pflegerischer Dienste in Altenpflege-/Altenkrankenheimen“ von Mybes, Pfau und Rückert kann als erste größere bzw. bedeutende Studie zur Aufbau- und Ablauforganisation in stationären Altenpflegeeinrichtungen bezeichnet werden. „Die zentralen Themen waren dabei Stellenbeschreibungen sowie die Probleme der quantitativen Personalbesetzung und der Qualität der Aufgabenerfüllung.“ [BMF]FG, 1980, S. 11]

In die Detailerhebung waren fünf ausgewählte stationäre Einrichtungen mit rund 210 Bewohnerinnen und Bewohnern einbezogen. Im Rahmen der Studie wurde unter anderem auch ein Tätigkeitenkatalog erarbeitet und eingesetzt. Der Katalog enthält insgesamt 109 Positionen und stellt vor allem eine Aufzählung von Tätigkeiten dar, zum Teil aber auch von übergeordneten Kategorien und Zwischensummen (ausgenommen drei Positionen). Die für den Bereich der indirekten Pflege relevanten Kategorien sind insbesondere folgende:

- Organisationsaufgaben
- Anleitung/Unterweisung
- Unterwegs ohne Transporte und dienstlich bedingte Wartezeit
- Persönliche Verteilzeit
- Speisenversorgung
- Wäscheversorgung
- Reinigungsarbeiten

Außerdem werden in weiteren Kategorien Tätigkeiten aufgeführt, die in anderen Untersuchungen/Verfahren auch der indirekten Pflege zugeordnet werden. Dies betrifft vor allem die Kategorien „Sterben“ und „Kontaktpflege mit den Bewohnern Nahestehenden“. Dies hat vermutlich damit zu tun, dass im Katalog die Tätigkeiten einerseits „themenbezogen“ geordnet sind. Andererseits wird in einer Tabelle mit Angaben zum Anteil der einzelnen Leistungen und Kategorien am Gesamtaufwand unter anderem eine Unterscheidung nach dem Bewohnerbezug getroffen. Es ist aufgeführt, welcher Anteil der Kategorien dem mittelbaren Pflegeaufwand und welcher dem unmittelbaren Pflegeaufwand zugeordnet werden kann [vgl. ebenda, S. 102 ff.].

Insofern ist auch nachvollziehbar, dass unter der Kategorie „Anleitung/Unterweisung“ auch die Anleitung von Patientinnen und Patienten (Position 103) genannt ist. In neueren Untersuchungen findet sich diese Tätigkeit in der Regel im Bereich der direkten Pflege. Welche konkreten Tätigkeiten im Katalog aufgeführt sind und wie die Zuordnung zu den einzelnen Kategorien erfolgt, kann in Kapitel 9.7 nachvollzogen werden.

Zum Anteil der indirekten Pflege ist in der Veröffentlichung unter anderem folgendes ausgesagt: „Von der Arbeitszeit des Pflegepersonals entfallen in den untersuchten Einrichtungen rund 40% auf den so genannten mittelbaren Pflegeaufwand, der nicht unmittelbar einem bestimmten Bewohner zugerechnet werden kann; den größten Anteil hieran haben die Speisenversorgung mit 10% und Organisationsaufgaben mit 7%.“ [ebenda, S. 101]

Darüber hinaus ist bezogen auf die Untersuchung die prozentuale Verteilung des Pflegeaufwands auf die einzelnen Kategorien bzw. Tätigkeiten ausgewiesen. In der folgenden Tabelle werden für die einzelnen Kategorien die Werte für den mittelbaren und unmittelbaren Pflegeaufwand genannt. Die Prozentwerte sind der Veröffentlichung entnommen, die absoluten Zahlen wurden auf der Basis des in der Literatur erwähnten Gesamtaufwandes von durchschnittlich 111 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag (91 Minuten im Tagdienst, 20 Minuten im Nachtdienst) errechnet.

**Tabelle 4: Mybes, Pfau, Rückert: Verteilung der Arbeitszeit nach der Art der Tätigkeit**

Kategorien	Verfügbare Arbeitszeit	Insgesamt		Mittelbar		Unmittelbar	
		Prozent	min.	Prozent	min.	Prozent	min.
		100,0	111,0	42,6	47,3	57,4	63,7
Betten		8,7	9,7	0,7	0,8	8,0	8,9
Speisenversorgung		12,9	14,3	9,9	11,0	3,0	3,3
Hilfeleistung beim Essen und Trinken		4,6	5,1	0,3	0,3	4,3	4,8
Wäscheversorgung		2,7	3,0	2,1	2,3	0,6	0,7
Reinigungsarbeiten		6,3	7,0	3,2	3,6	3,1	3,4
Körperpflege		10,0	11,1	1,3	1,4	8,7	9,7
Stoffwechselforgänge		6,6	7,3	0,9	1,0	5,7	6,3
Hilfe bei Bewegung		7,5	8,3	0,7	0,8	6,8	7,5
Vorbeugende Maßnahmen		2,2	2,4	0,2	0,2	2,0	2,2
Medizinische Behandlung		11,0	12,2	4,4	4,9	6,6	7,3
Medizinische Überwachung		1,7	1,9	0,5	0,6	1,2	1,3
Sterben		0,4	0,4	0,1	0,1	0,3	0,3
Kontaktpflege mit den Bewohnern		5,9	6,5	1,1	1,2	4,8	5,3
Kontaktpflege mit Nahestehenden		0,5	0,6	0,2	0,2	0,3	0,3
Organisationsaufgaben		8,6	9,5	7,1	7,9	1,5	1,7
Anleitung/Unterweisung		0,4	0,4	0,3	0,3	0,1	0,1
Unterwegs ohne Transporte und dienstlich bedingte Wartezeit		5,3	5,9	4,9	5,4	0,4	0,4
Persönliche Verteilzeit		4,7	5,2	4,7	5,2	0,0	0,0

Die Tabelle zeigt unter anderem, dass selbst in klassischen Bereichen der „direkten Pflege“ (wie Körperpflege, Ausscheidung, Bewegung) ein gewisser Anteil an mittelbaren, das heißt nicht direkt einer Bewohnerin/einem Bewohner zuordenbaren Tätigkeiten erbracht werden (muss). Umgekehrt sind für alle Kategorien (mit Ausnahme der persönlichen Verteilzeit), die klassischerweise dem Bereich der indirekten Pflege zugeordnet werden, auch Anteile eines unmittelbaren Pflegeaufwands ausgewiesen.

Insgesamt gesehen fällt der relativ hohe Anteil mittelbar bewohnerbezogener Tätigkeiten am Gesamtpflegeaufwand auf (42,6% = 47,3 min.). Summiert man lediglich den Anteil der mittelbar bewohnerbezogenen Tätigkeiten für die weiter oben in der Aufzählung aufgeführten „klassischen Kategorien“ der indirekten Pflege, ergibt dies 32,4%. Das entspricht 36 Minuten. Den größten Anteil davon machen die mittelbar bewohnerbezogenen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten aus.

## 4.4 Untersuchung von Landau u. a.

In der Veröffentlichung von Landau u. a. von 1995, die im Folgenden hauptsächlich zu Grunde gelegt wird, ist zum Hintergrund der Untersuchung Folgendes ausgesagt: „Am Institut für Arbeitswissenschaft und Haushaltstechnologie der Universität Hohenheim wurden zwischen 1985 und 1992 Selbstaufschreibungen in neun verschiedenen Alten(pflege)heimen in Baden-Württemberg durchgeführt.“ [Landau u. a., 1995, S. 10]

Im Rahmen der Studie wurde ein Tätigkeitenkatalog erarbeitet und bei den Selbstaufschreibungen eingesetzt. Der Gesamtkatalog ist als Kapitel 9.8 Bestandteil dieses Berichtes.

Die der indirekten Pflege zuzurechnenden Leistungen sind vor allem in folgenden Kategorien zusammengefasst:

- Verwaltung
- Allgemeine Tätigkeiten
- Stationsbezogene Tätigkeiten
- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten

Zum Tätigkeitenkatalog anzumerken ist unter anderem, dass vereinzelt keine ganz klare Abgrenzung bzw. Zuordnung der Tätigkeiten erfolgt. Als Beispiel sei die Tätigkeit „Dienstpläne erstellen“ genannt, die einerseits als Einzelleistung der Kategorie „Verwaltung“ genannt ist (621) und andererseits als Beispiel für die Subkategorie „Personaleinsatzplanung“ (640). Bei der Subkategorie „Transporte und Botendienste“ (660) ist keine klare Trennung zwischen „bewohnerbezogenen Transporten“ (unmittelbar bewohnerbezogene Tätigkeiten) und mittelbar bewohnerbezogenen Wegen vorgenommen worden.

Die Zuordnung der Subkategorie „Hilfeleistungen“ (750) zu der Kategorie „Allgemeine Tätigkeiten“ vermittelt den Eindruck, dass es sich um indirekte Pflegeleistungen handelt. Subsumiert worden sind allerdings (auch) solche Tätigkeiten wie „Brief für Bewohner schreiben“, „Telefongespräch ermöglichen“ und „Hilfestellung beim Rauchen“, die als unmittelbar bewohnerbezogen eingestuft werden können. Außerdem werden die

für die Subkategorie aufgeführten Einzeltätigkeiten in anderen Untersuchungen/Verfahren in der Regel dem Bereich der so genannten sozialen Betreuung bzw. Kommunikation zugeordnet. Die ebenfalls der Kategorie „Allgemeine Tätigkeiten“ zugewiesene Tätigkeit „Hilfestellung Mitarbeiter: Kollegen bei der Versorgung eines Bewohners unterstützen“ (760) wird in anderen Systemen in der Regel mit den einzelnen Tätigkeiten aus der so genannten Grund- und Behandlungspflege erfasst.

Hinsichtlich des pflegerischen Zeitaufwandes finden sich zur Untersuchung von Landau u. a. in der Literatur verschiedene Beispiele. Eine Aufstellung zur Verteilung der Pflegezeit auf die einzelnen Kategorien enthält folgende Angaben (absolute Zahlen bzw. die Bezugsgröße sind/ist nicht aufgeführt, die Zwischensummen sind nicht in der Veröffentlichung genannt, sondern wurden errechnet) [vgl. Landau u. a., 1993, S. 10]:

<b>Tabelle 5: Landau u. a.: Anteile der Kategorien am Gesamtpflegeaufwand</b>	
<b>Kategorie</b>	<b>Anteil</b>
Grundpflege	58,71 %
Behandlungspflege	16,78 %
Betreuung	1,86 %
<b>Summe direkte Pflege</b>	<b>77,35 %</b>
Allgemeine Tätigkeiten	5,00 %
Stationsbezogene Tätigkeiten	2,71 %
Verwaltung	2,52 %
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	9,11 %
<b>Summe indirekte Pflege</b>	<b>19,34 %</b>
Tätigkeiten im Zusammenhang mit Aufzeichnung	2,67 %
Nicht im Tätigkeitenkatalog	0,67 %
<b>Summe „Sonstiges“</b>	<b>3,34 %</b>

Bei der Interpretation/Verwendung des Summenwertes für die indirekten Pflegeleistungen (ca. 20%) sind die oben genannten inhaltlichen Einschränkungen hinsichtlich des Tätigkeitenkatalogs zu beachten.

An anderer Stelle in der Literatur sind Beispiele von Erhebungsergebnissen bezogen auf einzelne Einrichtungen dargestellt. In der folgenden Tabelle sind Daten zu vier Einrichtungen zusammengestellt worden; zu weiteren vier Heimen liegen nicht zu allen Kategorien entsprechende Zahlen vor. Die Minutenwerte pro Kategorie und die Summenwerte sind nicht veröffentlicht, sondern sie wurden auf der Basis der in der Literatur genannten Gesamtaufschreibungszeit, der Anzahl der in die Aufschreibung einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie unter der Annahme, dass in allen Einrichtungen die Anzahl der Erhebungstage 14 Tage betrug, errechnet [vgl. Landau u. a., 1995, S. 10 ff.].

Tabelle 6: Landau u. a.: Vergleich der Zeitanteile in den verschiedenen Aufgabengruppen								
	Heim 1		Heim 2		Heim 3		Heim 4	
Gesamtaufschreibungszeit (min.)	47.150		37.240		63.585		43.087	
Anzahl Mitarbeiter und Tage	15	14	13	14	31	14	12	14
<b>Anteile der Kategorien</b>	%	<b>min.</b>	%	<b>min.</b>	%	<b>min.</b>	%	<b>min.</b>
Grundpflege	71,0	159,4	65,5	134,0	58,5	85,7	62,2	159,5
Behandlungspflege	8,8	19,8	7,1	14,5	9,9	14,5	8,7	22,3
Betreuung	1,8	4,0	2,0	4,1	2,3	3,4	1,7	4,4
<b>Summe direkte Pflege</b>	<b>81,6</b>	<b>183,2</b>	<b>74,6</b>	<b>152,6</b>	<b>70,7</b>	<b>103,6</b>	<b>72,6</b>	<b>186,2</b>
Allgemeine Tätigkeiten	6,0	13,5	3,2	6,5	5,7	8,4	4,9	12,6
Stationsbezogene Tätigkeiten	1,7	3,8	1,9	3,9	3,4	5,0	2,5	6,4
Verwaltung	2,4	5,4	2,4	4,9	2,4	3,5	2,9	7,4
Besprechungen	6,9	15,5	3,8	7,8	8,3	12,2	7,9	20,3
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	1,4	3,1	14,1	28,9	9,5	13,9	9,2	23,6
<b>Summe indirekte Pflege</b>	<b>18,4</b>	<b>41,3</b>	<b>25,4</b>	<b>52,0</b>	<b>29,3</b>	<b>42,9</b>	<b>27,4</b>	<b>70,3</b>
<b>Gesamtsumme</b>	<b>100,0</b>	<b>224,5</b>	<b>100,0</b>	<b>204,6</b>	<b>100,0</b>	<b>146,5</b>	<b>100,0</b>	<b>256,5</b>

Die Unterschiede bezogen auf die in den einzelnen Einrichtungen erhobenen Werte werden von den Untersuchenden zum Teil in der Literatur kommentiert. Zu den erheblichen Unterschieden bei der Kategorie „Hauswirtschaftliche Tätigkeiten“ ist Folgendes ausgesagt: „Diese großen Schwankungen sind beispielsweise durch das Fehlen zusätzlicher hauswirtschaftlicher Mitarbeiter auf den Stationen in den Heimen 2 bis 8 zu erklären. Weitere Gründe können die nicht eindeutige Abgrenzung der Aufgaben zwischen Pflegepersonal und hauswirtschaftlichem Personal oder die mehr als üblich auf den Stationen vorgenommenen Geschirreinigungen und Vorbereitungsarbeiten zu den Mahlzeiten sein. Für die Prozessqualität ist es von Vorteil, in den Heimen mit dem hohen zeitlichen Anteil an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten zu klären, ob dieser nicht zugunsten der Bewohnerbetreuung oder anderer Aufgaben reduziert werden kann.“ [ebenda, S. 12]

## 4.5 Untersuchung von Mybes

In den Jahren 1994 und 1995 wurde vom Büro Ursula Mybes (Grundlagenarbeit, Beratung und Fortbildung für die Altenhilfe, Köln) im Auftrag eines Spitzenverbandes aus dem Bereich „Soziales/Altenhilfe“ das Projekt „Pflegebedürftigkeit und Verteilung der Pflegezeit, Fallstudie in einer ausgewählten Altenpflegeeinrichtung“ durchgeführt. Der Projektbericht wurde allerdings nicht veröffentlicht, für die Erarbeitung dieses Berichtes aber freundlicherweise zur Verfügung gestellt. Zum Ziel der Studie wird unter anderem Folgendes ausgesagt: „Inhalt der durchgeführten Untersuchung ist die Erfassung der Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner und die Analyse der Verteilung der verfügbaren Pflegearbeitszeit auf die verschiedenen direkten und indirekten Pflegetätigkeiten im Rahmen einer auf eine stationäre Altenhilfeeinrichtung begrenzten Fallstudie.“ [Mybes, 1995, S. 1]

Die Datenerhebung basiert unter anderem auf einem Tätigkeitenkatalog mit insgesamt 107 Leistungen geordnet nach 14 Kategorien. Die für den Bereich der indirekten Pflege vor allem relevanten Kategorien sind folgende:

- Organisation und Administration
- Sonstiges
- Verpflegung
- Wäscheversorgung
- Aufräum- und Reinigungsarbeiten
- Sonstige hauswirtschaftliche Arbeiten
- Hilfe beim Einzug, Umzug, Auszug

Auch in der Kategorie „Betreuung und Aktivitätenbegleitung“ finden sich einzelne Tätigkeiten, die in anderen Untersuchungen/Verfahren dem Bereich der indirekten Pflege zugeordnet werden (vgl. dazu Übersicht in Kapitel 9.2). Ein Teil des Tätigkeitenkatalogs ist als Kapitel 9.9 Bestandteil dieses Berichtes.

Im Bericht zur Untersuchung von Mybes sind unter anderem mehrere Auswertungen zum Pflegezeitaufwand enthalten, die differenzierte Daten bezogen auf die beiden Wohnbereiche der Einrichtung liefern. Für die folgende Tabelle sind die Mittelwerte zu den einzelnen Kategorien berechnet worden. Außerdem wurden verschiedene Summen gebildet [vgl. ebenda, S. 27 ff.].

**Tabelle 7: Mybes: Verteilung des Pflegezeitaufwandes auf Tätigkeitsgruppen (pro Bewohner/-in und Tag)**

Kategorie	Code	Prozentanteil
„Grundpflege“	110-140	36,644
Spezielle Pflege	200	10,290
Betreuung und Aktivitätenbegleitung	300	8,008
Hilfe beim Einzug, Umzug, Auszug	410	0,398
Begleitung Sterbender, Versorgung Toter	420	0,269
Verpflegung	430	14,550
Wäscheversorgung	510	1,159
Aufräum- und Reinigungsarbeiten	520	2,762
Sonstige hauswirtschaftliche Arbeiten	530	0,449
Organisation und Administration	600	20,490
Sonstiges	700	12,440
Unleserlich/Lücken	800	1,342
<b>Anwesenheitszeit gesamt</b>		<b>108,798</b>

Summe „direkt“	100-300 und 420	55,209
Summe „indirekt“	410 und 430-700	52,247
Summe „indirekt“ ohne Pausen u. „Unles./Lücken“	Ohne 705 und 800	43,340
Zwischensumme Hauswirtschaft	430-530	18,920

Für das Bilden der Summe „indirekt“ wurden die Werte von den Kategorien addiert, die oben als für die indirekte Pflege hauptsächlich relevant bezeichnet wurden. Dieser Wert wurde wiederum um die Zeitwerte für Pausen und „Unleserlich/Lücken“ bereinigt. Dies ergibt einen „bereinigten Anteil“ an dem Gesamtpflegezeitaufwand von ca. 43%. Davon schlagen allein die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten mit ca. 19% zu Buche. Mybes kommentiert diesen Wert allerdings und beschreibt, dass die in den Wohnbereichen eingesetzten hauswirtschaftlichen Stationshilfen in die Zeiterfassung einbezogen waren, und dass daher bei der Interpretation der Daten bedacht werden muss, dass jeweils ein beträchtlicher Teil der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten von diesen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern übernommen wurde [vgl. ebenda, S. 26].

Für Aufgaben im Zusammenhang mit Organisation/Administration, Einzug/Umzug/Auszug und für sonstige Tätigkeiten wie Anleitung, Fortbildung, Supervision und Mitarbeitergespräche verbleibt ein Zeitaufwand von ca. 24%.

## 4.6 Untersuchung „Pflegebedarf und Leistungsstrukturen in vollstationären Pflegeeinrichtungen“

Aus dem Bericht zu o. g. Projekt geht hervor, dass die Untersuchung im Frühjahr 2000 abgeschlossen wurde. Einbezogen waren 27 vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen mit insgesamt 730 Bewohnerinnen und Bewohnern. Die Erhebung der in direktem Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführten Leistungen (so genannte unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen) wurde mittels Selbstaufschreibung durch die Pflegepersonen der Einrichtungen unter Supervision der Projektverantwortlichen vorgenommen. Im Rahmen der Erfassung der so genannten mittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen wurde allerdings von den Einrichtungsmitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht jede einzelne Leistung dokumentiert, sondern jeweils die Summe des täglichen Zeitaufwandes. Die Projektverantwortlichen räumen daher entsprechende Ungenauigkeiten der erhobenen Zeitwerte ein [vgl. Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen, 2002, S. 19].

Im Bericht zur Untersuchung werden folgende Leistungskategorien hinsichtlich des Kataloges der „mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen“ genannt [vgl. ebenda, S. 19 f.]:

1. Pflegeplanung und -dokumentation
2. Arbeitsbesprechungen  
(intern, z. B. Übergaben, Teambesprechungen, Einweisung von neuen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern)
3. Kooperation mit Laienhelfern  
(z. B. Informationsgespräche, Anleitung)
4. Kontakte zu Angehörigen  
(auch andere Bezugspersonen; nicht nur unmittelbare Gespräche oder Anleitung, sondern auch telefonische Auskünfte/Beratung)
5. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen  
(vor allem Begleitung/Mitwirkung bei Arztvisiten oder ärztlichen Maßnahmen, Mitwirkung bei anderen therapeutischen Maßnahmen)
6. Koordination, Organisation, Verwaltung  
(z. B. Wahrnehmung von Leitungsaufgaben durch die Wohnbereichsleitung, Materialbestellungen, Kooperation mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern anderer Einrichtungen wie bei der Aufnahme aus dem Krankenhaus oder Abstimmung bei einem geplanten Krankenhausaufenthalt)
7. Mahlzeitenversorgung  
(alle Tätigkeiten, die nicht im unmittelbaren Kontakt mit dem Bewohner durchgeführt werden, z. B. Vorbereiten und Verteilen der Mahlzeiten, ohne direkte Hilfestellung beim Essen/Trinken)
8. Wäscheversorgung  
(vor allem Bereitstellung von Utensilien, Entsorgen von Schmutzwäsche und Inkontinenzmaterialien, Reinigen von Wäsche, Bettenmachen nicht im Zusammenhang mit pflegerischen Maßnahmen)
9. Arzneimittel stellen

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

10. Übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen

(nicht bewohnerbezogen, z. B. Teilnahme am Qualitätszirkel, Mitarbeit bei der Erstellung eines Qualitätshandbuchs)

11. Fortbildung

(stundenweise)

12. Sonstiges

(Maßnahmen, die nicht den Kategorien 1-11 zugeordnet werden konnten oder die durch „wohnbereichsfremde“ Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter durchgeführt wurden)

Die unter Punkt 5 genannten Leistungen „Mitwirkung bei Arztvisiten oder therapeutischen Maßnahmen“ werden in anderen Systemen/Studien in der Regel der so genannten Behandlungspflege zugeordnet, es sei denn, es handelt sich um „allgemeine“, nicht einer konkreten Bewohnerin/einem konkreten Bewohner zuordenbare Telefonate und Gespräche. Die Nutzung einer Kategorie „Sonstiges“ ist nicht ideal, da die Leistungen nicht einer inhaltlich bestimmten und abgegrenzten Kategorie zugeordnet werden können, zumal der erhobene Zeitaufwand nicht unerheblich ist (siehe unten).

Zum zeitlichen Aufwand indirekter Pflege werden in der Veröffentlichung zur Untersuchung mehrere Aussagen getroffen. Die Gesamtauswertung ergibt folgendes Bild: „Auf der Basis der erhobenen Daten wurde ein durchschnittlicher Zeitaufwand in einer Größenordnung von rund 135 Minuten je Bewohnerin und Bewohner und Tag ermittelt. Hierin drückt sich die Gesamtheit der Pflege- bzw. Betreuungsleistungen aus, die von Mitarbeitern der Einrichtungen erbracht wurden. Der Anteil der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen [direkte Pflege d. R.] beläuft sich auf 63%, der Anteil mittelbar bewohnerbezogener Maßnahmen demgemäß auf 37%.“ [ebenda, S. 131]

Außerdem wird der zeitliche Aufwand folgendermaßen differenziert; die Prozentzahlen sind der Veröffentlichung entnommen, die Zwischensummen und die Minutenwerte wurden auf der Basis des o. g. Gesamtaufwands von 135 Minuten errechnet [vgl. ebenda, S. 80]:

Tabelle 8: Pflegebedarf und Leistungsstrukturen: Aufwand für unmittelbar und mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen		
Kategorien	Prozent	Min./B./Tag
<b>Summe direkte und indirekte Pflege</b>	<b>100,0</b>	<b>135,00</b>
Leistungen im Bereich der Alltagsverrichtungen	57,2	77,22
Psychosoziale Betreuung, spezielle psych. Interventionen	10,6	14,31
Leistungen im Bereich der Behandlungspflege	7	9,45
<b>Zwischensumme 1</b>	<b>74,8</b>	<b>100,98</b>
Indirekte Leistungen	17,2	23,22
Aufräum- und Reinigungsarbeiten	5,2	7,02
Allgemeine Qualitätssicherung	0,7	0,95
Nicht zuzuordnende Leistungen	2,1	2,84
<b>Zwischensumme 2</b>	<b>25,2</b>	<b>34,02</b>

Wie der Unterschied zwischen den Zwischensummen und der o. g. prozentualen Gesamtverteilung der Pflegezeit (63% direkte Pflege, 37% indirekte Pflege) zu erklären ist, kann nicht nachvollzogen werden. Der im Rahmen der Detailaufstellung ermittelte Wert von ca. 34 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag für die gesamte indirekte Pflege (Zwischensumme 2), dies entspricht 25,2% aller Leistungen, scheint realistischer als der Wert von ca. 50 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag (37% der Gesamtpflegezeit).

Zum Bereich der so genannten mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen werden in der Veröffentlichung noch weitere Detailaussagen getroffen. „Diese Zahlen beruhen auf den Angaben *aller* Mitarbeiter, die während des Erhebungszeitpunktes dem Stammpersonal der einbezogenen Wohnbereiche zuzurechnen waren, berücksichtigt also z. B. auch Hauswirtschaftskräfte, Auszubildende und Praktikanten, wenn sie fest dem betreffenden Wohnbereich zugeordnet waren.“ [ebenda, S. 75]

Folgende Unterschiede bezogen auf die einzelnen Kategorien werden genannt (Minutenwerte wiederum anhand des Gesamtwertes von 49,95 Minuten errechnet und gerundet):

**Tabelle 9: Pflegebedarf und Leistungsstrukturen: Aufwand für mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen nach Kategorien**

Kategorien	Prozent	Min./B./Tag
Summe mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen	100,0	49,95
Mahlzeitenversorgung	26,4	13,19
Arbeitsbesprechungen	20,4	10,19
Pflegeplanung/-dokumentation	14,5	7,24
Wäscheversorgung	8,5	4,25
Arzneimittel stellen	5,4	2,70
Verwaltung/Koordination	4,9	2,45
Kontakte zu Angehörigen	4,0	2,00
Kooperation mit anderen Berufsgruppen	2,2	1,10
Fortbildung	1,4	0,70
Übergreifende Qualitätssicherung	0,5	0,25
Kooperation Laienhelfer	0,5	0,25
Sonstiges	11,3	5,64

Der relativ hohe Wert für die Mahlzeitenversorgung ergibt sich vermutlich aus der oben erwähnten Einbeziehung der den Wohnbereichen direkt zugeordneten Hauswirtschaftskräfte.

Im Projektbericht finden sich weitere Auswertungen, die eine Differenzierung nach der Qualifikation des Pflege- und Betreuungspersonals vornehmen. Diese zeigen, dass der Schwerpunkt der Pflegefachkräfte im Vergleich zu den Nichtfachkräften auf der Sicherstellung von Leistungen aus solchen Kategorien wie „Arzneimittel stellen“, „Koordination, Organisation, Verwaltung“ und „Kooperation mit anderen Berufsgruppen“ liegt, während die Nichtfachkräfte z. B. einen höheren Anteil an Mahlzeiten- und Wäscheversorgung leisten. Der Anteil bezogen auf die Kategorien „Arbeitsbesprechung“ und

„Pflegeplanung/-dokumentation“ unterscheidet sich zwischen Fachkräften und dem sonstigen Personal relativ geringfügig (um 2,7 bzw. 0,6% höherer Anteil der Fachkräfte). Insgesamt verbringen Pflegefachkräfte mehr Zeit mit Leistungen der indirekten Pflege [vgl. ebenda, S. 124 f.].

## 4.7 Untersuchung von Birkenbeil/Kerkhoff

Die Veröffentlichung „Qualitätssicherung und leistungsbezogene Personalbedarfsplanung in der stationären Altenhilfe“ geht auf eine Untersuchung zurück, die von November 1995 bis Januar 1996 bei insgesamt 223 Bewohnerinnen und Bewohnern in zwei von fünf Altenheimen der Sozialholding der Stadt Mönchengladbach durchgeführt wurde. Die Untersuchung diente vorrangig der Ermittlung des Aufwands für die direkte Pflege.

Bezogen auf den Aufwand für die indirekte Pflege wurde die „Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung, abgekürzt PPR)“ herangezogen und der entsprechende Wert von 30 Minuten pro Patient und Tag zu Grunde gelegt [vgl. Birkenbeil/Kerkhoff, 1999, S. 40 f.]. Vorausgesetzt wurde dabei, dass folgende Tätigkeitsbereiche/Tätigkeiten der indirekten Pflege zuzuordnen sind [vgl. ebenda, S. 100]:

- Begleitung bei der Arztvisite, Medikamentenverwaltung
- Übergabe
- Dienstplanung, Pflegeplanung, Neuaufnahmen
- Speisenversorgung
  - Anforderung von Speisen, Zubereiten von Breikost und individuellen Sonderkosten, Portionieren usw.
- Betriebsablaufbezogene Aufgaben
  - Individuelle Wäschepflege (z. B. Einräumen, Kleinwäsche), bedarfsweise Reinigungsarbeiten außerhalb der regulären Hausreinigung (z. B. Bett, Hilfsmittel), Materialwirtschaft (z. B. Inkontinenzmittel)

Abgesehen davon, dass die Auflistung im Gegensatz zu anderen Untersuchungen/Verfahren einige wesentliche Bestandteile der indirekten Pflege nicht enthält, unterscheiden sich der gewählte Tätigkeitsumfang der indirekten Pflege und insbesondere auch der Ansatz der Einbeziehung des Tätigkeitsbereiches „Neuaufnahmen“ vom Ansatz der Pflege-Personalregelung, auf die – wie oben bereits erwähnt – Bezug genommen wurde.

Die so genannte Pflege-Personalregelung (PPR) wurde Mitte/Ende der neunziger Jahre rechtlich verbindlich im Krankenhausbereich zur Personalbemessung eingesetzt. Bei der Ermittlung des Pflegezeit- bzw. Personalbedarfs wurden neben dem Zeitbedarf nach Pflegekategorien für die so genannte allgemeine Pflege (Grundpflege) und die spezielle Pflege (Behandlungspflege) auch ein so genannter Pflegegrundwert *und* ein Fallwert berücksichtigt. Der Pflegegrundwert war für die Erwachsenenpflege mit 30 Minuten pro Patient und Tag festgelegt und beinhaltete folgende Leistungen [vgl. Gennrich, 1995, S. 149 f.]:

- Leistungen im Zusammenhang mit pflege- und behandlungsbezogenen Besprechungen
- Leistungen im Zusammenhang mit Leitungsaufgaben
- Leistungen im Zusammenhang mit der Ablauforganisation
- Innerbetriebliche Fortbildung

Darüber hinaus wurde der Fallwert von 70 Minuten einmalig für Aufnahmen in der Erwachsenenpflege angerechnet (also nur einmal für die gesamte Verweildauer der Patientin/des Patienten). Er sollte die Leistungen im Rahmen der Patientenaufnahme (und Entlassung) honorieren, die auf der jeweiligen Station vor allem im Rahmen der Organisation und Administration zu bewältigen sind.

Der Ansatz von Birkenbeil und Kerkhoff ist also im Grundsatz ein etwas anderer als bei der Pflege-Personalregelung. Nach Aussage in der Veröffentlichung zur Untersuchung fand im Rahmen der Studie zumindest ein gewisser Abgleich statt, ob der Zeitaufwand für die indirekte Pflege in der stationären Altenpflege etwa vergleichbar mit dem im Krankenhausbereich ist. Birkenbeil und Kerkhoff kommen zu dem Schluss, dass trotz der Unterschiede bezogen auf die konkreten Leistungsinhalte der indirekten Pflege in der Klinik im Vergleich zum Altenpflegeheim auch in der stationären Altenpflege ein Zeitaufwand von etwa 30 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag für indirekte Pflegeleistungen berücksichtigt werden sollte.

## 4.8 Verfahren „PERSYS“

Auch beim System „PERSYS“ (PERsonalbemessungsSYSTEM – Leistungsgerechte Pflegesätze und Maßstäbe zur Personalbemessung für die stationäre Pflege), das in der Evangelischen Heimstiftung Stuttgart entwickelt wurde, wird zwischen der direkten und der indirekten Pflege unterschieden. In der entsprechenden Literatur wird dazu Folgendes ausgesagt: „Zusätzlich zu den ‚direkten‘ Pflegezeiten ist noch ein Zeitfaktor für die sog. ‚indirekte‘ Pflegezeit zu berücksichtigen. Darin enthalten sind Zeiten für folgende Kategorien/Tätigkeiten [vgl. vom Endt u. a., 1999, S. 8 sowie unveröffentlichtes Seminar-skript]:

- Übergabe
- Besprechungen
- Dienstplan erstellen
- Organisation und Administration
- Anleitung
- Gemeinschaftsveranstaltungen
- Nicht planbare Zeiten
- Wegezeit
- Wartezeit
- Ver- und Entsorgung
- Speisen
- Reinigung

Die Besonderheit der genannten Zuordnung besteht vor allem darin, dass der Aufwand für „Gemeinschaftsveranstaltungen“ einbezogen wird. In den meisten anderen Untersuchungen/Systemen werden solche Veranstaltungen als Bestandteil der so genannten sozialen Betreuung im Bereich der direkten Pflege gesehen. Mit „nicht planbare Zeiten“ sind vermutlich die so genannten persönlichen Verteilzeiten und nicht planbare Wartezeiten gemeint.

Zum Zeitaufwand für die indirekte Pflege wird in der Literatur folgende Aussage getroffen: „Durch REFA-gestützte Selbstaufschreibungen wurde hierfür ein Zeitwert von 16 Minuten ermittelt.“ [vom Endt u. a., 1999, S. 8]

Nach Informationen der Evangelischen Heimstiftung Stuttgart wurden allerdings im Rahmen der Erhebungen in den einzelnen einbezogenen Einrichtungen unterschiedliche Zeitwerte „gemessen“. Insofern stellt der Wert von 16 Minuten einen Durchschnittswert dar. In bestimmten Einrichtungen lag der ermittelte Zeitwert demnach über dem Durchschnittswert.

Der für PERSYS ermittelte Zeitwert für die indirekte Pflege fällt als absoluter Wert gegenüber anderen Untersuchungen/Systemen relativ gering aus. Betrachtet man ihn als prozentualen Anteil am Gesamtpflegezeitbedarf ergibt sich bei Zugrundelegung eines durchschnittlichen Zeitbedarfs für die direkte Pflege von ca. 85 Minuten (über alle Pflegestufen, inkl. Nachtdienst und PDL-Anteil) ein Verhältnis von 84,2% direkte Pflege zu 15,8% indirekte Pflege.

## 4.9 Untersuchung AWO-Bezirksverband Mittelrhein

Im Jahre 1996 wurde in ausgewählten Einrichtungen der Tages-, Kurzzeit- und stationären Altenpflege des AWO-Bezirksverbandes Mittelrhein eine Untersuchung zu direkten und indirekten Pflegeleistungen durchgeführt. Dem Bereich der indirekten Pflege wurden folgende Kategorien zugeordnet [vgl. Giercke in: Schmidt/Thiele, 1998, S. 140]:

- Stationsbezogene Tätigkeiten (8 Tätigkeiten)
- Organisation des Arbeitsbereiches [keine Angabe zur Anzahl der einbezogenen Tätigkeiten]
- Stationsbezogene Tätigkeiten außerhalb der Etage (10 Tätigkeiten)
- Stationsübergreifende Tätigkeiten (2 Tätigkeiten)
- Allgemeine Tätigkeiten (5 Tätigkeiten)

Nähere Aussagen dazu, welche konkreten Tätigkeiten unter den einzelnen Kategorien subsumiert wurden, sind in der zugänglichen Literatur nicht zu finden. Daher ist auch nicht nachvollziehbar, ob die Kategorien „Hauswirtschaft (7 Tätigkeiten)“ und „Sonstige (5 Tätigkeiten)“, die in der Untersuchung vermutlich eher dem Bereich der direkten Pflege zugeordnet wurden, teilweise oder ganz der indirekten Pflege zugerechnet werden müssten. In der Literatur ist lediglich vermerkt, dass die genannten Kategorien neben den Leistungen der Grundpflege, Behandlungspflege und Betreuung in den Bewohnerzimmern erhoben wurden.

Für den Bereich der stationären Altenpflege sind in der Literatur folgende Zeitwerte für die einzelnen Kategorien der indirekten Pflege angegeben [vgl. ebenda, S. 141]; die Prozentwerte sind nicht veröffentlicht, sondern wurden berechnet, ebenso wie die Zwischensummen:

<b>Tabelle 10: AWO BV Mittelrhein: Tagesdurchschnittszeiten nach Kategorien</b>		
<b>Kategorien</b>	<b>Min./B./Tag</b>	<b>Prozent</b>
Grundpflege	38,96	37,4
Behandlungspflege	3,71	3,6
Betreuung	2,93	2,8
<b>Summe direkte Pflege</b>	<b>45,60</b>	<b>43,8</b>
Stationsbezogene Tätigkeiten	21,11	20,3
Organisation des Arbeitsbereiches	13,57	13,0
Stationsbezogene Tätigkeiten außerhalb der Etage	2,24	2,1
Stationsübergreifende Tätigkeiten	0,73	0,7
Allgemeine Tätigkeiten	10,80	10,4
<b>Summe indirekte Pflege</b>	<b>48,45</b>	<b>46,5</b>
Hauswirtschaft	10,15	9,7
<b>Summe gesamt</b>	<b>104,20</b>	<b>100,0</b>

Die Summe von ca. 48 Minuten (ca. 47% der Gesamtzeit) für indirekte Pflegeleistungen erscheint relativ hoch, insbesondere auch bezogen auf den prozentualen Anteil an der Gesamtzeit gegenüber dem Anteil der direkten Pflege (ca. 44%).

#### 4.10 Verfahren „CBS“

Seit 2004 wird von der Betriebswirtschaftlichen Beratungs- und Service-GmbH des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. der Einsatz des Verfahrens „Controlling und Benchmarking Stationär (CBS)“ angeboten. Ziel des Verfahrens ist die Bestimmung des bewohnerindividuellen Pflegebedarfs und des daraus resultierenden Personalbedarfs sowie die Nutzung der über die Erhebung gewonnenen vielfältigen Daten im Rahmen von Controlling und Benchmarking. Ausgangspunkt war die Erarbeitung eines Erhebungsdesigns in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl Empirische Wirtschafts- und Sozialforschung der Universität Dortmund und die Durchführung von Pflegezeitstudien zwischen 2002 und 2004 in Einrichtungen des DRK-Landesverbandes Westfalen-Lippe e.V. [vgl. Lange/Busat/Kamp, 2004, S. 40 ff.].

Hinsichtlich des Bereichs der indirekten Pflege wurden mittels Selbstaufschreibung durch Pflegekräfte folgende Kategorien erfasst:

- ▮ Persönliche Zeit, Warten, Wache [P]
- ▮ Besprechung Kollegen [Q]
- ▮ Besprechung Ärzte/Therapeuten [R]
- ▮ Pflegedokumentation/-planung [S]
- ▮ Koordination, Organisation, Verwaltung [T]
- ▮ Mahlzeitenversorgung [U]
- ▮ Wäscheversorgung (+ Inkontinenzmaterial) [V]
- ▮ Medikamente stellen [W]
- ▮ Sonstiges [X]

Im Erhebungsbogen sind diese übergeordneten Tätigkeitskategorien aufgelistet und jeweils mit den genannten Kürzeln versehen. Bei der Erhebung kann zusätzlich zum Kürzel für die Kategorie in einer Spalte „Bemerkungen“ angegeben werden, welche konkrete Tätigkeit ausgeführt wurde. Beispiele für die Kategorie „Mahlzeitenversorgung“ wären die Tätigkeiten Essenswagen holen, Essen vorbereiten, Tablett verteilen und einsammeln.

Wie in anderen Untersuchungen/Systemen auch, sind Angehörigengespräche dem Bereich „Betreuung (mit Bewohnerbezug)“ und Wege weitgehend dem Bereich „Pflege“ zugeordnet. Ob dies ausschließlich Wege mit Bewohnerbezug betrifft, kann anhand der zugänglichen Literatur nicht eindeutig nachvollzogen werden.

Zahlen bezogen auf die Anwendung des Verfahrens liegen für die bereits erwähnten DRK-Einrichtungen sowie für drei AWO-Heime vor, in der zugänglichen Literatur allerdings (für die indirekte Pflege) lediglich als Prozentzahlen. Die Auswertungen zeigen sehr deutlich, dass der Anteil der indirekten Pflegeleistungen sowohl insgesamt als auch bezogen auf die einzelnen Kategorien in den untersuchten Einrichtungen unterschiedlich ist. Die Unterschiede werden von den Autoren weitgehend auf einen spezifischen strukturellen Hintergrund, Organisationsgrad und Personaleinsatz in den einzelnen Einrichtungen zurückgeführt. Folgende Daten sollen der Veranschaulichung dienen [vgl. Seminarskript, S. 21]:

Tabelle 11: CBS: Ergebnisse des Betriebsvergleichs zur indirekten Pflege (Angaben in Prozent)			
Kategorien	Heim 1	Heim 2	Heim 3
<b>Summe direkte Pflege</b>	<b>53</b>	<b>55</b>	<b>44</b>
Koordination/Organisation/Verwaltung	2	1	3
Pflegedokumentation	5	3	4
Kontakte zu Ärzten	1	1	2
Persönliche Zeit	3	3	9
Medikamentenversorgung	5	3	6
Übergaben	8	13	9
Sonstige Besprechungen	4	4	4
Dokumentationslücken/stationsfremd	0	1	1
<b>Summe indirekte Pflege ohne „Hauswirtschaft“</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>38</b>
Wäscheversorgung	2	2	1
Mahlzeitenversorgung	18	15	17
<b>Summe indirekte Pflege mit „Hauswirtschaft“</b>	<b>48</b>	<b>46</b>	<b>56</b>

Die Differenz zwischen dem niedrigsten und höchsten Wert beträgt immerhin bezogen auf die indirekte Pflege ohne Einbezug der Kategorie „Hauswirtschaft“ 10% und mit Berücksichtigung der Hauswirtschaftsleistungen 8%.

Beim Vergleich des Verhältnisses von direkter Pflegezeit zu indirekter Pflege fällt auf, dass der Anteil indirekter Pflegeleistungen unter Einbezug der Kategorie „Hauswirtschaft“ relativ hoch ist (48–56%). Der Summenwert ohne Hauswirtschaftsleistungen beträgt 28–38%.

## 4.11 Untersuchung von Busch, Huchler, Pfaff

Von den genannten Autoren wurde 1995 im Landkreis Augsburg eine empirische Analyse von Betriebsabläufen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe durchgeführt [vgl. Busch/Huchler/Pfaff, 1997, S. 42 ff.]. Neben den direkten Pflegeleistungen wurden auch „indirekte Arbeiten an bzw. für Bewohner ohne jedoch einen direkten Bewohnerbezug herstellen zu können, Wegezeiten (in Räumen bzw. innerhalb der Einrichtung), stationsbezogene Tätigkeiten, Verwaltungsarbeiten und (reguläre) Pausen“ erhoben [ebenda, S. 45].

Folgende Beispiele werden für die konkret berücksichtigten Tätigkeiten genannt:

- Medikamentenvorbereitung, Essen servieren und abräumen etc. (indirekte Arbeiten ohne direkten Bewohnerbezug)
- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Wäscheversorgung, Blumenpflege, Reinigungs- und Aufräumarbeiten etc. (Tätigkeiten mit Stationsbezug)
- Übergabebesprechungen, Routineverwaltung wie Dienstpläne erstellen, Berichte schreiben etc. (Verwaltungstätigkeiten)

Auffällig bei dieser Zuordnung ist die Tatsache, dass Leistungen im Rahmen der Essensversorgung der Kategorie „indirekte Arbeiten ohne Bewohnerbezug“ und Leistungen im Zusammenhang mit Reinigung und Wäscheversorgung der Kategorie „Tätigkeiten mit Stationsbezug“ zugerechnet werden. In anderen Studien/Verfahren werden die genannten Tätigkeiten häufig unter dem Überbegriff „hauswirtschaftliche Tätigkeiten“ subsumiert.

Außerdem wird der Begriff „indirekte Tätigkeiten“ *offensichtlich anders definiert bzw. abgegrenzt* als dies in anderen Untersuchungen/Verfahren der Fall ist. Während in der Regel von Pflegepersonen durchgeführte stationsbezogene Tätigkeiten, Verwaltungsaufgaben und Wegezeiten dem Gesamtbereich der indirekten Pflege zugeordnet werden, sind diese bei Busch/Huchler/Pfaff gesondert aufgeführt.

Dies spiegelt sich auch in folgender Auswertung zum Anteil der einzelnen Kategorien am Gesamtzeitaufwand wider [vgl. ebenda, S. 46]:

Kategorien	Anteil
Patient „direkt“	44 %
Patient „indirekt“	15 %
Wege	9 %
Stationsbezogene Tätigkeiten	4 %
Verwaltung	15 %
Pause	8 %
Sonstiges	5 %
Summe nicht „direkt“ und nicht „indirekt“	41 %

Im Kommentar zur Untersuchung gehen die Autoren unter anderem auch darauf ein, dass der Anteil der Leistungen, die nicht den „direkten und indirekten Leistungen“ zuzuordnen sind, mit etwas über 40% gegenüber anderen Studien relativ hoch ist.

## 4.12 Untersuchung von Dorenkamp, Oyen, Funke, Zapp

Die Fachhochschule Osnabrück führte Ende der neunziger Jahre in Zusammenarbeit mit dem AWO-Bezirksverband Weser-Ems e.V. ein Projekt zur Messung der Pflegezeit als Voraussetzung für die interne Budgetierung durch. Die Pflegezeiterhebung erfolgte größtenteils mittels Fremdaufschreibung durch externe Beobachter.

Hinsichtlich der indirekten Pflegeleistungen wurden unter anderem folgende Leistungen einbezogen [vgl. Zapp/Funke, 1998b, S. 327]:

- Organisationsaufgaben, die direkt mit der Pflege zusammenhängen, z. B.
  - ▮ Pflegeplanung
  - ▮ Pflegedokumentation
  - ▮ Besprechungen mit Ärzten, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern und Pflegekräften
  - ▮ Begleitung der MDK-Mitarbeiter bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit
  - ▮ Überwachung und Überarbeitung von Pflegestandards
  
- Mitarbeiter- und betriebsablaufbezogene Aufgaben, z. B.
  - ▮ Erstellen und Auswerten von Dienstplänen
  - ▮ Dienstbesprechungen
  - ▮ Anleiten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
  - ▮ Fortbildung
  - ▮ Bestellen von Pflegeartikeln
  - ▮ Pflege und Instandhaltung von Pflegehilfsmitteln
  - ▮ Qualitätssicherung
- Persönliche Verteilzeiten

Offensichtlich wurden auch Wegezeiten und Leistungen aus dem Bereich „Hauswirtschaft“ berücksichtigt [vgl. Dorenkamp/Oyen/Funke/Zapp, 1998a, S. 134]. Welche Einzelaktivitäten unter der Kategorie „Hauswirtschaft“ subsumiert wurden, ist nicht dargestellt.

Zum zeitlichen Aufwand der indirekten Pflege wird zum einen ausgesagt, dass der in der Pflegepersonalregelung im Krankenhausbereich vorgesehene so genannte Grundwert von 30 Minuten pro Patient und Tag auch bei den Erhebungen in den Modelleinrichtungen nicht unterschritten wurde [vgl. Zapp/Funke, 1998b, S. 327]. Zum anderen sind folgende *Beispiele* für die Verteilung der Arbeitszeit auf die einzelnen Kategorien genannt [vgl. Dorenkamp/Oyen/Funke/Zapp, 1998a, S. 134 und Zapp/Funke, 1998b, S. 326]:

**Tabelle 13: Dorenkamp u. a.: Durchschnittliche direkte und indirekte Pflegezeiten in der Pflegestufe 2**

Kategorie	Anteil
Grundpflege	51 %
Soziale Betreuung	6 %
Behandlungspflege	12 %
<b>Summe direkte Pflege</b>	<b>69 %</b>
<b>Indirekte Pflege</b>	<b>31 %</b>

**Tabelle 14: Dorenkamp u. a.: Profil einer Pflegekraft (6.30 – 14.00 Uhr)**

Kategorie	Anteil
Grundpflege	38 %
Soziale Betreuung	2 %
Behandlungspflege	2 %
<b>Summe direkte Pflege</b>	<b>42 %</b>
Hauswirtschaft	19 %
<b>Summe Hauswirtschaft</b>	<b>19 %</b>
Indirekte Pflege – Dokumentation	5 %
Verteilzeit mitarbeiterbezogen	1 %
Indirekte Pflege – Organisation	23 %
Indirekte Pflege – Wegezeiten	10 %
<b>Summe indirekte Pflege</b>	<b>39 %</b>

Die Werte von 31% bzw. 39% bezogen auf den Aufwand für die indirekte Pflege ohne Anrechnung des Bereichs „Hauswirtschaft“ scheinen in einem realistischen Bereich zu liegen. Rechnet man im Beispiel des Profils einer Pflegekraft den Anteil hauswirtschaftlicher Leistungen hinzu, ergibt dies einen Wert von 58%.

### 4.13 Untersuchung/Verfahren „Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD)“

Die Untersuchung „Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD)“ bezieht sich explizit auf den Gesamtversorgungsaufwand für alte Menschen mit Demenz, insbesondere für mobile, schwerst dementiell erkrankte Menschen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten [vgl. Dürrmann in: BMFSFJ, 2001 a, S. 89 ff.]. In die Untersuchung waren 13 vollstationäre Einrichtungen einbezogen.

Neben den Leistungen der direkten Pflege wurde auch der Aufwand für die indirekte Pflege erfasst. Folgende Kategorien/Tätigkeiten wurden einbezogen:

- Angehörigenarbeit
- Biographiearbeit
- Fortwährende Beobachtung der Bewohnerin/des Bewohners und dessen weitere Entwicklung
- Dienstübergabe
- Pflegedokumentation
- Neuaufnahmen
- Arztbesuche, Arztvisiten im Hause
- Neurologische Begleitung
- Disposition von Arzneimitteln und Materialien
- Hol- und Bringendienste
- Hygiene, Sicherheits-, Umweltschutzmaßnahmen
- Hierarchieübergreifende Besprechungen

- ▮ Teambezogene Teambesprechungen
- ▮ Wohnbereichsbezogene Konzeptentwicklung
- ▮ Mitarbeiter-einzelgespräche
- ▮ Dienstpläne erstellen
- ▮ Hausinterne Fort- und Weiterbildung
- ▮ Supervision
- ▮ Anleitung von neuen Mitarbeitern, Hospitanten, Praktikanten

Abweichend zu anderen Untersuchungen/Verfahren wird bei Dürrmann die „fortwährende Beobachtung der Bewohnerin/des Bewohners und dessen weitere Entwicklung“ dem Bereich der indirekten Pflege zugeordnet, statt wie in der Regel der direkten Pflege. U. U. sind aber auch Leistungen gemeint, die keinen oder nur bedingt Bewohnerbezug haben und eher in den Bereich der Administration/Organisation fallen. Dies kann allerdings auf Basis der zugänglichen Literatur nicht nachvollzogen werden.

Zum zeitlichen Aufwand für indirekte Pflegeleistungen im Vergleich zur direkten Pflege sind in einem Beitrag von Dürrmann folgende Zahlen genannt; die Prozentwerte wurden anhand der absoluten Zahlen errechnet, ebenso wie die Summen [vgl. Dürrmann, 2001 b, S. 164]:

Tabelle 15: LvVD: Ergebnis der Pflegezeitermittlung		
Bereich	Min./Bew./Tag	Prozent
Pflegebedarf	132	86,8
Indirekte Leistungen	20	13,2
<b>Gesamt</b>	<b>152</b>	<b>100,0</b>

Dürrmann beschreibt darüber hinaus, dass bei der Erhebung die Annahme bestätigt worden sei, „dass in der Betreuung Demenzkranker ein zusätzlicher Mehraufwand an indirekten Leistungen besteht“ [Dürrmann in: BMFSFJ, 2001 a, S. 94]. Als Begründung wird vor allem aufgeführt, dass bei der Versorgung von Demenzkranken über die „klassische“ Pflegedokumentation und Pflegeplanung hinaus weitere besondere Maßnahmen durchgeführt werden müssen, die sich auf folgende Aspekte beziehen:

1. Biographiearbeit
2. Angehörigenarbeit
3. Regelmäßige zusätzliche Visiten mit einer Neurologin/einem Neurologen/  
einer Psychiaterin/einem Psychiater
4. Beobachtung des Bewohners
5. Fallbesprechungen
6. Besondere Aufnahmeverfahren
7. Zusatzbedarf an Fort- und Weiterbildung
8. Kontinuierliche Konzeptentwicklung und Anpassung

Zur zeitlichen Bewertung ist Folgendes ausgesagt: „Der täglich zusätzliche Aufwand wurde mit durchschnittlich 16 Prozent des Mehraufwandes von 45 Minuten beziffert.“ [ebenda, S. 94]

Dies ergibt (bei der in der Literatur genannten Basis von 48,06 Minuten) ca. 7,7 Minuten, die über den „normalen“ Aufwand für die indirekte Pflege hinausgehen. Für den Bereich der Biographie- und Angehörigenarbeit, der Fallbesprechungen und der Konzeptentwicklung ist vermutlich der besondere Aufwand gemeint, der über die inzwischen regelhaft geforderte Umsetzung entsprechender Maßnahmen bei „klassischen“ Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern hinaus geht.

## 4.14 Untersuchung von Heil-Ferrari

Eine Untersuchung von Heil-Ferrari verfolgt einen etwas anderen Ansatz als die anderen Studien. Das Projekt/die diesbezügliche Veröffentlichung betrifft eigentlich das Thema „pflegefremde Tätigkeiten“. Heil-Ferrari leitet im ersten Schritt ausgehend von der Beschäftigung mit der Pflegepersonalregelung und der Psychiatrie-Personalverordnung aus dem Krankenhausbereich ein „Tätigkeitsprofil Altenpflege“ ab. Im zweiten Schritt benennt er Tätigkeiten, die zu einem gewissen bis überwiegenden Anteil von Pflegekräften (auch) ausgeführt werden, aber nicht in den eigentlichen Aufgabenbereich von Pflege fallen (so genannte pflegefremde Tätigkeiten). Das Tätigkeitsprofil nennt folgende vier Hauptkategorien [vgl. KDA, 1994, S. 15 ff.]:

1. Pflege sowie Mitwirkung bei Behandlung und Rehabilitation
2. Betreuung und Beratung alter Menschen in persönlichen und sozialen Angelegenheiten
3. Freizeitgestaltung
4. Mittelbare pflegerische Tätigkeiten

Vergleicht man die von Heil-Ferrari den vier Kategorien zugeordneten konkreten Tätigkeiten mit der Zuordnung in anderen Studien und Systemen, so finden sich die von anderen Autorinnen und Autoren der indirekten Pflege zugewiesenen Leistungen vor allem in der Kategorie 4 „mittelbare pflegerische Tätigkeiten“. Genannt sind folgende Tätigkeiten:

- Dienstübergaben
- Teilnahme an Teamsitzungen
- Teilnahme an übergreifenden Dienstbesprechungen
- Teilnahme an Supervisionsgruppen
- Hausinterne Fortbildung
- Organisation und Koordination der Arbeitsabläufe (Stationsmanagement)
- Dienstplangestaltung
- Terminplanung
- Bestellung, Bevorratung und Verbrauchssteuerung von Medikamenten, Pflegehilfsmitteln und sonstigen Materialien
- Anleitung von neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Altenpflegeschülerinnen und Altenpflegeschüler, Praktikantinnen und Praktikanten, Zivildienstleistenden
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen (inkl. Ärzte)
- Beteiligung an stations-/wohnbereichsbezogenen Pflegequalitätssicherungsverfahren
- Hygiene, Sicherheits- und Umweltschutzmaßnahmen
- Milieugestaltung auf Station/Wohnbereich
- Verwaltungsaufgaben

Verschiedene Tätigkeiten, die in anderen Studien/Verfahren zumindest teilweise auch dem Bereich der indirekten Pflege zugeordnet werden, sind bei Heil-Ferrari Bestandteil der Kategorie 2 „Betreuung und Beratung alter Menschen in persönlichen und sozialen Angelegenheiten“. Dies betrifft

- Gespräche mit Familienangehörigen (einschließlich Beratung),
- Bewohnerbezogene Informationsgespräche (einschließlich telefonische Kontakte),
- Besondere Maßnahmen im Zusammenhang mit der Heimaufnahme,
- Mithilfe bei Behördenkontakten,
- Barbetragsverwaltung und
- Beschaffung persönlicher Sachmittel (Kleidung).

Die Vor- und Nachbearbeitung von Untersuchungen und die Begleitung zu Ärztinnen/Ärzten sind der Kategorie 1 „Pflege sowie Mitwirkung bei Behandlung und Rehabilitation“ zugewiesen.

Hinsichtlich der so genannten pflegefremden Tätigkeiten wird folgende Unterscheidung getroffen:

#### 1. Verwaltungsaufgaben

Hierzu werden insbesondere Telefonvermittlungsdienste, Pfortendienst, Postdienst, Abrechnung von Einzelleistungen verschiedenster Art (Telefon, Fernsehen, Heil- und Hilfsmittelanforderungen), ein unangemessener Anteil „Formularwesen“ und die arbeitsaufwendige Barbetragsverwaltung gezählt.

#### 2. Hol- und Bringendienste

Dazu gehören unter anderem Wege im Zusammenhang mit der Wäsche- und Speiserversorgung und -entsorgung, Apothekenbesorgungen, Postzustellung, Archivierung, Patientenbegleitdienste und Verwaltungsgänge.

#### 3. Ärztliche Tätigkeiten

Subsumiert werden Anteile der so genannten Behandlungspflege, die nicht bzw. nicht zwingend von Pflegekräften sichergestellt werden müssen/sollten, wie Blutentnahmen, i.v.-Injektionen, Beteiligung an Laboruntersuchungen/Gewinnung von Untersuchungsmaterial, Vorbereiten, Begleiten und Nachbereiten ärztlicher Visiten (abrechnungstechnische Nachbereitung) und ärztliche Sekretariatstätigkeiten (z. B. ärztliche Dokumentationsaufgaben).

#### 4. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie

- Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten in den Pflegearbeitsräumen
- Abräumen und Spülen des Geschirrs, mundgerechte Vorbereitung
- Reinigen von Pflegewagen, Wäschewagen, Toilettenstühlen, Infusionsständern, Waagen, Rollstühlen u.s.w.
- Wäscheversorgung und -entsorgung
- Nährarbeiten
- Abfallentsorgung

Zum zeitlichen Aufwand für die genannten Tätigkeiten ist Folgendes ausgesagt [ebenda, S. 18]: „Meine Erfahrungswerte stammen auf Grund einer Organisationsanalyse in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe (ca. 200 Bewohnerplätze) aus den Jahren

1989/1990. Der Anteil der [...] aufgelisteten pflegefremden Tätigkeiten entsprach ca. 26% des gesamten Pflegeaufwandes. Dabei ist zu berücksichtigen, dass den höchsten Anteil der pflegefremden Tätigkeiten die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, insbesondere Putz- und Reinigungsarbeiten, ausmachen. Der Anteil liegt bei knapp unter 20%.“

## 4.15 Weitere Untersuchungen bzw. Verfahren

### Untersuchung von Neubauer und Schallmair

In einer Veröffentlichung zur Untersuchung von Neubauer und Schallmair im Jahre 1996 werden lediglich folgende Kategorien für die Erhebung und Auswertung genannt [Neubauer/Schallmair, 1998, S. 181 ff.]:

- ▮ Grundpflege
- ▮ Behandlungspflege
- ▮ Hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- ▮ Psychosoziale Betreuung
- ▮ Sonstiges

Welche konkreten Tätigkeiten in der Kategorie „Sonstiges“ erfasst wurden und ob zur Kategorie „hauswirtschaftliche Tätigkeiten“ auch bzw. vor allem Leistungen erhoben wurden, die in anderen Untersuchungen/Verfahren dem Bereich der indirekten Pflege zugeordnet werden, ist nicht erwähnt.

Der durchschnittliche zeitliche Aufwand bezogen auf die einzelnen Kategorien wurde differenziert nach den Pflegestufen ausgewiesen. Für die Kategorien „hauswirtschaftliche Tätigkeiten“ und „Sonstiges“ sind folgende Werte genannt (Angaben in Prozent beziehen sich auf den prozentualen Anteil von der gesamten Pflegezeit):

Tabelle 16: Neubauer, Schallmair: Durchschnittlicher Zeitaufwand pro Betreuungstag										
Kategorie	Stufe „0“		Stufe 1		Stufe 2		Stufe 3		Härtefall	
	Min.	%								
Hausw. Tätigkeiten	10,1	12,6	10,0	9,2	11,9	6,7	13,7	5,5	18,7	5,3
Sonstiges	14,8	18,4	16,6	15,2	17,0	9,6	23,2	9,2	27,6	7,8
<b>Summe</b>	<b>24,9</b>	<b>31,0</b>	<b>26,6</b>	<b>24,4</b>	<b>28,9</b>	<b>16,3</b>	<b>36,9</b>	<b>14,7</b>	<b>46,3</b>	<b>13,1</b>

Die Angaben verdeutlichen den – auch von anderen Autorinnen/Autoren diskutierten – Aspekt, dass mit zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht nur der Aufwand für direkte Pflegeleistungen steigt, sondern auch der Aufwand für die nicht direkt pflegerischen bzw. nicht bewohnerbezogen zuordenbaren Leistungen.

### Untersuchung von Laaser, Röttger-Liepmann, Breckenkamp und Herwig-Stenzel

Bezogen auf eine Untersuchung der o.g. Autorinnen/Autoren findet sich in der Literatur folgende Aussage: „Unter die ‚Bewohnerfernen Tätigkeiten‘ fallen organisatorische, planerische, versorgungstechnische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten ebenso wie

Teambesprechungen, Supervision u. a. Entsprechend den Ergebnissen der Erhebung eines der teilnehmenden Heime wurden diese Tätigkeiten mit 25 Minuten/Bewohner/Tag festgesetzt.“ [Laser u. a., 2000, S. 5]

Außerdem ist erwähnt, dass die in den Pflegegruppen stattfindenden hauswirtschaftlichen Tätigkeiten aufgrund ihrer zeitlich geringen Ausdehnung der Pauschale für „Bewohnerferne Tätigkeiten“ zugeordnet wurden.

### Projekt von Müller

In einem Artikel von Müller wird ein Projekt an einer Fachschule für Altenpflege wie folgt vorgestellt: „Im Rahmen des Unterrichtsfaches ‚Der Pflegedienst im Altenheim‘ wurde zu dem Themenbereich ‚Tagesablaufplanung/Tagesablaufgestaltung‘ auf einer Station ein kleines Projekt durchgeführt. Ziel dieses Projektes war, dass die Teilnehmerinnen des Stationsleitungslehrganges ein Instrumentarium entwickeln, das ihnen die strukturierte Erfassung des Tagesablaufes einer Station ermöglichen sollte.“ [Müller, 1993, S. 512]

Im Rahmen des Projektes wurde unter anderem der Zeitaufwand für die Bewohnerversorgung anhand einer sehr begrenzten Stichprobe ermittelt (n = 16 Bewohnerinnen und Bewohner). Folgende Kategorien wurden gebildet und folgende Ergebnisse bezogen auf *einen der beiden Wohnbereiche* erzielt:

Tabelle 17: Müller: Pflegeaufwand im Tagdienst			
Kategorie	Min. alle Bew.	Min./Bew.	Prozent
Pflegerische Tätigkeiten	1065	66,6	40
Medizinische Tätigkeiten	72	4,5	3
Sozialpflegerische Tätigkeiten	131	8,2	5
<b>Summe „direkte Pflege“</b>	<b>1268</b>	<b>79,3</b>	<b>48</b>
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	697	43,6	27
Organisatorische Tätigkeiten	330	20,6	13
Wegezeiten	56	3,5	2
Pausen/Leerlauf	268	16,7	10
<b>Summe „indirekte Pflege“</b>	<b>1351</b>	<b>84,4</b>	<b>52</b>
<b>Summe gesamt</b>	<b>2619</b>	<b>163,7</b>	<b>100</b>

Die Summenbildung „direkte Pflege“ und „indirekte Pflege“ ist in der Veröffentlichung so nicht vorgenommen worden, sondern sie wurde von dem Bearbeiter dieses Berichtes eingefügt. Welche konkreten Tätigkeiten unter den einzelnen Kategorien zusammengefasst wurden, ist in dem Artikel nicht aufgeführt. Daher ist beispielsweise auch nicht nachvollziehbar, ob zumindest ein Teil der „hauswirtschaftlichen Tätigkeiten“ dem Bereich der direkten Pflege zugeordnet werden müsste. Auffällig ist zumindest, dass der Anteil an indirekten Pflegeleistungen relativ hoch ausfällt. Die Gesamtsumme von ca. 164 Minuten inkl. Wegezeiten und Pausen erscheint weitgehend plausibel.

### Arbeitshilfe von DPWV und EKD

Im Jahre 1997 wurde vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (Gesamtverband e.V.) und dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland die „Arbeitshilfe für eine bewohnerbezogene Erfassung der Leistungen gemäß § 43 SGB XI in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“ herausgegeben. Die in der Arbeitshilfe beschriebene Erfassung der Leistungen verfolgt das Ziel, Transparenz über die tatsächlich zu leistende direkte Betreuung und Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern zu erhalten, das heißt – über die bezogen auf die Feststellung von Pflegebedürftigkeit gesetzlich definierten Verrichtungen hinaus – auch den Leistungs- und Zeitbedarf für die so genannte soziale Betreuung und die so genannte Behandlungspflege darzustellen.

Zum Bereich der indirekten Pflege ist in der Arbeitshilfe lediglich Folgendes ausgesagt: „Die Gesamtsumme der Ist-Arbeitszeiten muss höher sein als die Gesamtzeit der Leistungserfassung, da die indirekten Pflegeleistungen wie z. B. Wegezeiten, Verteilzeiten, Übergabe, Pflegedokumentation, Pflegeplanung nicht berücksichtigt wurden.“ [DPWV/EKD, 1997, S. 5-1]

### Untersuchung von Schneekloth und Müller

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Wirkungen der Pflegeversicherung“ wurden unter anderem Daten zum Leistungsgeschehen in stationären Altenhilfeeinrichtungen erhoben. Die Auswertungen beziehen sich maßgeblich auf die direkten Pflegeleistungen. Im Projektbericht wird angemerkt, dass „die sonstigen bewohnerübergreifenden ‚indirekten Pflegemaßnahmen‘, also die Dienstübergaben oder das Führen der Pflegedokumentation [...] im Zuge der Erhebung in ihrem zeitlichen Aufwand nicht pro einzel-nem Bewohner exakt abgegrenzt werden [können].“ [BMG, 1999, S. 144]

Dies ist in der gewählten Erhebungsmethode begründet. Mittels Befragung von Pflegekräften wurden die Dauer und die wöchentliche Häufigkeit der Leistungen von Grund- und Behandlungspflege sowie der laut SGB XI der sozialen Betreuung zuzurechnenden psychosozialen Hilfen für verwirrte Bewohnerinnen und Bewohner erfasst und mit der Nettoarbeitszeit in Beziehung gesetzt. Indirekte Pflegezeiten, Kommunikation mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigenarbeit etc. wurden nicht explizit, sondern implizit ermittelt [vgl. ebenda, S. 141]. Daher kommen die Untersucher auch zu folgendem Schluss: „Im Rahmen der Kapazitätsplanung [...] wird für die bewohnerübergreifenden Hilfen bzw. für die indirekte Pflege in der Regel ein Grundwert angesetzt, der zu den vorgesehenen (z. B. REFA-gestützten) ‚Soll-Zeiten‘ pro Verrichtung hinzu-addiert werden muss. Bei der von uns durchgeführten ‚Ist-Erhebung‘ ist dies jedoch nicht notwendig. Vor dem Hintergrund der gewählten Erhebungsmethode würde ein zusätzlicher Grundwert vielmehr zu einer systematischen Überschätzung im Leistungsaufwand führen. Wir gehen vielmehr davon aus, dass mit den von uns ermittelten Ist-Zeiten in der Summe sowohl die direkte und indirekte Pflege hinreichend abgedeckt als auch der überwiegende Teil der sonstigen sozialen Betreuung [spazieren gehen, Erledigungen machen, kleinere Feste oder geselliges Beisammensein d. R.] implizit mit erfasst ist.“ [ebenda, S. 144]

### **Untersuchung des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg**

Im Rahmen der so genannten „BASIS-Studie“ des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg im Jahre 1997 sollten Kriterien der Leistungsbemessung gefunden werden, um Kosten- und Entgeltkalkulationen durchführen zu können.

Folgende Instrumente zur Leistungserfassung wurden entwickelt und eingesetzt [vgl. Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, ohne Jahr, S. 1 f.]:

- Bewohnerbezogener Erfassungsbogen zur Grundpflege
- Bewohnerbezogener Erfassungsbogen zur Behandlungspflege
- Bewohnerbezogener Erfassungsbogen zu pflegebedingten, hauswirtschaftlichen Dienstleistungen
- Bewohnerbezogener Erfassungsbogen des sozialen Betreuungsdienstes
- Wegelängenprotokoll

Nicht erfasst wurden indirekte Pflegezeiten wie Organisations- und Wegezeiten sowie Übergabezeiten.

### **Verfahren „BESA“**

In der Schweiz wird in bestimmten Einrichtungen/Regionen das System „BESA“ (BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) eingesetzt. In der zugänglichen Literatur wird lediglich eine allgemeine Aussage zum Bereich der indirekten Pflege getroffen. Danach beinhaltet das System neben den Leistungsgruppen der direkten Pflege folgende vier Leistungsgruppen, die im Pensions- oder „Hotel“-Tarif inbegriffen sind [VESKA, 1995, S. 65 f.; Heimverband Schweiz, 2000, S. 4]:

- Gruppe 1: Leitung und Administration
- Gruppe 2: Wohnen
- Gruppe 3: Haus- und Zimmerdienst, Leib-, Bett- und Frotteewäscheversorgung
- Gruppe 4: Alltagsgestaltung

Aussagen zur zeitlichen Bewertung der entsprechenden Leistungen werden nicht getroffen.

# V.

## Schlussfolgerungen zum Inhalt indirekter Pflege

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der Betrachtung verschiedener Untersuchungen und Verfahren, die Aussagen zu den konkreten Inhalten indirekter Pflege und zur Bildung von übergeordneten Kategorien enthalten, wird im Folgenden versucht, einen Tätigkeitenkatalog für indirekte Pflegeleistungen abzuleiten, der eine möglichst klare Abgrenzung von mittelbar bewohnerbezogenen Tätigkeiten von den unmittelbar bewohnerbezogenen ermöglicht. Der vorzuschlagende Tätigkeitenkatalog wird in Kapitel 5.1 vorgestellt. Die inhaltliche Begründung für den Katalog wird in Kapitel 5.2 vorgenommen. In diesem Zusammenhang wird auch darauf eingegangen, dass einige Leistungen „ausgegrenzt“ wurden, die in verschiedenen Untersuchungen/Verfahren dem Bereich der indirekten Pflege zugeordnet werden, für die aber eine Zuordnung zum Bereich der direkten Pflege bzw. Berücksichtigung bei der Umrechnung von Netto- in Bruttopflegezeit oder umgekehrt sinnvoll erscheint. Die Schlussfolgerungen zum zeitlichen Aufwand indirekter Pflege werden in Kapitel 7 dargestellt.

### 5.1 Vorschlag „Katalog der indirekten Pflegeleistungen“

Bei den Zeitmessungen in zwei Altenpflegeeinrichtungen, die im Rahmen des Projektes durchgeführt wurden und in den Kapiteln 6.2 bis 6.4 näher erläutert werden, wurde ein Tätigkeitenkatalog eingesetzt (vgl. Kapitel 9.4). Der Katalog enthielt vor allem Leistungen aus dem Bereich der indirekten Pflege, punktuell aber auch Tätigkeiten mit einem unmittelbaren Bewohnerbezug. Dies ermöglichte es, hinsichtlich des Vorschlags für einen „Katalog der indirekten Pflegeleistungen“ zunächst einmal ergebnisoffen heranzugehen und bestimmte Aspekte der Abgrenzung zwischen indirekten und direkten Pflegeleistungen auf dem Hintergrund der Erhebung in den Einrichtungen noch einmal zu „beobachten“ und anschließend zu bewerten. Außerdem kann so im Kapitel 6 der erhobene Zeitbedarf auch für die Tätigkeiten exemplarisch ausgewiesen werden, die dem folgenden Vorschlag entsprechend nicht dem Bereich der indirekten Pflege zugeordnet werden sollten.

Im Ergebnis der Auseinandersetzung mit dem bei der Zeitmessung eingesetzten Tätigkeitenkatalog, der Erfahrungen aus der Erhebung und des in Kapitel 4 dargestellten „theoretischen Hintergrunds“ aus der Literaturrecherche wird folgende **Abgrenzung und Kategorisierung** von indirekter Pflege vorgeschlagen:

## **Dokumentation, ausschließlich mittelbar bewohnerbezogen**

(z. B. Protokolle, Arbeitspläne, Checklisten, Ablage, „Routine-Schreibarbeit“)

## **Kommunikation (auch Telefonate)**

### **I** Kommunikation zwischen den Pflegenden des Wohn-/Pflegebereiches

- ▮ Übergabe
- ▮ Informationsaustausch zwischen den Pflegenden (während der Schicht)
- ▮ Dienstbesprechungen
- ▮ Teambesprechungen

### **I** Kommunikation mit Pflegedienstleitung oder Heimleitung

(z. B. Abwesenheit melden, Bericht erstatten über Unfälle/Zwischenfälle, Mitarbeitergespräch)

### **I** Kommunikation mit anderen internen Diensten oder anderen Wohn-/Pflegebereichen (außer Besprechungen, aber z. B. Kommunikation mit Hausmeisterei, Küche, Verwaltung)

### **I** Andere wohnbereichsübergreifende Besprechungen (z. B. Leitungssitzung, Morgenrunde, Frühbesprechung)

### **I** Kommunikation mit Externen (z. B. Ärztin/Arzt, Fußpflege, Friseurin und Friseur, Krankengymnastin und Krankengymnasten), ausschließlich mittelbar bewohnerbezogen (z. B. genereller Informations-/Wissensaustausch)

## **Organisation, Administration**

### **I** Dienstpläne und Stundennachweise erstellen sowie Änderungen vornehmen

### **I** Urlaubspläne erstellen sowie Änderungen vornehmen

### **I** Beurteilung erstellen und besprechen

### **I** Tägliche Gesamtorganisation des Wohn-/Pflegebereiches

(z. B. Arbeitseinteilung, Organisation im Rahmen der Umsetzung des Pflegesystems)

### **I** Bestellungen, Leistungsanforderungen

(z. B. Anforderung von Speisen, Material, Ausfüllen von Reparaturzetteln)

## **Medikamentenversorgung, außer Vorbereiten und Vergabe/**

### **Verabreichung von Arzneimitteln**

### **I** Bestellung von Medikamenten und Medizinprodukten

### **I** Aufräumen in Medikamentenschränken und von Medikamententablets

### **I** Sonstige mittelbar bewohnerbezogene Tätigkeiten im Rahmen der Medikamentenversorgung (z. B. Beschriften von Tablets)

**Wege**

- Wegstrecken innerhalb des Wohn-/Pflegebereiches nicht mit/für Bewohnerin und Bewohner (z. B. Weg vom Dienstzimmer in den Materialraum)
- Wegstrecken außerhalb des Wohn-/Pflegebereiches nicht mit/für Bewohnerin und Bewohner
  - ▮ „Hol- und Bringedienst“ (z. B. Transport von Wäsche-, Essens-/Wärmewagen, Getränkekisten, Inkontinenzmaterial und anderen Materialien)
  - ▮ Verschiedene Gänge in der Einrichtung (z. B. Botengänge, Protokoll in Verwaltung bringen)
- Wegstrecken außerhalb der Einrichtung nicht mit/für Bewohnerin und Bewohner (z. B. Dienstgang außer Haus)

**Aufräum- und Reinigungsarbeiten**

- Aufräumen in Funktions-, Arbeits-, Aufenthaltsräumen und Gemeinschaftsbereichen
  - ▮ Aufräumen in Funktions- und Arbeitsräumen (z. B. Dienstzimmer, Fäkalienraum, Abstellraum)
  - ▮ Aufräumen in Aufenthaltsräumen und Gemeinschaftsbereichen der Bewohner/-innen
- Aufräumen und Auffüllen von Pflegewagen, Instrumenten, Geräten, Pflegehilfsmitteln (soweit nicht unmittelbar bewohnerbezogen)
- Abfallbeseitigung (soweit nicht unmittelbar bewohnerbezogen)
- Desinfektion, Wartung und Instandhaltung von Geräten/Instrumenten (z. B. „allgemeines“ Sauerstoffgerät, soweit nicht unmittelbar bewohnerbezogen)
- Überprüfen des Notfallmaterials

**Hauswirtschaftliche Tätigkeiten im Verantwortungsbereich der Pflegenden**

- Speisen-/Getränkeversorgung, außer Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
  - ▮ Zubereiten, Regenerieren (soweit nicht unmittelbar bewohnerbezogen)
  - ▮ Reinigen und Aufräumen von Geschirr und Besteck
- Wäscheversorgung, außer Hilfe beim An-/Auskleiden
  - ▮ Schmutzwäschesammlung (Wäschesäcke abhängen, zubinden, Transport zur Sammelstelle)
  - ▮ Frischwäscheverteilung (soweit nicht unmittelbar bewohnerbezogen, vor allem Flachwäsche)
- Sonstige hauswirtschaftliche Tätigkeiten
  - ▮ Blumen- und Pflanzenpflege (z. B. im Flurbereich; nur, soweit nicht unmittelbar bewohnerbezogen)
  - ▮ Kleinreparaturen (soweit nicht unmittelbar bewohnerbezogen)
  - ▮ Haustiere versorgen (z. B. Fische des „Wohnbereichsaquariums“ füttern; nur, soweit nicht unmittelbar bewohnerbezogen)

## Arbeitsunterbrechungen

- Persönliche Bedürfnisse (z. B. Toilettengang, Trinken, Rauchen, Ausruhen, persönliche Telefonate)
- Unterbrechung durch Kolleginnen/Kollegen
- Warten auf Kolleginnen/Kollegen oder Vorgesetzte
- Störungen an Geräten
- Überschreiten/Unterschreiten der „regulären“ Pausen

## 5.2 Erläuterungen zum Vorschlag

Der vorgeschlagene „Katalog indirekter Pflegeleistungen“ unterscheidet sich von dem bei der Zeitmessung eingesetzten Tätigkeitenkatalog darin, dass versucht wurde, möglichst viele/alle unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen aus den Kategorien „Dokumentation“, „Kommunikation“, „Medikamentenversorgung“, „psychosoziale Betreuung“ und „spezielle Hilfeleistungen“ sowie die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, die ausschließlich im Verantwortungsbereich der Hauswirtschaftskräfte liegen (sollten) oder auch als unmittelbar bewohnerbezogen anzusehen sind, konsequent der direkten Pflege bzw. dem Leistungsbereich „Hauswirtschaft“ zuzuordnen. Der unmittelbare Bewohnerbezug ist im Prinzip auch für Tätigkeiten im Zusammenhang mit dem Einzug, Umzug und Auszug von Bewohnerinnen/Bewohnern gegeben, und an die Ermittlung des entsprechenden Zeitaufwandes müssen u. E. besondere Anforderungen gestellt werden. Daher sind diese Tätigkeiten auch nicht in den vorgeschlagenen „Katalog indirekter Pflegeleistungen“ aufgenommen worden. Außerdem wurden die „Leistungen“ eliminiert, die keine indirekten Pflegeleistungen im engeren Sinne darstellen, sondern in der Regel (lediglich) bei der Umrechnung von Brutto- in Nettoarbeitszeit bzw. umgekehrt berücksichtigt werden müssen bzw. berücksichtigt werden.

Die konsequente Beachtung des Bewohnerbezugs ist allerdings an manchen Stellen auch kritisch zu bewerten. Wie die Untersuchung von Mybes, Pfau und Rückert zeigt (vgl. Kapitel 4.3), besteht bei vielen Tätigkeiten der so genannten direkten Pflege nicht ausschließlich nur ein unmittelbarer Bewohnerbezug, sondern „anteilig“ auch ein mittelbarer, und bei Leistungen der so genannten indirekten Pflege ist dies im Umkehrschluss ähnlich („anteiliger“ unmittelbarer Bewohnerbezug). Nicht einfach vorzunehmen ist die Abgrenzung zwischen indirekter und direkter Pflege vor allem bezogen auf die Kategorien „Medikamentenversorgung“ und „Hauswirtschaft“. Im Kapitel 5.2.1 werden die Überlegungen dazu näher erläutert, einen Teil der Leistungen dem Bereich der indirekten Pflege und einen anderen Teil der direkten Pflege zuzuordnen. Ebenso ist die Zuordnung der Leistung „Dienstübergabe“ nicht einfach vorzunehmen, da in der Regel während der Übergabe eine bewohnerbezogene Kommunikation stattfindet, aber auch allgemeine Informationen im Zusammenhang mit Arbeitsorganisation etc. ausgetauscht werden. Im vorliegenden Vorschlag fiel die Entscheidung zu Gunsten der Zuordnung zur indirekten Pflege.

In den Kapiteln 5.2.1 bis 5.2.3 werden die „ausgesonderten“ Leistungen aufgeführt, indem sie bestimmten Kategorien/Subkategorien zugeordnet werden, und die Eliminierung aus dem Katalog indirekter Pflegeleistungen wird begründet bzw. näher erläutert.

## 5.2.1 Direkte Pflegeleistungen

Für folgende Tätigkeiten wird die Zuordnung zum Bereich der direkten Pflege vorgeschlagen:

**Dokumentation, unmittelbar bewohnerbezogen:**

- Pflegeplanung
- Pflegedokumentation

**Kommunikation, unmittelbar bewohnerbezogen (auch Telefonate):**

- Kommunikation mit Bewohnerin bzw. Bewohner und/oder Pflegeperson(en) im Rahmen von Pflegevisiten und Fallbesprechungen
- Kommunikation mit Externen (z. B. Ärztin/Arzt, Fußpflege, Friseurin/Friseur, Krankengymnastin und Krankengymnasten)
- Kommunikation mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen der Bewohnerin/des Bewohners

**Vorbereiten von Medikamenten**

- Vorbereiten von festen oralen Medikamenten in Wochen-/Tagesdispenser
- Umschütten fester oraler Medikamente von Wochen-/Tagesdispensern in Tropfenbecher (auch: Verteilen der Tropfenbecher von Wochentabletts auf Tablett pro Vergabezeitpunkt)
- Vorbereiten von flüssigen oralen Medikamenten in Tropfenbecher
- Realisieren von Medikationsänderungen (Nachtstellen, Herausnehmen von Medikamenten)
- Vorbereiten und Nachbereiten von Injektionen
- Sonstige unmittelbar bewohnerbezogene Tätigkeiten im Rahmen der Medikamentenversorgung (z. B. Verteilen Medikamenten-/Tropfenbecher auf Essenstabletts und in Zimmer)

**Wege**

- **Wegstrecken in das/aus dem Bewohnerzimmer, aber nicht für Pflegeverrichtung** (z. B. Hilfsmittel vergessen, auf Klingel antworten ohne Durchführung einer Pflegetätigkeit, Inkontinenzmaterial verteilen/einräumen)
- **Wegstrecken außerhalb der Einrichtung mit/für Bewohnerin und Bewohner** (z. B. Begleitung der Bewohnerin/des Bewohners zur Bank oder zum Friedhof)

**Psychosoziale Betreuung**

- Blumen- und Pflanzenpflege, soweit unmittelbar bewohnerbezogen (wie Anleitung von Bewohnerinnen/Bewohnern zur Blumenpflege)
- Haustiere versorgen, soweit unmittelbar bewohnerbezogen (wie Anleitung von Bewohnerinnen/Bewohnern zur bzw. Unterstützung bei der Versorgung bewohnereigener Haustiere)

## Hauswirtschaftliche Tätigkeiten/Hauswirtschaftsleistungen

### ■ Speisen-/Getränkeversorgung

- Feinportionieren
- Servieren und Abräumen
- Verteilen von Getränken (an einzelne Bewohnerinnen und Bewohner)

### ■ Wäscheversorgung

- Frischwäscheverteilung bezogen auf bewohnereigene Wäsche
- Diverse Wäschepflegeaufgaben (z. B. kleine Reparaturen an Wäsche, Kleidern und Schuhen)

### ■ Ordnen der direkten Wohnumgebung der Bewohnerin/des Bewohners

- (z. B. Bettgestell, Nachttisch, Waschbecken, Toilettenablage, Schrank säubern, Tischdecke wechseln)

## Spezielle Hilfeleistungen/Leistungen der Verwaltung bzw. Sozialarbeit

### ■ Geld-, Barbetragverwaltung

### ■ Antragstellung für die Bewohnerin/den Bewohner

Insbesondere die Pflegedokumentation und die Pflegeplanung werden in einem Großteil der vorhandenen Untersuchungen und Verfahren zum Thema „Pflegezeitbedarf“ dem Bereich der indirekten Pflege zugeordnet. Genau betrachtet sind dies aber Leistungen, die jeweils unmittelbar auf die einzelne Bewohnerin/den einzelnen Bewohner ausgerichtet sind und pro Bewohnerin und Bewohner auch unterschiedlich viel Zeit beanspruchen (können) – so wie dies auch bei den im Rahmen dieses Projektes durchgeführten Zeitmessungen wiederholt beobachtet wurde. Derzeit ist es in vielen Altenpflegeheimen leider noch gängige Praxis, Eintragungen in die Pflegedokumentation vor allem am Ende einer Schicht direkt nacheinander für mehrere Bewohnerinnen und Bewohner vorzunehmen. Dadurch kommt es zu so genannten Dokumentationsbergen, und es entsteht der Eindruck, dass das Dokumentieren für eine Gruppe von Bewohnerinnen/Bewohnern einen zeitlichen „Block“ darstellt, der als nicht unmittelbar bewohnerbezogen angesehen und daher der indirekten Pflege zugeordnet werden kann. Das Dokumentieren en block sollte aber aus fachlicher Sicht nicht die Regel sein, sondern vielmehr das zeitnahe Eintragen in die Pflegedokumentation bei derjenigen Bewohnerin bzw. demjenigen Bewohner, bei der bzw. dem gerade Pflegeleistungen erbracht, Vitalwerte gemessen oder relevante Besonderheiten beobachtet wurden etc. (unmittelbarer Bewohnerbezug).

Der Vorschlag hindert nicht daran, bei zukünftigen Erhebungen den Zeitaufwand für die unmittelbar bewohnerbezogene Pflegedokumentation und Pflegeplanung dennoch zu messen; lediglich die Zuordnung des erhobenen Zeitaufwandes sollte zum Bereich der direkten Pflege erfolgen.

Ähnlich kann man für das Vorbereiten von Medikamenten argumentieren. Arzneimittel müssen nur für die Bewohnerinnen und Bewohner vorbereitet werden, die Medikamente einnehmen müssen bzw. verabreicht bekommen. Für feste orale Medikamente (Tabletten, Kapseln etc.) trifft dies zwar auf die meisten Bewohnerinnen und Bewohner zu. Allerdings erhält nur ein Teil der Bewohnerschaft flüssige orale Arzneimittel (Tropfen, Säfte etc.) und dies in unterschiedlicher Häufigkeit. Und lediglich einige wenige Bewoh-

nerinnen und Bewohner sind insulinpflichtig. Demnach ist auch der Zeitanteil, der für das Vorbereiten der Medikamente aufgewendet werden muss, genau genommen von der Bewohnerin/dem Bewohner bzw. der Anzahl ihrer/seiner Arzneimittel abhängig. Dies ist auch der Hintergrund dafür, dass beispielsweise im Verfahren PLAISIR die (direkten) Pflegeleistungen „Vorbereiten“ und „Vergabe“ gekoppelt sind und der anzurechnende Zeitwert an die Medikamentenanzahl gebunden ist.

Am deutlichsten ist der unmittelbare Bewohnerbezug u. E. bei den oben aufgeführten Leistungen der Kommunikation mit Externen und mit Angehörigen bzw. anderen Bezugspersonen der Bewohnerin/des Bewohners (Kategorie „Kommunikation“) sowie bei der Geld-/Barbetragsverwaltung und der Antragstellung für die Bewohnerin/den Bewohner (Kategorie „Spezielle Hilfeleistungen“) gegeben bzw. nachvollziehbar. Bei den in den beiden Altenpflegeeinrichtungen durchgeführten Zeitmessungen konnten die Leistungen insgesamt gut abgegrenzt und den betreffenden Bewohnerinnen/Bewohnern zugeordnet werden. Dies betraf z. B. das Gespräch einer Pflegefachkraft mit dem Arzt bezüglich des Gesundheitszustands einer Bewohnerin oder die Diskussion mit einer Angehörigen, welche Hilfeform bei der Unterstützung der Nahrungsaufnahme für einen Bewohner momentan die sinnvollste ist. Das Gespräch bezog sich also jeweils explizit auf eine bestimmte Bewohnerin bzw. einen Bewohner.

Ebenso sind die Hilfe bei einer Antragstellung (z. B. hinsichtlich Sozialleistungen), die Abrechnung im Zusammenhang mit dem so genannten Barbetrag und ähnliche Leistungen genau genommen jeweils auf eine konkrete Bewohnerin oder einen konkreten Bewohner ausgerichtet. Daher wird die Zuordnung zum Bereich der direkten Pflege vorgeschlagen. Die Bezeichnung der Kategorie „Spezielle Hilfeleistungen/Leistungen der Verwaltung bzw. Sozialarbeit“ enthält bewusst den Hinweis, dass die relevanten Leistungen nicht zwingend von Pflegenden erbracht werden müssen/sollten, sondern dass es sogar eher sinnvoll ist, sie von der Verwaltung oder speziell für solche Belange zuständigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter erbringen zu lassen. In den im Rahmen des Projektes untersuchten Einrichtungen wird dies jedenfalls so umgesetzt. Daher könnte die Kategorie „spezielle Hilfeleistungen“ alternativ auch komplett dem Verwaltungsbereich oder Sozialdienst zugeordnet und könnten die Pflegenden entsprechend entlastet werden.

Das Belassen solcher hauswirtschaftlicher Leistungen wie „Zubereiten/Regenerieren von Speisen“, „Reinigen und Aufräumen von Geschirr und Besteck“ und „Schmutzwäsche-sammlung“ im „Katalog der indirekten Pflegeleistungen“ hat den Hintergrund, dass in vielen Altenpflegeeinrichtungen diese Leistungen von Pflegenden übernommen werden (müssen) und für die Leistungen eher kein unmittelbarer Bewohnerbezug besteht. Wiederum andere Leistungen beziehen sich genau genommen auf die einzelne Bewohnerin bzw. den einzelnen Bewohner, wie das Servieren und Abräumen des Essens und das Verteilen der gewaschenen bewohnereigenen Kleidungsstücke.

Zumindest für einen Teil der Tätigkeiten ist die Durchführung durch Pflegepersonal aus organisationspraktischer Sicht sinnvoll oder zumindest nicht immer vermeidbar. Die Erhebung in der hessischen Altenpflegeeinrichtung (Einrichtung 3) zeigt allerdings, dass eine starke Verlagerung derartiger Leistungen auf den Hauswirtschaftsbereich möglich ist, so wie dies die Bezeichnung der Kategorie „Hauswirtschaftliche Tätigkeiten/Hauswirtschaftsleistungen“ intendiert (vgl. Kapitel 6.4.2).

Generell ist Einrichtungen anzuraten, in denen Pflegende zu einem relativ hohen Anteil mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten beschäftigt sind, die Schnittstellen zwischen Pflege und Hauswirtschaft intensiv zu überprüfen und das Pflegepersonal möglichst weitgehend von den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten zu entlasten, die nicht zwingend von Pflegenden erbracht werden müssen. Allerdings sollte auch beachtet werden, dass es in bestimmten Situationen bzw. unter besonderen konzeptionellen Voraussetzungen sinnvoll und notwendig sein kann, bestimmte Teilaufgaben im Zusammenhang mit dem hauswirtschaftlichen Hilfebedarf von Pflegenden übernehmen zu lassen. So sollte z. B. das „Ordnen der direkten Wohnumgebung“ möglichst durch Hauswirtschaftskräfte erbracht werden, da es nicht zu den pflegerischen Leistungen im engeren Sinne gehört. In der Praxis ist allerdings häufig zu beobachten, dass Pflegende am Ordnen der direkten Wohnumgebung beteiligt sind, z. B. wenn sie die Leistung sinnvoll und ohne großen/zusätzlichen Zeitaufwand mit einer anderen direkten Pflegetätigkeit verbinden können. Außerdem kann es bei der Umsetzung spezieller Betreuungsformen Bestandteil des hinterlegten Konzepts bzw. notwendig sein, dass Pflegende diese Aufräum- und Reinigungsarbeiten (auch) übernehmen, z. B. im Rahmen eines Hausgemeinschaftskonzepts. Da sich die Leistung direkt auf die betreffende Bewohnerin/den betreffenden Bewohner bezieht bzw. im einzelnen Bewohnerzimmer erbracht wird, wird die Zuordnung zur direkten Pflege vorgeschlagen.

Eine Besonderheit besteht hinsichtlich der Leistungen „Blumen- und Pflanzenpflege“ und „Haustiere versorgen“. Sie sind sowohl im „Katalog indirekter Pflegeleistungen“ (Subkategorie „sonstige hauswirtschaftliche Tätigkeiten“) als auch in der obigen Zuordnung zum Bereich der direkten Pflege genannt. Dies ist darin begründet, dass die Leistungen nach den Beobachtungen bei den durchgeführten Zeitmessungen einerseits einen unmittelbaren Bewohnerbezug haben können, wenn z. B. eine Bewohnerin/ein Bewohner im Sinne einer „psychosozialen Betreuung“ angeleitet bzw. unterstützt wird, seine Katze noch selbst zu füttern. Andererseits müssen im Heim von den Pflegenden teilweise Tiere versorgt werden, die keiner Bewohnerin/keinem Bewohner gehören, wie Fische im „Wohnbereichsaquarium“ oder Vögel in einer Voliere. Letztendlich sollte der Bewohnerbezug über die Zuordnung der Leistungen zur indirekten oder zur direkten Pflege entscheiden.

### 5.2.2 Aufwand für Einzug, Umzug und Auszug

Bei genauer Betrachtung besteht bei vielen der im Rahmen von Einzug, Umzug oder Auszug notwendigen Tätigkeiten ein unmittelbarer Bewohnerbezug. Dies betrifft z. B. die Informationsgespräche mit der Bewohnerin/dem Bewohner oder deren/dessen Angehörigen, das Erstellen der Pflegeanamnese und Pflegeplanung oder den Kontakt mit der Hausärztin/dem Hausarzt der betreffenden Bewohnerin/des Bewohners. Wesentlich weniger Leistungen sind eher der indirekten Pflege oder sogar anderen Fachbereichen (z. B. Hausmeisterei) zuzuordnen, wie das Umräumen oder Renovieren des Zimmers.

Außerdem kommen Ein-, Um- und Auszüge im Jahresverlauf nicht kontinuierlich vor (z. B. jede Woche), sondern „punktuell“ in sehr unterschiedlichen Zeitabständen (die Bewohnerfluktuation kann erfahrungsgemäß pro Jahr immerhin ca. ein Drittel der gesamten Bewohnerschaft ausmachen). Darüber hinaus verursachen sie pro Bewohne-

rin und Bewohner erfahrungsgemäß einen sehr unterschiedlichen Zeitaufwand (vgl. z. B. die Aussagen der Pflegedienstleitung aus Einrichtung 2 in Kapitel 6.3.2).

Trotz des überwiegend unmittelbaren Bewohnerbezugs der Tätigkeiten spricht die „Unregelmäßigkeit“ von Ein-, Um- und Auszügen tendenziell gegen eine Zuordnung zur direkten Pflege. Am sinnvollsten erscheint es, Ein-, Um- und Auszüge in Form einer gesonderten Kategorie bzw. – bezogen auf den entsprechenden Zeitaufwand – einer „Pauschale“ zu berücksichtigen.

Inhaltlich sollte sich diese „Pauschale“ beziehen auf pflegerische Leistungen im Zusammenhang mit

- dem Einzug (z. B. Information/Beratung von Bewohnerin bzw. Bewohner und Angehörigen, Aufnahmegespräch, Hilfe beim Einrichten des Zimmers, Bewohnerin oder Bewohner dem Personal vorstellen),
- dem Auszug bzw. Umzug (z. B. Information/Beratung von Bewohnerin oder Bewohner und Angehörigen, Hilfe beim Packen der persönlichen Utensilien, Herrichten des Zimmers, ggf. Ausfüllen des Überleitungsbogens),
- der Verlegung ins Krankenhaus (z. B. Organisieren des Transports, Ausfüllen des Überleitungsbogens, Kontaktaufnahme mit Krankenhaus, Ärztin/Arzt, Angehörigen),
- der Zurückverlegung aus dem Krankenhaus (z. B. Umräumen des Zimmers, Bereitstellen von Hilfsmitteln, Anpassen der Pflegeplanung, Kontaktaufnahme mit Krankenhaus, Ärztin/Arzt, Angehörigen).

Gegen eine „Pauschale“ spricht, dass – wie oben erwähnt – der Zeitaufwand für das Leistungspaket „Einzug, Umzug, Auszug“ in der Realität sehr unterschiedlich ist, bezogen auf die Pflegezeit- und Personalbemessung für die „Pauschale“ allerdings *ein* Zeitwert definiert und bei der Personalbemessung berücksichtigt werden müsste. Alternativ ist die Definition und zeitliche Bewertung mehrerer abgestufter Pauschalen denkbar (im Sinne von „relativ unaufwendiger“, „normaler“ und „relativ aufwendiger“ Ein-, Um- bzw. Auszug; vgl. auch Kapitel 7.4).

Bezogen auf die im Rahmen des Projektes durchgeführte Zeitmessung in den beiden Altenpflegeeinrichtungen ist noch zu erwähnen, dass die einzelnen Subkategorien bzw. Tätigkeiten zur Kategorie „Einzug, Umzug, Auszug“ anders definiert und abgegrenzt waren als in dem oben erwähnten Vorschlag für die gesonderte Kategorie.

### 5.2.3 Bei der Umrechnung von Netto- in Bruttopflegezeit zu berücksichtigender Aufwand

In verschiedenen Untersuchungen/Systemen werden Maßnahmen der Qualitätssicherung, der Aus-, Fort-, und Weiterbildung sowie die Pausenzeiten und so genannten persönlichen Verteilzeiten solchen Kategorien wie „Management und Administration“, „Verwaltung“ oder „Allgemeine Tätigkeiten“ und damit offensichtlich (weitgehend) dem Bereich der indirekten Pflegeleistungen zugeordnet. Mybes grenzt zusätzlich zur Zuordnung der genannten Maßnahmen zur Kategorie „Sonstiges“ bei der in ihrer Untersuchung ermittelte Gesamtzeit den Aufwand an Arbeitszeit von dem Aufwand an Pausen ab (vgl. Mybes 1995, S. 27 u. 35). Beim Verfahren PLAISIR wird der Aufwand für Qualitätssicherung, Bildung und Pausen nicht bei der Ermittlung des (Netto-)Pflegezeitbedarfes berücksichtigt. Vielmehr wird er zwar ebenso wie die Ausfallzeiten durch Krankheit,

Urlaub und sonstige Anlässe (z. B. Betriebsratstätigkeit) mengenmäßig erhoben, fließt allerdings in die Umrechnung von Netto- in Bruttopflegezeit bzw. umgekehrt ein (vgl. Kapitel 4.2). Dies bedeutet, dass bei PLAISIR die entsprechenden Maßnahmen nicht der indirekten Pflege zugeordnet, sondern einem gesonderten Bereich zugewiesen werden. Die so genannten persönlichen Verteilzeiten (z. B. Raucherpausen, ablaufbedingte Wartezeiten) werden allerdings bei PLAISIR gar nicht erhoben und berücksichtigt.

Insgesamt erscheint die im System PLAISIR vorgenommene Zuweisung des Aufwandes für Qualitätssicherung, Bildung und Pausen zur Umrechnung von Netto- in Bruttopflegezeit inhaltlich sinnvoll. Daher wird vorgeschlagen, folgende Subkategorien/Tätigkeiten nicht dem Bereich der indirekten Pflege zuzuordnen:

### **Qualitätssicherung/Qualitätsentwicklung**

- Wohnbereichsvisite („Pflegevisite“ der PDL, die sich vorrangig auf die Organisation des Wohnbereichs bezieht)
- Qualitätszirkel (soweit nicht Fortbildung)
- Gremien, Arbeitskreise (außer Qualitätszirkel)
- Fortbildung
- Supervision
- Anleitung, Einarbeitung, praktische Ausbildung
- Sonstige Maßnahmen der Qualitätssicherung (z. B. Beschwerdemanagement)

### **Pausen**

- Reguläre Pausenzeiten

Die Formulierung „reguläre Pausenzeiten“ im oben genannten Vorschlag zielt darauf ab, dass bei einer „pauschalen“ Berücksichtigung der Pausen im Zusammenhang mit dem Arbeitszeitsystem bei der Umrechnung von Brutto- in Nettopflegezeit (oder umgekehrt) auch nur die „vorhersehbaren“, das heißt verbindlich festgelegten Pausenzeiten einbezogen werden können. Die so genannten persönlichen Verteilzeiten (z. B. Toilettengang, Warten auf Kolleginnen/Kollegen) und die Überziehung der regulären Pausenzeit sollten Bestandteil der indirekten Pflege sein bzw. bleiben und bei entsprechenden Erhebungen individuell im konkreten Wohn-/Pflegebereich erhoben werden. Erfahrungsgemäß ist die Höhe der diesbezüglichen Zeitaufwendungen in den einzelnen Einrichtungen und Wohn-/Pflegebereichen unterschiedlich. Und es ist sinnvoll, die Erhebung dieser Zeitanteile und die Feststellungen von Unterschieden zwischen den Heimen und Wohnbereichen gegebenenfalls zum Anlass zu nehmen, insbesondere die Gründe für vergleichsweise hohe Verteilzeiten zu recherchieren und – wenn notwendig – relevante Veränderungen herbeizuführen.

# VI.

## Exemplarische Fallstudie

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Die durchgeführte Erhebung zur zeitlichen Dimension von indirekter Pflege ist als exemplarische Fallstudie anzusehen. Ansatz der Untersuchung war es – nach Absprache mit dem Auftraggeber – *nicht*, eine breit angelegte und wissenschaftlich fundierte Zeitermittlung durchzuführen. Vielmehr sollten lediglich erste Anhaltswerte zum zeitlichen Aufwand bezogen auf die von den Projektarbeitern vorzuschlagende/vorgeschlagene Abgrenzung indirekter Pflegeleistungen von den direkten Pflegetätigkeiten gewonnen werden.

Daher wurden in die Erhebung insgesamt nur drei stationäre Altenpflegeeinrichtungen einbezogen. In zwei Heimen fand eine Zeitmessung statt (vgl. Kapitel 6.3 und 6.4), wobei der Umfang der Erhebung bezogen auf die Anzahl der beobachteten Wohn-/Pflegebereiche und Schichten bewusst stark begrenzt war (vgl. Kapitel 6.2). In einer der insgesamt drei einbezogenen Einrichtungen wurde keine Zeitmessung, sondern eine Zeitschätzung vorgenommen (vgl. Kapitel 6.1).

### 6.1 Zeitschätzung (Einrichtung 1)

Die Zeitschätzung wurde in einer Altenpflegeeinrichtung eines konfessionellen Trägers in Hessen durchgeführt. Sie geht auf die Diskussion zum Thema „indirekte Pflege“ zurück, die im Rahmen der Vorbereitung des Einsatzes des Verfahrens PLAISIR in Hessen geführt wurde. Eine vom hessischen Projektbeirat eingesetzte Arbeitsgruppe untersuchte 2003/2004 unter anderem, ob die den Pauschalen „Bewohnerbezogene Kommunikation (BBK)“ und „Verwaltungs-, Instandhaltungstätigkeiten und Wegstrecken (VIAW)“ zugerechneten Tätigkeiten den Leistungen entsprechen, die in Deutschland im Bereich der indirekten Pflege tatsächlich erbracht werden müssen und ob der hinterlegte Zeitwert von 24 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag ein realistischer Wert ist.

Dementsprechend wurde im Auftrag der PLAISIR- Arbeitsgruppe in einer stationären Altenpflegeeinrichtung in Hessen mit 40 Bewohnerinnen und Bewohnern eine Zeitschätzung vorgenommen. Die Geschäftsführung trug in Zusammenarbeit mit der Pflegedienst-/Wohngruppenleitung Daten zusammen, die eine „Überschlagsberechnung“ für die einzelnen Kategorien/Tätigkeiten der Pauschalen BBK und VIAW zulassen.

Im Rahmen des Projektes „Inhalt und Aufwand indirekter Pflege in der stationären Altenhilfe“ wurden in einem Vor-Ort-Gespräch zwischen Geschäftsführung und Pflegedienst-/Wohngruppenleitung der Einrichtung einerseits und dem Projektbearbeiter andererseits die 2003/2004 ermittelten Daten noch einmal einer eingehenden inhalt-

lichen Überprüfung unterzogen und die Berechnungsgrundlagen qualifiziert. Die Berechnungsgrundlagen und die ermittelten Werte sind im Anhang (Kapitel 9.3) detailliert dargestellt.

Die Zeitschätzung ergab einen Zeitwert für die indirekten Pflegeleistungen von insgesamt 33,36 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Nicht berücksichtigt wurden Wegezeiten, da zu dieser Kategorie keine verlässlichen Schätzungen vorgenommen werden konnten. Die PLAISIR-Pauschale VIAW sieht die Wegezeiten eigentlich als Bestandteil vor.

Außerdem wurde die Kommunikation mit Krankenhäusern vernachlässigt bzw. in die Leistung „Bearbeitung und Übermittlung von Berichten“ (Leistungs-Nr. 13) integriert. Dies geschah vor allem mit der Begründung, dass Einweisungen ins Krankenhaus im Jahresverlauf nur „ab und zu“ vorkommen und lediglich einzelne Bewohnerinnen/Bewohner betreffen. Eliminiert man den Zeitaufwand für Telefonate und andere Gespräche mit dem Krankenhaus, ergibt sich mittels Division durch die Anzahl der Tage pro Jahr und durch die Gesamtbewohnerzahl ein äußerst geringer Wert pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag.

Auf der anderen Seite ist die Leistung 13 „Bearbeitung und Übermittlung von Berichten“ wahrscheinlich in der Höhe des Zeitwertes etwas überbewertet. Die in PLAISIR angegebene Tätigkeit wurde genau genommen inhaltlich nicht richtig interpretiert, nämlich im Sinne des Aufwands bei der Heimaufnahme, wofür in PLAISIR eigentlich die Pflegeaktionen 5040-5070 im Sinne der „Informationssammlung“ zu nutzen sind (Bereich direkte Pflege). Der ermittelte Zeitwert wurde dennoch in der Aufstellung berücksichtigt, da in der Regel andere Aufgaben im Rahmen des Berichtswesens anfallen, die von der Einrichtung in die Überlegung nicht einbezogen wurden.

Zur Leistung „Kommunikation mit Angehörigen“ wird bereits in der Detailaufstellung zur Zeitschätzung deutlich, dass der Aufwand „Bewohnerin bzw. Bewohner“, das heißt für die einzelnen Angehörigen und anderen Bezugspersonen nicht gleich ist. Vielmehr bindet ein Teil der Angehörigen (in der untersuchten Einrichtung sind dies erfahrungsgemäß ca. ein Viertel der Bewohnerschaft) einen erheblichen Zeitanteil. Dafür müssen mit den anderen Angehörigen vergleichsweise selten bzw. nur kurze Gespräche geführt werden. Nach der Erfahrung des Geschäftsführers der Einrichtung, der gleichzeitig Leiter von drei anderen stationären Einrichtungen ist, kann je nach „Bewohnerausrichtung“ des Heimes ein höherer oder niedrigerer Kommunikationsaufwand als in anderen Einrichtungen entstehen. Er nennt als Beispiel eine der vier trägereigenen Einrichtungen, in der sowohl Bewohnerinnen und Bewohner als auch Angehörige aus der „Arbeiterschaft“ stammen. Diese Personen haben insgesamt nicht so hohe Ansprüche an die Versorgung im Heim im Vergleich zu Angehörigen aus dem „Bürgertum“. Und damit ist der Bedarf an Gesprächen z. B. beim Vorliegen von Fragen oder Problemen vergleichsweise niedrig. Ein höherer Kommunikationsbedarf wird in Heimen gesehen, die überwiegend Demenzerkrankte betreuen, da erfahrungsgemäß viele Angehörige hinsichtlich der Erkrankung und ihrer Auswirkungen informiert, beraten und psychisch unterstützt werden müssen. Diese Erfahrung deckt sich mit den Aussagen von Dürrmann (vgl. Kapitel 4.13).

Im Sinne einer letzten Einschränkung ist darauf hinzuweisen, dass die untersuchte Einrichtung mit 40 Bewohnerinnen und Bewohnern und den vorhandenen Strukturen sicherlich nicht ohne weiteres mit einem „klassischen Heim“ vergleichbar ist.

Betrachtet werden soll an dieser Stelle noch das Verhältnis des Aufwands für die indirekte Pflege im Vergleich zur direkten Pflege. Im Rahmen der in der Einrichtung durchgeführten PLAISIR- Erhebung wurde ein Wert für die direkte Pflege (so genannter DIP- Wert) von durchschnittlich 147,7 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag ermittelt; er bezieht sich allerdings auf die so genannte erforderliche Pflege (Pflegebedarf) und nicht auf die „Ist-Pflege“ (Pflegeaufwand). Daraus ergeben sich folgende Prozentanteile:

<b>Tabelle 18: Einrichtung 1: Vergleich des Aufwands für direkte und indirekte Pflege</b>		
<b>Bereich</b>	<b>Min./Bew./Tag</b>	<b>Prozent</b>
Direkte Pflege	147,70	81,58
Indirekte Pflege (BBK und VIAW)	33,36	18,42
<b>Gesamt</b>	<b>181,06</b>	<b>100,00</b>

Betrachtet man das gleiche Verhältnis unter Einbeziehung des „PLAISIR- Standardmodells“ (BBK + VIAW = 24 min./Bew./Tag), ergibt sich folgende Verteilung:

<b>Tabelle 19: Einrichtung 1: Anteile direkter und indirekter Pflege laut „PLAISIR-Standardmodell“</b>		
<b>Bereich</b>	<b>Min./Bew./Tag</b>	<b>Prozent</b>
Direkte Pflege	147,70	86,02
Indirekte Pflege (BBK und VIAW)	24,00	13,98
<b>Gesamt</b>	<b>171,70</b>	<b>100,00</b>

Ein direkter Vergleich des Wertes für die PLAISIR-Pauschalen BBK und VIAW von 24 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag mit dem durch die Zeitschätzung ermittelten Wert von 33,36 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag sowie der Vergleich bezogen auf die entsprechende Verteilung von direkter und indirekter Pflege ist eigentlich aus inhaltlichen Gründen problematisch. Genau genommen müssten von dem Schätzwert einerseits folgende Positionen abgezogen werden, um einen inhaltlich gleich abgegrenzten Aufwand gegenüberzustellen:

Leistung 8: Qualitätsmanagement, Pflegevisite	3,50 min.
Leistung 9: Qualitätszirkel	0,37 min.
Leistung 22: Medikamente stellen	1,93 min.
<b>Summe:</b>	<b>5,80 min.</b>

Andererseits wurde – wie bereits erwähnt – bei der Zeitschätzung der Aufwand für Wegezeiten nicht ermittelt und es müsste ein Zeitwert für Wege hinzugerechnet werden. Ob die Höhe der Wegezeiten in der Einrichtung dem eigentlich abzuziehenden Wert von 5,8 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag entspricht, kann nicht

sicher eingeschätzt werden. Außerdem handelt es sich bei dem Zeitwert für die direkte Pflege nicht um den Pflegeaufwand, sondern um die erforderliche Pflegezeit (Pflegebedarf).

Darüber hinaus bleibt bei den oben genannten Berechnungen unberücksichtigt, dass bei der Zeitschätzung Zeitanteile von Leistungen erhoben wurden, die gemäß dem Vorschlag in Kapitel 5 dem Bereich der direkten Pflege zuzuordnen sind. Von dem bei der Zeitschätzung ermittelten Wert müssten demgemäß insgesamt 19,17 Minuten abgezogen werden (inkl. der o. g. 5,8 Minuten). Dies ergibt einen Zeitaufwand für indirekte Pflege von **14,19 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag (8,8% der verfügbaren Arbeitszeit)**.

Insgesamt gesehen und trotz der methodischen Einschränkungen, die bei einer Zeitschätzung gegenüber einer Zeitmessung zu beachten sind, haben die Zeitschätzung und vor allem auch der Weg zur Ermittlung der Zeitwerte interessante Einblicke in das konkrete Leistungsgeschehen von indirekter Pflege gegeben.

## 6.2 Vorbemerkungen zur Zeitmessung

In den beiden Einrichtungen, die für die Realisierung der Zeitmessung gewonnen werden konnten, wurde die Beobachtung jeweils in lediglich einem Wohn-/Pflegebereich durchgeführt und umfasste pro Einrichtung die Teilnahme an zwei Früh- und zwei Spätdiensten. Der Nachtdienst wurde wegen der für das Projekt begrenzt vorhandenen Ressourcen nicht beobachtet. Sicherlich ist davon auszugehen, dass auch nachts ein gewisser Aufwand an indirekten Pflegeleistungen besteht. Die Pflegedienstleitungen der beiden untersuchten Einrichtungen schätzen den entsprechenden Zeitwert bzw. Anteil am Gesamtpflegeaufwand nach ihrer Erfahrung jedoch als relativ gering ein, da nachts aufgrund des Personalschlüssels (zwei Nachtdienstmitarbeiterinnen oder Nachtdienstmitarbeiter für ca. 130 bzw. 80 Bewohnerinnen und Bewohner) und der Art der anfallenden Arbeit (vor allem Lagern von Bewohnerinnen und Bewohnern, Inkontinenzversorgung, Reagieren auf aktuelle Bewohnerbedürfnisse) abgesehen von Dienstübergabe nahezu ausschließlich direkte Pflege, einschließlich unmittelbar bewohnerbezogener Pflegedokumentation stattfindet.

Als Grundlage für die Erfassung der relevanten Leistungen der indirekten Pflege wurde der in Kapitel 5.1 bereits erwähnte Tätigkeitenkatalog eingesetzt (vgl. auch Kapitel 9.4). Neben den Tätigkeiten, die eindeutig der indirekten Pflege zuzuordnen sind, wurden vereinzelt auch Leistungen in die Zeitmessung einbezogen, die einen unmittelbaren Bewohnerbezug haben und somit im engeren Sinne nicht der indirekten Pflege zuzuordnen sind. Insgesamt wurden 69 Tätigkeiten (inkl. Subkategorien) erfasst. Die beobachteten Leistungen konnten bei der Erhebung zu 100% eindeutig zugeordnet werden, so dass die Kategorie „Sonstiges“ (Code 2000) bis auf eine Ausnahme nicht genutzt werden musste. Die Ausnahme betrifft bezogen auf die Einrichtung 3 den Zeitaufwand für die (nochmalige) kurze Information der Pflegenden über das Projekt, die in der Übergabezeit des ersten Erhebungstages durch den Pflegedienstleiter erfolgte.

Bei der Bewertung der beobachteten indirekten Pflege ist zu berücksichtigen, dass Pflegehandlungen direkter und indirekter Art häufig zeitlich nur schwer zu trennen sind. Darüber hinaus war es Ansatz der Untersuchung, nur außerhalb der Bewohnerzimmer zu beobachten, um nicht zu stark in die Intimsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner eingreifen zu müssen. Somit wurden indirekte Pflegehandlungen in den Bewohnerzimmern auf Grundlage von Berichten Pflegenden erfasst.

Beispielhaft für das Abgrenzungsproblem zwischen direkter und indirekter Pflege kann das Zubereiten/Regenieren der Mahlzeiten genannt werden, das zeitlich nicht immer eindeutig von direkten Pflegehandlungen wie Feinportionieren, Austeilen und „das Essen ermöglichen“ (den Bewohner in die richtige Sitzposition bringen, das Essen und das Besteck bewohnergerecht platzieren usw.) zu trennen ist.

Ein weiteres Beispiel bezieht sich auf die Ermittlung der Wegezeiten. Wege der Pflegenden in das Bewohnerzimmer und zurück, um im Zimmer eine direkte Pflegeverrichtung durchzuführen, wurden nicht erhoben, sondern der direkten Pflege zugeordnet. Es war allerdings nicht immer ganz einfach, abzugrenzen, ob ein Weg – wie dargestellt – im Rahmen der direkten Pflege erbracht wurde (inkl. Kategorie 510 „Wegstrecken in das/aus dem Bewohnerzimmer ohne Pflegeverrichtung“) oder der indirekten Pflege im Sinne der Kategorie 520 (Wegstrecken innerhalb des Wohn-/Pflegebereiches nicht mit/für Bewohnerin bzw. Bewohner, z. B. Weg vom Dienstzimmer in den Materialraum) zuzurechnen war.

Im Folgenden werden zu den beiden Zeitmessungen jeweils erst die wichtigsten Rahmenbedingungen für die (indirekte) Pflege dargestellt, da sie wesentlichen Einfluss auf die Art und Weise der Leistungserbringung, die Zuordnung der einzelnen Tätigkeiten zu bestimmten Personal- und Qualifikationsgruppen und den Zeitaufwand haben. Im Anschluss werden Informationen zum Ablauf der Beobachtung sowie wichtige Daten bezogen auf die erhobenen Zeitwerte vorgestellt und diskutiert.

## 6.3 Zeitmessung in der Einrichtung 2

### 6.3.1 Allgemeine Informationen zur Einrichtung und zum untersuchten Wohnbereich

Die erste der beiden Zeitmessungen wurde in einer stationären Altenpflegeeinrichtung in frei-gemeinnütziger Trägerschaft in Rheinland-Pfalz durchgeführt. In der Einrichtung leben insgesamt 128 Bewohnerinnen und Bewohner.

Der untersuchte Wohnbereich kann insgesamt 28 Bewohnerinnen und Bewohner aufnehmen. Im Beobachtungszeitraum waren 26 Bewohnerinnen und Bewohner anwesend. Ein Bewohner befand sich in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation und ein Heimplatz war nicht belegt.

Die Bewohnerinnen und Bewohner werden nach dem Prinzip der Gruppenpflege versorgt. Sie sind jeweils einer von drei Gruppen zugeteilt. Drei Bewohnerinnen und Bewohner werden von einer Praktikantin betreut (vierte Kleingruppe). Die Einteilung der Gruppen richtet sich nach der Pflege- bzw. Betreuungsintensität der Betagten. Es gibt einige Tätigkeiten (z. B. Verabreichen von Sondennahrung, Durchführen von Blutzuckerkontrollen und Insulininjektionen, Anziehen von Stützstrümpfen, Einreiben mit

ärztlich verordneten medizinischen Salben) die zur so genannten Behandlungspflege gehören und daher ausschließlich von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Die Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen diese Maßnahmen erforderlich sind, gehören weitgehend der Gruppe an, die von der jeweils anwesenden Fachkraft betreut wird.

Im Wohnbereich arbeiten sieben Pflegefachkräfte und fünf Pflegehilfskräfte. Außerdem sind eine Praktikantin und eine Schülerin dem Wohnbereich zugeordnet. Die Praktikantin war in der Beobachtungswoche erkrankt. Laut Auskunft der Pflegedienstleitung beginnt der Dienst der Praktikantin normalerweise um 7:45 Uhr und endet um 16:15 Uhr. Ihre Hauptaufgabe besteht darin, Betten zu beziehen, Kaffee auszuteilen und im Fäkalienraum aufzuräumen (Waschschüsseln und Toilettenstühle säubern, volle Wäsche- und Abfallsäcke auswechseln). Die Schülerin war im Beobachtungszeitraum ebenfalls nicht anwesend (Schulblock).

Räumlich gesehen ist der Wohnbereich relativ überschaubar. Die Bewohnerzimmer und Funktionsräume befinden sich alle auf einer Etage auf einem langen Flur, der lediglich wegen eines Flurversatzes an einer Stelle (fast mittig) nicht komplett in der gesamten Länge einsehbar ist.

### 6.3.2 Weitere Informationen zu für die Pflege relevanten Rahmenbedingungen

#### **Dienstzeiten, Übergabezeiten**

In der Einrichtung gibt es laut Auskunft der Pflegedienstleitung sowohl „normale“ Dienste (Früh-, Spät-, Nachtdienst) als auch so genannte Zwischendienste. Der Frühdienst beginnt um 6:30 Uhr und endet um 13:30 Uhr. Ihm folgt der Spätdienst (13:00 Uhr bis 20:30 Uhr). Der Nachtdienst arbeitet von 20:00 bis 7:00 Uhr. In dem beobachteten Wohnbereich sind folgende Zwischendienste eingerichtet worden, um das erhöhte Arbeitsaufkommen zu bestimmten Tageszeiten durch einen optimalen Personaleinsatz zu kompensieren:

- 6:30 bis 11:00 Uhr
- 7:00 bis 14:30 Uhr
- 11:30 bis 19:00 Uhr
- 14:30 bis 21:30 Uhr
- 17:30 bis 20:30 Uhr

Für die Dienstübergabe an die nächste Schicht ist jeweils eine halbe Stunde vorgesehen (6:30 bis 7:00 Uhr, 13:00 bis 13:30 Uhr und 20:00 bis 20:30 Uhr). Die Übergabe an die Zwischendienste bei Dienstbeginn ist gemäß Übergabestandard geregelt. Die Pflegenden können an den Pflegedokumentationen der Bewohner durch eine farbliche Kennzeichnung (gezogenen Reiter) erkennen, ob bei den von ihnen zu betreuenden Bewohnerinnen und Bewohnern Besonderheiten zu berücksichtigen sind. Der Zwischendienst erhält seine Informationen folglich vor allem über die Dokumentation, insbesondere über die Pflegeberichte. Ergänzt wird der Informationsfluss durch kurze Absprachen zwischen den Pflegenden zu Beginn eines Zwischendienstes und die Teilnahme an den regulären Übergaben; pro Zwischendienst ist dies eine Übergabe.

### **Kommunikation**

Zusätzlich zu einer Reihe von Besprechungen mit unterschiedlicher Zielrichtung bzw. Beteiligung bestimmter Fachbereiche/Leitungsverantwortlichen findet regelmäßig von Montag bis Freitag ab ca. 8:45 Uhr eine kurze Frühbesprechung statt, an der je eine Pflegeperson pro Wohnbereich und je eine Vertreterin oder ein Vertreter der anderen Fachbereiche teilnehmen. Die Besprechung dient der gegenseitigen Information über aktuelle, besonders wichtige Besonderheiten bei einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern (z. B. Sterbefälle, Krankenhauseinweisungen).

### **Medikamentenversorgung**

Die festen oralen Medikamente für die Bewohnerinnen und Bewohner (Tabletten, Kapseln etc.) werden im Wochenrhythmus von einer Apotheke extern gestellt. Aufgabe der Pflegefachkräfte ist es, anhand von 2–3 Stichproben zu überprüfen, ob die Medikamente richtig gestellt wurden. Informationen über kurzfristige Medikationsänderungen und Neuverordnungen werden per Fax von den Pflegefachkräften an die Apotheke weitergegeben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Apotheke kümmern sich dann um die Lieferung der entsprechenden Medikamente. Direkt vor der Verabreichung zuzubereitende Arzneimittel (vor allem Tropfen) sowie die Bedarfsmedikamente werden von der im jeweiligen Dienst anwesenden Pflegefachkraft vorbereitet und verteilt.

### **Wege**

Die Pflegenden müssen nur sehr eingeschränkt Wege im Zusammenhang mit dem Hol- und Bringendienst zurücklegen (vgl. Abschnitte „Müllentsorgung“ und „Mahlzeitenversorgung“). Erleichternd kommt hinzu, dass die wenigen Wege in die Zentralküche relativ kurz sind, da sich die Küche auf der selben Etage wie der Wohnbereich befindet. Aufgabe der Pflege ist es jedoch, die Post aus der Verwaltung zu holen und an die Bewohnerinnen und Bewohner zu verteilen. In der Regel wird die Post allerdings im Rahmen der täglichen Frühbesprechung an die Vertreterinnen und Vertreter der einzelnen Wohnbereiche übergeben und von diesen nach der Besprechung mit in die Bereiche genommen, so dass keine „zusätzlichen“ Wege entstehen.

In der Einrichtung gibt es ein breit gefächertes Veranstaltungsangebot. Die Angebote finden sowohl innerhalb als auch außerhalb der Wohnbereiche und in Einzelfällen auch außerhalb des Heimes statt. Die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner wird vor allem vom Sozialdienst, insbesondere von den dort tätigen Praktikantinnen übernommen. Manchmal sind auch Pflegenden an dieser Aufgabe beteiligt. Im Beobachtungszeitraum waren die Pflegenden nicht in den Transport bzw. die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner zu Veranstaltungen eingebunden.

### **Reinigungsarbeiten**

Pflegende werden grundsätzlich nicht zu Reinigungsarbeiten im Wohnbereich oder in den Bewohnerzimmern herangezogen. Nur die Nachtschränke der Bewohnerinnen und Bewohner werden nach den Mahlzeiten sowie bei Bedarf von den Pflegenden gesäubert (außen und innen). Außerdem sind sie für die Reinigung der Pflegehilfsmittel (z. B. Waschschüsseln, Toilettenstühle) zuständig. Diese Tätigkeiten werden aber in der Regel der Praktikantin übertragen.

### **Müllentsorgung**

Die Müllentsorgung fällt in den Aufgabenbereich der Hausmeisterei. Der Fäkalienraum des Wohnbereiches dient als Sammelstelle für die vollen Müllsäcke. Ähnlich wie bei der Wäscheversorgung tauschen die Pflegenden bei Bedarf die Müllsäcke aus und bringen sie in den Fäkalienraum. Von dort aus werden sie vom Hausmeister oder seinen Mitarbeitern einmal täglich abgeholt.

### **Bettendesinfektion**

Die Desinfektion der Betten (z. B. bei Todesfall oder Umzug) ist Aufgabe des hauswirtschaftlichen Personals. Kleinere, bedarfsabhängige Reinigungsarbeiten an den Bewohnerbetten führen die Pflegenden durch.

### **Mehrarbeit in besonderen Situationen**

Es gibt laut Auskunft der Pflegedienstleitung in Pflegeheimen besondere Situationen, in denen ein Mehraufwand an direkter Pflege mit einem Mehraufwand an indirekter Pflege verbunden ist. Dies ist z. B. bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit nachgewiesener MRSA-Infektion der Fall. Zwar konnte die Pflegedienstleitung keine Zeitwerte nennen, sie führte jedoch Beispiele auf, die den höheren Aufwand an indirekter Pflege begründen. Es sind neben den Umkleidezeiten (Schutzkleidung) und Zeiten für Desinfektionsmaßnahmen (Hände, Gebrauchsgegenstände) vor allem Arzt- und Behördenkontakte, die einen Mehraufwand verursachen.

### **Abgrenzung Pflege/Hauswirtschaft**

Die Pflegenden haben in der untersuchten Einrichtung ihren Aufgabenschwerpunkt eindeutig in der Pflege, Begleitung und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Pflegenden führen jedoch in gewissem Maße auch Tätigkeiten aus, die eher hauswirtschaftlichen Charakter haben und sich im Arbeitsalltag nur schwer von der Pflege trennen lassen.

### **Mahlzeitenversorgung**

Die mobilen Bewohnerinnen und Bewohner des Wohnbereiches haben die Möglichkeit auszuwählen, wo sie ihre Mahlzeiten einnehmen möchten. Acht Bewohnerinnen und Bewohner essen in einem zentralen Speisesaal außerhalb des Wohnbereiches. In der Regel nehmen sieben Betagte ihre Mahlzeiten im Aufenthaltsraum des Wohnbereiches ein.

Alle übrigen Bewohnerinnen und Bewohner (11) essen in ihren Zimmern. Durchschnittlich acht Bewohnerinnen und Bewohner benötigen Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme.

In der Einrichtung werden die Mahlzeiten für die innerhalb des Wohnbereiches speisenden Bewohnerinnen und Bewohner in einem Essenswagen vom Küchenpersonal in die jeweiligen Wohnbereiche gebracht. Das Essen ist bereits portioniert und – je nach Anforderung – bewohnergerecht zubereitet (z. B. ist die Kost auf Wunsch passiert, die Brote sind gestrichen und geschnitten). Das Entfernen der Deckel auf den Tellern zum Warm- bzw. Frischhalten der Mahlzeiten erfolgt vom Personal des Wohnbereiches unmittelbar vor dem Essen.

Es gehört außerdem zur Aufgabe der Pflegenden, den Getränke- und den Essenswagen nach den Mahlzeiten zur Küche zurückzubringen. Diese Aufgabe übernimmt aber in der Regel die dem Wohnbereich fest zugeordnete Praktikantin. Im Beobachtungszeitraum war diese jedoch erkrankt, so dass vor allem die Pflegehilfskräfte diese Gänge übernommen haben.

Im Sozialdienst des Seniorenzentrums sind mehrere Praktikantinnen tätig. Zurzeit wird die Einführung einer Frühstücksgruppe vorbereitet. Daher kommt mittwochs bis freitags von ca. 7:50 bis ca. 8:45 Uhr zusätzlich eine Praktikantin auf den beobachteten Wohnbereich. Ihre Aufgabe besteht darin, beim Austeilen des Frühstücks behilflich zu sein und hilfebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner im Aufenthaltsraum beim Essen zu unterstützen. Außerdem begleitet sie die dort anwesenden Betagten während des Frühstücks (zu Gesprächen anregen, Bewohnerin und Bewohner zum selbstständigen Essen motivieren usw.). Nach dem Frühstück räumt sie im Aufenthaltsraum das Geschirr ab.

### **Getränkeversorgung**

Getränke werden mehrmals täglich durch das Pflegepersonal angeboten. Zwar gibt es keinen festen Rhythmus, laut Beobachtungsdaten wurden den Bewohnerinnen/Bewohnern jedoch zu jeder Mahlzeit (viermal täglich) und mindestens einmal zwischen den Mahlzeiten (durchschnittlich dreimal täglich) Getränke angeboten.

### **Versorgung mit Wäsche und Inkontinenzmaterial**

Die Wäscheversorgung wird vollständig durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bereiches Hauswirtschaft übernommen. Die saubere Wäsche (Bezüge, Stecklaken, Handtücher, Tischwäsche etc. sowie Bewohnerkleidung) wird gebracht und in die Schränke einsortiert. Die Schmutzwäsche wird an einem zentralen Ort im Wohnbereich (Bad) gesammelt und von dort aus einmal täglich von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Bereiches Hauswirtschaft abgeholt. Die Pflegenden sind lediglich für das Abhängen, Austauschen und Sammeln der Wäschesäcke verantwortlich.

Das Inkontinenzmaterial (Unterlagen, Einlagen, Windeln) wird von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Firma, mit der das Heim hinsichtlich der Inkontinenzversorgung kooperiert, direkt in das Lager des Wohnbereiches geliefert. Das Auffüllen dieser Materialien in den Zimmern übernehmen die Pflegenden in der Regel in Verbindung mit einer direkten Pflegeleistung.

### **Barbetragsverwaltung und andere Verwaltungsangelegenheiten**

Die Barbetragsverwaltung erfolgt ausschließlich durch die Verwaltung. Bewohnerinnen und Bewohner, die nicht mehr in der Lage sind, das Verwaltungsbüro selbstständig aufzusuchen, werden von der Verwaltungsmitarbeiterin in ihrem Zimmer bzw. im Wohnbereich besucht. Die Verwaltung hilft auch bei der Regelung von Bankgeschäften und – in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst – bei der Beantragung von Sozialleistungen (z. B. Sozialhilfe, Kleidergeld usw.).

Unter Verwaltungstätigkeiten im weiteren Sinn fällt auch die Beantragung von Pflegebedürftigkeitsbegutachtungen (Erstantrag und Antrag auf Veränderung der Pflegestufe). Diese Aufgabe übernimmt die Pflegedienstleitung. Die Pflegenden geben lediglich Informationen weiter, damit die Bewohnerinnen und Bewohner wissen, welche Hilfen ihnen innerhalb des Seniorenzentrums bei Geld- bzw. Verwaltungsangelegenheiten zur Verfügung stehen.

### **Einzug, Umzug, Auszug einer Bewohnerin/eines Bewohners**

Der Zeitaufwand bei Ein- und Auszug einer Bewohnerin/eines Bewohners ist nach Einschätzung der Pflegedienstleitung pro Bewohner sehr unterschiedlich. Handelt es sich um die Aufnahme einer neuen Bewohnerin/eines neuen Bewohners, so findet nach Möglichkeit ein Erstgespräch zwischen einer Pflegenden des aufnehmenden Wohnbereiches und der zukünftigen Bewohnerin bzw. dem zukünftigen Bewohner in der aktuellen Umgebung statt (zu Hause, Krankenhaus, Reha- Einrichtung). Dieses Gespräch dauert nach Auskunft der Pflegedienstleitung durchschnittlich 2-3 Stunden. Danach folgt die schriftliche Erarbeitung der Pflegeanamnese sowie der Pflegeplanung (ca. drei Stunden). Ungefähr zwei Wochen später findet ein Treffen der Wohnbereichsleitung mit den Angehörigen der/zukünftigen Bewohnerin/Bewohners im Heim statt (mindestens 30 Minuten). Es folgen Gespräche mit den behandelnden Ärztinnen/Ärzten sowie die Einrichtung des Bewohnerzimmers. Der entsprechende Zeitaufwand ist sehr unterschiedlich (30 Minuten bis zwei Tage), da einige Bewohnerinnen und Bewohner ihr Zimmer mit eigenen Möbeln ausstatten und andere die von der Einrichtung angebotenen Möbel übernehmen. Je nach Aufwand sind der Hausmeister, Pflegenden und Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter des Sozialdienstes eingebunden. Die Eingewöhnungsphase ist bei der Zeitschätzung nicht berücksichtigt worden.

Für den Auszug einer Bewohnerin/eines Bewohners und die Verwaltung des Nachlasses bei verstorbenen Betagten ist der Zeitbedarf ebenfalls sehr unterschiedlich. Bei einigen Bewohnerinnen und Bewohnern kümmern sich Angehörige oder Betreuer um den Auszug und die Regelung des Nachlasses, so dass der Aufwand für die Pflege relativ gering ist. Teilweise ist die Pflege in diese Aufgaben jedoch auch sehr stark eingebunden. Zieht eine Bewohnerin/ein Bewohner innerhalb der Einrichtung in ein anderes Zimmer, ist der Aufwand vergleichbar mit dem bei Einzug. Der Umzug in eine andere Einrichtung kommt laut Auskunft der Pflegedienstleitung eher selten vor.

## Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung

Um den zeitlichen Aufwand für Maßnahmen des Qualitätsmanagements bzw. der Qualitätsentwicklung beurteilen zu können, werden im Folgenden beispielhaft die Pflegevisite und der Qualitätszirkel näher beschrieben.

### Pflegevisite

Die Pflegevisite ist fester Bestandteil des Betreuungskonzeptes der untersuchten Einrichtung. Sie umfasst die Bearbeitung eines standardisierten Pflegevisitenprotokolls, einschließlich Gespräch mit der Bewohnerin oder dem Bewohner, die Kontrolle der Pflegeplanung auf Vollständigkeit/inhaltliche Stimmigkeit und das Vornehmen eventuell notwendiger Veränderungen in der Pflegeplanung, ggf. die Ergänzung von Daten im Stammbblatt der Bewohnerdokumentation, die Mitteilung über und Diskussion von Pflegeplanungsänderungen innerhalb des Pflgeteams und bei Bedarf die Kontaktaufnahme mit Angehörigen, Betreuerinnen/Betreuern und/oder behandelnden Ärztinnen/Ärzten. Durchgeführt wird die Pflegevisite für jede Bewohnerin/jeden Bewohner entweder von der Wohnbereichsleitung oder deren Stellvertretung im Abstand von drei Monaten. Im Fall eines akuten Ereignisses (z. B. nach Krankenhausaufenthalt oder bei deutlicher Verschlechterung des Allgemeinzustandes) erfolgen zusätzliche Pflegevisiten. Auch die Pflegedienstleitung führt Pflegevisiten durch, allerdings nur stichprobenartig bei ausgesuchten Bewohnerinnen und Bewohnern.

Nach Auskunft der Pflegedienstleitung ist der Zeitbedarf für eine Pflegevisite sehr unterschiedlich. Bei relativ gesunden Bewohnerinnen und Bewohnern in gutem Allgemeinzustand wird ein Zeitaufwand von 30 bis 60 Minuten pro Visite geschätzt. Handelt es sich um sehr pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner, deren Zustand sich seit der letzten Pflegevisite stark verändert hat, dauert sie oft mehrere Stunden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Bearbeiten des Pflegevisitenprotokolls selbst einen relativ geringen zeitlichen Anteil hat. Zeitaufwändig sind insbesondere die Konsequenzen, die mit der Pflegevisite einhergehen (wie z. B. die Erstellung einer angepassten Pflegeplanung, Gespräche mit Angehörigen, Betreuerinnen/Betreuern und Ärztinnen/Ärzten oder die Besprechung und Implementierung neuer Pflegemaßnahmen).

### Qualitätszirkel

In der Einrichtung ist ein Qualitätszirkel installiert, der unterschiedliche hausübergreifende Themen bearbeitet. Dieser Zirkel hat sieben feste Mitglieder (je eine Pflegende aus jedem Wohnbereich). Die Wohnbereichsleitungen sind in der Regel nicht involviert. Je nach Themenstellung beteiligen sich auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Hauswirtschaft, Küche, Wäscherei und Sozialdienst. Die Treffen finden einmal monatlich statt und dauern durchschnittlich zwei Stunden.

Neben dem Qualitätszirkel gibt es Arbeitsgruppen zu unterschiedlichen Themen. Die Arbeitsgruppe „Demenz“ besteht z. B. aus insgesamt neun Personen. Zwei Teilnehmerinnen sind Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes. Die Arbeitsgruppe findet einmal im Monat für zwei Stunden statt. Diese Zeit wird den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Arbeitszeit angerechnet. Die Hauptaufgabe der Arbeitsgruppe „Demenz“ ist eine demenzgerechte Gestaltung der Wohn- und Gemeinschaftsbereiche (Innenraumgestaltung).

### **Fortbildung und Supervision**

Die Pflegedienstleitung erstellt am Ende jeden Jahres eine Übersicht über die im vergangenen Jahr durchgeführten Veranstaltungen im Rahmen der Aus-, Fort-, Weiterbildung bzw. Qualitätsentwicklung. Aus der Aufstellung für das Jahr 2003, die auch Aussagen zum Zeitaufwand erhält, geht hervor, dass insgesamt 11.066 Stunden für Veranstaltungen des Betriebsrates, Fortbildungen, Qualitätsmanagementmaßnahmen (Qualitätszirkelsitzungen, Qualitätsbeauftragtentreffen etc.), Standardentwicklung sowie für diverse Pflichtveranstaltungen (z. B. Hygiene- und Brandschutzschulungen) investiert wurden. Der sich daraus ergebende Zeitaufwand für die oben genannten Maßnahmen lag im Jahr 2003 bei **14,32 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag**.

Supervision wird zurzeit in der Einrichtung nicht angeboten. Laut Auskunft der Pflegedienstleitung wurde aber in anderen Jahren teilweise Supervision durchgeführt (allerdings nicht in 2003).

### **Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Anleitung vorhandener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat der Träger der Einrichtung eine Checkliste erarbeitet, die als Leitfaden dient. Sie hilft der Anleiterin/dem Anleiter dabei, für die neue Mitarbeiterin/den neuen Mitarbeiter eine umfassende Einführung in den zukünftigen Aufgabenbereich zu gewährleisten. Neben der Vermittlung unterschiedlicher Themenkomplexe (z. B. Arbeitsabläufe, Pflegedokumentation, externe Leistungserbringung, Qualitätsmanagement und Materialbeschaffung) ist auch die Durchführung von zwei Gesprächen vorgeschrieben, in denen die Einarbeitungszeit reflektiert und das zukünftige Vorgehen geplant werden sollen. Der Zeitaufwand für die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist nach Auskunft der Pflegedienstleitung sehr unterschiedlich. Geht man nach der Checkliste vor, ergibt sich laut Schätzung der Pflegedienstleitung ein Mindestaufwand von 20 Stunden.

Die Anleitung und Einschätzung vorhandener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist ebenfalls Teil der in der Einrichtung zu leistenden Arbeit. Darunter fällt z. B. die von Medizinischem Dienst (MDK) und Einrichtungsträger vorgeschriebene Fachlichkeitsüberprüfung von Pflegehilfskräften (pro Hilfskraft zweimal jährlich). Im Untersuchungszeitraum wurde eine Fachlichkeitsprüfung beobachtet (Frühdienst am zweiten Beobachtungstag). Die Wohnbereichsleitung begleitete eine Pflegehilfskraft bei der Durchführung einer ausgewählten Pflegemaßnahme für eine Bewohnerin. Die Prüfung beinhaltete sowohl die Beobachtung der Pflegehilfskraft bei der Pflegemaßnahme als auch die anschließende Besprechung, und sie dauerte insgesamt 20 Minuten.

Die Pflegedienstleitung führt eine Fachlichkeitsprüfung in unregelmäßigen Abständen auch bei Pflegefachkräften durch. Der Zeitbedarf variiert je nach beobachteter Pflegemaßnahme und Qualität der Durchführung.

### **Pausenregelung**

Jede Mitarbeiterin/jeder Mitarbeiter der Einrichtung hat bei einer ununterbrochenen Arbeitszeit von mehr als 4 Stunden Anspruch auf eine Pause von 30 Minuten. Laut internen Bestimmungen verbringen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Pausen außerhalb des Wohnbereiches (in der Regel im Café im Erdgeschoss).

### **Aufgaben der Pflegedienstleitung**

Die Aufgaben der Pflegedienstleitung konzentrieren sich vor allem auf bereichsübergreifende Tätigkeiten (z. B. Qualitätsentwicklung, Personalführung und -entwicklung, Organisationsgestaltung). Nur bei großem Arbeitsaufkommen in einzelnen Wohnbereichen übernimmt die Pflegedienstleitung zeitaufwändige Tätigkeiten wie z. B. die Ausarbeitung der Dienstpläne oder Telefonate mit Ärztinnen/Ärzten. Es handelt sich dabei um eine sporadische und spontane Übernahme von Organisationsaufgaben in den Wohnbereichen, die von der Pflegedienstleitung nicht mit einem Zeitwert hinterlegt wurden.

### **Aufgaben der Wohnbereichsleitung**

Das Erstellen der Dienstpläne und deren aktuelle Anpassung (z. B. bei Krankheit, Fortbildung oder Sonderurlaub von Pflegenden) ist Aufgabe der Wohnbereichsleitung bzw. deren Stellvertretung.

Jeder Wohnbereichsleitung steht in der untersuchten Einrichtung einmal wöchentlich ein so genannter Organisationstag zur Verfügung, den sie nahezu ausschließlich für administrative Tätigkeiten nutzen kann/nutzt. Dies sind u. a. die Durchführung von Pflegevisiten, das Sortieren und Wegheften von Formularen aus der Ablage oder die Anpassung des Dienstplanes. Am Organisationstag soll die Wohnbereichsleitung möglichst nicht in die direkte Pflege einbezogen sein. Die reguläre Dienstzeit am Organisationstag beginnt um 7:45 Uhr und endet um 14:30 Uhr. Sie kann jedoch zeitlich verschoben werden, wenn dies z. B. aufgrund eines Angehörigengesprächs, das erst am späten Nachmittag geführt werden kann, notwendig ist. In der Regel finden an den Organisationstagen auch die wöchentlichen Besprechungen aller Wohnbereichsleitungen statt (Dauer: ca. 1-2 Stunden).

## **6.3.3 Kurzbewertung der pflegerelevanten Rahmenbedingungen**

Bei der Betrachtung der pflegerelevanten Rahmenbedingungen fällt vor allem positiv auf, dass die Pflegenden weitgehend von Tätigkeiten entlastet sind, die nicht ihren eigentlichen Aufgabenbereich betreffen, sondern die Bereiche Hauswirtschaft, Haustechnik, Verwaltung und Sozialdienst. Damit können sich die Pflegenden stark auf das „Kerngeschäft“ von Pflege konzentrieren. Zu vermuten ist, dass demzufolge auch der Aufwand für indirekte Pflegeleistungen im Vergleich zu anderen Einrichtungen, in denen die Pflege nicht wie dargestellt entlastet wird/entlastet werden kann, niedriger ist.

Allerdings bleibt bei dieser Einschätzung der Bereich des Qualitätsmanagements unberücksichtigt. Maßnahmen wie die Pflegevisiten und Fachlichkeitsprüfungen, die offensichtlich Teil eines insgesamt durchdachten Systems sind, ziehen einen nicht unerheblichen zeitlichen Aufwand nach sich.

## **6.3.4 Beobachtungsergebnisse**

In dem für die Erhebung ausgewählten Wohnbereich wurden jeweils zwei Frühdienste (zweiter und vierter Erhebungstag) und zwei Spätdienste (erster und dritter Erhebungstag) bezüglich des Arbeitsaufkommens an indirekter Pflege beobachtet.

Die Beobachtung bezog sich auf folgende Pflegepersonen:

**Tabelle 20: Einrichtung 2: Beobachtete Pflegepersonen**

Dienst/Beob.zeit	Qualifikation	Arbeitszeit	Besonderheiten
1. Tag Spätdienst 13:00 – 20:30	PFK (A) <sup>1</sup>	7:15 – 14:30	Organisationstag
	PFK (C)	11:30 – 19:00	
	PFK (D)	17:30 – 20:30	
	PHK (F)	14:30 – 21:30	
2. Tag Frühdienst 6:30 – 13:30	PFK (A)	6:30 – 13:30	
	PFK (C)	11:30 – 19:00	
	PHK (G)	6:30 – 11:00	
	PHK (H)	7:30 – 14:30	Ab 13:17 Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung
3. Tag Spätdienst 13:00 – 20:30	PFK (B)	11:30 – 19:00	
	PFK (C)	6:30 – (13:30) 14:16	Überstunden, da eine Kollegin ab 13:16 zum Qualitätszirkel geht
	PFK (D)	17:30 – 20:30	
	PHK (F)	14:30 – 21:30	
	PHK (H)	7:00 – 14:30	Ab ca. 13:16 Teilnahme am Qualitätszirkel
4. Tag Frühdienst 6:30 – 13:30	PFK (B)	11:30 – 19:00	
	PFK (E)	6:30 – 13:30	
	PHK (F)	6:30 – 11:00	
	PHK (H)	7:00 – 14:30	

<sup>1</sup> PFK = Pflegefachkraft, PHK = Pflegehilfskraft (teilqualifizierte Pflegeperson oder Mitarbeiterin ohne pflegerische Ausbildung); die Zuordnung von Buchstaben zu den einzelnen Pflegenden diente lediglich der internen Zuordnung im Rahmen der Erhebung.

Im Spätdienst am ersten Erhebungstag ist eine Pflegendende mit einem Zwischendienst nicht beobachtet worden, da sie versehentlich für eine Mitarbeiterin aus dem Frühdienst gehalten wurde. Sie beendete um 14:30 Uhr ihren Dienst. In der Auswertung der Beobachtungsdaten wurden weder die verfügbare Arbeitszeit dieser Pflegenden noch die von ihr geleisteten indirekten Pflegemaßnahmen einbezogen.

Beurteilt man die Tätigkeiten der Pflegenden bzw. den beobachteten Zeitaufwand nach ihrer Qualifikation, ist zu berücksichtigen, dass eine Pflegefachkraft (PFK E) erst vor ca. einem Monat ihre Arbeitsstelle im Seniorenzentrum angetreten und daher noch wenig Erfahrung in dieser Einrichtung gesammelt hat (betrifft Frühdienst am vierten Erhebungstag). Diese Tatsache wirkt sich vor allem auf die Gesamtorganisation des Wohnbereiches und die Planung der eigenen Arbeitsabläufe und deren Ausführung aus, für die sie mehr Zeit benötigte als andere Pflegefachkräfte.

Außerdem wurde beobachtet, dass zwei Pflegendende einen Dienst 20 bis 25 Minuten vor dem eigentlichen Dienstanfang begannen. Bis auf eine Ausnahme beendeten die Pflegenden ihren Dienst immer pünktlich. Im genannten Ausnahmefall musste eine Pflegendende aus dem Frühdienst statt bis 13:30 Uhr bis 14:15 Uhr bleiben, da sonst eine Pflegendende (Fachkraft) bis 14:30 Uhr allein im Wohnbereich gewesen wäre (Teilnahme

einer Kollegin am Qualitätszirkel). Eine Pflegehilfskraft nahm am zweiten Erhebungstag an einer Fortbildung zum Thema „Verhalten in Aufzügen in besonderen Situationen“ teil. Daher verließ sie den Wohnbereich bereits um 13:17 Uhr. Wie lange die Maßnahme dauerte, ist nicht bekannt; die Pflegende kehrte jedoch nicht wieder in den Wohnbereich zurück, so dass davon auszugehen ist, dass es sich um eine mindestens einstündige Maßnahme gehandelt haben muss (betrifft auch Teilnahme am Qualitätszirkel am 3. Erhebungstag). Berücksichtigt wurde allerdings jeweils nur die Zeit bis zum Ende der regulären Dienstzeit.

Auf der folgenden Seite wird geordnet nach den Hauptkategorien der Aufwand dargestellt, der insgesamt auf der Basis des bei der Erhebung eingesetzten Tätigkeitenkatalogs in den einzelnen Schichten gemessen wurde, also nicht nur bezogen auf die indirekte Pflege, sondern auch unter Einbeziehung von zusätzlich erhobenen Anteilen der direkten Pflege, Leistungen im Zusammenhang mit Einzug, Umzug und Auszug sowie der Qualitätssicherung/-entwicklung und der Pausen. In Tabelle 22 werden dann die ermittelten Werte für die indirekte Pflege deutlich von den anderen Anteilen abgegrenzt.

Alle Werte beziehen sich auf die in Tabelle 20 aufgeführten Pflegepersonen; die insgesamt verfügbare Arbeitszeit bezogen auf diese Pflegenden ist in Tabelle 21 genannt. Die absoluten Zahlen zum erhobenen Zeitaufwand in Minuten (Spalten „Min.“) wurden jeweils auf volle Minutenwerte auf- bzw. abgerundet. Bezugsgröße für die Werte „Minuten pro Bewohner und Schicht“ (Spalten „Min./Bew.“) sind die im Untersuchungszeitraum anwesenden 26 Bewohnerinnen und Bewohner. Außerdem wird im Folgenden die Abkürzung „Ant. vf. AZ (%)“ für „Anteil an der verfügbaren Arbeitszeit in Prozent“ verwendet.

Tabelle 21: Einrichtung 2: Insgesamt ermittelter Zeitaufwand (indirekte Pflege sowie Anteile von anderen Bereichen)

Code	Kategorie	Spätschicht 1. Tag			Frühschicht 2. Tag			Spätschicht 3. Tag			Frühschicht 4. Tag		
		Min.	Min./ Bew.	Ant. vf. AZ (%)									
300	Organisation, Administration	1	0,0	0,1	50	1,9	4,1	9	0,3	0,8	9	0,3	0,7
400	Medikamentenversorgung	53	2,0	5,1	24	0,9	2,0	47	1,8	4,3	38	1,5	3,2
500	Wegezeiten	8	0,3	0,8	15	0,6	1,2	15	0,6	1,4	12	0,5	1,0
600	Aufräum-/Reinigungsarbeiten	6	0,2	0,6	24	0,9	2,0	19	0,7	1,8	40	1,5	3,3
700	Hauswirtschaft	85	3,3	8,2	105	4,0	8,6	105	4,0	9,7	83	3,2	6,9
800	Spezielle Hilfeleistungen	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
900	Einzug, Umzug, Auszug	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
1000	Qualitätssicherung, Bildung, Anleitung	32	1,2	3,1	15	0,6	1,2	74	2,8	6,8	0	0,0	0,0
1100	Pausen, Arbeitsunterbrechungen	59	2,3	5,7	135	5,2	11,0	61	2,3	5,6	120	4,6	10,0
	<b>Kategorien gesamt</b>	<b>450</b>	<b>17,3</b>	<b>43,6</b>	<b>587</b>	<b>22,6</b>	<b>48,0</b>	<b>483</b>	<b>18,6</b>	<b>44,6</b>	<b>483</b>	<b>18,6</b>	<b>40,1</b>
	<b>Verfügbare Arbeitszeit</b>	<b>1032</b>			<b>1223</b>			<b>1084</b>			<b>1205</b>		

Tabelle 22: Einrichtung 2: Aufwand für indirekte Pflege in Abgrenzung zu anderen erhobenen Kategorien/Leistungen

Bereich/Kategorien/Tätigkeiten	Spätschicht 1. Tag			Frühschicht 2. Tag			Spätschicht 3. Tag			Frühschicht 4. Tag		
	Min.	Min./ Bew.	Ant. vf. AZ (%)									
<b>Indirekte Pflege</b>												
Dokumentation (100 ohne 120)	28	1,1	2,7	20	0,8	1,6	0	0,0	0,0	3	0,1	0,2
Kommunikation (200 ohne 252+260)	81	3,1	7,8	117	4,5	9,6	76	2,9	7,0	90	3,5	7,5
Organisation, Administration (300)	1	0,0	0,1	50	1,9	4,1	9	0,3	0,8	9	0,3	0,7
Medikamentenversorgung (400 ohne 430)	0	0,0	0,0	2	0,1	0,2	2	0,1	0,2	0	0,0	0,0
Wege (500 ohne 510+532)	7	0,3	0,7	13	0,5	1,1	9	0,3	0,8	12	0,5	1,0
Aufräum-/Reinigungsarbeiten (600 ohne 660)	6	0,2	0,6	24	0,9	2,0	19	0,7	1,8	40	1,5	3,3
Hauswirtschaft (700 ohne 712-714, 722+723)	3	0,1	0,3	9	0,3	0,7	5	0,2	0,5	10	0,4	0,8
Arbeitsunterbrechungen (1120)	10	0,4	1,0	29	1,1	2,4	19	0,7	1,8	21	0,8	1,7
<b>Indirekte Pflege insgesamt</b>	<b>136</b>	<b>5,2</b>	<b>13,2</b>	<b>264</b>	<b>10,2</b>	<b>21,6</b>	<b>139</b>	<b>5,3</b>	<b>12,8</b>	<b>185</b>	<b>7,1</b>	<b>15,4</b>
Pflegeplanung (121)	10	3,3	1,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Pflegedokumentation (122)	52	2,0	5,0	58	2,2	4,7	51	2,0	4,7	84	3,2	7,0
Unmittelb. bew.bez. Kommunikation mit Externen (252)	7	0,3	0,7	19	0,7	1,6	2	0,1	0,2	2	0,1	0,2
Unnm. bew.bez. Komm. m. Angehörigen u. Bezugsp. (260)	28	1,1	2,7	5	0,2	0,4	24	0,9	2,2	2	0,1	0,2
Vorbereiten von Medikamenten (430)	53	2,0	5,1	22	0,8	1,8	45	1,7	4,2	38	1,5	3,2
Bewohnerbezogene Wege (510+532)	1	0,0	0,1	2	0,1	0,2	6	0,2	0,6	0	0,0	0,0
Ordnen d. direkten Wohnumgebung (660)	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Bewohnerbezogene Hauswirtschaft (712-714, 722+723)	82	3,2	7,9	96	3,7	7,8	100	3,8	9,2	73	2,8	6,1
Spezielle Hilfeleistung (800)	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0

**Tabelle 22: Einrichtung 2: Aufwand für indirekte Pflege in Abgrenzung zu anderen erhobenen Kategorien/Leistungen**

Bereich/Kategorien/Tätigkeiten	Spätschicht 1. Tag			Frühschicht 2. Tag			Spätschicht 3. Tag			Frühschicht 4. Tag		
	Min.	Min./Bew.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Min./Bew.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Min./Bew.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Min./Bew.	Ant. vf. AZ (%)
Pflegevisite (10010)	30	1,2	2,9	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Direkte Pflege gesamt	263	10,1	25,5	202	7,8	16,5	228	8,8	21,0	199	7,7	16,5
Einzug, Umzug, Auszug (900)	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Qualitätssicherung/-entwicklung (1000 ohne 10010)	2	0,1	0,2	15	0,6	1,2	74	2,8	6,8	0	0,0	0,0
Pausen (1110)	49	1,9	4,7	106	4,1	8,7	42	1,6	3,9	99	3,8	8,2
Erhobene nicht indirekte Pflege insgesamt	314	12,1	30,4	323	12,4	26,4	344	13,2	31,7	298	11,5	24,7

Fortsetzung Tabelle 22: Aufwand für indirekte Pflege in Abgrenzung zu anderen erhobenen Kategorien/Leistungen

Bereich/Kategorien/Tätigkeiten	Mittelwerte Spätschicht			Mittelwerte Frühschicht			Mittelwerte gesamt		
	Min./Schicht	Min./Bew.	Ant. vf. AZ (%)	Min./Schicht	Min./Bew.	Ant. vf. AZ (%)	Min./Schicht	Min./Bew.	Ant. vf. AZ (%)
<b>Indirekte Pflege</b>									
Dokumentation (100 ohne 120)	14,0	0,5	1,4	11,5	0,4	0,9	12,8	0,5	1,1
Kommunikation (200 ohne 252+260)	78,5	3,0	7,4	103,5	4,0	8,5	91,0	3,5	8,0
Organisation, Administration (300)	5,0	0,2	0,5	29,5	1,1	2,4	17,3	0,7	1,4
Medikamentenversorgung (400 ohne 430)	1,0	0,0	0,1	1,0	0,0	0,1	1,0	0,0	0,1
Wege (500 ohne 510+532)	8,0	0,3	0,8	12,5	0,5	1,0	10,3	0,4	0,9
Aufräum-/Reinigungsarbeiten (600 ohne 660)	12,5	0,5	1,2	32,0	1,2	2,6	22,3	0,9	1,9
Hauswirtschaft (700 ohne 712-714, 722+723)	4,0	0,2	0,4	9,5	0,4	0,8	6,8	0,3	0,6
Arbeitsunterbrechungen (1120)	14,5	0,6	1,4	25,0	1,0	2,1	19,8	0,8	1,7
<b>Indirekte Pflege insgesamt</b>	<b>137,5</b>	<b>5,3</b>	<b>13,0</b>	<b>224,5</b>	<b>8,6</b>	<b>18,5</b>	<b>181,0</b>	<b>7,0</b>	<b>15,7</b>
Pflegeplanung (121)	5,0	1,6	0,5	0,0	0,0	0,0	2,5	0,8	0,2
Pflegedokumentation (122)	51,5	2,0	4,9	71,0	2,7	5,9	61,3	2,4	5,4
Unmittelb. bew.bez. Kommunikation mit Externen (252)	4,5	0,2	0,4	10,5	0,4	0,9	7,5	0,3	0,6
Unm. bew.bez. Komm. m. Angehörigen u. Bezugsp. (260)	26,0	1,0	2,5	3,5	0,1	0,3	14,8	0,6	1,4
Vorbereiten von Medikamenten (430)	49,0	1,9	4,6	30,0	1,2	2,5	39,5	1,5	3,6
Bewohnerbezogene Wege (510+532)	3,5	0,1	0,3	1,0	0,0	0,1	2,3	0,1	0,2
Ordnen d. direkten Wohnumgebung (660)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bewohnerbezogene Hauswirtschaft (712-714, 722+723)	91,0	3,5	8,6	84,5	3,3	7,0	87,8	3,4	7,8
Spezielle Hilfeleistung (800)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pflegevisite (10010)	15,0	0,6	1,5	0,0	0,0	0,0	7,5	0,3	0,7

Fortsetzung Tabelle 22: Einrichtung 2: Aufwand für indirekte Pflege in Abgrenzung zu anderen erhobenen Kategorien/Leistungen

Bereich/Kategorien/Tätigkeiten	Mittelwerte Spätschicht			Mittelwerte Frühschicht			Mittelwerte gesamt		
	Min./Schicht	Min./Bew.	Ant. vf. AZ (%)	Min./Schicht	Min./Bew.	Ant. vf. AZ (%)	Min./Schicht	Min./Bew.	Ant. vf. AZ (%)
Direkte Pflege gesamt	245,5	9,4	23,3	200,5	7,7	16,5	223,0	8,6	19,9
Einzug, Umzug, Auszug (900)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Qualitätssicherung/-entwicklung (1000 ohne 10010)	38,0	1,5	3,5	7,5	0,3	0,6	22,8	0,9	2,1
Pausen (1110)	45,5	1,8	4,3	102,5	3,9	8,4	74,0	2,8	6,4
Erhobene nicht indirekte Pflege insgesamt	329,0	12,7	31,1	310,5	11,9	25,6	319,8	12,3	28,3

Für weiterführende Betrachtungen und Aussagen interessant ist insbesondere der Anteil indirekter Pflegeleistungen an der verfügbaren Arbeitszeit. Auf der Basis der Angaben in der Tabelle auf der vorangegangenen Seite stellt sich dieser Anteil folgendermaßen dar:

**Tabelle 23: Einrichtung 2: Anteil indirekter Pflege an der verfügbaren Arbeitszeit (Mittelwerte)**

Schicht	Anteil
Mittelwert Frühdienst	18,5 %
Mittelwert Spätdienst	13,0 %
Mittelwert über beide Schichten	15,7 %

Den höchsten Anteil an der verfügbaren Arbeitszeit bezogen auf indirekte Pflegeleistungen nimmt in allen Schichten die mittelbar bewohnerbezogene Kommunikation ein. Beachtlich im Bereich der direkten Pflege sind die Anteile für die von Pflegenden durchgeführten hauswirtschaftlichen Leistungen (minimal 6,1%, maximal 9,2%) und die Pflegedokumentation (minimal 4,7%, maximal 7,0%). Allein für die unmittelbar bewohnerbezogene Pflegedokumentation bedeutet dies z. B. einen Zeitaufwand zwischen 2,0 und 3,2 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und *Schicht*. Es folgt die Medikamentenversorgung (minimal 1,8%, maximal 5,1%), trotzdem wegen des wöchentlichen Richtens durch Apothekenmitarbeiterinnen und Apothekenmitarbeiter nur ein relativ geringer Zeiteinsatz von Pflegenden für das Vorbereiten fester oraler Arzneimittel erforderlich ist.

Der ermittelte Zeitaufwand für die indirekte Pflege bezieht sich jeweils nur auf die eine Schicht, die an dem betreffenden Erhebungstag beobachtet wurde. Da also an einem Tag nie zwei Schichten hintereinander und Nachtdienste gar nicht untersucht wurden, können keine eindeutigen Aussagen zum Zeitaufwand *pro Tag* getroffen werden. Versucht man allerdings, den Aufwand für den Tagdienst (Früh- und Spätdienst) rein rechnerisch aus den erhobenen Früh- und Spätdienstwerten zu ermitteln, ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 24: Einrichtung 2: Rechnerische Ermittlung des Zeitaufwandes indirekter Pflege im Tagdienst**

	Zeit in min./Bew./"Tag"	Erläuterung
Minimalwert	12,3	Frühdienst 4. Tag + Spätdienst 1. Tag
Maximalwert	15,5	Frühdienst 2. Tag + Spätdienst 3. Tag
Mittelwert	13,9	Mittelwert Frühdienst + Mittelwert Spätdienst

In der folgenden Tabelle ist zusätzlich der Zeitaufwand und der Anteil an der verfügbaren Arbeitszeit (Spalte „Ant. Vf. AZ (%)“) bezogen auf die beobachteten Pflegepersonen (PP) und unterschieden nach den Qualifikationen Pflegefachkraft (PFK) und Pflegehilfskraft (PH) genannt.

Tabelle 25: Unterschiede im Aufwand für indirekte Pflege bezogen auf die Qualifikation der Pflegepersonen in Einrichtung 2

Bereich/Kategorie/Tätigkeit	Spätschicht 1. Tag						Frühschicht 2. Tag									
	PP A (PFK)		PP C (PFK)		PP D (PFK)		PP F (PH)		PP A (PFK)		PP C (PFK)		PP G (PH)		PP H (PH)	
	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)
Verfügbare Arbeitszeit	98		369		205		360		420		128		270		405	
Dokumentation (100 ohne 120)	26	26,5	2	0,5	0	0,0	0	0,0	20	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kommunikation (200 ohne 252+260)	17	17,3	25	6,8	18	8,8	21	5,8	54	12,9	13	10,2	18	6,7	24	5,9
Organisation, Administration (300)	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38	9,0	4	3,1	0	0,0	6	1,5
Medikamentenversorgung (400 ohne 430)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Wege (500 ohne 510+532)	0	0,0	5	1,4	1	0,5	1	0,3	0	0,0	1	0,8	1	0,4	7	1,7
Aufräum-/Reinigungsarbeiten (600 ohne 660)	0	0,0	0	0,0	2	1,0	4	1,1	2	0,5	0	0,0	2	0,7	18	4,4
Hauswirtschaft (700 ohne 712-714, 722+723)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	2,2
Arbeitsunterbrechungen (1120)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	2,8	7	1,7	2	1,6	0	0,0	15	3,7
<b>Indirekte Pflege insgesamt</b>	<b>44</b>	<b>44,9</b>	<b>32</b>	<b>8,7</b>	<b>21</b>	<b>10,2</b>	<b>39</b>	<b>10,8</b>	<b>123</b>	<b>29,3</b>	<b>20</b>	<b>15,6</b>	<b>21</b>	<b>7,8</b>	<b>79</b>	<b>19,5</b>
Pflegeplanung (121)	7	7,1	3	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pflegedokumentation (122)	4	4,1	27	7,3	12	5,9	9	2,5	16	3,8	12	9,4	12	4,4	19	4,7
Unm. bew.bez. Kommunikation mit Externen (252)	0	0,0	7	1,9	0	0,0	0	0,0	19	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Un. b.b. Komm. m. Angehörigen u. Bezugsp. (260)	10	10,2	15	4,1	0	0,0	3	0,8	5	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vorbereiten von Medikamenten (430)	0	0,0	53	14,4	0	0,0	0	0,0	19	4,5	3	2,3	0	0,0	0	0,0
Bewohnerbezogene Wege (510+532)	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	2	0,5
Ordnen d. direkten Wohnumgebung (660)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bewohnerbez. Hauswirtschaft (712-714, 722+723)	0	0,0	16	4,3	13	6,3	53	14,7	7	1,7	17	13,3	13	4,8	38	9,4
Spezielle Hilfeleistung (800)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pflegevisite (10010)	30	30,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Direkte Pflege gesamt</b>	<b>51</b>	<b>52,0</b>	<b>121</b>	<b>32,8</b>	<b>26</b>	<b>12,7</b>	<b>65</b>	<b>18,1</b>	<b>66</b>	<b>15,7</b>	<b>32</b>	<b>25,0</b>	<b>26</b>	<b>9,6</b>	<b>59</b>	<b>14,6</b>

Tabelle 25: Fortsetzung

Bereich/Kategorie/Tätigkeit	Spätschicht 3. Tag						Frühschicht 4. Tag									
	PP B (PFK)		PP C (PFK)		PP D (PFK)		PP F (PH)		PP B (PFK)		PPE (PFK)		PP F (PH)		PP H (PH)	
	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)
Verfügbare Arbeitszeit	365		76		193		360		117		406		286		396	
Dokumentation (100 ohne 120)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,7	0	0,0	0	0,0
Kommunikation (200 ohne 252+260)	22	6,0	12	15,8	14	7,3	16	4,4	11	9,4	44	10,8	14	4,9	21	5,3
Organisation, Administration (300)	3	0,8	0	0,0	2	1,0	4	1,1	0	0,0	9	2,2	2	0,7	0	0,0
Medikamentenversorgung (400 ohne 430)	1	0,3	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Wege (500 ohne 510+532)	2	0,5	5	6,6	0	0,0	2	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	2,8
Aufräum-/Reinigungsarbeiten (600 ohne 660)	2	0,5	9	11,8	3	1,6	5	1,4	0	0,0	7	1,7	3	1,0	31	7,8
Hauswirtschaft (700 ohne 712-714, 722+723)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	2,5
Arbeitsunterbrechungen (1120)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	5,3	2	1,7	11	2,7	0	0,0	4	1,0
<b>Indirekte Pflege insgesamt</b>	<b>30</b>	<b>8,2</b>	<b>27</b>	<b>35,5</b>	<b>19</b>	<b>9,8</b>	<b>51</b>	<b>14,2</b>	<b>13</b>	<b>11,1</b>	<b>74</b>	<b>18,2</b>	<b>19</b>	<b>6,6</b>	<b>77</b>	<b>19,4</b>
Pflegeplanung (121)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pflegedokumentation (122)	26	7,1	1	1,3	10	5,2	14	3,9	7	6,0	37	9,1	10	3,5	22	5,6
Unm. bew.bez. Kommunikation mit Externen (252)	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Un. b. Komm. m. Angehörigen u. Bezugsp. (260)	19	5,2	0	0,0	0	0,0	5	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Vorbereiten von Medikamenten (430)	40	11,0	0	0,0	5	2,6	0	0,0	14	12,0	24	5,9	5	1,7	0	0,0
Bewohnerbezogene Wege (510+532)	1	0,3	4	5,3	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Ordnen d. direkten Wohnumgebung (660)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bewohnerbez. Hauswirtschaft (712-714, 722+723)	46	12,6	6	7,9	7	3,6	41	11,4	15	12,8	8	2,0	7	2,4	41	10,4
Spezielle Hilfeleistung (800)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pflegevisite (10010)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Direkte Pflege gesamt</b>	<b>132</b>	<b>36,2</b>	<b>12</b>	<b>15,8</b>	<b>23</b>	<b>11,9</b>	<b>61</b>	<b>16,9</b>	<b>36</b>	<b>30,8</b>	<b>69</b>	<b>17,0</b>	<b>23</b>	<b>8,0</b>	<b>65</b>	<b>16,4</b>

Aus den dargestellten Daten ergibt sich, dass die Pflegefachkräfte im Durchschnitt 19,2% ihrer Arbeitszeit pro Schicht für indirekte Pflegeleistungen aufgewendet haben (minimal 8,2%, maximal 44,9%) und damit einen höheren Anteil als die Pflegehilfskräfte mit durchschnittlich 13,1% (minimal 6,6%, maximal 19,5%).

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

### **Weitere Aspekte hinsichtlich der Interpretation der Beobachtungsergebnisse**

Dem Eindruck bei der Beobachtung nach wirkt sich die Nutzung von Zwischendiensten offensichtlich sehr positiv aus. Der erhöhte Pflegeaufwand in den Zeiten, in denen z. B. für die morgendliche oder abendliche Pflege sowie für das Austeilen und Anreichen von Mahlzeiten viel direkte Pflegezeit benötigt wird, kann durch den im Vergleich zu anderen Heimen verstärkten Personaleinsatz gut kompensiert werden. Der Arbeitsablauf wirkt – von außen betrachtet – trotz des offensichtlich hohen Arbeitsaufkommens ruhig und systematisch.

Nach Aussage der Wohnbereichsleitung hat die vor einiger Zeit eingeführte und vom Medizinischen Dienst (MDK) und dem Träger geforderte Aufgabenverteilung, nach der die Durchführung der so genannten Behandlungspflege ausschließlich durch Pflegefachkräfte erfolgen soll, auch negative Konsequenzen. Die Fachkräfte haben mehr Wege als vor Inkrafttreten der neuen Regelung, und ihre Arbeit wird häufiger unterbrochen (z. B. um einer Bewohnerin/einem Bewohner die Stützstrümpfe anzuziehen). Eine umfassende „integrierte“ Pflege ist durch diese Regelung sowohl für die Fach- als auch für die Hilfskräfte kaum möglich.

Beobachtet und von der Wohnbereichsleitung in einem Gespräch bestätigt wurde, dass das Ablegen von „alten“ Pflegedokumentationsformularen zeitlich sehr aufwändig ist (26 Minuten für die Einlegeblätter des vergangenen Monats von allen Bewohnerinnen und Bewohnern am ersten Beobachtungstag).

Im untersuchten Wohnbereich wird ein so genannter Pflegewagen eingesetzt. Er besteht aus einem auf Rollen gelagerten Wäscheschrank mit mehreren verschließbaren Fächern und einem ankoppelbaren Rollwagen mit einer Vorrichtung für das Einhängen von jeweils einem Abfall- und einem Wäschesack. Beim Auffüllen bzw. Aufräumen des Pflegewagens fallen die Tätigkeiten Müllentsorgung und Schmutzwäschesammlung zusammen. Sie konnten bei der Erhebung daher nicht immer klar getrennt werden. Da jedoch der zeitliche Aufwand für die Schmutzwäschesammlung höher war als der für die Müllentsorgung, wurde bei Abgrenzungsschwierigkeiten die Codierung für die Schmutzwäschesammlung gewählt.

Der Zeitaufwand für das Verteilen von warmen Speisen zum Abendbrot (in der Regel einmal wöchentlich) am Abend des 3. Beobachtungstages war größer als das sonst übliche Austeilen der vorbereiteten Tablettts mit kalten Speisen (Zeitunterschied: 10 Minuten). Gibt es Brot am Abend, sind die Tablettts bewohnergerecht vorbereitet und es müssen lediglich die Abdeckungen von den Tellern entfernt und die Getränke eingeschenkt werden. Bei warmen Speisen fallen zusätzliche Arbeitsschritte an. Das Tablett muss vollständig eingedeckt werden und für jede Bewohnerin und jeden Bewohner wird das Essen auf dem Teller portioniert (im Beobachtungsfall gestrichene Brote und Nudeln mit

Schinken und Ei). Außerdem entsteht ein Problem beim Austeilen des Essens. Während bei einer kalten Abendmahlzeit die Tablettis im Essenswagen mit Namenskarten versehen sind und so eine Übersicht für alle an der Essensverteilung Beteiligten besteht (i. d. R. drei Personen), wer bereits mit Essen versorgt wurde und wer nicht, fehlt an Tagen mit einem warmen Abendessen diese Übersicht. Durch ständiges Nachfragen müssen sich die Pflegenden vergewissern, wer noch nicht versorgt wurde. Dies betrifft vor allem diejenigen Bewohnerinnen und Bewohner, denen das Essen angereicht wird.

Dieses Beispiel verdeutlicht, dass durch eine geringfügig andere Arbeitsorganisation als an anderen Tagen der Zeitaufwand für eine Leistung zunehmen kann. Ein entsprechender Hinweis der Projektbearbeiterinnen/-bearbeiter führte dazu, dass die geschilderten Abläufe überdacht wurden und in Absprache mit der Küche bereits eine für die Pflegenden unaufwendigere Organisationsform umgesetzt wurde.

## 6.4 Zeitmessung in der Einrichtung 3

### 6.4.1 Allgemeine Informationen zur Einrichtung und zum untersuchten Wohnbereich

Die zweite der beiden Zeitmessungen wurde in einer stationären Altenpflegeeinrichtung in Hessen durchgeführt. Das Alten- und Pflegeheim eines konfessionellen Trägers wurde Anfang der achtziger Jahre erbaut. Insgesamt können 80 Bewohnerinnen und Bewohner aufgenommen werden. Sie leben in zwei Wohnbereichen.

Der untersuchte Wohnbereich hat insgesamt 46 Plätze, von denen zu Beginn der Beobachtung 42 und ab dem dritten Beobachtungstag 43 belegt waren. Eine Bewohnerin befand sich im Krankenhaus, zwei Bewohnerinnen wurden im Beobachtungszeitraum ins Krankenhaus eingewiesen und eine Bewohnerin wurde neu aufgenommen.

Der Wohnbereich befindet sich zwar auf nur einer Etage, umfasst aber im Prinzip vier Flure, die räumlich relativ stark voneinander abgegrenzt sind. Zwischen dem so genannten hinteren Flur und dem mittleren Flur befindet sich ein großer Aufenthalts-/Speiseraum (Durchgangsraum). Der mittlere Flur stellt eine Art Verzweigung des Weges vom vorderen Flur zum großen Speiseraum dar. Der so genannte vordere Flur hat die größte Ausdehnung und gliedert sich in zwei Abschnitte, die durch einen Flurversatz voneinander „getrennt“ sind. Das Dienstzimmer befindet sich zwischen diesen beiden Abschnitten. Vor dem Dienstzimmer wurde ein Aufenthaltsbereich für die Bewohnerinnen und Bewohner eingerichtet, die in der Nähe ihr Zimmer haben. Ein weiterer Aufenthalts-/Speiseraum befindet sich im vorderen Flurbereich etwa auf halber Höhe zwischen Dienstzimmer und mittlerem Flur (separates Zimmer).

Die Pflegenden im Wohnbereich arbeiten nach dem Prinzip der Gruppenpflege. Im Frühdienst wird der Wohnbereich in vier, im Spätdienst in drei Bewohnergruppen aufgeteilt. Die 14 Bewohnerinnen und Bewohner (im Beobachtungszeitraum 13) des hinteren Flurs werden im Früh- und Spätdienst von jeweils einer Pflegenden versorgt. Die zehn Bewohnerinnen und Bewohner des mittleren Flurs werden im Tagdienst jeweils auch von einer Pflegenden betreut. Für den vorderen Flur, der aus den zwei Abschnitten

besteht und in dem insgesamt 19 Bewohnerinnen und Bewohner leben, sind im Frühdienst zwei Pflegendende und im Spätdienst eine Pflegeperson verantwortlich. Die für den vorderen Flur zuständige Spätdienstkraft wird jedoch von ihren Kolleginnen/Kollegen und von einer Praktikantin bzw. einem Absolventen des Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJler) unterstützt.

Sowohl im Frühdienst als auch im Spätdienst ist jeweils eine Pflegeperson als so genannter koordinierender Dienst eingesetzt. Deren zu betreuende Bewohnergruppe ist relativ klein (i. d. R. sieben Bewohnerinnen und Bewohner). Den koordinierenden Dienst übernimmt immer eine Pflegefachkraft. Sie führt vor allem die so genannten Behandlungspflegemaßnahmen durch, richtet und verteilt Medikamente und Injektionen, und sie ist für die Gesamtkoordination des Wohnbereichs verantwortlich sowie Ansprechpartnerin/Ansprechpartner bei pflegerischen und personellen Problemen.

#### 6.4.2 Weitere Informationen zu für die Pflege relevanten Rahmenbedingungen

##### **Dienstzeiten, Übergabezeiten**

In der Einrichtung gibt es im Pflegebereich drei Hauptdienste; dies sind der Frühdienst (6:30 bis 14:00 Uhr), der Spätdienst (13:30 bis 21:00 Uhr) und der Nachtdienst (20:45 bis 6:45 Uhr). Außerdem sind die Zwischendienste „F4“ (6:45 bis 13:15 Uhr) und „S4“ (14:00 bis 20:30 Uhr) vorgesehen. Darüber hinaus ist für den FSJler eine besondere Dienstzeit festgelegt, die in der Regel an sechs Tagen der Woche gilt (11:00 bis 18:30 Uhr).

Die Überlappungszeit, in der die Pflegenden zweier aufeinander folgender Schichten anwesend sind, beträgt am Mittag 30 Minuten (13:30 bis 14:00 Uhr) sowie am Morgen (6:30 bis 6:45) und am Abend (20:45 bis 21:00) jeweils 15 Minuten.

Die Pflegenden, die im Zwischendienst arbeiten und daher an keiner Übergabe teilnehmen können, informieren sich beim koordinierenden Dienst über besondere Vorkommnisse bei den von ihnen zu betreuenden Bewohnerinnen und Bewohnern. Am Ende ihrer Dienstzeit erfolgt von ihnen eine kurze Übergabe an den koordinierenden Dienst.

##### **Dokumentation**

Eine Besonderheit besteht hinsichtlich des Pflegedokumentationssystems und betrifft vor allem die unmittelbar bewohnerbezogene Dokumentation (Pflegeplanung, Pflegedokumentation, inkl. Abzeichnen von Pflegemaßnahmen). Die Dokumentationsunterlagen (bzw. jeweils Teile davon) befinden sich an drei unterschiedlichen Orten: im Bewohnerzimmer, auf dem Flur und im Dienstzimmer.

Bei den Dokumentationsunterlagen im Bewohnerzimmer handelt es sich vor allem um Einlegeblätter für spezielle Pflegesituationen (z. B. Flüssigkeitsbilanzierung, Lagerungsplan) und um die Durchführungsnachweisblätter für so genannte Behandlungspflegemaßnahmen (z. B. Verbände). Das Anlegen und Erneuern von Verbänden erfolgt bei einem Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner durch eine Arzthelferin (vgl. 6.4.4). Folglich übernimmt die Arzthelferin einen Teil der Dokumentation.

Die Dokumentationsmappen in den Fluren befinden sich in kleinen verschließbaren Kästen mit angrenzender Schreibfläche. Die Mappen enthalten vor allem die Pflegeplanung, die Bewohnerbiographie, die Durchführungsnachweise bezogen auf die so

genannten grundpflegerischen Maßnahmen sowie die Pflegeberichtsblätter. Wenn im Schichtverlauf bei Bewohnerinnen/Bewohnern besondere Vorkommnisse dokumentiert wurden, werden die Mappen mit den Pflegeberichten ins Dienstzimmer gebracht, um der nachfolgenden Schicht einen schnellen Zugriff auf die dokumentierten Informationen zu ermöglichen.

Im Dienstzimmer werden die Stammbblätter (inkl. Pflegeanamneseteil) und die Medikamentenblätter mit den dokumentierten ärztlichen Verordnungen aufbewahrt, aber auch Listen/Einlegeblätter, in denen die Durchführung von Vitalzeichenkontrollen und die Medikamentenvergabe nachgewiesen werden.

Zusätzlich zur beschriebenen Dokumentation wird ein so genanntes Übergabebuch geführt. Hier werden besondere Vorkommnisse sowie unerledigte Aufgaben für die nachfolgende Schicht eingetragen.

## **Kommunikation**

### **Kommunikation mit anderen internen Diensten, wohnbereichsübergreifende Besprechungen**

Eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes nimmt in der Regel einmal wöchentlich an der Dienstübergabe am Mittag im Wohnbereich teil. Zu diesen Übergaben werden vor allem allgemeine Informationen (z. B. über Angebote) und Erfahrungen mit einzelnen Bewohnerinnen/Bewohnern zwischen Pflege und Sozialdienst ausgetauscht. Im Beobachtungszeitraum stellte die Sozialarbeiterin der Einrichtung den Pflegenden zusätzlich eine neue Bewohnerin vor.

Einmal pro Woche findet eine Dienstbesprechung auf Leitungsebene statt. Dort treffen sich Heimleiter, Pflegedienstleiter, Pflegegruppenleiterin (entspricht Wohnbereichsleitung), eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes sowie je eine Vertreterin oder ein Vertreter des technischen Dienstes und der Hauswirtschaft. Nach Bedarf treffen sich zusätzlich auch der Pflegedienstleiter und die Pflegegruppenleiterin zu „pflegeinternen“ Besprechungen. Für die Pflegenden gibt es allerdings kein direktes Forum für den Austausch mit anderen Bereichen.

### **Kommunikation mit Externen**

Da die Bewohnerinnen und Bewohner von unterschiedlichen Hausärztinnen und -ärzten betreut werden, finden die Arztvisiten zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlichen Intervallen statt. Ein großer Teil der Bewohnerinnen und Bewohner wird von dem im Nachbarhaus der Einrichtung ansässigen Arzt versorgt, der je nach Bewohnerbedarf durchschnittlich zweimal wöchentlich zur Visite erscheint. Einmal pro Woche nimmt die Pflegedienstleitung an der Visite teil.

Bei Visiten, die von anderen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, ist häufig eine Pflegeperson anwesend. Die Pflegenden geben an, dass es sehr oft ihre Aufgabe sei, die Verordnungen bzw. Änderungen und weiterführenden Informationen in die Bewohnerdokumentation einzutragen. Da für diese Tätigkeit während der Visite nicht ausreichend Zeit zur Verfügung stehe, benötige die Pflegende, die die Visite begleitet, im Anschluss relativ viel Zeit, um die noch ausstehende Dokumentation durchzuführen.

### **Medikamentenversorgung**

Die festen oralen Medikamente (Tabletten, Kapseln etc.) werden einmal wöchentlich in einem speziell für diese Zwecke eingerichteten Raum im Keller der Einrichtung von einer Mitarbeiterin der Apotheke gestellt. Bei zwischenzeitlich notwendigen Medikationsänderungen müssen allerdings die Pflegenden in den Keller gehen, um die entsprechenden Medikamente nachzustellen bzw. aus den Behältnissen mit den gerichteten Medikamenten zu entfernen. Diese Vorgehensweise wurde im Erhebungszeitraum einmal beobachtet, und sie stellte sich relativ zeitaufwendig dar. Bedarfsmedikamente sowie Tropfen und Insulin befinden sich im Dienstzimmer des Wohnbereiches und werden von den Pflegenden vorbereitet.

Die Mitarbeiterin der Apotheke erledigt auch die Nachbestellung von Tabletten, Kapseln etc. Die Pflegenden hingegen sind für die Bestellung von Tropfen, Movicolbeuteln, Betäubungsmitteln und Insulin verantwortlich.

### **Wege**

Aufgrund der baulichen Struktur des Wohnbereiches mit den vier Flurabschnitten und der insgesamt relativ großen räumlichen Ausdehnung sind die üblichen Wege für die Pflegepersonen vergleichsweise lang. Dies betrifft insbesondere den koordinierenden Dienst, wenn im Spätdienst ausschließlich durch ihn die Medikamente für alle Bewohnerinnen und Bewohner verteilt oder im Verlauf eines Dienstes so genannte Behandlungspflegemaßnahmen ausgeführt werden.

Erleichternd für die Pflegenden ist, dass sie – abgesehen von Einzelfällen – keine Wege im Rahmen des Hol- und Bringendienstes haben, da die entsprechenden Transporte weitgehend von Hausmeisterei, Hauswirtschaft oder dem FSJler bewerkstelligt werden.

Für das Begleiten von Bewohnerinnen und Bewohnern zu Veranstaltungen von Beschäftigungstherapie oder Seelsorge und zurück existiert offensichtlich keine feste Regel dahingehend, ob das Begleiten durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beschäftigungstherapie und der Seelsorge oder durch die Pflegenden erfolgt.

Nach Auskunft der Pflegedienstleitung holt die Friseurin die Bewohnerinnen zu den vereinbarten Terminen ab und bringt sie auch wieder zurück in den Wohnbereich.

### **Aufräum- und Reinigungsarbeiten**

Das Aufräumen und Auffüllen des Pflegewagens ist Aufgabe der Praktikantin und des FSJler. Es wird aber auch teilweise von den Pflegenden übernommen.

Für Reinigungsarbeiten und die Desinfektion der Betten (z. B. bei Todesfall oder Umzug) ist grundsätzlich das Raumpflegepersonal zuständig. Außerhalb der Dienstzeiten des Raumpflegepersonals werden grobe Verschmutzungen von den Pflegenden beseitigt.

### **Müllentsorgung**

Die Entsorgung der Müllsäcke und die Versorgung mit neuen Säcken erfolgt durch die Mitarbeiter des technischen Dienstes (vor allem durch Zivildienstleistende). Wenn an Wochenenden kein Mitarbeiter des technischen Dienstes verfügbar ist, übernimmt die Hauswirtschaft die Entsorgung von Müll und Schmutzwäsche. Die Pflegenden sammeln den anfallenden Müll in Versorgungswagen auf den jeweiligen Fluren.

### **Mehrarbeit in besonderen Situationen**

Nach Auskunft der Pflegedienstleitung ist die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner mit adäquater Kleidung durch die Angehörigen mit einem hohen zeitlichen Aufwand an indirekter Pflege verbunden. Häufig kommt es trotz Hinweisen gegenüber den Angehörigen und Betreuern bezüglich der Umlaufzeit der Kleidung (Zeit die benötigt wird, bis verschmutzte Wäsche wieder in sauberem Zustand das Bewohnerzimmer erreicht) und das Vorhandensein angemessener Kleidung (bezogen auf die Jahreszeit oder den Mobilitätszustand der Bewohnerin bzw. des Bewohners) zu „Kleidungsengpässen“. Diese verursachen einen zusätzlichen organisatorischen Aufwand.

### **Abgrenzung Pflege/Hauswirtschaft**

In der untersuchten Einrichtung sind die Aufgaben der Pflege klar von denen der Hauswirtschaft abgegrenzt. Sollten in seltenen Fällen hauswirtschaftliche Tätigkeiten in den Arbeitsbereich der Pflege fallen, so werden sie vom zusätzlich eingesetzten Hilfspersonal (Praktikantin, FSJler) übernommen.

### **Mahlzeitenversorgung**

Die Mahlzeiten werden in drei unterschiedlichen Speiseräumen serviert, die alle auf der Etage des Wohnbereiches liegen. Im „Johannessaal“ isst der größte Teil der Bewohnerinnen und Bewohner. Es gibt noch einen weiteren Speisesaal (Casino), der von den Pflegenden auch als Übergabe- und Pausenraum genutzt wird. Die dritte Möglichkeit, in Gemeinschaft zu speisen, bietet eine Sitzgruppe vor dem Dienstzimmer. Die Betagten, die dies wünschen, sowie bettlägerige Bewohnerinnen und Bewohner erhalten ihre Mahlzeiten in ihren Zimmern.

Mitarbeiterinnen des Bereiches Hauswirtschaft bringen das zubereitete Essen aus der Zentralküche in die Wohnbereiche und sorgen für den Rücktransport der Essenswagen nach den Mahlzeiten. Das Essen wird von ihnen portioniert und verteilt. Auch die Versorgung mit Getränken (Bereitstellen von Tee, Wasser und sauberen Gläsern, Austeilen von Getränken während der Mahlzeiten) fällt in den Aufgabenbereich der Hauswirtschaft. Das Servieren des Essens in den Zimmern wird nach individueller Absprache sowohl von den Hauswirtschaftskräften als auch von den Pflegenden übernommen. Im Beobachtungszeitraum gab es kaum Probleme in Bezug auf das Zusammenwirken von Hauswirtschaft und Pflege. Oft konnte beobachtet werden, dass das Essen von den Mitarbeiterinnen der Küche nach Absprache mit den zuständigen Pflegenden in die jeweiligen Zimmer gestellt wurde. Die Vorbereitung der Bewohner (Kopfende des Bettes höher stellen, Bewohner aufsetzen und mit Kleiderschutz versorgen usw.) und das Anreichen des Essens wurden ausschließlich von den Pflegenden durchgeführt.

Das Abräumen des Geschirrs nach den Mahlzeiten erfolgt ebenfalls durch die Hauswirtschaftskräfte. Nur in wenigen Fällen (z. B. wenn Bewohnerinnen und Bewohner außerhalb der regulären Mahlzeiten essen oder einen Teil der Mahlzeit mit auf ihr Zimmer nehmen) sind die Pflegenden in diese Aufgabe involviert.

### **Getränkeversorgung**

Wie bereits erwähnt ist es Aufgabe der Hauswirtschaftskräfte, Getränke im Rahmen der Mahlzeiten und zwischen den Mahlzeiten zur Verfügung zu stellen. Der technische Dienst verteilt Getränkekästen in die Zimmer. Für das Anreichen der Getränke einschließlich der Sicherstellung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr ist die Pflege zuständig.

### **Versorgung mit Wäsche und Inkontinenzmaterial**

Für die Versorgung des Wohnbereiches mit Wäsche (Flachwäsche sowie Bewohnerwäsche) ist die Hauswirtschaft verantwortlich. Die Schmutzwäsche wird von den Pflegenden in Wäschesäcken auf den jeweiligen Fluren gesammelt. Nur bei stark verschmutzter Wäsche (mit Erbrochenem oder Kot) sind die Pflegenden aufgefordert, eine Grobreinigung durchzuführen. Volle Wäschesäcke werden von den Zivildienstleistenden des technischen Dienstes aus dem Wohnbereich abgeholt und in die Wäscherei gebracht. Sie hängen auch neue Wäschesäcke in die Versorgungswagen.

Die saubere Flachwäsche wird vom Personal der Hauswirtschaft direkt in die Wäscheschränke des Wohnbereiches eingeräumt. Auch die saubere Bewohnerwäsche wird in die Bewohnerzimmer gebracht. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hauswirtschaft sind auch für kleine Ausbesserungsarbeiten an der Bewohnerkleidung zuständig.

Aufgabe der Zivildienstleistenden, Praktikantinnen, Praktikanten und FSJler ist es, die Pflegewagen auf den Fluren mit Wäsche und Inkontinenzmaterialien aufzufüllen. Inkontinenzmaterial wird auf Bestellung vom technischen Dienst in den Wohnbereich geliefert und in die dafür vorgesehenen Lager einsortiert.

### **Barbetragsverwaltung und andere Verwaltungsangelegenheiten**

Die Barbetragsverwaltung erfolgt ausschließlich durch die Verwaltung. Auch die Antragstellung für Bewohnerinnen und Bewohner (z. B. Wohngeld, Kleidergeld usw.) liegt in den Händen der Verwaltung bzw. der Angehörigen. Nur die Beantragung einer Pflegestufe bzw. die Eingruppierung in eine höhere Pflegestufe sowie die Beantragung von Krankentransporten erfolgt durch die Pflegedienstleitung (hinsichtlich Krankentransporte auch durch Pflegende).

### **Einzug, Umzug, Auszug einer Bewohnerin/eines Bewohners**

Am Ein- und Auszug einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes, des technischen Dienstes, der Hauswirtschaft und der Pflege beteiligt. Der Sozialdienst führt die Vorgespräche mit der zukünftigen Bewohnerin bzw. dem zukünftigen Bewohner sowie ihren bzw. seinen Angehörigen (bzw. Betreuer). Der technische Dienst übernimmt nach einer Begehung des Zimmers in Anwesenheit der Heimleitung die notwendigen Renovierungsmaßnahmen nach Auszug von Betagten. Aufgabe der Hauswirtschaft ist es, Zimmer und Möbel zu reinigen.

Die Pflegenden beziehen das Bett, bestellen und richten die Medikamente und begleiten die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt bei der Erstvisite. Der zeitliche Aufwand beim Einzug beträgt nach Schätzung der Pflegedienstleitung für die Pflege ca.

90 Minuten. Die Pflegedienstleitung führt zusammen mit der neuen Bewohnerin bzw. dem neuen Bewohner und den Angehörigen das Aufnahmegespräch durch (ca. 90 bis 120 Minuten).

Beim Auszug (in der Regel beim Versterben einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners) benachrichtigen die Pflegenden die Angehörigen und die Ärztin bzw. den Arzt (Aufwand: ca. 1 Stunde). Das Ausräumen des Zimmers erfolgt i. d. R. durch die Angehörigen.

### **Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung**

Im Jahr 2004 hat die Einrichtung an einem Projekt zum Pflege- und Personalbemessungsverfahren PLAISIR teilgenommen. Das Messinstrument wurde laut Auskunft des Pflegedienstleiters auch genutzt, um Pflegevisiten durchzuführen. In naher Zukunft ist eine Aktualisierung der Pflegeplanungen mit Hilfe von Pflegevisiten geplant.

Ein Qualitätszirkel existiert nicht. Arbeitskreise werden nach Bedarf einberufen.

Vor zwei Jahren gab es einen Arbeitskreis zum Thema „Pflegedokumentation“. Es ist geplant, das Einrichten von Arbeitskreisen in Zukunft stärker zu fördern.

### **Fortbildung und Supervision**

Für das Jahr 2005 sind ca. fünf Fortbildungsveranstaltungen zu unterschiedlichen Themen geplant. Eine Supervision wurde für die Pflegenden bisher nicht angeboten.

Im vergangenen Jahr haben zwei Mitarbeiterinnen an einer Weiterbildung „Gerontopsychiatrische Fachkraft“ teilgenommen. Die im Rahmen der Weiterbildung zu leistenden Theoriestunden wurden als Arbeitszeit angerechnet, wenn sie in die geplante Dienstzeit fielen.

### **Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Anleitung vorhandener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Im untersuchten Alten- und Pflegeheim wird ein Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genutzt (für Fach- und Hilfskräfte). Es enthält inhaltliche Vorgaben, die in der 6-tägigen Einarbeitungszeit zu erfüllen sind. Es kommt vor, dass nach Absprachen mit der neuen Mitarbeiterin/dem neuen Mitarbeiter von dem vorgegebenen Zeitfenster abgewichen wird, wenn die Pflegeperson mehr oder weniger Einarbeitung benötigt.

Eine Überprüfung neu eingearbeiteter oder vorhandener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. in Form einer Fachlichkeitsprüfung) wird aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen derzeit nicht durchgeführt.

Am letzten Beobachtungstag stellte die Pflegedienstleitung eine neue Praktikantin vor. Sie sollte sich zur Probe einen Tag den Arbeitsablauf ansehen. Die Pflegedienstleitung bat eine erfahrene Pflegehilfskraft, die Praktikantin an diesem Morgen bei der Pflege „mitzunehmen“ und ihr den Wohnbereich zu zeigen. Zu einem späteren Zeitpunkt erkundigte sich der Pflegedienstleiter bei der Pflegenden, welchen ersten Eindruck sie von der Praktikantin und ihrer Arbeitsweise erhalten hat.

### **Pausenregelung**

Laut schriftlich fixierter Pausenregelung aus dem Jahr 1999 sollen die Pausen in einem speziell dafür vorgesehenen Raum im Keller der Einrichtung verbracht werden. Eine Pflegende gab an, dass man sich aus verschiedenen Gründen inzwischen dafür entscheiden habe, die Pausen gemeinsam in einem Aufenthaltsraum des Wohnbereiches zu verbringen.

### **Aufgaben der Pflegedienstleitung**

Die Aufgaben des Pflegedienstleiters liegen nach dessen Auskunft vor allem in den Bereichen Dienstplangestaltung, Qualitätsentwicklung und Personalbedarfsplanung. Der Pflegedienstleiter übernimmt außerdem die Beantwortung von Anfragen der Kranken- und Pflegekassen und stellt Anträge für die Ein- bzw. Höhergruppierung der Bewohnerinnen und Bewohner in die entsprechende Pflegestufe. Zusammen mit der Heimleitung entscheidet er über die Neueinstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und über Personalfreisetzung.

Die Heimleitung hat aus personalwirtschaftlichen Gründen der Pflegedienstleitung die Erstellung der Dienstpläne übertragen. Damit einher gehen auch aktuelle Dienstplanänderungen (z. B. bei Krankheit). Bei Bedarf übernimmt die Wohnbereichsleitung diese Aufgabe. Eigenständige Veränderungen am Dienstplan durch die Pflegenden des Wohnbereiches werden nur sehr selten vorgenommen (z. B. am Wochenende).

Die Aufnahme neuer Bewohnerinnen und Bewohner (Aufnahmegespräch mit Bewohnerin oder Bewohner und/oder Angehörigen, Bewohneranamnese) erfolgt ebenfalls durch die Pflegedienstleitung. Sie legt die Dokumentation an und übergibt die erhobenen Daten an die zuständige Pflegeperson.

Die Pflegedienstleitung arbeitet insgesamt sehr praxisbezogen. Dies schlägt sich unter anderem in den Arbeitszeiten nieder. Jede Woche ist sie zweimal zur Arbeitszeit des Frühdienstes und einmal im Spätdienst anwesend. An diesen Tagen nimmt sie an jeweils mindestens einer Übergabe teil, um sich über aktuelle Vorkommnisse und Probleme zu erkundigen und um für die Pflegenden jeder Schicht ansprechbar zu sein.

### **Aufgaben der Wohnbereichsleitung**

In der untersuchten Einrichtung ist derzeit eine Wohnbereichsleitung (Pflegegruppenleitung) für beide Wohnbereiche zuständig. Sie ist im 14-tägigen Wechsel in beiden Bereichen tätig, das heißt sie wird in den jeweiligen Dienstplan als Pflegende eingeteilt. Ihr steht rein formal keine zusätzliche Zeit (z. B. Organisationstag) für die Erfüllung spezieller Leitungsaufgaben zur Verfügung. Ihr Aufgabenschwerpunkt liegt im Anlegen und Aktualisieren der Organisationsordner (Richtlinie für den Arbeitsablauf von Früh-, Spät- und Nachtdienst), in der Kontrolle der Pflegequalität (vor allem auch Kontrolle der Pflegedokumentation), der Organisation und Sicherung der Arbeitsabläufe sowie deren Angleichung in den Wohnbereichen 1 und 2.

### 6.4.3 Kurzbewertung der pflegerelevanten Rahmenbedingungen

Eine Besonderheit besteht in der Einrichtung dahingehend, dass die Pflegenden noch stärker als in der anderen untersuchten Einrichtung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten entlastet sind, was generell positiv zu bewerten ist. Erschwerend wirkt sich hingegen die relativ große räumliche Ausdehnung des Wohnbereichs aus. Insbesondere für die Pflegeperson mit dem so genannten koordinierenden Dienst führt dies teilweise zu langen Wegen. Bezogen auf den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals ist offensichtlich die Arbeitsteilung zwischen Pflegenden und Apotheke hinsichtlich des Umsetzens von kurzfristigen Medikationsänderungen noch nicht optimal gelöst.

### 6.4.4 Beobachtungsergebnisse

Wie in der anderen Einrichtung auch bezog sich die Erhebung im ausgewählten Wohnbereich auf zwei Frühdienste (zweiter und vierter Erhebungstag) und zwei Spätdienste (erster und dritter Erhebungstag).

Wie bereits in Kapitel 6.4.1 erwähnt, befand sich im Untersuchungszeitraum eine Bewohnerin im Krankenhaus, zwei Bewohnerinnen wurden ins Krankenhaus eingewiesen (zweiter und dritter Beobachtungstag) und eine Bewohnerin wurde neu aufgenommen (dritter Tag). Zusätzlich war eine Bewohnerin an drei der vier Beobachtungstage von ca. 8 bis 14 Uhr in einer Tagesklinik (vermutlich Tagespflegeeinrichtung). Für die Ermittlung des Zeitaufwandes wurden sowohl die ins Krankenhaus eingewiesenen Bewohnerinnen an den Einweisungstagen als auch die Bewohnerin mit den Tagesklinikbesuchen in die Berechnung einbezogen.

Aufgrund der für die Beobachtung schwierigen baulichen Struktur des untersuchten Wohnbereiches (bestehend aus vier Fluren, von denen zwei nicht gleichzeitig einsehbar sind), die vor Beginn der Untersuchung so nicht bekannt war, konnten in den Frühdiensten jeweils nur drei Pflegenden und in den Spätdiensten jeweils nur zwei Pflegepersonen beobachtet werden und nicht, wie ursprünglich geplant, alle Pflegenden einer Schicht.

Zum Untersuchungszeitraum arbeiteten sieben Pflegefachkräfte, sechs Pflegehilfskräfte und vier Aushilfen im Wohnbereich. Außerdem gehörten eine Praktikantin und ein Absolvent des Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJler) zum Mitarbeiterteam. Die Aufgaben von Praktikantin und FSJler sind neben der Unterstützung der Pflegenden (Hilfe bei der Mobilisation der Bewohnerinnen und Bewohner, Essen anreichen, Botengänge, Zimmer und Pflegewagen auffüllen, auf aktuelle Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner eingehen) auch die soziale Betreuung (z. B. Gespräche mit bestimmten Betagten führen, Freizeitgestaltung unterstützen, Bewohnerinnen und Bewohner in den Garten begleiten). Die drei Schülerinnen, die ebenfalls dem Wohnbereich zugeordnet sind, waren im Beobachtungszeitraum nicht anwesend (Schulphase).

Im Beobachtungszeitraum bestand folgende Personalbesetzung:

Dienst/Beob.zeit	Qualifikation	Arbeitszeit	Besonderheiten
1. Tag Spätdienst 13:30 – 21:00	PFK (A) <sup>2</sup>	13:30 – 21:00	Koordinierender Dienst
	PFK (B)	13:30 – 21:00	
	PHK (G) <sup>3</sup>	13:30 – 21:00	
	FSJ <sup>3</sup>	11:00 – 18:30	
2. Tag Frühdienst 6:30 – 14:00	PFK (C)	6:30 – 14:00	Koordinierender Dienst
	PFK (D)	6:30 – 14:00	
	PFK (E)	6:30 – 14:00	
	PHK (G) <sup>3</sup>	6:30 – 14:00	
	Praktikantin <sup>3</sup>	6:30 – 14:00	
3. Tag Spätdienst 13:30 – 21:00	PFK (A)	13:30 – 21:00	Koordinierender Dienst
	PFK (C) <sup>3</sup>	13:30 – 21:00	
	PFK (F)	13:30 – 21:00	
	FSJ <sup>3</sup>	11:00 – 18:30	
4. Tag Frühdienst 6:30 – 14:00	PFK (D)	6:30 – 14:00	Koordinierender Dienst
	PHK (G)	6:30 – 14:00	
	PHK (H) <sup>3</sup>	6:45 – 13:15	
	PHK (I)	6:45 – 13:15	

<sup>2</sup> PFK = Pflegefachkraft, PHK = Pflegehilfskraft (teilqualifizierte Pflegeperson oder Mitarbeiterin ohne pflegerische Ausbildung); die Zuordnung von Buchstaben zu den einzelnen Pflegenden diente der internen Zuordnung im Rahmen der Erhebung.  
<sup>3</sup> Pflegeperson wurde nicht beobachtet (vgl. oben genannten Hinweis zur baulichen Struktur des Wohnbereichs).

Bei der Auswertung der Beobachtungsdaten ist zu berücksichtigen, dass die Pflegeperson „PFK A“ nur noch wenige Tage (bis zum Ende des laufenden Monats) im Heim angestellt war. Da sie noch über Überstunden verfügte, die bis zum Ende des Arbeitsverhältnisses abgebaut werden mussten, trat sie am ersten und dritten Beobachtungstag ihren Dienst erst später an (26 bzw. 22 Minuten) und verließ an diesen Tagen vor dem offiziellen Dienstenende den Wohnbereich (34 bzw. 57 Minuten).

Zu beachten ist außerdem, dass die Pflegedienstleitung teilweise relativ stark in die direkte Pflege involviert ist (z. B. Anlegen von Verbänden bei Betagten, die nicht durch die Arzthelferin der „angeschlossenen“ Arztpraxis betreut werden, Hilfe bei der Mobilisation, Aufnahme von neuen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, Dokumentation bezogen auf Wunden). Daher war es für die Beobachter in einigen Situationen schwierig zu beurteilen, ob es sich bei den notwendigen Absprachen des Pflegedienstleiters mit den Pflegenden um eine Kommunikation der Pflegenden mit der Pflegedienstleitung (betrifft z. B. Bericht über Zwischenfälle, Abwesenheit melden, Mitarbeitergespräch) oder um ein Gespräch zwischen Pflegenden handelt.

Ansonsten konnte eine eindeutige Zuordnung der beobachteten Tätigkeiten zu den einzelnen Kategorien und Subkategorien in allen Fällen vorgenommen werden, bis auf eine, bereits in Kapitel 6.2 erwähnte Ausnahme, die das nochmalige Informieren der Pflegenden über die anstehende Untersuchung am ersten Tag betraf. Der Zeitaufwand von 5 Minuten wurde der Kategorie „Sonstiges“ (Code 2000) zugeordnet. In Tabelle 27 ist die Kategorie 2000 aufgeführt, in Tabelle 28 allerdings nicht.

Auf der folgenden Seite wird geordnet nach den Hauptkategorien der Aufwand dargestellt, der insgesamt auf der Basis des bei der Erhebung eingesetzten Tätigkeitenkatalogs in den einzelnen Schichten gemessen wurde, also nicht nur bezogen auf die indirekte Pflege, sondern auch unter Einbeziehung von zusätzlich erhobenen Anteilen der direkten Pflege, Leistungen im Zusammenhang mit Einzug, Umzug und Auszug sowie der Qualitätssicherung/-entwicklung und der Pausen. In Tabelle 28 werden dann die ermittelten Werte für die indirekte Pflege deutlich von den anderen Anteilen abgegrenzt. Dabei beziehen sich alle Werte lediglich auf die ausgewählten Pflegepersonen, die beobachtet wurden. In Tabelle 26 ist mit einer entsprechenden Fußnote erläutert, welche Pflegepersonen jeweils zusätzlich Dienst hatten, aber nicht beobachtet wurden. Die insgesamt verfügbare Arbeitszeit bezogen auf die beobachteten Pflegenden ist in Tabelle 27 genannt. Die absoluten Zahlen zum erhobenen Zeitaufwand in Minuten (Spalten „Min.“) wurden wiederum jeweils auf volle Minutenwerte auf- bzw. abgerundet. Die Abkürzung „Ant. vf. AZ“ wird für „Anteil an der verfügbaren Arbeitszeit“ verwendet.

Tabelle 27: Einrichtung 3: Insgesamt ermittelter Zeitaufwand (indirekte Pflege sowie Anteile von anderen Bereichen)

Code	Kategorie	Spätschicht 1. Tag		Frühschicht 2. Tag		Spätschicht 3. Tag		Frühschicht 4. Tag	
		Min.	Ant. vf. AZ (%)						
100	Dokumentation	43	5,1	56	4,1	42	5,3	61	4,9
200	Kommunikation	119	14,0	205	15,2	120	15,1	86	6,8
300	Organisation, Administration	11	1,3	23	1,7	7	0,9	6	0,5
400	Medikamentenversorgung	47	5,5	60	4,4	56	7,1	64	5,1
500	Wegezeiten	4	0,5	11	0,8	5	0,6	7	0,6
600	Aufräum-/Reinigungsarbeiten	1	0,1	15	1,1	1	0,1	12	1,0
700	Hauswirtschaft	6	0,7	10	0,7	9	1,1	5	0,4
800	Spezielle Hilfeleistungen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
900	Einzug, Umzug, Auszug	17	2,0	8	0,6	0	0,0	0	0,0
1000	Qualitätssicherung, Bildung, Anleitung	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
1100	Pausen, Arbeitsunterbrechungen	124	14,6	146	10,8	179	22,5	141	11,2
2000	Sonstiges	5	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	<b>Kategorien gesamt</b>	<b>377</b>	<b>44,4</b>	<b>534</b>	<b>39,6</b>	<b>419</b>	<b>52,8</b>	<b>384</b>	<b>30,5</b>
	<b>Verfügbare Arbeitszeit</b>	<b>849</b>		<b>1350</b>		<b>794</b>		<b>1257</b>	



**Tabelle 28: Einrichtung 3: Aufwand für indirekte Pflege in Abgrenzung zu anderen erhobenen Kategorien/Leistungen**

Bereich/Kategorien/Tätigkeiten	Spätschicht		Frühschicht		Frühschicht		Spätschicht		Frühschicht		Spätschicht		Gesamt			
	1. Tag		2. Tag		3. Tag		4. Tag		3. Tag		4. Tag		Frühschicht		Spätschicht	
	Min.	Ant. vf. AZ (%)														
Pflegevisite (10010)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Direkte Pflege gesamt	131	15,4	174	12,9	121	15,2	146	11,6	11,6	11,6	126,0	15,3	160,0	12,3	143,0	13,8
Einzug, Umzug, Auszug (900)	17	2,0	8	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8,5	1,0	4,0	0,3	6,3	0,6
Qualitätssicherung/-entwicklung (1000 ohne 10010)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	2	0,2	0,0	0,0	1,0	0,1	0,5	0,0
Pausen (1110)	61	7,2	135	10,0	83	10,5	103	8,2	8,2	8,2	72,0	8,8	119,0	9,1	95,5	9,0
Erhobene nicht indirekte Pflege insgesamt	209	24,6	317	23,5	204	25,7	251	20,0	20,0	20,0	206,5	25,2	284,0	21,7	245,3	23,4

In den vorangegangenen Tabellen wurde bewusst auf Angaben zum Zeitaufwand in Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Schicht verzichtet, da die Division des ermittelten Gesamtaufwandes pro Kategorie/Subkategorie/Tätigkeit durch die Gesamtzahl der Bewohnerinnen und Bewohner (42 an den ersten beiden Erhebungstagen, 43 an den letzten beiden Erhebungstagen) nicht sinnvoll ist. Die ausgeführten Leistungen beziehen sich teilweise auf die gesamte Bewohnerschaft des untersuchten Wohnbereichs (z. B. das Verteilen von Arzneimitteln durch den koordinierenden Dienst), teilweise aber lediglich auf die Bewohnergruppe, die von der entsprechenden Pflegeperson betreut wurde. Und den Werten liegen – wie bereits erläutert – lediglich die Beobachtungen von einem Teil der in den einzelnen Schichten anwesenden Pflegepersonen zu Grunde.

Relevant sind allerdings die Werte zum Anteil indirekter Pflege an der verfügbaren Arbeitszeit, da sich die angegebene Arbeitszeit lediglich auf die tatsächlich „gemessenen“ Pflegepersonen bezieht. Folgende Werte wurden ermittelt:

Tabelle 29: Einrichtung 3: Anteil indirekter Pflege an der verfügbaren Arbeitszeit (Mittelwerte)	
Schicht	Anteil
Mittelwert Frühdienst	13,3 %
Mittelwert Spätdienst	23,1 %
Mittelwert über alle Schichten	18,2 %

Außerdem ist die Betrachtung einzelner Kategorien, Subkategorien bzw. Tätigkeiten indirekter Pflege – wenn auch mit gewissen Einschränkungen – sinnvoll. Den höchsten Anteil nehmen in dieser Einrichtung die nicht direkt bewohnerbezogene Kommunikation (minimal 5,6%, maximal 12,5%) ein.

Hinsichtlich der Kategorien/Tätigkeiten, die nicht der indirekten Pflege zuzuordnen sind, ist insbesondere der Aufwand für die direkt bewohnerbezogene Pflegedokumentation und Pflegeplanung sowie für die unmittelbar bewohnerbezogene Kommunikation mit Externen und mit Angehörigen beachtlich. Die Anteile an der verfügbaren Arbeitszeit der beobachteten Pflegepersonen betragen minimal 3,9% und maximal 4,6% für die Dokumentation/Pflegeplanung und minimal 1,8% und maximal 4,6% für die Kommunikation.

Noch höher ist der Anteil für das Vorbereiten und Verteilen von Medikamenten (minimal 4,4%, maximal 6,8%). Obwohl auch in dieser Einrichtung das wöchentliche Vorbereiten fester oraler Arzneimittel durch eine Apothekenmitarbeiterin erfolgt, ist der Zeitaufwand für die Medikamentenversorgung höher als in der anderen untersuchten Einrichtung. Ein Erklärungsversuch könnte folgender sein: Die Medikamente für die Bewohnerinnen und Bewohner, die in der Sitzgruppe vor dem Dienstzimmer ihre Mahlzeiten einnehmen, werden nicht – wie dies für die übrigen Bewohnerinnen und Bewohner der Fall ist – von einer dazu bestimmten Pflegeperson für den gesamten Wohnbereich oder eine einzelne Bewohnergruppe in einem Arbeitsgang verteilt. Immer wenn eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner zur Mahlzeit (z. B. zum Frühstück) erscheint, werden ihre bzw. seine Medikamente aus dem Dienstzimmer geholt. Diese Vorgehensweise verhindert die Einnahme von Medikamenten durch die „falsche“ Bewohnerin bzw. den „falschen“

Bewohner, da insbesondere während der morgendlichen Pflege die Bewohnerinnen und Bewohner in der Sitzgruppe nicht ununterbrochen beobachtet werden können. Die geschilderte Organisationsform bedeutet jedoch auch einen etwas höheren zeitlichen Aufwand im Vergleich zum Verteilen „in einer Runde“.

Die hauswirtschaftlichen „Pflegeanteile“ (direkt und indirekt zusammen) sind gegenüber der anderen untersuchten Einrichtung vergleichsweise gering (minimal 0,4%, maximal 1,1%), da – wie bereits in Kapitel 6.4.2 erläutert – Leistungen im Zusammenhang mit der Mahlzeitenversorgung und anderen hauswirtschaftlichen Teilbereichen in der Einrichtung 3 fast ausschließlich durch hauswirtschaftliches Personal erbracht werden.

In der folgenden Tabelle wird zusätzlich zu den vorangegangenen Auswertungen der Aufwand bezogen auf die einzelnen Pflegepersonen unter Einbeziehung des Qualifikationsniveaus der Pflegenden bzw. einer strukturellen Besonderheit betrachtet. Mit der strukturellen Besonderheit ist das Vorhandensein eines so genannten koordinierenden Dienstes gemeint. Wie bereits in Kapitel 6.4.1 erläutert, nimmt in jeder Schicht eine Pflegefachkraft „übergeordnete“ Aufgaben wahr, vor allem in den Bereichen „nicht direkt bewohnerbezogene Kommunikation“ und „Organisation, Administration“.

In der folgenden Tabelle sind jeweils der Zeitaufwand bezogen auf die einzelnen Kategorien/Tätigkeiten in Minuten (Werte wiederum auf volle Minutenwerte auf- bzw. abgerundet) und der Anteil an der verfügbaren Arbeitszeit (Spalte „Ant. v. AZ“) der betreffenden Pflegeperson dargestellt. Pro Dienst ist jeweils die erstgenannte Pflegeperson (rosafarbene Spalten) die mit dem koordinierenden Dienst. Außerdem werden wieder die Abkürzungen „PP“ für „Pflegeperson“, „PFK“ für „Pflegefachkraft“ und „PH“ für „Pflegehilfskraft“ verwendet.

Tabelle 30: Einrichtung 3: Aufwand für indirekte Pflege in Abgrenzung zu anderen erhobenen Kategorien/Leistungen für die einzelnen Pflegepersonen

Bereich/Kategorie/Tätigkeit	Spätschicht 1. Tag						Frühschicht 2. Tag						Spätschicht 3. Tag						Frühschicht 4. Tag					
	PP A (PFK)		PP B (PFK)		PP C (PFK)		PP D (PFK)		PP E (PFK)		PP A (PFK)		PP F (PFK)		PP D (PFK)		PP G (PH)		PP I (PH)					
	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)				
Verfügbare Arbeitszeit	390		459		450		450		450		371		423		436		436		385					
Dokumentation (100 ohne 120)	4	1,0	0	0,0	2	0,4	1	0,2	1	0,2	6	1,6	0	0,0	8	1,8	0	0,0	0	0,0				
Kommunikation (200 ohne 252+260)	27	6,9	53	11,5	60	13,3	50	11,1	59	13,1	41	11,1	57	13,5	35	8,0	28	6,4	8	2,1				
Organisation, Administration (300)	7	1,8	4	0,9	11	2,4	5	1,1	7	1,6	5	1,3	2	0,5	4	0,9	2	0,5	0	0,0				
Medikamentenversorgung (400 ohne 430)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0				
Wege (500 ohne 510+532)	2	0,5	1	0,2	0	0,0	10	2,2	0	0,0	5	1,3	0	0,0	0	0,0	7	1,6	0	0,0				
Aufräum-/Reinigungsarbeiten (600 ohne 660)	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5				
Hauswirtschaft (700 ohne 712-714, 722+723)	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3				
Arbeitsunterbrechungen (1120)	37	9,5	26	5,7	9	2,0	0	0,0	2	0,4	44	11,9	52	12,3	21	4,8	0	0,0	17	4,4				
Indirekte Pflege insgesamt	77	19,7	86	18,7	82	18,2	66	14,7	69	15,3	102	27,5	113	26,7	68	15,6	37	8,5	28	7,3				
Pflegeplanung (121)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0				
Pflegedokumentation (122)	13	3,3	26	5,7	24	5,3	11	2,4	17	3,8	14	3,8	22	5,2	9	2,1	25	5,7	19	4,9				
Unm. bew.b. Kommunikation m. Externen (252)	23	5,9	15	3,3	30	6,7	0	0,0	0	0,0	2	0,5	4	0,9	15	3,4	0	0,0	0	0,0				
Un. b.b. Komm. m. Angehör. u. Bezugsp. (260)	0	0,0	1	0,2	6	1,3	0	0,0	0	0,0	5	1,3	11	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0				
Vorbereiten von Medikamenten (430)	47	12,1	0	0,0	48	10,7	9	2,0	3	0,7	54	14,6	0	0,0	54	12,4	5	1,1	5	1,3				
Bewohnerbezogene Wege (510+532)	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0				
Ordnen d. direkten Wohnumgebung (660)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	2,6				

**Tabelle 30: Einrichtung 3: Aufwand für indirekte Pflege in Abgrenzung zu anderen erhobenen Kategorien/Leistungen für die einzelnen Pflegepersonen**

Bereich/kategorie/Tätigkeit	Spätschicht 1. Tag						Frühschicht 2. Tag						Spätschicht 3. Tag						Frühschicht 4. Tag					
	PP A (PFK)		PP B (PFK)		PP C (PFK)		PP D (PFK)		PP E (PFK)		PP A (PFK)		PP F (PFK)		PP D (PFK)		PP G (PH)		PP I (PH)					
	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)	Min.	Ant. vf. AZ (%)				
Un. b.b. Hauswirtschaft (712-714, 722+723)	2	0,5	3	0,7	2	0,4	0	0,0	8	1,8	2	0,5	7	1,7	0	0,0	3	0,7	1	0,3				
Spezielle Hilfeleistung (800)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0				
Pflegevisite (10010)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0				
<b>Direkte Pflege gesamt</b>	<b>85</b>	<b>21,8</b>	<b>46</b>	<b>10,0</b>	<b>110</b>	<b>24,4</b>	<b>20</b>	<b>4,4</b>	<b>44</b>	<b>9,8</b>	<b>77</b>	<b>20,8</b>	<b>44</b>	<b>10,4</b>	<b>78</b>	<b>17,9</b>	<b>33</b>	<b>7,6</b>	<b>35</b>	<b>9,1</b>				

Zu erkennen ist, dass der koordinierende Dienst je Schicht einen etwas höheren Anteil der verfügbaren Arbeitszeit mit indirekten Pflegeleistungen verbringt im Vergleich zu den anderen Pflegefachkräften und einen deutlich höheren Anteil als die Pflegehilfskräfte.

Auch die unmittelbar bewohnerbezogene Kommunikation mit Externen (Bereich „direkte Pflege“) wird zeitlich umfangreicher und in zwei Schichten sogar ausschließlich vom koordinierenden Dienst wahrgenommen. Dies betraf im Untersuchungszeitraum vor allem bewohnerbezogene Telefonate mit Ärztinnen bzw. Ärzten und die Teilnahme von Pflegenden an Arztvisiten bei den Bewohnerinnen und Bewohnern. Ähnlich verhält es sich mit dem Vorbereiten von Medikamenten, das überwiegend und zum Teil auch ausschließlich durch den koordinierenden Dienst sichergestellt wird. Der absolute und prozentuale Aufwand für die unmittelbar bewohnerbezogene Pflegedokumentation unterscheidet sich für den koordinierenden Dienst hingegen kaum von dem der anderen Pflegenden, er liegt sogar bei den „normalen“ Pflegepersonen in einigen Fällen höher.

Da wegen der bereits dargestellten Gründe der Zeitaufwand pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Schicht nicht explizit aus den vorhandenen Daten abgeleitet werden kann, soll im Folgenden versucht werden, diesen Aufwand „rein rechnerisch“ zu ermitteln, um einen Anhaltspunkt für den entsprechenden Wert zu erhalten. Als Basis dienen die Angaben zur verfügbaren Arbeitszeit und zum Anteil der indirekten Pflegeleistungen an der Arbeitszeit.

Bezogen auf die einzelnen Schichten (Früh- und Spätdienst) und als Mittel über den ganzen Tag (ohne Nachtdienst) können folgende Daten zu Grunde gelegt werden:

<b>Tabelle 31: Einrichtung 3: Verfügbare Arbeitszeit geordnet nach Funktionen und Schichten (alle Angaben in Minuten)</b>			
Schicht/Funktion	Minimal	Maximal	Mittelwert
Frühdienst koordinierender Dienst	436	450	443
Frühdienst andere Pflegepersonen	385	450	430
Spätdienst koordinierender Dienst	371	390	381
Spätdienst andere Pflegepersonen	423	459	441
Koordinierender Dienst über beide Schichten	371	450	412
Andere Pflegepersonen über beide Schichten	385	459	434

Als weitere Berechnungsgrundlage wird folgender Anteil indirekter Pflege an der verfügbaren Arbeitszeit herangezogen:

**Tabelle 32: Einrichtung 3: Aufwand indirekter Pflege und Anteil an der verfügbaren Arbeitszeit geordnet nach Funktionen und Schichten**

Schicht/Funktion	Zeitaufwand (min.)			Anteil Arbeitszeit (%)		
	Min.	Max.	Mittelw.	Min.	Max.	Mittelw.
Frühdienst koordinierender Dienst	68	82	75	15,6	18,2	16,9
Frühdienst andere Pflegepersonen	28	69	50	7,3	15,3	11,5
Spätdienst koordinierender Dienst	77	102	90	19,7	27,5	23,6
Spätdienst andere Pflegepersonen	86	113	100	18,7	26,7	22,7
Koordinierend. Dienst über beide Schichten	68	102	82	15,6	27,5	20,3
Andere Pflegepersonen über beide Schichten	28	113	67	7,3	26,7	15,2

Aus den oben genannten Daten lässt sich der Zeitaufwand pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Schicht sowie pro Bewohnerin bzw. Bewohner und „Tag“ ableiten. Einbezogen dabei wurde die Tatsache, dass im untersuchten Wohnbereich in der Regel vier Pflegepersonen im Frühdienst und drei Pflegenden im Spätdienst anwesend sind und davon jeweils eine Pflegeperson den so genannten koordinierenden Dienst wahrnimmt. Die Berechnung ist auf der folgenden Seite dargestellt. Dabei werden die Abkürzungen „KD“ für „koordinierender Dienst“ und „APP“ für „andere Pflegeperson(en)“ verwendet.

Beim Vergleich mit der anderen untersuchten Einrichtung (der allerdings mit gewissen Einschränkungen zu betrachten ist) fällt auf, dass in Einrichtung 3 der Zeitaufwand pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Schicht bzw. „Tag“ etwas niedriger als in Einrichtung 2 ausfällt.

**Tabelle 33: Einrichtung 3: Rechnerische Ermittlung des Aufwands indirekter Pflege in Minuten pro Bewohner/-in und „Tag“ (Basis: 42 Bewohner/-innen)**

	Minimal				Maximal				Mittelwert			
	KD	1 APP	3 APP	Ges.	KD	1 APP	3 APP	Ges.	KD	1 APP	3 APP	Ges.
<b>Frühdienst</b>												
Verfügbare Arbeitszeit in Min.	436	385	1.155	1.591	450	450	1.350	1.800	443	430	1.291	1.734
Anteil indirekte Pflege in %	15,6	7,3	7,3		18,2	15,3	15,3		16,9	11,5	11,5	
Aufwand indirekte Pflege in Min.	68	28	84	152	82	69	207	289	75	50	150	225
Aufwand indirekte Pflege pro Bewohner/-in				3,4				6,9				5,4
<b>Spätdienst</b>												
Verfügbare Arbeitszeit in Min.	371	423	846	1.217	390	459	918	1.308	381	441	882	1.263
Anteil indirekte Pflege in %	19,7	18,7	18,7		27,5	26,7	26,7		23,6	22,7	22,7	
Aufwand indirekte Pflege in Min.	77	86	172	249	102	113	226	328	90	100	200	290
Aufwand indirekte Pflege pro Bewohner/-in				5,9				7,8				6,9
<b>Für beide Schichten gesamt</b>				9,3				14,7				12,3

# VII.

## Schlussfolgerungen zum zeitlichen Aufwand indirekter Pflege

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

### 7.1 Zusammenfassung zu den ausgewerteten Untersuchungen/Verfahren

Ein wichtiger Ausgangspunkt dieses Projektes war die Tatsache, dass in den vorhandenen Studien, Veröffentlichungen und Verfahren zum Pflegezeit- und Personalaufwand bzw. Pflegezeit- und Personalbedarf unterschiedliche Definitionen/Abgrenzungen von indirekter Pflege verwendet werden. Insofern ist es auch nur sehr bedingt möglich, die in den Studien und Verfahren genannten Werte zum zeitlichen Aufwand für indirekte Pflegeleistungen miteinander zu vergleichen. Daher werden zwar in der folgenden Tabelle die zugänglichen Angaben zum Anteil indirekter Pflege an der Gesamtarbeitszeit (Spalte „Anteil AZ (%)“) und zum Zeitaufwand in Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag (Spalte „Min./B./Tag“) zusammenfassend dargestellt (die Kapitelangaben beziehen sich auf die Kapitelstruktur in diesem Bericht). Allerdings sind weiterführende statistische Auswertungen (z. B. Bestimmung des Mittelwerts) auf der Basis dieser Daten aus den genannten Gründen nur eingeschränkt sinnvoll.

**Tabelle 34: Angaben zum Zeitaufwand indirekter Pflege in vorhandenen Studien/Verfahren**

Kapitel	Untersuchung/ Verfahren	Anteil AZ (%)	Min./B./ Tag	Erläuterungen
4.1	Schäfer-Walkmann	31	-	Pflegefachkräfte (inkl. hauswirtsch. Tätigkeiten)
		30	-	Pflegehilfskräfte (inkl. hauswirtsch. Tätigkeiten)
4.2	PLAISIR	15	24	Prozentanteil auf Basis des Mittelwertes Gesamtpflegebedarf „Deutschland“
4.3	Mybes, Pfau, Rückert	43	47	Mittelbarer Bewohnerbezug über alle Kategorien
		32	36	Mittelbarer Bewohnerbezug nur „indirekte Pflege“
4.4	Landau u. a.	20	-	„Gesamtwert“
		18	41	Minimalwert „Anteil“ und „Minuten“ von 4 Heimen
		29	43	Maximalwert „Anteil“ von 4 Heimen
		27	70	Maximalwert „Minuten“ von 4 Heimen
4.5	Mybes	43	-	Indirekte Pflege ohne Pausen und „Unleserlich/Lücken“, mit Hauswirtschaft (aber hoher Anteil hauswirtschaftlicher Stationshilfen)
		24	-	ohne Hauswirtschaft
4.6	Pflegebedarf u. Leistungsstrukturen	37	50	laut Aussagen im Projektbericht
		25	34	Berechnung auf Basis der einzelnen Kategorien

**Tabelle 34: Angaben zum Zeitaufwand indirekter Pflege in vorhandenen Studien/Verfahren**

Kapitel	Untersuchung/ Verfahren	Anteil AZ (%)	Min./B./ Tag	Erläuterungen
4.7	Birkenbeil, Kerkhoff	-	30	keine Berechnung, sondern normative Festlegung
4.8	PERSYS	16	16	laut „Projektbericht“
4.9	AWO-Bezirksverband Mittelrhein	47	48	ohne hauswirtschaftliche Tätigkeiten
		56	59	mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten
4.10	CBS	28	-	ohne Hauswirtschaft, Minimalwert von 3 Heimen
		38	-	ohne Hauswirtschaft, Maximalwert v. 3 Heimen
		46	-	mit Hauswirtschaft, Minimalwert von 3 Heimen
		56	-	mit Hauswirtschaft, Maximalwert von 3 Heimen
4.11	Busch, Huchler, Pfaff	41	-	relativ unübliche Definition/Abgrenzung von indirekter Pflege
4.12	Dorenkamp, Oyen, Funke, Zapp	31	-	Beispiel betrifft nur Bewohner der Pflegestufe 2
		39	-	Beispiel einer Pflegekraft (ohne Hauswirtschaft)
		58	-	Beispiel einer Pflegekraft (mit Hauswirtschaft)
4.13	LvVD	13	20	ohne Mehraufwand f. Betreuung Demenzkranker
		-	28	mit Mehraufwand für Betreuung Demenzkranker
4.14	Heil-Ferrari	26	-	Wert bezieht sich auf „pflegefremde Tätigkeiten“ (inkl. Hauswirtschaft)

Bei der Betrachtung der einzelnen Werte fällt auf, dass der Anteil indirekter Pflege an der gesamten (verfügbaren) Arbeitszeit zwischen 13% und 58% schwankt. Der Zeitaufwand wird mit minimal 16 Minuten und maximal 70 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag angegeben und hat damit ebenfalls eine große Spannweite.

In den Fällen, in denen zu einer Studie/zu einem Verfahren sowohl Aufwandsdaten unter Einbeziehung von hauswirtschaftlichen Leistungen als auch „ohne Hauswirtschaft“ vorliegen, ist außerdem der erhebliche Anteil hauswirtschaftlicher Leistungen am Gesamtaufwand für die „indirekte Pflege“ deutlich zu erkennen. In vielen Untersuchungen wird daher zu Recht darauf hingewiesen, dass eine Reduzierung des Aufwands für die indirekte Pflege insbesondere auch durch eine gezielte und *durchdachte* Entlastung der Pflegenden von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten erreicht werden kann/sollte (soweit dies pflegeorganisatorisch/konzeptionell sinnvoll ist; zu den Grenzen der Entlastung vgl. auch Kapitel 5.2.1).

## 7.2 Zusammenfassung zur exemplarischen Fallstudie

Neben der Auswertung von vorhandenen Untersuchungen und Verfahren zum Thema „Pflegezeit“ sollten mittels der exemplarischen Fallstudie weitere Hinweise für die Diskussion um die Höhe eines realistischen bzw. finanzierbaren Aufwands für indirekte Pflegeleistungen gewonnen werden. Wie bereits in Kapitel 6 dargestellt, wurde in einer Altenpflegeeinrichtung eine Zeitschätzung durchgeführt. In zwei anderen Heimen erfolgte eine Zeitmessung auf der Basis des in Kapitel 9.4 dargestellten Tätigkeitenkatalogs.

## 7.2.1 Zeitschätzung

Bei der Zeitschätzung (Einrichtung 1) wurden folgende Werte für den Aufwand an indirekter Pflege ermittelt:

Zeit in min./Bew./Tag	Anteil an verf. AZ in %	Erläuterung
33,36	18,4	Inkl. Anteile von direkter Pflege und Qualitätsentwicklung, ohne Wegezeiten

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Der Anteil an der verfügbaren Arbeitszeit (Spalte „Anteil an verf. AZ in %“) bezieht sich auf einen Gesamtpflegeaufwand von 181,06 Minuten (147,7 Minuten direkte Pflegezeit zuzüglich 33,36 Minuten „indirekte“ Pflegezeit).

Hinsichtlich der genannten Werte ist allerdings zu beachten, dass bei der Zeitschätzung nicht der in Kapitel 9.4 dargestellte Tätigkeitenkatalog zu Grunde gelegt wurde, sondern weitgehend die Kategorien und Tätigkeiten berücksichtigt wurden, die im System PLAISIR für den Bereich der indirekten Pflege hinterlegt sind (vgl. Kapitel 9.6). Der Bereich beinhaltet auch Anteile des Aufwands, der (gemäß des Vorschlags in Kapitel 5) der direkten Pflege zugeordnet werden sollte. Dies betrifft z. B. die unmittelbar bewohnerbezogene Kommunikation mit Ärztinnen bzw. Ärzten und Angehörigen, die Pflegedokumentation und Pflegeplanung sowie das Vorbereiten von Medikamenten. Allerdings blieben bei der Schätzung die Wegezeiten unberücksichtigt. Im Gegenzug wurde von der Einrichtung – über die PLAISIR-Items hinaus – zusätzlich der Aufwand für Qualitätsmanagement, Pflegevisite und Qualitätszirkel geschätzt und in den Gesamtaufwand für die indirekte Pflege einbezogen.

Der zusätzlich ermittelte Aufwand für die Anteile von direkter Pflege und für die Qualitätsentwicklung entspricht 19,17 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag (vgl. auch Fußnote/Markierungen in Kapitel 9.3). Die „bereinigte Berechnung“ nach Abzug des über die indirekte Pflege hinausgehenden Aufwands ergibt folgende Werte:

Zeit in min./Bew./Tag	Anteil an verf. AZ in %	Erläuterung
14,19	8,8	ohne Wegezeiten

Der Anteil an der verfügbaren Arbeitszeit (Spalte „Anteil an verf. AZ in %“) bezieht sich auf einen Gesamtpflegeaufwand von 161,89 Minuten (147,7 Minuten direkte Pflegezeit zuzüglich 14,19 Minuten „indirekte“ Pflegezeit).

Außerdem ist bei der Bewertung des Anteils der indirekten Pflege zu berücksichtigen, dass sich der Wert für die direkte Pflege auf die erforderliche Pflege (Pflegebedarf) und nicht auf den Pflegeaufwand bezieht (betrifft beide Tabellen). Der in der Einrichtung über eine PLAISIR-Anwendung ermittelte Wert von 147,7 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag ist höher als bei vielen „vergleichbaren“ Messungen des Pflegeauf-

wands. Daher ist eine Gegenüberstellung des bei der Zeitschätzung ermittelten Anteils indirekter Pflege an der Gesamtpflegezeit mit anderen Untersuchungen, die vom Pflegeaufwand ausgehen, nicht ohne weiteres möglich. Deutlich wird dies dadurch, dass insbesondere der entsprechende Wert von ca. 9% bezogen auf die „bereinigte Berechnung“ wesentlich niedriger ist als bei den meisten anderen Untersuchungen.

## 7.2.2 Zeitmessungen

Zu den beiden Zeitmessungen, die im Rahmen des Projektes erfolgten, wurde bereits in Kapitel 6.2 darauf hingewiesen, dass es sich hinsichtlich der einbezogenen Wohnbereiche und Bewohnerinnen oder Bewohner sowie der Anzahl der beobachteten Schichten um eine sehr kleine Stichprobe handelt und der Nachtdienst nicht in die Erhebung einbezogen wurde. Die folgenden Werte beziehen sich also ausschließlich auf die in den Tabellen 22 und 28 ausgewiesenen Schichten.

Zum Anteil der indirekten Pflege an der verfügbaren Arbeitszeit wurden folgende Werte ermittelt:

**Tabelle 37: Bei der Zeitmessung ermittelter Anteil an der verfügbaren Arbeitszeit für indirekte Pflege**

Einrichtung	Anteil an verfügbarer Arbeitszeit in %		
	Mittelwert	Minimal	Maximal
Einrichtung 2	15,7	12,8	21,6
Einrichtung 3	18,2	10,6	27,1

Die Werte verdeutlichen, dass in den beiden Einrichtungen etwas weniger als ein Fünftel der verfügbaren Arbeitszeit für indirekte Pflegeleistungen aufgewendet werden muss.

In der folgenden Tabelle wird außerdem der ermittelte Zeitaufwand für indirekte Pflegeleistungen pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag zusammenfassend für die beiden Einrichtungen dargestellt. Zu betonen ist allerdings, dass der Wert „pro Tag“ nicht zustande gekommen ist, indem komplette Tagdienste, das heißt jeweils Frühdienst und Spätdienst eines Tages „hintereinander“ beobachtet wurden. Vielmehr wurde der Aufwand anhand der Daten zu den einzelnen Früh- und Spätdiensten, die an verschiedenen Tagen untersucht worden sind, „hochgerechnet“. Durch diese Berechnung ergeben sich folgende Werte:

**Tabelle 38: Bei der Zeitmessung ermittelter Zeitaufwand pro Bewohnerin bzw. Bewohner und „Tag“ für indirekte Pflege**

Einrichtung	Zeitaufwand in Minuten/Bewohner/-in/ Tag		
	Mittelwert	Minimal	Maximal
Einrichtung 2	13,9	12,3	15,5
Einrichtung 3	12,3	9,3	14,7

Der Zeitaufwand pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag lag demnach in Einrichtung 2 etwas über dem von Einrichtung 3.

Darüber hinaus korrespondieren die Werte beider Heime relativ gut mit dem mittels Zeitschätzung in Einrichtung 1 errechneten Zeitaufwand bezogen auf die „bereinigte Berechnung“. Im Vergleich zu den in Kapitel 4 ausgewerteten Untersuchungen und Verfahren liegen sie am unteren Limit. Dies hängt aber offenbar damit zusammen, dass in den erwähnten Studien die unmittelbar bewohnerbezogene Kommunikation und Dokumentation, die Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und Fort- und Weiterbildung sowie unmittelbar bewohnerbezogene Anteile der Kategorie „Hauswirtschaft“ überwiegend in den Bereich der indirekten Pflege eingerechnet werden – anders, als dies bei den vorgestellten Berechnungen für die „gemessenen“ Einrichtungen 2 und 3 der Fall ist.

Obwohl die Anteile der unmittelbar bewohnerbezogenen Kommunikation und Dokumentation sowie das Vorbereiten von Medikamenten und die bewohnerbezogenen Anteile von Hauswirtschaftsleistungen im Rahmen des Vorschlags in Kapitel 5 nicht in den Bereich der indirekten Pflege einbezogen worden sind, sollen sie an dieser Stelle ausgewiesen werden. Denn der entsprechende Zeitaufwand wurde bei der Fallstudie auch erhoben, und offensichtlich besteht ein großes Interesse, konkrete Daten zu diesen Tätigkeiten zu erhalten, insbesondere zum Thema „Pflegedokumentation“ [vgl. z. B. Mybes 2005, S. 90].

Die folgende Berechnung zum Anteil an der verfügbaren Arbeitszeit bezieht sich auf die Auswertungen zu den einzelnen Schichten.

<b>Tabelle 39: Bei der Zeitmessung ermittelter Anteil an der verfügbaren Arbeitszeit für wichtige Leistungsbereiche mit unmittelbarem Bewohnerbezug</b>				
<b>Einrichtung</b>	<b>Tätigkeit</b>	<b>Anteil an verfügbarer AZ in %</b>		
		<b>Mittelwert</b>	<b>Minimal</b>	<b>Maximal</b>
Einrichtung 2	Pflegedokumentation	5,4	4,7	7,0
	Kommunikation m. Externen	0,7	0,2	1,6
	Kommunikation m. Angehörigen	1,4	0,2	2,7
	Vorbereiten von Medikamenten	3,6	1,8	5,1
	Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	7,8	6,1	9,2
Einrichtung 3	Pflegedokumentation	4,3	3,9	4,6
	Kommunikation m. Externen	2,6	0,7	4,5
	Kommunikation m. Angehörigen	0,6	0,0	2,0
	Vorbereiten von Medikamenten	5,5	4,4	6,8
	Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	0,7	0,3	1,1

Betrachtet man die Daten zu den einzelnen Pflegepersonen, ergibt sich folgendes Bild zum Zeitaufwand pro Schicht:

<b>Tabelle 40: Bei der Zeitmessung ermittelter Zeitaufwand pro Pflegeperson (PP) und Schicht für wichtige Leistungsbereiche mit unmittelbarem Bewohnerbezug</b>				
Einrichtung	Tätigkeit	Zeitaufwand in min./PP/Schicht		
		Mittelwert	Minimal	Maximal
Einrichtung 2	Pflegedokumentation	15,3	1	37
	Kommunikation m. Externen	1,9	0	19
	Kommunikation m. Angehörigen	3,7	0	19
	Vorbereiten von Medikamenten	10,2	0	53
	Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	20,5	0	53
Einrichtung 3	Pflegedokumentation	18,0	9	26
	Kommunikation m. Externen	8,9	0	30
	Kommunikation m. Angehörigen	2,3	0	11
	Vorbereiten von Medikamenten	22,5	0	54
	Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	2,8	0	8

Bei der Interpretation des Minimalwertes von Heim 2 für die Pflegedokumentation ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Pflegepersonen in Kurzschichten arbeitet (so genannte Zwischendienste) und jeweils nur für eine kleine Bewohnergruppe zuständig ist.

Ein gravierender Unterschied besteht hinsichtlich der Kategorie „Hauswirtschaft“, die in Einrichtung 2 einen relativ hohen Wert im Vergleich zu Einrichtung 3 aufweist. Dieser Unterschied ist über die in beiden Heimen unterschiedliche Zuordnung der entsprechenden Leistungen zu den Leistungserbringern „Pflege“ und „Hauswirtschaft“ gut erklärbar.

Der Anteil und Zeitaufwand für das Vorbereiten von Medikamenten ist in den untersuchten Einrichtungen vermutlich geringer als in vielen anderen Altenpflegeeinrichtungen, da in den beobachteten Wohnbereichen das wöchentliche Richten der festen oralen Arzneimittel (Tabletten, Kapseln etc.) von einer Apotheke übernommen wird.

In der folgenden Tabelle ist noch zusätzlich für Einrichtung 2 der Zeitaufwand pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Schicht dargestellt (für Einrichtung 3 ist diese Berechnung aus den in Kapitel 6.4.4 genannten Gründen nicht sinnvoll).

<b>Tabelle 41: Bei der Zeitmessung ermittelter Zeitaufwand pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Schicht für wichtige Leistungsbereiche mit unmittelbarem Bewohnerbezug</b>				
Einrichtung	Tätigkeit	Zeitaufwand in min./Bew./Schicht		
		Mittelwert	Minimal	Maximal
Einrichtung 2	Pflegedokumentation	2,4	2,0	3,2
	Kommunikation m. Externen	0,3	0,1	0,7
	Kommunikation m. Angehörigen	0,6	0,1	1,1
	Vorbereiten von Medikamenten	1,5	0,8	2,0
	Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	3,4	2,8	3,8

Die Daten verdeutlichen unter anderem, dass im Tagdienst (Früh- und Spätdienst zusammen, ohne Nachtdienst) für die Pflegedokumentation im Durchschnitt ca. 4 bis 6 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner aufgewendet werden müssen.

### 7.3 Weiterführende Überlegungen zu relevanten Einflussfaktoren

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

In den Veröffentlichungen zu einigen der einbezogenen Untersuchungen wird darauf verwiesen, dass bestimmte Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Höhe des Pflegezeitaufwands haben [vgl. z. B. DKG 1989, S. 11 und S. 21; Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen 1995, S. 24 ff.].

Als relevant für den Bereich der indirekten Pflege werden unter anderem folgende Faktoren angesehen:

- Räumliche Gegebenheiten (vor allem Größe und Architektur der Wohnbereiche, mit entsprechenden Auswirkungen z. B. auf die Wegezeiten)
- Pflegesystem/Pflegeorganisationsform
- Aufgabenspektrum von Pflege in Abgrenzung zu den anderen Leistungsbereichen im Heim (vor allem Hauswirtschaft, technischer Dienst, Verwaltung)
- Aufgabenspektrum von Pflegenden in Abgrenzung zu Pflegeleitungskräften (insbesondere Pflegedienstleitung und Wohnbereichsleitungen)
- Stand der Qualitätsentwicklung insgesamt
- Qualität des Kommunikations- und Besprechungssystems
- Ausbildungsstand und Befähigung der Pflegenden
- Arbeitsbelastung/Zufriedenheit der Pflegenden

Die Kenntnis um diese Einflussfaktoren kann und sollte dazu genutzt werden, Unterschiede bezogen auf die Höhe des Aufwands für indirekte Pflege in den einzelnen Altenpflegeeinrichtungen zu erklären und – wenn dies sinnvoll bzw. notwendig ist – einen entsprechenden Handlungsbedarf abzuleiten.

In den Heimen, die in die exemplarische Fallstudie einbezogen waren, gibt es jedenfalls mehrere Hinweise auf die Relevanz der erwähnten Einflussfaktoren. Über die bereits angesprochene unterschiedliche Aufgabenverteilung hinsichtlich des Bereichs „Hauswirtschaft“ hinaus (vgl. Kapitel 7.2.2) ist als Beispiel das in den Einrichtungen 2 und 3 unterschiedliche Aufgabenspektrum der Wohnbereichsleitungen in Abgrenzung zur Pflegedienstleitung einerseits und zu den Pflegenden andererseits zu nennen. Während die Wohnbereichsleitungen in Einrichtung 2 unter anderem hauptverantwortlich für die Dienstplanerstellung und -führung sind, nimmt diese Aufgaben in Einrichtung 3 überwiegend die Pflegedienstleitung wahr.

Auch die Erfahrungen aus Studien und Organisationsuntersuchungen zeigen, dass der Aufgabenbereich der Pflegedienstleitung in den einzelnen Altenpflegeeinrichtungen sehr unterschiedlich definiert und in verschiedener Weise zu den Tätigkeiten der Wohnbereichsleitungen und Pflegenden abgegrenzt ist. Diese Tatsache sollte bei der Ermittlung des Pflegeaufwands und insbesondere auch bei der Erhebung des Aufwands für die indirekte Pflege berücksichtigt werden. Nimmt die Pflegedienstleitung überwiegend

übergeordnete, wohnbereichsübergreifende Aufgaben im Zusammenhang mit Personalführung, Gesamtorganisation, Qualitätssicherung und -entwicklung etc. wahr (wie beispielsweise in Einrichtung 2 beobachtet), wird ihr Anteil an Leistungen, die genau genommen der indirekten Pflege der einzelnen Wohn-/Pflegebereiche zugeordnet werden müssten, gering bzw. zu vernachlässigen sein. Übernimmt die Pflegeleitungskraft allerdings relativ regelmäßig und im nicht unerheblichen Maße indirekte Pflegeleistungen in bestimmten oder allen Wohnbereichen, z. B. im Rahmen der Dienstplanerstellung, der nicht unmittelbar bewohnerbezogenen Kommunikation mit Externen oder Medikamentenversorgung (wie dies zum Teil in Einrichtung 3 der Fall ist), müsste dieser durch die Pflegedienstleitung realisierte Anteil an indirekter Pflege auch erhoben bzw. in die Interpretation von Untersuchungsergebnissen einbezogen werden.

Unterschiede hinsichtlich des Qualifikationsniveaus der Pflegenden können beispielhaft an den in Einrichtung 2 erhobenen Daten verdeutlicht werden. Für die Pflegefachkräfte wurde im Vergleich zu den Pflegehilfskräften ein im Durchschnitt ca. 6% höherer Anteil an der verfügbaren Arbeitszeit ermittelt, der für indirekte Pflegeleistungen aufgewendet werden muss.

Der Einfluss des Pflegesystems bzw. der Pflegeorganisationsform auf die Höhe des Aufwands für die indirekte Pflege lässt sich am Beispiel der Untersuchungsergebnisse von Einrichtung 3 verdeutlichen. Die Auswertungen zu den einzelnen in die Beobachtung einbezogenen Pflegepersonen zeigt einen etwas höheren Anteil für den „koordinierenden Dienst“, da die in jeweils einer Schicht mit dieser Funktion betraute Pflegefachkraft in hohem Maße übergeordnete Aufgaben wahrnimmt, vor allem bezogen auf die Gesamtorganisation des Wohnbereichs sowie die mittelbar bewohnerbezogene Medikamentenversorgung, Kommunikation und Dokumentation (vgl. Kapitel 6.4.4).

Hinsichtlich der Umsetzung eines nicht bewohnerorientierten Pflegesystems (Funktionspflege) könnte man vermuten, dass die organisatorischen und administrativen Aufgaben in einem solchen System weniger Zeit in Anspruch nehmen als bei der Bezugspersonenpflege, da sie in der Regel „konzentriert“ von einer einzigen Pflegeperson wahrgenommen werden. Zum einen ist allerdings bekannt, dass sich die Funktionspflege negativ auf die Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner und Pflegenden sowie auf die Qualität der Bewohnerversorgung auswirken und damit u. U. einen höheren (direkten) Pflegeaufwand nach sich ziehen kann. Zum anderen belegt das in Kapitel 6.3.4 geschilderte Beispiel, dass sich die von Externen geforderte stärkere funktionale Ausrichtung der Aufgaben von Pflegefachkräften in Einrichtung 2 negativ auf die Pflegeabläufe auswirken kann, insbesondere bezogen auf die Erhöhung von Zeiten für Wege und den zusätzlichen Abstimmungsbedarf.

Die Qualitätsentwicklung wurde oben als ein möglicher Einflussfaktor auf die Höhe des Aufwands für indirekte Pflege genannt. Zumindest im Rahmen der exemplarischen Fallstudie gab es keinen deutlichen Hinweis auf einen entsprechenden Zusammenhang, bzw. er wurde nicht explizit untersucht.

In Kapitel 5 wird zwar vorgeschlagen, die entsprechenden Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Fort- und Weiterbildung nicht in den Bereich der indirekten Pflege zu integrieren. Dennoch lässt sich anhand von Aussagen der Pflegedienstleitung der Einrichtung 2 gut verdeutlichen, dass der zeitliche Aufwand für die Qualitätssicherung und -entwicklung in Altenpflegeeinrichtungen nicht unerheblich ist und generell bei der Ermittlung des (Brutto-)Gesamtpflegeaufwands berücksichtigt werden sollte. Beispielsweise wird der Zeitbedarf für eine Pflegevisite auf durchschnittlich 30 bis 60 Minuten geschätzt, in bestimmten Fällen können die Pflegevisite und deren „Konsequenzen“ auch mehrere Stunden beanspruchen; für Fort-, Weiterbildungs- und Qualitätsmaßnahmen wurde für das Jahr 2003 ein Zeitaufwand von immerhin ca. 14 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag errechnet (vgl. Kapitel 6.3.2).

Der in Kapitel 6.3.2 dargestellte Ausschnitt aus der Kommunikationsstruktur der Einrichtung 2 kann wiederum als Beispiel dafür gelten, dass ein qualitativ hochwertiger Informationsaustausch nicht zwingend mit einem hohen Zeitaufwand verbunden sein muss.

Auf den Zusammenhang von Arbeitsbelastung bzw. Mitarbeiterzufriedenheit und Pflegeaufwand soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden, da sich einige Untersuchungen (insbesondere auch aus der jüngeren Vergangenheit) explizit mit diesem Aspekt beschäftigen [vgl. z. B. Institut für SAGS 2004].

Über die Diskussion zu den oben genannten Einflussfaktoren hinaus wird in einem Teil der ausgewerteten Veröffentlichungen die Frage gestellt bzw. bearbeitet, inwieweit die Höhe des Aufwands für die indirekte Pflege auch vom Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner an direkter Pflege bzw. dem Bewohnerzustand abhängt [vgl. z. B. Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen 1995, S. 25]. In der Untersuchung von Schäfer-Walkmann ist beispielsweise ein höherer Wert für Administration in Pflegestufe 3 (4 Minuten) im Vergleich zu den Stufen 1 und 2 (2 Minuten) genannt [vgl. Schäfer-Walkmann 2002, S. 118 ff.]. Neubauer und Schallmair diskutieren ebenso das Anwachsen des indirekten Pflegeaufwands mit zunehmender Pflegestufe (vgl. Kapitel 4.15); der entsprechende Aufwand bezogen auf die Kategorie „Sonstiges“ steigt von 14,8% in Pflegestufe 0 auf 27,6% bei den so genannten Härtefällen.

Eine konkrete inhaltliche Begründung für einen zunehmenden Aufwand an indirekter Pflege mit steigender Pflegebedürftigkeit wird nur sehr eingeschränkt gegeben. Sicherlich ist ein gewisser Bezug zum Aufwand für die Medikamentenversorgung vorhanden. Ansonsten ist vermutlich der „Mehrbedarf“ vor allem über die in den meisten Untersuchungen erfolgte Einbeziehung der unmittelbar bewohnerbezogenen Kommunikation und Dokumentation sowie der Qualitäts- und Konzeptentwicklung herzuleiten, wie es unter anderem bei dem Verfahren LvVD mit Blick auf den Mehraufwand bei demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern der Fall ist (vgl. Kapitel 4.13).

Der Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit/Klientel und indirekter Pflege wurde im Rahmen der exemplarischen Fallstudie nicht untersucht. Der einzige Hinweis, der hinsichtlich der Zeitschätzung in Einrichtung 1 vorliegt und bereits in Kapitel 6.1 erwähnt wurde, bezieht sich lediglich auf die unmittelbar bewohnerbezogene Kommunikation mit Angehörigen (direkte Pflege).

## 7.4 Weiterführende Überlegungen zur „Form der Anrechnung“ indirekter Pflege

Die Höhe des Zeitaufwands für indirekte Pflegeleistungen wurde bisher in der Fachöffentlichkeit vor allem unter dem Gesichtspunkt diskutiert, inwieweit es möglich ist, Pflegende zumindest zum Teil von entsprechenden Tätigkeiten zu entlasten. Da die Höhe des Pflegezeitbedarfs Auswirkungen auf die Höhe der Kosten in der Altenpflege hat, muss der Aufwand für indirekte Pflegeleistungen auch unter dem Blickwinkel der Finanzierung bzw. Finanzierbarkeit von Pflege betrachtet werden.

Erfahrungsgemäß sind in einem Teil der Altenpflegeeinrichtungen Zeit- und damit Kosteneinsparungen über die Reorganisation von Abläufen und eine – insbesondere unter ökonomischen Gesichtspunkten – sinnvollere als die bisherige Zuordnung der notwendigen Aufgaben zu den einzelnen Leistungsbereichen des Heimes möglich. Allerdings ist auch davon auszugehen, dass in jeder Einrichtung ein gewisser „Grundaufwand bzw. -bedarf“ an indirekter Pflege vorhanden ist. Dieser wird allerdings in der gegenwärtigen Diskussion über und bei Verhandlungen um die Finanzierung von Pflege häufig unzureichend berücksichtigt und er kann von den betroffenen Einrichtungen in der Regel auch nicht eindeutig quantifiziert bzw. nachgewiesen werden.

Der genannte Aspekt wurde unter anderem im Rahmen der PLAISIR-Projekte in Schleswig-Holstein und Hessen eingehender untersucht und mit den Verantwortlichen der Selbstverwaltung diskutiert. Im Ergebnis wurden Vorschläge erarbeitet, wie der Aufwand an indirekter Pflege im Zusammenhang mit der Ermittlung des Gesamtpflegebedarfs berücksichtigt werden könnte/sollte.

In Schleswig-Holstein wurde im Rahmen des so genannten Kieler Modells vorgeschlagen, der direkten Pflegezeit (bei PLAISIR als „erforderliche Pflegezeit“ oder „DIP“ bezeichnet) zur Erbringung der „bewohnerfernen Leistungen“ einen Zuschlag von zehn Prozent von DIP, mindestens aber fünf Minuten je Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag zuzurechnen [vgl. BMFSFJ 2003, S. 138]. Bei einem Mittelwert von DIP bezogen auf alle Bewohnerinnen und Bewohner der PLAISIR-Projekte „AWO, Bremen und Segeberg“ von 136,35 Minuten würde dies einen Wert für die indirekte Pflege von ca. 14 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag ergeben (DIP-Mittelwert für das Projekt „Segeberg“ mit psychiatrischen Bewohnerinnen und Bewohnern: 130,02 min./Bew./Tag und ohne psychiatrische Bewohnerinnen und Bewohner 135,25 min./Bew./Tag).

Die Überlegungen der hessischen PLAISIR-Arbeitsgruppe waren differenzierter. In einem bisher unveröffentlichten Arbeitspapier, das die Arbeitsgruppe dem Projektbeirat Hessen im Mai 2004 vorstellte und aus dem freundlicherweise zitiert werden darf, wurde von folgender Situation ausgegangen und wurden folgende Lösungsvorschläge unterbreitet (der Aufwand für indirekte Pflege wird als „APO-Pauschale“, das heißt als Pauschale für die allgemeine Pflegeorganisation bezeichnet):

„Pflegeheime haben unabhängig von bewohnerbezogenen Pflegeleistungen den reibungslosen Ablauf der Wohn- und Pflegebereiche sicherzustellen. Hierzu gehören insbesondere die Kontrolle der Räumlichkeiten, die Durchführung von Qualitätszirkeln, die Bearbeitung und Übermittlung von Statistiken sowie die regelmäßige Gesamtorganisation und Instandhaltung der Wohn- und Pflegebereiche. Diese Leistungen können den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht konkret zugeordnet werden. Daher wäre

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

eine von der direkten Pflegezeit (DIP) unabhängige, pauschale Bewertung und somit Vergütung dieser Leistungen sachgerecht.

Unter ‚Allgemeine Pflegeorganisation‘ werden aber auch Bereitstellungsleistungen subsumiert, deren Aufwand und Häufigkeit von den bewohnerbezogenen Pflegeleistungen abhängen. Hierzu gehören insbesondere das Erstellen und Aktualisieren von Pflegeplanung und Pflegedokumentation, die Durchführung von Dienstübergaben, die Kommunikation mit der Pflegedienstleitung (z. B. über Unfälle, Zwischenfälle), Ärzten, anderen Diensten und Angehörigen. Für diese Leistungen wäre eine Bewertung und Vergütung, die sich in einem prozentualen Wert von DIP ausdrückt, sachgerecht.

Da im Bereich der ‚Allgemeinen Pflegeorganisation‘ Leistungen aufgeführt sind, die von den bewohnerbezogenen Pflegeleistungen sowohl abhängig als auch unabhängig erbracht werden, gestaltet sich das Finden einer sachgerechten Bemessung schwierig. Die Lösung könnte in einer Kombination zwischen pauschaler Bewertung (in Form eines Sockelwertes) und einem prozentualen Wert von DIP liegen. Die Schwierigkeit besteht in der Findung einer sachgerechten Relation zwischen diesen beiden Werten. Grundlage hierfür wäre eine Aussage, welche Zeitanteile auf die jeweiligen Einzelleistungen der ‚Allgemeinen Pflegeorganisation‘ entfallen, die derzeit mangels entsprechender Daten nicht getroffen werden kann.

Die Arbeitsgruppe hat drei Lösungsvarianten erörtert, die im Folgenden dargestellt werden. Hierbei werden Vor- und Nachteile des jeweiligen Vorschlags skizziert [...]. Die sich hierbei ergebende Reihenfolge stellt keine Priorisierung dar.

**Variante 1: ‚Pauschaler Minutenwert‘** (vergleichbar mit dem Westschweizer System [von PLAISIR d. R.; vgl. auch Kapitel 4.2], das bisher in Deutschland Anwendung fand)

**Vorteil:** Der Heimträger bekommt Planungssicherheit, da er mit einer festen Zeiteinheit pro Bewohner die Finanzierung der ‚Allgemeinen Pflegeorganisation‘ kalkulieren kann. Er ist sicher gegen Schwankungen in der Bewohnerstruktur, da der fixe Zeitwert einen Durchschnittswert darstellt.

**Nachteil:** Die Höhe der Pauschale ist relativ willkürlich bzw. ‚politisch gegriffen‘. Sie beinhaltet keinerlei Relation zur Bewohnerstruktur. Dem Pflegeheim steht generell eine bestimmte Minutenzahl pro Bewohner zu, gleichgültig, welcher pflegebedingte Verwaltungsmehraufwand entsteht. Für Bewohnerinnen und Bewohner mit einem geringen Pflegeaufwand ist die Pauschale in Relation zum DIP-Wert zu hoch. Für Bewohnerinnen und Bewohner mit einem hohen Pflegeaufwand steht der Einrichtung zwar eine relativ komfortable Pauschale zur Verfügung. Dies sagt aber nichts über die inhaltliche und qualitative Ausgestaltung der allgemeinen Pflegeorganisation aus.

**Variante 2: ‚Prozentualer Anteil von DIP‘** ( $x_1$  % von DIP)

**Vorteil:** Der Aufwand für die Allgemeine Pflegeorganisation wird in einem direkten Zusammenhang mit den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner gestellt. Steigt der DIP-Wert, so steigt automatisch auch die APO-Pauschale.

**Nachteil:** Nicht alle Leistungen der allgemeinen Pflegeorganisation stehen in Zusammenhang mit den bewohnerbezogenen Pflegeleistungen. Eine pflegebedingte Erhöhung der Pauschale ist somit nicht unbedingt inhaltlich gerechtfertigt. Einrichtungen mit einem geringen DIP-Wert würden mit einer geringen APO-Pauschale ‚bestraft‘, obwohl sie die gleichen bewohnerunabhängigen Organisationsleistungen vorhalten müssen wie Einrichtungen mit einem hohen DIP-Wert. Dieses Problem könnte allerdings – wie im Kieler Modell vorgesehen – mit einem Mindestwert begrenzt werden.

### Variante 3: ‚Prozentualer Anteil von DIP mit Sockelwert‘

( $x_2$  % von DIP zuzüglich  $y_2$  Minuten pro Tag und Bewohner)

Als Lösung der vorgenannten Nachteile könnte eine Kombination aus einer fixen Pauschale *und* einem prozentualen Wert von DIP dienen. Hierbei wurden zwei Varianten diskutiert [...].

#### a) Niedriger prozentualer Anteil von DIP mit hohem Sockelwert

**Vorteil:** Diese Variante versucht Planungssicherheit für den Heimträger mit begrenzten strukturellen Elementen zu verbinden. Ein hoher Sockelwert unterstellt, dass die Mehrheit der in ‚APO‘ zusammengefassten Leistungen von den bewohnerbezogenen Pflegeleistungen *unabhängige* Bereitstellungszeiten bedingen.

**Nachteil:** Durch einen niedrigen prozentualen Anteil an DIP besteht nur eine begrenzte Relation zu der Bewohnerstruktur. Die Abbildung eines pflegebedingten Verwaltungsmehraufwandes wäre nur ansatzweise möglich. Bewohnerinnen und Bewohner mit einem niedrigen Pflegeaufwand (DIP-Wert) würden relativ gesehen eine hohe Verwaltungspauschale (APO-Wert) erhalten.

#### b) Hoher prozentualer Anteil von DIP mit niedrigem Sockelwert

**Vorteil:** Auch diese Variante versucht eine gewisse Planungssicherheit für den Heimträger mit strukturellen Elementen zu verbinden. Ein hoher prozentualer Anteil von DIP unterstellt, dass die Mehrheit der in ‚APO‘ zusammengefassten Leistungen von den bewohnerbezogenen Pflegeleistungen *abhängige* Bereitstellungszeiten bedingen. Hierdurch bliebe die individuell erforderliche Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner zentrales Element einer einrichtungsbezogenen Personalbedarfsermittlung.

**Nachteil:** Sinkt der Zeitwert von DIP, so sinkt auch die im Wesentlichen von dem Prozentwert bestimmte ‚APO‘-Pauschale. Fixe Vorhaltungskosten würden hierbei eine untergeordnete Rolle spielen.“

[Arbeitsgemeinschaft des hessischen Projektbeirats PLAISIR 2004]

Zu den Überlegungen ist anzumerken, dass Leistungen wie die Pflegedokumentation und Pflegeplanung, die gemäß dem Vorschlag in Kapitel 5 als unmittelbar bewohnerbezogen angesehen werden können/sollten, dem Bereich der indirekten Pflege zugeordnet werden. Grundsätzlich ist der Ansatz der hessischen Arbeitsgruppe, differenzierte

Vorschläge zur „Form der Anrechnung“ des Aufwands für die indirekte Pflege zu unterbreiten, jedoch als wegweisend zu bewerten. Die Diskussionen über die konkrete Höhe der „Pauschale“ konnte in Hessen nur sehr bedingt geführt und nicht abgeschlossen werden. Deutlich wurde allerdings, dass der zeitliche und finanzielle Aufwand für die indirekte Pflege im Zusammenhang mit dem Gesamtpflegeaufwand bzw. -bedarf (inkl. Berücksichtigung der „Kenngrößen“ Netto- und Bruttopflegezeitbedarf) gesehen werden sollte. Festlegungen zur Höhe eines angemessenen Aufwands für indirekte Pflege liegen – mit Blick auf die Finanzierung/Finanzierbarkeit von Pflege – letztendlich vor allem im Verantwortungsbereich der Selbstverwaltung.

In der hessischen Arbeitsgruppe ebenfalls andiskutiert wurde eine „Pauschale“ für Ein-, Um-, Auszug- ähnlich, wie dies in Kapitel 5.2.2 dargestellt ist. Die Überlegungen gingen davon aus, dass zusätzlich zum Aufwand für direkte und indirekte Pflege eine gewisse Zulage pro Einzug und Auszug berücksichtigt bzw. angerechnet werden sollte, die den Aufwand für den Einzug einer neuen Bewohnerin bzw. eines neuen Bewohners und für den Auszug bezogen auf den „frei gewordenen“ Heimplatz (z. B. durch das Versterben einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners) abdeckt. Die Anzahl der Einzüge und Auszüge innerhalb eines Jahres kann in den Altenpflegeeinrichtungen gut nachvollzogen werden, so dass über die Multiplikation dieser Zahlen mit den Zeitwerten der Pauschale der Gesamtaufwand für ein Jahr darstellbar wäre.

Eine Orientierung bezogen auf Zeitwerte könnte z. B. erreicht werden, indem der Zeitaufwand für die Leistungspakete „Einzug/Umzug“ und „Auszug“ bei einer ausreichend großen Anzahl von Einzelfällen gemessen und anschließend der Mittelwert (oder Median) errechnet wird. Denkbar ist auch die Staffelung nach „relativ unaufwendigen“, „normalen“ und „relativ aufwendigen“ Ein- und Auszügen. Die Festlegung einer Gesamtpauschale, die den Aufwand für Einzug und Auszug zusammen abdeckt, scheint nicht sinnvoll, da nicht immer von einem identischen Aufwand für die beiden Teilbereiche ausgegangen werden kann (der Aufwand für den Einzug kann z. B. wesentlich höher sein als der für den Auszug und umgekehrt).

# VIII.

## Fazit und Aussicht

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Die Suche nach Literatur zum bearbeiteten Thema gestaltete sich insgesamt schwierig, da zum Bereich der indirekten Pflege kaum themenspezifische Veröffentlichungen existieren. Vielmehr wird der Aspekt der indirekten Pflegeleistungen in der Regel im Zusammenhang mit den Themen „Pflegezeit- und Personalaufwand“ bzw. „Pflegezeit- und Personalbedarf“ mit behandelt. Allerdings sind die Ausführungen zur indirekten Pflege häufig nicht so differenziert und systematisiert wie zur direkten Pflege, da sie eher „Nebenprodukt“ sind oder als solches angesehen werden. Im zusammengestellten Literaturverzeichnis wird nunmehr auf ca. 30 Veröffentlichungen verwiesen, die relativ umfassende und detaillierte Aussagen zum Projektthema im engeren Sinne enthalten. Weitere 30 Angaben beziehen sich auf weiterführende bzw. „ergänzende“ Literatur.

In den zugänglichen Veröffentlichungen zu den ausgewerteten Untersuchungen und Verfahren werden erwartungsgemäß sehr unterschiedliche Aussagen zum Inhalt der indirekten Pflege und zur Höhe des für die entsprechenden Leistungen notwendigen Zeitaufwands getroffen. Im Ergebnis der näheren Betrachtung von 21 Untersuchungen und Verfahren zur Pflegezeit- und Personalbedarfsbemessung ist anzumerken, dass die Forschungslage zum Bereich der indirekten Pflege insgesamt noch unbefriedigend ist. Die in den Studien/Systemen unterschiedlich gewählten Definitionen von indirekter Pflege und Abgrenzungen zum Bereich der direkten Pflege erschweren insbesondere einen Vergleich der jeweils ermittelten Werte zum zeitlichen Aufwand für indirekte Pflegeleistungen. Zum Teil wurden die Daten nicht systematisch und/oder nicht methodisch fundiert erhoben. Generell fällt die große Spannweite der Zahlen zum Zeitaufwand und zum Anteil indirekter Pflege am gesamten Pflegeaufwand/-bedarf bzw. an der verfügbaren Arbeitszeit auf. Die Werte bewegen sich in einem Korridor von 16 bis 70 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag, und der Anteil am Gesamtaufwand/-bedarf wird mit 13 bis 58% angegeben.

Auf Grundlage der Erkenntnisse aus der Betrachtung verschiedener Untersuchungen und Verfahren wurde versucht, einen Tätigkeitenkatalog für indirekte Pflegeleistungen abzuleiten, der eine möglichst klare Abgrenzung von mittelbar bewohnerbezogenen Tätigkeiten von den unmittelbar bewohnerbezogenen Tätigkeiten ermöglicht (vgl. Kapitel 5). Die inhaltliche Definition/Abgrenzung von indirekter Pflege, die in diesem Bericht vorgeschlagen und erläutert wird, schließt daher solche Tätigkeiten mit unmittelbarem Bewohnerbezug wie die Pflegedokumentation und Pflegeplanung, die bewohnerbezogene Kommunikation mit Angehörigen und Externen (z. B. Ärztinnen bzw. Ärzte, Therapeutinnen bzw. Therapeuten), das Vorbereiten und Verteilen von Medikamenten, Wege mit oder für die Bewohnerin/den Bewohner und die bewohner-

bezogenen Hauswirtschaftsleistungen weitgehend aus dem Bereich der indirekten Pflege aus, auch wenn ein Teil dieser Tätigkeiten nicht im direkten Sichtkontakt mit der Bewohnerin/dem Bewohner erbracht werden. Ebenso ist es u. E. sinnvoll, den pflegerischen Aufwand im Zusammenhang mit dem Ein-, Um- und Auszug von Bewohnerinnen bzw. Bewohnern einem gesonderten Bereich mit der entsprechenden Bezeichnung „Ein-, Um- und Auszüge“ zuzuordnen, vor allem wegen der Tatsache, dass genau genommen die meisten der notwendigen Tätigkeiten direkte Pflegeleistungen sind und der Aufwand nicht regelmäßig anfällt. Darüber hinaus stellen Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (inkl. Fort-/Weiterbildung, Supervision, Mitarbeiterführung) und die regulären Pausen keine indirekten Pflegeleistungen im engeren Sinne dar. Der entsprechende Zeitaufwand in den Einrichtungen ist nicht unerheblich, er sollte allerdings bei der Umrechnung von Netto- in Bruttopflegezeit bzw. umgekehrt berücksichtigt werden.

Der aus dem Vorschlag abgeleitete „Katalog indirekter Pflegeleistungen“ wurde in einer Entwurfsversion bei der im Rahmen des Projektes durchgeführten Zeitmessung in zwei Altenpflegeeinrichtungen eingesetzt. Ansatz der Untersuchung war es – nach Absprache mit dem Auftraggeber – *nicht*, eine breit angelegte und wissenschaftlich fundierte Zeitermittlung durchzuführen. Vielmehr sollten lediglich erste Anhaltswerte zum zeitlichen Aufwand bezogen auf die indirekten Pflegeleistungen in Abgrenzung zu direkten Pflegetätigkeiten gewonnen werden. Im Ergebnis können die erhobenen Daten als erste Anhaltspunkte bezogen auf die Höhe des entsprechenden Zeitaufwands herangezogen werden. Über die in einer weiteren Einrichtung durchgeführte Zeitschätzung wurden wichtige zusätzliche Informationen gewonnen.

Die ermittelten Werte für den Anteil der indirekten Pflege liegen in den beiden Einrichtungen, in denen eine Zeitmessung durchgeführt wurde, mit ca. 16 und 18 Prozent der verfügbaren Arbeitszeit auf einem vergleichbaren Niveau. Für die Zeitschätzung wurde ein Anteil von ca. 9 Prozent ermittelt, der sich allerdings auf den in der Einrichtung mittels des Verfahrens PLAISIR erhobenen Gesamtpflegebedarfs, also auf die so genannte erforderliche Pflege und nicht auf den tatsächlichen Pflegeaufwand, bezieht. Der im Rahmen der exemplarischen Fallstudie „hochgerechnete“ Zeitaufwand pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag (Nachtdienst ausgenommen) von ca. 12 Minuten in Einrichtung 3 und ca. 14 Minuten in den Einrichtungen 1 und 2 hat ebenfalls eine geringe Spannbreite.

Eine direkte Empfehlung zur Höhe des Aufwands für indirekte Pflege kann allerdings auf Basis der exemplarischen Fallstudie vor allem wegen der geringen Fallzahl nicht abgeleitet werden. Der geringere Anteil an der verfügbaren Arbeitszeit im Vergleich zu den mittels Literaturrecherche ausgewerteten Untersuchungen und Verfahren kann vor allem mit der weitgehenden Ausgrenzung von Leistungen mit unmittelbarem Bewohnerbezug bei der Auswertung der beiden Zeiterhebungen erklärt werden.

Insbesondere zu den Wegezeiten, aber auch hinsichtlich differenzierter Überlegungen zur Anrechnung der indirekten Pflege im Zusammenhang mit dem Gesamtpflegeaufwand bzw. -bedarf sowie zum Vorschlag bezogen auf „Pauschalen“, die für die Einrichtungen den Aufwand für Ein-, Um- und Auszüge abdecken, sollten noch weitere

Erhebungen und/oder Auswertungen von vorhandenem Datenmaterial vorgenommen werden. Hinsichtlich der Frage der Finanzierung/Finanzierbarkeit von indirekter Pflege wurden in Kapitel 7.4 drei mögliche Varianten zur Form der Anrechnung indirekter Pflege vorgestellt: in Form eines pauschalen Minutenwertes (Variante 1), in Form eines prozentualen Anteils von der direkten Pflege (Variante 2) oder eines prozentualen Anteils von der direkten Pflege mit Sockelwert (Variante 3).

Betrachtet man den in Kapitel 5 vorgestellten „Katalog der indirekten Pflegeleistungen“ genauer, ist festzustellen, dass die aufgeführten Tätigkeiten „normale“ Leistungen darstellen, die regelhaft in einem Altenpflegeheim erbracht werden müssen, um die direkte Pflege sicherstellen zu können. Die betreffenden Leistungen im Rahmen der „allgemeinen Dokumentation“ (hier nicht gemeint: Pflegedokumentation), der Kommunikation der Leistungserbringer untereinander, der allgemeinen Organisation und Administration, der Medikamentenversorgung, aber auch die erforderlichen Wege und nicht vermeidbaren Arbeitsunterbrechungen sowie die pflegerischen Anteile in den Bereichen „Aufräum- und Reinigungsarbeiten“ und „Hauswirtschaft“ sind in der Regel unabdingbar. Mit Bürokratie im engeren Sinne haben diese Leistungen also nichts bzw. nur sehr bedingt zu tun, und die Möglichkeiten der Entbürokratisierung in diesem Bereich sind demnach auch äußerst begrenzt.

Ein zeitlicher „Mehraufwand“ durch nicht angemessene, häufig von Externen formulierten Anforderungen könnte lediglich bei der mittelbar bewohnerbezogenen Dokumentation zu Buche schlagen, wenn beispielsweise Protokolle abgefasst oder Checklisten bearbeitet werden müssen, die sich nicht (zwingend) auf die Aufrechterhaltung des Heimbetriebes oder die Sicherstellung einer angemessenen Qualität auswirken.

Der Anteil für die mittelbar bewohnerbezogene Dokumentation lag bei der im Projekt durchgeführten Zeitmessung in Einrichtung 2 bei durchschnittlich 1,1 % der verfügbaren Arbeitszeit (12,8 Minuten pro Schicht) und in Einrichtung 3 bei durchschnittlich 0,5 % (5,5 Minuten pro Schicht). Der in Einrichtung 2 deutlich höhere Wert im Vergleich zu Einrichtung 3 ist zum Teil dadurch zu erklären, dass die Wohnbereichsleitung während des Beobachtungszeitraumes die notwendige, aber aufwendige Ablage von Dokumentationsblättern vornahm. Welche Einsparungen durch Vermeidung von „bürokratischer Dokumentation“ erreicht werden können, lässt sich für die Projekteinrichtungen aufgrund der Komplexität der einzelnen Vorgänge nicht sagen. Sie dürften allerdings grundsätzlich sehr gering ausfallen.

Abgesehen von dem bereits dargestellten (Kern)Bereich der indirekter Pflege kann sowohl im Ergebnis der Auswertung vorhandener Studien/Verfahren als auch der exemplarischen Fallstudie als eine gravierende Reduktionsmöglichkeit hinsichtlich des Gesamtpflegeaufwands die durchdachte Verlagerung hauswirtschaftlicher Leistungen von der Pflege auf den Bereich der Hauswirtschaft angesehen werden. Auf die Bedingungen bzw. Grenzen eines solchen Vorgehens wurde in den Kapiteln 6 und 7 hingewiesen.

Auf der Pflegedokumentation und Pflegeplanung lag nicht das Hauptaugenmerk der Untersuchung, bzw. der angesprochene Tätigkeitsbereich sollte gemäß dem Vorschlag in diesem Bericht ebenfalls nicht dem Bereich der indirekten Pflege zugeordnet werden. Zu vermuten ist allerdings, dass die diesbezüglichen Einsparmöglichkeiten eher begrenzt sind [vgl. z. B. Mybes 2005].

Vermutungen bzw. Behauptungen aus der Praxis, die von einem Aufwand allein für die Pflegedokumentation von 30 und mehr Minuten pro Pflegeperson oder pro Bewohner und Schicht ausgehen, konnten im Rahmen der projektbezogenen Zeitmessung und Zeitschätzung nicht bestätigt werden. Bei der Zeitmessung wurden Mittelwerte von ca. 15 Minuten (Einrichtung 2) und 18 Minuten (Einrichtung 3) pro Pflegeperson und Schicht ermittelt. Die für die Einrichtung 2 durchführbare Berechnung des mittleren Aufwandes für die Pflegedokumentation pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Schicht ergab 2,4 Minuten. Langjährige Erfahrungen aus Beratungen von Altenpflegeeinrichtungen und Schulungen von Pflegepersonen zeigen, dass sich das Dokumentieren in der Pflege „rechnet“, wenn die „richtigen“ (sprich: wirklich notwendigen) Inhalte schriftlich festgehalten und die dokumentierten Informationen und Daten auch tatsächlich und konsequent für die Planung und Evaluation der Pflege und Betreuung genutzt werden. Leider wird dies in der Praxis häufig noch nicht bzw. nicht ausreichend umgesetzt.

Über die reine Erhebung der Höhe des Zeitaufwandes für indirekte Pflegeleistungen bzw. die entsprechende Diskussion hinaus wird es als sinnvoll erachtet, mit Blick auf konkrete Altenpflegeeinrichtungen das Verhältnis zwischen direkter und indirekter Pflege, das heißt den Anteil indirekter Pflege an der verfügbaren Arbeitszeit zu betrachten und zu bewerten. Im ersten Schritt können diese Daten recht deutlich Auskunft über die eventuelle Notwendigkeit von Eingriffen in das System „Heim“ und Hinweise auf Einwirkungsmöglichkeiten geben. Auch der Vergleich von Einrichtungen untereinander ist sinnvoll und möglich, wenn ein einheitlicher Tätigkeitenkatalog zu Grunde gelegt wird und die relevanten Einflussfaktoren untersucht werden.

Bei der Bewertung entsprechender Daten sollte allerdings nicht außer Acht gelassen werden, dass der Outcome für die Bewohnerinnen und Bewohner im Prinzip wichtiger ist als die Höhe des Aufwands für indirekte Pflegeleistungen. Erfahrungsgemäß kann weder von einem hohen Anteil indirekter Pflege darauf geschlossen werden, dass im betreffenden Heim die Personalressourcen nicht richtig eingesetzt werden, noch kann man bei Einrichtungen mit einem niedrigen Anteil generell davon ausgehen, dass sie „gut organisiert“ sind.

Ähnliches ist bereits für die Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung bekannt. Der über den „normalen“ Qualifizierungs-/Schulungsbedarf hinausgehende Aufwand kann in der einen Einrichtung beispielsweise dadurch bedingt sein, dass konzeptionell neue Wege gegangen werden, z. B. eine besondere Betreuung dementiell erkrankter alter Menschen umgesetzt werden soll und daher ausgewählte Pflegepersonen entsprechend geschult werden. In einer anderen Einrichtung ist vielleicht im Ergebnis einer externen Qualitätsprüfung und den dabei festgestellten Defiziten aktuell ein relativ hoher Qualifizierungsaufwand gegeben.

Obwohl die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung gemäß dem Vorschlag in diesem Bericht inhaltlich nicht dem Bereich der indirekten Pflege zugeordnet werden sollte, ist es dennoch wichtig, den entsprechenden Aufwand bei der Ermittlung des Gesamtpflegezeit- bzw. Personalbedarfs zu berücksichtigen. Die Informationen der Pflegedienstleitung aus der in die Zeiterhebung einbezogenen Einrichtung in Rheinland-Pfalz verdeutlichen eindrucksvoll die nicht unerhebliche Höhe des Aufwandes für den Bereich der Mitarbeiterqualifizierung und Qualitätssicherung/-entwicklung. Eine detaillierte Erhebung, die einmalig für das Jahr 2003 durchgeführt wurde, ergab einen Wert von ca. 14 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Tag (vgl. Kapitel 6.3.2).

Viele Faktoren haben einen großen Einfluss auf die Höhe des Pflegezeitaufwandes und damit auf den Bereich der indirekten Pflege. Diese Einflussfaktoren wurden in Kapitel 7.3 dargestellt. Hervorzuheben ist, dass sich der Stand der Qualitätsentwicklung in den letzten Jahren deutlich verändert hat. Da sich die Einrichtungen an dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand orientieren und z. B. durch die nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) viele neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse für die Praxis verbindlich aufbereitet werden müssen, verändert sich dieser Anteil der Pflege.

Abgesehen von diesem notwendigen Aufwand für die Qualitätsentwicklung wird in der Altenpflegepraxis schon längere Zeit darüber diskutiert, ob der Aufwand für den *Nachweis* einer adäquaten Qualität noch angemessen ist. Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang vor allem auf die Fülle von Anforderungen bzw. Prüfkriterien, die im gewissen Maße eine entsprechende „Nachweispflicht“ durch das Management der einzelnen Einrichtung einschließlich der notwendigen Dokumentation nach sich zieht. Und Kritik wird (zurecht) an der noch häufig vorzufindenden Praxis geübt, dass sich die verschiedenen Prüforgane nicht/nicht ausreichend zu den Prüfinhalten abstimmen und dadurch bestimmte Kriterien „doppelt geprüft werden“. Genau genommen entsteht dadurch aber Bürokratie, die in der Regel keinen positiven/zusätzlichen Effekt auf die Pflege- und Betreuungsqualität hat. Die Auseinandersetzung mit diesbezüglichen Entbürokratisierungsmöglichkeiten ist bereits im Gange und sollte nach Meinung des KDA auch unbedingt fortgesetzt werden.

Abschließend kann festgestellt werden, dass alle theoretischen Überlegungen zur Pflege davon ausgehen, aber auch das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) in seinem § 2 festlegt, dass die „Leistungen der Pflegeversicherung [...] den Pflegebedürftigen helfen [sollen], trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht“. Pflege erbringt Dienstleistungen unter der Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit (vgl. § 79 SGB XI). Von daher sollen die Arbeitsabläufe so gestaltet sein, dass sie einen positiven Effekt für den älteren Menschen haben. Zentraler Bewertungsmaßstab ist die Ergebnisqualität der Pflege für die Bewohnerin/den Bewohner. Um eine gute Ergebnisqualität (Outcome) zu erreichen, kann es von Nöten sein, dass ein Altenheim einen hohen Aufwand im Bereich der Struktur- und Prozessqualität betreiben muss.

Man kann also *nicht* davon ausgehen, dass gute Pflege immer bedeutet, dass der Anteil der direkten Pflegeleistungen, z. B. auch der Interventionen, die in Sichtkontakt mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner erbracht werden, sehr hoch sein muss. Wesentlicher ist das Ergebnis der Pflege. Auch kann nicht generell abgeleitet werden, dass das umgekehrte Verhältnis, also ein hoher Anteil indirekter Pflegeleistungen, auf eine gute Ergebnisqualität schließen lässt. Vielmehr ist es notwendig, eine Gesamtbewertung der Pflegesituation bzw. der Einrichtung vorzunehmen.

Da die Pflege darüber hinaus auch nach dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand erbracht werden muss, ist der Anteil der Leistungen, die nicht im unmittelbaren Bewohnerbezug erbracht werden, in den letzten Jahren stetig angestiegen. Jeder neue nationale Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung (DNQP) bedeutet einen erhöhten Aufwand im Bereich der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Es müssen Mitarbeiterbesprechungen stattfinden. Sämtliche Abläufe im

Altenheim sind auf den neuen Expertenstandard hin zu untersuchen. Dieser hohe Aufwand im Bereich Qualitätsentwicklung rechnet sich aber sehr schnell, da die Ergebnisqualität z. B. im Bereich Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement und Sturzprophylaxe durch Anwendung neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse steigt. Auf lange Sicht geht also eine gute Ergebnisqualität nicht immer mit einem hohen Anteil direkter Pflegeleistungen einher.

Neben der Wirkung dieses gesteigerten Expertentums kann inzwischen belegt werden, dass viele nicht unmittelbar in Sichtkontakt der Bewohnerinnen und Bewohner erbrachten Leistungen, wie gut geführte Fallbesprechungen, eine gezielte und bedürfnisorientierte Interaktion mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner bewirken. Ebenfalls wird eine Koproduktion der Leistungen mit Hilfe der Angehörigen und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer im Bereich der direkten Pflege angestrebt. Um eine Steigerung der Pflegeergebnisqualität über diesen Weg zu erreichen, bedarf es eines gewissen Aufwands im Bereich indirekter Pflegeleistungen.

Auf viele indirekte Pflegeleistungen und auf Qualitätsentwicklungsbemühungen (die nicht dem Bereich der indirekten Pflege im Engeren zuzuordnen sind) darf und kann nach Einschätzung des KDA nicht verzichtet werden, denn dies würde zu einer Verschlechterung der Ergebnisqualität führen. Unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit einer Pflegeintervention ist sicherlich in vielen Altenpflegeeinrichtungen eine Überprüfung dahingehend sinnvoll und angezeigt, welche indirekten Pflegeleistungen ohne Qualitätsminderungen im Bereich der Ergebnisqualität reduziert werden können. Entsprechende Vorschläge reichen neben der bereits angesprochenen Betrachtung der Schnittstelle zwischen Pflege und Hauswirtschaft von der Entlastung der Pflegefachkräfte von pflegefremden Tätigkeiten, wie z. B. Hol- und Bringendienste bis hin zu Verkleinerungen der Organisationseinheiten im Heim, um Verantwortungsbereiche klarer zu strukturieren und Wegezeiten zu reduzieren. Im Zusammenhang mit den so genannten persönlichen Verteilzeiten helfen klare Pausenregelungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der dringenden Empfehlung, den Wohnbereich zu verlassen, unbegründet hohe Pausenzeiten bzw. eine „Zersplitterung“ von Pausen zu vermeiden. Grundsätzlich sollten auch die Arbeitsabläufe dahingehend hinterfragt werden, ob sie durchdacht und effizient sind. Zur Vermeidung eines überdurchschnittlich hohen Aufwands für indirekte Pflege tragen auch eine hochwertige Planung und Dokumentation der Pflege bei, da z. B. unnötige Wege und Absprachen vermieden werden können.

Im Ergebnis der Auswertung der vorhandenen Studien und Systeme wird es insgesamt für erforderlich gehalten, den Bereich der indirekten Pflege weiterhin und vor allem systematisch zu untersuchen. Für diese weiterführenden Untersuchungen sollte allerdings eine klar umschriebene Basis in Form einer abgestimmten Definition und Abgrenzung von indirekter Pflege geschaffen werden.

## 9.1 Literaturverzeichnis

### 9.1.1 Themenspezifische Literatur

**Berthou, A.:** Chorus 3. Messung des Pflegeaufwandes in Langzeitpflegeinstitutionen. Test der Methode PLAISIR im deutschen Sprachraum (in den schweizerischen Kantonen Bern und Freiburg sowie in einer Einrichtung in Deutschland). Schlussbericht Mai 1999, Lausanne, 1999

**Birkenbeil, B.; Kerkhoff, E.:** Qualitätssicherung und leistungsbezogene Personalbedarfsplanung in der stationären Altenhilfe, Köln, 1999

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.):** Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR. Vorbereitung und Dokumentation der Überprüfungsprozesse des Verfahrens PLAISIR zur Anwendung auf Landesebene, Berlin, 2003 ([www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de))

**Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.):** Wirkungen der Pflegeversicherung, München, 1999

**Busch, S.; Huchler, U.; Pfaff, A. B.:** Empirische Analyse von Betriebsabläufen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, in: Das Gesundheitswesen, 1997, Sonderheft 1, 42–48

**Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.):** Analytisches Konzept zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Pflegekategorien – Pflegegrundwert – Organisationsstruktur, Düsseldorf, 1989

**Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Diakonisches Werk der Evang. Kirche in Deutschland (Hrsg.):** Arbeitshilfe für eine bewohnerbezogene Erfassung der Leistungen gemäß § 43 SGB XI in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, Frankfurt (Main)/Stuttgart, 1997

**Dorenkamp, A.; Oyen, R.; Funke, M.; Zapp, W.:** Leistungsmessungen. Basis für den Aufbau einer Internen Budgetierung, in: Heim und Pflege, 1998 (3), 132–136

**Dürmann, P.: Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker, In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.):** Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker, Stuttgart, 2001 a

**Dürmann, P. (Hrsg.):** Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD), in: Besondere stationäre Dementenbetreuung, Hannover, 2001 b

**Endt, H. J. von:** PERSYS. Leistungsgerechte Pflegesätze für die stationäre Pflege. Modellrechnung für ein Pflegeheim mit 100 Plätzen. Projektbericht der evangelischen Heimstiftung e.V. Stuttgart, Stuttgart, 1999

**Gennrich, R.:** Dimensionen und Modelle angemessener Personalschlüssel in der stationären Altenhilfe unter besonderer Berücksichtigung der Fehlzeiten von Pflegemitarbeitern, Köln, 1993

**Heil, H. H.; Braamt, W.:** Modell einer Bewohnerkategorisierung mit Zeitwertermittlung im stationären Altenhilfebereich. Diplomarbeit am ÖTV-Fortbildungsinstitut für Berufe im Gesundheitswesen, Essen, 1989

**Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.):** Ist die Pflege überfrachtet? Problemkreis pflegefremde Tätigkeiten, Köln, 1994

**Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.):** Pflegezeitbedarf, Personalbemessung und Fachkraftanteil in vollstationären Einrichtungen. Dokumentation einer KDA-Fachtagung am 22. und 23. September 1999 im Wissenschaftszentrum Bonn-Bad Godesberg, Köln, 2000 a

**Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.):** Erforderlicher Pflegezeit- und Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen. Ergebnisse der Erprobung des Verfahrens PLAISIR in elf Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt. Dokumentation einer KDA-Fachtagung am 20. Juni im Logenhaus Berlin, Köln, 2000 b

**Landau, K.:** Tätigkeitskataloge in der Altenpflege. Instrumente zum Einsatz bei der Qualitätsdiagnostik, Bad Urach, 1995

**Landau, K.; Imhof-Gildein, B.; Schreiber, G.:** Wieviel Zeit kostet die Pflege?, in: *Altenheim*, 1993 (1), 8–15

**Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen (Hrsg.):** Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Düsseldorf, 2002

**Laaser, U.; Röttger-Liepmann, B.; Breckenkamp, J.; Herwig-Stenzel, E.:** Auswirkungen der 2. Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes auf die Versorgung im stationären Bereich der Altenhilfe, in: *Pflege*, 2000 (13), 4–8

**Mybes, U.:** Grundlagenprojekt „Pflegebedürftigkeit, Pflegeleistungen und Verteilung der Pflegearbeitszeit. Fallstudie in einer ausgewählten Altenpflegeeinrichtung“, Köln, 1995 (unveröffentlichter Projektbericht)

**Mybes, U.; Pfau, C.; Rückert, W.:** Zur Organisation pflegerischer Dienste in Altenpflege-/Altenkrankenheimen. Ergebnisse einer arbeitswissenschaftlichen Untersuchung (Schriftenreihe des BMFJFG, Band 82), Stuttgart, 1980

**Müller, L.:** „Teilweise erschütternd“. Schülerinnen untersuchen den Tagesablauf auf Station, in: *Altenpflege*, 1993, 512–515

**Neubauer, G.; Schallermair, C.:** Unterschiede im Leistungsgeschehen stationärer Altenpflegeeinrichtungen. Empirischer Befund und Erklärungsansätze, in: *Sozialer Fortschritt*, 1998 (7), 181–188

**Schäfer-Walkmann, S.:** Zeitverwendung und Zeitressourcen für pflegerische Tätigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe. Eine theoretische und empirische Untersuchung, München, 2002

**Schmidt, R.; Thiele, A. (Hrsg.):** Konturen der neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Band 4, Regensburg, 1998

**Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen (Hrsg.):** Instrumente zur Messung des Pflegeaufwands in Altersheimen und Akutspitälern, Lausanne, 1995

**Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser, Generalsekretariat (Hrsg.):** Leistungserfassung und Patientenkategorisierung in der Pflege. Eine Übersicht, Aarau, 1995

**Weißert, M.:** Zeitaufnahmen im Pflegebereich: Validität, Reliabilität, Zumutbarkeit, in: Pflegezeitschrift, 1994 (5), 287–290

**Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg:** Die Basis-Studie. Ein Beitrag zur Herleitung eines Verfahrens zur Hilfe-, Leistungs- und Personalbedarfsbemessung in der stationären Altenhilfe, ohne Jahr

**Zapp, W.; Funke, M.:** Messung der Pflegezeit. Voraussetzung für die interne Budgetierung, in: Heim und Pflege, 1998 (8), 324–328

**Zapp, W.; Funke, M.:** Pflegezeitmessungen zur Erfassung direkter und indirekter Pflegeleistungen. Arbeitspapier am Fachbereich Wirtschaft der Fachhochschule Osnabrück, Osnabrück, 1999 a

**Zapp, W.; Funke, M.:** Transparenz für das Leistungsgeschehen im Pflegedienst der stationären Altenpflege! Arbeitspapier am Fachbereich Wirtschaft der Fachhochschule Osnabrück, Osnabrück, 1999 b

## 9.1.2 Allgemeine und weiterführende Literatur

**Abt-Bachmann, K.:** Die Anwendung des Systems BAK in der Heimstätte Bärau. Seminarbericht, in: Huber, F. (Hrsg.): Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in der Geriatrie, Basel, 1995

**Assel, R.:** Pflegebedarf hat Klärungsbedarf. Annäherung an den Begriff und Diskussion auf der Grundlage einer Literaturarbeit, Mainz, 2001

**Bartholomeyczik, S.:** Pflegezeitmessung als Grundlage für die Pflegestufen, in: Kardorff, E. von; Kondratowitz, H.-J. von (Hrsg.): Personalbemessung in der Altenhilfe, Regensburg, 2002

**Bartholomeyczik, S.:** Wie notwendig ist eine analytische Personalbemessung? Zu den Zusammenhängen zwischen Personal- und Bewohnerstruktur in Altenpflegeheimen, in: Pflegepädagogik, 2003 (6), 73–81

**Bartholomeyczik, S.:** Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit. Konzeptentwicklung, Operationalisierung und Konsequenzen, in: Pr-InterNET, 2004 (7/8), 389–395

**Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D.:** Erforderliche Pflege. Zu den Grundlagen einer Personalbemessung, in: Pflege & Gesellschaft, 2000 (4), 105–109

**Bürgi, P.:** Bewohner – Arbeit – Kosten (BAK), in: Huber, F. (Hrsg.): Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in der Geriatrie, Basel, 1995

**Burzeja, J.:** Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Zur Beurteilung der Personalbemessung“, in: Heimaufsicht stärken, Frankfurt a. M., 2000

**Dürmann, P.:** Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker, in: Tackenberg, P. (Hrsg.): Demenz und Pflege, Frankfurt a. M., 2000 a

**Dürmann, P.:** Pflegezeitbedarf für die besondere stationäre Dementenbetreuung. Ergebnisse des Leistungsvergleiches vollstationäre Versorgung Demenzkranker, in: Personalanhaltszahlen in stationären Pflegeeinrichtungen, Kiel, 2000 b

**Dürmann, P.:** Pflegezeitbedarf für Demenzkranke. Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker, in: Gemeinsam Handeln, Berlin, 2003

**Federhofer, R.:** Pflegezeitbemessung in der häuslichen Pflege. Dokumentation und Pretest des Methodeninventars. Diplomarbeit am Institut für Haushalts- und Konsumökonomie der Universität Hohenheim, Altbach, 1999

**Gennrich, R.:** Zur Beurteilung der Personalbemessung, in: Heimaufsicht stärken, Frankfurt a. M., 2000

**Graf, K.:** Personalbemessungskriterien für geronto-psychiatrische Einrichtungen, in: Füsken, I. (Hrsg.): Verwirrtheit, Inkontinenz, Pflege, Gelsenkirchen, 1989

**Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS) (Hrsg.):** Wissenschaftliche Begleitforschung im Modellprojekt Pflege der Profis. Abschlussbericht an das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, Augsburg, 2004

**Kardorff, E. von; Kondratowitz, H.-J. von (Hrsg.):** Personalbemessung in der Altenhilfe. Wissenschaftliche, praxisbezogene und sozialpolitische Verständigungsversuche, Regensburg, 2002

**Kellmayer, M.:** Personalbedarfsplanung in der ambulanten Kranken- und Altenpflege von Sozialstationen auf der Grundlage eines klientenorientierten Konzeptes. Pflegesituation und häusliches Umfeld als wesentliche Determinanten des Mitarbeiterbedarfs, Hamburg, 1998

**Kellmayer, M.; Mayer, B.; Wohlleber, C.:** Methodische Vorgehensweise und ausgewählte Ergebnisse der Erhebung des Diakonischen Werkes zur Ermittlung von Zeitwerten für die ambulante Pflege, in: Zeitbedarf für die Pflege älterer Menschen, Köln, 1997

**Lange, F.:** Formeln und Berechnungen für Pflegedienstleistungen. Arbeitszeitberechnungen, Pflegepersonalbedarfsermittlungen, statistische Berechnungen. Lehrbuch für Unterricht und Praxis, Melsungen, 1995

**Meyer, J. A.:** Probleme der Pflegeleistungsbemessung in der ambulanten Pflege. Alternativen zum Leistungskomplexsystem, in: Pflege und Gesellschaft, 1997 (2), 13–19

**Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen Baden-Württemberg (Hrsg.), verf. von:** Landau, K.; Imhof-Gildein, B.; Schreiber, G.: Beanspruchung des Pflegepersonals, Stuttgart, 1991

**Mybes, U.:** Optimierungspotenziale der Pflegedokumentation, in: Pflege aktuell, 2005 (2), 86–90

**Schaffert, H. W.; Dierbach, O.:** Zeiterfassung des Pflegebedarfs Demenzkranker. Vergleichende Erhebung über den Zeitbedarf ausgewählter Pflegeabläufe bei dementiell Erkrankten, Essen, 1998

**Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen (Hrsg.):** Messung des Arbeitsaufwands. Hilfe und Pflege zu Hause in der Westschweiz, in Bern und im Tessin, Lausanne, 1996

**Sowinski, C.:** Fluch alter Fehler. Pflegerisches Selbstverständnis im Wandel der Zeit, in: Forum Sozialstation, 2004 a (4), 22–23

**Sowinski, C.:** Gute Pflege – schlechte Pflege. Erläuterungen zum Poster „Stufen der Pflegequalität“, Köln, 2004 b

**Sozialministerium Baden-Württemberg:** Landespflegetag 2000. Wie viel Pflege braucht der Mensch – Wie viel Mensch braucht die Pflege. Zukünftiger Stellenwert von Personalbemessungssystemen für die Pflegepraxis. Tagungsband, Stuttgart, 2000

**Stahlkopf, D.:** Ambulante Komplexleistungsprogramme. Produktbeschreibung und Personalbemessung, in: Kruckenberg, P. (Hrsg.): Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Tagungsbericht, Köln, 1997

**Wohlleber, C.; Frank-Winter, A.; Kellmayer, M.:** Leistungen und Kosten von Sozialstationen, Gerlingen, 1991

**Zimber, A.; Albrecht, A.; Weyerer, S.:** Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege. Auswirkungen der Pflegeversicherung, in: Zimber, A.; Weyerer, S. (Hrsg.): Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Göttingen, 1999

## 9.2 Übersicht über ausgewählte Untersuchungen und Verfahren



Schäfer-Walkmann		PLAISIR		Landau u. a.		Mybes		Mybes, Pfau, Rückert	
Management und Administration									
Dokumentation • Pflegeplanung • Pflegedokumentation • Sonstige Dokumentation	601	Erstellen/Aktualisieren der Pflegeplanung <sup>4</sup> Führen der Pflegedokumentation, z.B. Pflegebericht, Leistungsnachweis <sup>9</sup> Bearbeitung und Übermittlung von Berichten (Erfassung der Bewohner, Kontrollformular der Betäubungsmittel)	A6 <sup>5</sup> A7 B3 <sup>10,11</sup>	Pflegeplanung Schreibarbeiten • Patientendokumentation Schreibarbeiten • Berichte schreiben	610 (V) <sup>6</sup> 622 (V) 623 (V)	Pflegedokumentation Pflegeplanung Protokolle, Arbeitspläne, Checklisten Ablage Routine-Schreibarbeit	601 (O/A) <sup>7</sup> 602 (O/A) 607 (O/A) 609 (O/A) 616 (O/A)	Führen von Krankenblättern, Stationsbuch und sonstigen Listen	98 (O) <sup>8</sup>
Verwaltung • Bestellungen, Leistungsanforderungen • Antragstellung Bewohnerin • Regelungen von Abwesenheitszeiten	602	Kommunikation mit den anderen Diensten und Bestellungen (Wäsche, Hausdienst) Aufräumarbeiten des Stationszimmers, einschließlich der Bestellung der administrativen Formulare und die Ergänzungen auf der Informationstafel	B4 C1 <sup>12</sup>	Schreibarbeiten • Anforderung von Medikamenten, Speisen, Material • Routineanforderungen • Reparaturzettel	624 (V)	Bestellung	431 (V)	Bestellungen Vorbereiten Rezepte	96 (O) 97 (O)
Organisation • Dienstpläne • Dienstbesprechungen • Teambesprechungen • Übergabe	603	Kommunikation mit den anderen Dienst-, Wohn-/Pflegebereichen, Fachkräften Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal des Wohnbereiches [z.B. gemeint: Dienstübergaben] Tägliche Gesamtorganisation des Wohn-/Pflegebereiches	A2 A3 A1 B1	Schreibarbeiten • Dienstpläne erstellen Personaleinsatzplanung • Erstellen von Dienstplänen • Besprechung des Dienstplans • Übergabe • Stationsleitungssitzung Dienstgespräche Telefonate	621 (V) 640 (V) 630 (V) 720 (AT) 710 (AT)	Dienst- und Urlaubspläne Dienstübergabe Sonstige wohnbereichsinterne Besprechungen Bereichsübergreifende Besprechung Gespräche mit Externen	608 (O/A) 603 (O/A) 604 (O/A) 608 (O/A) 606 (O/A)	Erstellen von Dienstplänen Dienstliche Gespräche (auch telefonisch)	95 (O) 94 (O)

Schäfer-Walkmann		PLAISIR	Landau u. a.	Mybes	Mybes, Pfau, Rückert		
<b>Management und Administration</b>							
Aus-, Fort- und Weiterbildung • Schulung • Supervision • Beurteilung • Seminare, Vorträge • Gremien, Arbeitskreise	604	Keine Entsprechung im Bereich „indirekte Pflege“, sondern Berücksichtigung über den so genannten Faktor „r“	Anleitung von Personal, Aus- und Fortbildung • Neue Mitarbeiter einweisen • Dieser Code kann auch zusätzlich vergeben werden, wenn gleichzeitig eine andere Tätigkeit ausgeführt wird, z.B. 207/670: Einweisen in Dekubitusversorgung	670 (V)  Anleitung, Einarbeitung, praktische Ausbildung  Fortbildung, Supervision  Mitarbeitergespräch	701 (S)  702 (S)  703 (S)	Anleitung und Unterweisung von Mitarbeitern  Anleitung von Patienten	102 (A/U)  103 (A/U)
Arbeitsunterbrechungen • Persönliche Verteilzeit • Pausen	605	Keine Entsprechung im Bereich „indirekte Pflege“, sondern Berücksichtigung über den so genannten Faktor „r“	Arbeitsunterbrechungen (ohne reguläre Arbeitspausen) • Persönliche Bedürfnisse • Unterbrechung durch Kollegen • Warten auf Kollegen oder Vorgesetzte • Störungen an Geräten  Reguläre Pausen	770 (AT)  780 (AT)	704 (S)  705 (S)	Persönliche Verteilzeit	107
<b>Station</b>							
Wohnumfeldgestaltung • Zimmerwechsel • Heimeinzug • Heimauszug • Dekorieren, ausschmücken	701	Herrichten des Bettes/Zimmers für neue Bewohner (soweit pflegerelevant, z.B. Antidekubitusmatratze, Lagerungshilfen, Pflegeutensilien) <sup>13</sup>	Aufnahme/Entlassung • Aufnahme- und Entlassungsgespräch • Information • Personal Bewohner vorstellen  Versorgung von Toten • Angehörige/Arzt informieren • Richten, Nachsorge	180 (GP)  190 (GP)	411 (H) 412 (H) 413 (H)	Sterben • Nachlassverfahren	84
				Information, Beratung Organisation Beziehen, Verlassen des Zimmers  Verlegung ins Krankenhaus	614 (O/A)		

Schäfer-Walkmann	PLAISIR	Landau u. a.	Mybes	Mybes, Pfau, Rückert	
<b>Station</b>					
<b>Materialwirtschaft</b> • Desinfektion, Wartung und Instandhaltung Geräte/ Instrumente • Umgang mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln	702  Überprüfung des therapeutischen Materials: Tablett für (i.v.) Injektionen, Verbandswagen	C2  Reinigen, Entkalken, Desinfizieren, Aufräumen von Instrumenten bzw. Geräten, Pflegewagen  → siehe auch 320	310 (ST)  Instrumente und Geräte  Hilfsmittel  Pflegehilfsmittel	521 (A/R) 522 (A/R) 612 (O/A)  611 (O/A)	84  Sterben • Nachlassverfahren
<b>Hauswirtschaft</b>					
Reinigungs-, Aufräumungs- und Entsorgungsarbeiten • Reinigung Pflegehilfsmittel und Gebrauchsgegenstände • Reinigen Bewohnerzimmer • Aufräumen Pflegehilfsmittel und Gebrauchsgegenstände • Aufräumen Bewohnerzimmer • Reinigen Station • Aufräumen Station • Abfallbeseitigung	301  Aufräumarbeiten des Wohn-/Pflegebereiches, d. h. der Wäsche, des Fäkalienraumes, des Abstellraumes, des Arzneimittelschranks, des Behandlungs-/Verbandszimmers  Kontrolle der Pflege und der Räumlichkeiten	C4  Reinigungs- und Aufräumarbeiten • Bettgestell, Nachttisch, Waschbecken, Toilettenablässe, Kleiderschrank • Tischdecke wechseln	410 (HW)  Direkte Wohnumgebung der Bewohner/-innen  Aufräumen in Funktions- und Arbeitsräumen	523 (A/R)  524 (A/R)  525 (A/R)	25m(R)  Ausleeren und Reinigen von Bettpfannen und Urinflaschen  Aufräumen Tägliche Raumpflege Grundreinigung Räume Persönliche Dinge der Bewohner Transportieren Müll

Schäfer-Walkmann		PLAISIR		Landau u. a.		Mybes		Mybes, Pfau, Rückert	
Hauswirtschaft									
Speisenversorgung •Speisen/Getränke zubereiten •Speisen/Getränke aussteilen, holen und einsammeln •Speisen/Getränke sachgerecht verstauen •Essgeschirr reinigen und aufräumen	302	Verteilen der Getränke Vorbereiten und Aufräumen des Wagens für die Zwischenmahlzeiten → siehe auch D3	C6 C7	Speisenversorgung •Servieren und Abräumen  Speisenversorgung •Getränke aussteilen  Essenszubereitung •Zubereitung kleiner Gerichte, aufwärmen  Geschirrrreinigung	161 (GP)  164 (GP)  420 (HW)  430 (HW)	Verpflegungstransporte  Zubereiten, Regenerieren  Feinportionieren  Servieren und Abräumen  Verteilen von Getränken  Geschirr- und Besteckreinigung	432 (V)  433 (V)  434 (V)  435 (V)  436 (V)  439 (V)	Zubereiten Sonderkost, Breikost, Getränke  Tabletts vorbereiten  Tisch decken  Aussteilen Essen und Getränke  Abräumen Essgeschirr  Reinigen Essgeschirr  Transportieren Essen und Getränke	7 (S)  8 (S)  9 (S)  10 (S)  11 (S)  12 (S)  13 (S)
Wäscheversorgung • Beschaffen von Wäsche, Kleidern und Schuhen • Verräumen, Pflege und Reinigung von Wäsche, Kleidern und Schuhen • Herstellung und Reparatur von Wäsche, Kleidern und Schuhen	303	Abtransport der Schmutzwäsche, Vorbereitung der Krankentragen → siehe auch D3  Sauberhalten der Kleidung der Bewohner	C8 C9	Versorgung von Wäsche • Kleider und Wäsche verteilen, einräumen, aussortieren • Schuhpflege • Wäschewagen bereitstellen → siehe auch 320	440 (HW)	Schmutzwäscheabholung  Frischwäscheverteilung  Wäsche Transporte  Diverse Wäschepflegeaufgaben	511 (W)  512 (W)  513 (W)  514 (W)	Wäsche holen, bringen  Sortieren  Wäsche waschen, Vorwaschen auf Station  Bügeln, Nähen	18 (W)  19 (W)  20 (W)  21 (W)

Schäfer-Walkmann	PLAISIR	Landau u. a.	Mybes	Mybes, Pfau, Rückert
<b>Hauswirtschaft</b>				
Sonstige Hauswirtschaft • Blumen- und Pflanzen- pflege • Einkäufe • Kleinreparaturen • Haustiere	304 Zu Einkäufen: siehe D3	Sonstige hauswirtschaftliche Tätigkeiten • Blumenpflege	450 (HW)	Sonstige hauswirtschaft- liche Arbeiten
				530
				31 Reinigungsarbeiten • Sonstige Hausarbei- ten, Blumenpflege und sonstige Trans- porte
<b>Behandlungspflege</b>				
Visitenbegleitung • Begleitung Arztvisite • Begleitung Therapeuten/ Sonstige	202 Kommunikation mit den Ärzten <sup>14</sup>	A4 Visite • Arztvisite • Pflegevisite	219 (BP)	Arztbesuch
				219 (SP)
				71 Medizinische Behand- lung • Begleiten Arzt bei Visite
<b>Soziale Einzelbetreuung</b>				
Angehörigenarbeit • Gespräche mit Angehör- igen • Gespräche mit anderen Bezugspersonen	402 Kommunikation mit den Angehörigen <sup>15</sup>	A5		Gespräche mit Angehö- rigen
				302 (B/A)
				92 Kontaktpflege mit den Bewohnern Naheste- henden (Sprechen mit Ange- hörigen, Freunden)

Schäfer-Walkmann		PLAISIR		Landau u. a.		Mybes		Mybes, Pfau, Rückert	
soziale Einzelbetreuung									
Hilfeleistungen • Begleitung • Transporte • Botendienste • Finanzangelegenheiten, Barbetragverwaltung	404	Wegstrecken innerhalb des Wohn-/Pflegebereiches mit oder für den Bewohner <sup>6</sup> • Bewohner zum Untersuchungszimmer des Wohnbereiches begleiten • für eine Pflegeverrichtung ins Zimmer gehen und zurück • etwas ins Zimmer hineinbringen oder herausnehmen • auf die Klingel antworten <sup>7</sup>	D1 <sup>18</sup>	Transporte und Botendienste • Transportieren von gehbehinderten Bewohnern zu Gottesdienst, Fußpflege, Krankengymnastik o.Ä. • Durchführung von Botengängen • Hol- und Bringendienste	660 (V)	Begleitung/Besorgung außer Haus	304 (B/A)	Unterwegs ohne Transporte und dienstlich bedingte Wartezeiten	105
		Wegstrecken innerhalb des Wohn-/Pflegebereiches nicht mit und nicht für einen bestimmten Bewohner [z.B. Weg vom Dienstzimmer in den Materialraum]	D2	Dienstlich im Haus unterwegs • falls nicht Arztvisite oder Transporte und Botendienste	730 (AT)	Behördliche Angelegenheiten	305 (B/A)	Transporte/Wege: siehe auch 13, 18, 30	99
		Wegstrecken außerhalb des Wohn-/Pflegebereiches nicht mit und nicht für einen bestimmten Bewohner, z.B. verschiedene Botengänge innerhalb der Einrichtung, Material oder Wäsche holen	D3	Dienstliche Wege außer Haus • Erledigung für Bewohner einschließlich Wartezeit	740 (AT)	Geldverwaltung	613 (O/A)	Organisationsaufgaben • Taschengeldverwaltung	
		Wegstrecken außerhalb des Wohn-/Pflegebereiches mit dem Bewohner [vgl. Fußnote <sup>13</sup> ]	D4	Geldverwaltung • Geld ausbezahlen • Quittung schreiben • Abrechnen	650 (V)	Botengang im Haus	615 (O/A)		
				Hilfeleistungen • Zeitung bringen • Kalenderblatt abreißen • Brief für Bewohner schreiben • Telefongespräch ermöglichen • Hilfestellung beim Rauchen	750 (AT)	Dienstgang außer Haus	617 (O/A)		

4 im Original: Pflegeplan erstellen und Messung der PRN- Pflegeintensität  
5 A = „bewohnerferne“ Kommunikation; im Original: Bewohnerbezogene Kommunikation = BBK; Verbale und schriftliche Kommunikation des Pflegepersonals, die untereinander, mit anderen Fachkräften, mit anderen Diensten, mit der Familie des Bewohners [und anderen Bezugspersonen] geführt wird  
6 V = Verwaltung; AT = Allgemeine Tätigkeiten; ST = Stationsbezogene Tätigkeiten; HW = Hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Aufträgen; CP = Grundpflege; BP = Behandlungspflege  
7 O/A = Organisation und Administration; S = Sonstiges; A/R = Auftrags- und Reinigungsarbeiten; V = Verpflegung; W = Wäscherversorgung; B/A = Betreuung und Aktivitätenbegleitung; H = Hilfe beim Einzug, Umzug, Auszug; SP = Spezielle Pflege  
8 O = Organisationsaufgaben; AU = Anleitung/Unterweisung; R = Reinigungsarbeiten; S = Speiserversorgung; W = Wäscherversorgung; MB = Medizinische Behandlung  
9 im Original: Pflegebericht und Schreibarbeit in der Bewohnerakte  
10 B = D = Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken = VJAW; alle sonstigen Aktivitäten, außer den Pflegeaktivitäten und der „bewohnerfernen“ Kommunikation, die vom Pflegepersonal durchgeführt werden und Aktivitäten, die für den reibungslosen Ablauf des Pflegebereiches nötig sind und die nicht einem bestimmten Bewohner zugeordnet werden können  
11 B = VJAW-Teilbereich „Verwaltungsaktivitäten“  
12 VJAW-Teilbereich „Instandhaltungsaktivitäten“ (regelmäßige Instandhaltung des Wohn-/Pflegebereiches)  
13 im Original: Desinfizieren der Betten, Tische, Geräte und des Kleinfurnier nach der Entlassung/Verlegung, einschließlich Bett neu beziehen und alles für den neuen Bewohner herrichten  
14 im Rahmen der „normalen“ Visite, ohne Assistenz bei Untersuchungen [„direkte“ Pflegeaktion 9430] oder Maßnahmen [„direkte“ Pflegeaktion 9440]; außerdem: nicht explizit aufgeführt, aber auch gemeint: Kommunikation mit anderen Bezugspersonen  
15 alltägliche/„normale“ Kommunikation; ohne Vorliegen eines erlebten Problems; vergleichbare Abgrenzung zur Pflegeaktion 520 „Hellende Beziehung mit Angehörigen“; außerdem: nicht explizit aufgeführt, aber auch gemeint: Kommunikation mit anderen Bezugspersonen  
16 Laut der Beschreibung sind auch Wegstrecken mit dem Bewohner gemeint, in PLAISIR-Schulungen wurde allerdings vermittelt, dass Wege mit dem Bewohner als direkte Pflegeleistungen im Bereich „Sich bewegen können“ erfasst werden [Pflegeaktionen 4030 „Gehen mit Hilfe“ und 4040 „Rollstuhl schieben“].  
17 Weg ins Zimmer und zurück, wenn der Bewohner klingelt; Abgrenzung zur Leistung 9010 „Beobachten“ beachten  
18 D = VJAW-Teilbereich „Wegstrecken“; ausgeschlossen sind Begleitungen des Bewohners außerhalb der Einrichtung [z.B. in die Arztpraxis]

## 9.3 Einzelwerte und Berechnungsgrundlage der Zeitschätzung in der Einrichtung 1

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Nr.	PLAISIR- Beschreibung	Minuten/ Bew./ Tag	Erläuterung
<b>„Bewohnerferne“ Kommunikation (im Original: Bewohnerbezogene Kommunikation = BBK)</b>			
1	Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal des Wohnbereiches	10,50	Übergabe ND – FD: 15 min x 5 Mitarbeiter/-innen = Übergabe FD – SD: 45 min x 6 Mitarbeiter/-innen = Übergabe SD – ND: 15 min x 5 Mitarbeiter/-innen =  Übergabe (inkl. Fallbesprechungen) gesamt 420 min : 40 Bew. = 10,50 min
2	Kommunikation mit den Ärzten	1,55	Arztvisite (mit Anwesenheit 1 Pflegeperson): 1x 14-tägig bei jedem Bewohner, ca. 10 min/Bew.: 10 min : 14 Tage = Telefonate mit Arztpraxis (v. a. wegen Rezeptierung): 1x/Woche ca. 5 min : 7 = Visite von Fachärzten (z.B. Psychiatern): 1x/Monat für ca. 10 Bew., je Bew. ca. 15 min : 10 Bew. x 15 min : 30 Tage : 40 Bew. =
3	Kommunikation mit den anderen Diensten, Wohn-/Pflegebereichen, Fachkräften	0,22	Keine reguläre bereichsübergreifende Besprechung mehr zwischen Pflege, Hauswirtschaft u. Verwaltung, da in der kleinen Einrichtung „kurze Dienstwege“ möglich = Kommunikation mit Wundtherapeut/-in (bei Dekubiti, Ulcera etc.): 1x/Woche ca. 15 min für ca. 1 Bew. (Jahresdurchschnitt): 15 min : 7 Tage : 40 Bew. = Kommunikation mit Fußpflege: fast alle Bew. „1x/Monat“, tatsächlich: 2 „Tage“/Monat, Infogespräch je am Ende des Tages ca. 10 min: 2 x 10 min : 30 Tage : 40 Bew. = Kommunikation mit Physiotherapie: 5–10 Bew. (Durchschnitt: 7,5 Bew.), 2x/Woche je ca. 2 min: 7,5 Bew. x 2 x 2 min : 7 Tage : 40 Bew. = Kommunikation mit Logopädie: 1 Bew. 2x/Woche je 5 min: 1 Bew. x 2 x 5 min : 7 Tage : 40 Bew. =
4	Kommunikation mit den Angehörigen [auch andere Bezugspersonen, Betreuer/-innen]	0,36 <sup>19</sup>	Erfahrungswert: ca. 1/4 der Angehörigen benötigt zeitlich aufwendige Zuwendung: 10 Angehörige x 10 min/Woche: 10 x 10 : 7 Tage : 40 Bew. =
<b>Zwischensumme 1 bis 4 (Kommunikation)</b>			
5	Erstellen/Aktualisieren der Pflegeplanung (im Original: Pflegeplan erstellen und Messung der PRN- Pflegeintensität)	1,97 <sup>19</sup>	PP-Erstellung ca. 3-4 h, PP-Überarbeitung ca. 2-3 h; Aktualisierung pro Bew. 1x/Quartal: 3h (Mittelwert Erstellung/Überarbeitung) x 60 min x 4 : 365 =
6	Führen der Pflegedokumentation, z.B. Pflegebericht (im Original: Pflegebericht und Schreibarbeit in der Bewohnerakte)	1,00 <sup>19</sup>	5 min/pro Mitarbeiter/-in pro Schicht, bei insgesamt 8 Pflegepersonen/Tag (3 Schichten): 5 min x 8 PP : 40 Bew. =
7	Leistungsnachweis (bei PLAISIR nicht gesondert aufgeführt, sondern Bestandteil von „Pflegedokumentation“)	9,00 <sup>19</sup>	3 min/Bew./Schicht, bei 3 Schichten: 3 min x 3 =

Nr.	PLAISIR- Beschreibung	Minuten/ Bew./ Tag	Erläuterung
<b>„Bewohnerferne“ Kommunikation (im Original: Bewohnerbezogene Kommunikation = BBK)</b>			
	Zwischensumme 5 bis 7 (Pflegedokumentation und Pflegeplanung)	11,97	
8	Qualitätsmanagement, Pflegevisite (bei PLAISIR kein explizit ausgewiesener Bestandteil von BBK/VIAW)	3,50 <sup>19</sup>	Pflegevisite: alle Bewohner Ix/ Quartal, PDL = 2,5 h (Pflegevisite u. Überprüfung Pflegedokumentation u. Pflegeplanung); Pflegemitarbeiter/-in = 2,5 h (Pflegevisite u. „Aufarbeitung“); 5 h x 4 (Pflegevisiten/Jahr/ Bew.: 20 h x 60 min : 365 Tage = Wundvisite (Dekubiti, Ulcera etc.); 2x/ Woche je 30 min bei ca. 1 Bew. (im Jahresdurchschnitt); 60 min/ Woche : 7 Tage : 40 Bew. =
9	Qualitätszirkel (bei PLAISIR kein Bestandteil von BBK/VIAW, sondern Anrechnung beim Faktor „r“ im Sinne von „Ausfallzeit“ durch Fortbildung)	0,37 <sup>19</sup>	Treffen von 4 Heimen: 1 Pflegeperson/Heim, 1x 14-tägig ca. 1,5 h: 90 min : 14 Tage : 40 Bew. = Ausarbeitung diverser Unterlagen: 1 Pflegeperson/ Heim, 1x 14-tägig ca. 2,0 h: 120 min : 14 Tage : 40 Bew. =
	Zwischensumme 8 und 9 (Qualitätssicherung)	3,87	
	Summe BBK	28,47	
<b>Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten und Wegstrecken (VIAW)</b>			
<b>Verwaltungsaktivitäten:</b>			
10	Tägliche Gesamtorganisation des Wohn-/ Pflegebereiches	0,64	Geschätzte 3 h/ Woche: 3 h x 60 min : 7 Tage : 40 Bew. =
11	Kommunikation mit der Pflegedienstleitung (Abwesenheiten melden, Bericht erstatten über Unfälle/Zwischenfälle)	0,75	Sowohl Gespräch PDL mit 1 Pflegeperson als auch PDL mit mehreren Pflegepersonen sowie Mitarbeitergespräch (aber ohne Übergabe und Pflegevisite); durchschnittlich 15 min/Tag bezogen auf durchschnittlich 1 Pflegeperson: 15 min x 2 Personen (PDL+PP) : 40 Bew. =
12	Kontrolle der Pflege und der Räumlichkeiten	0,20	Interpretation der Einrichtung: Kontrolle und ggf. Aufräumen der Bewohnerzimmer; Schätzung: 8 min/Tag : 40 Bew. =
13	Bearbeitung und Übermittlung von Berichten (Erfassung der Bewohner; Kontrollformular der Betäubungsmittel)	0,25	Interpretation der Einrichtung: vor allem Tätigkeiten im Zusammenhang mit Heimaufnahme: 2 h Gespräch mit Bewohner/-in u. Angehörigen + 2 h Dokumentation + 1 h sonstige Tätigkeiten; bei ca. 12 Heimaufnahmen/ Jahr: 5 h x 60 min x 12 Bew. : 365 Tage : 40 Bew. =
14	Bestellungen (Wäsche, Hausdienst)	0,05	Bestellung von Wäsche, Inkontinenzmaterial, Pflegeartikel etc.: 15 min/ Woche : 7 Tage : 40 Bew. =
	Zwischensumme 10 bis 14 (Verwaltung)	1,89	

Nr.	PLAISIR- Beschreibung	Minuten/ Bew./ Tag	Erläuterung
<b>Instandhaltungsaktivitäten:</b>			
15	Die regelmäßige Instandhaltung des Wohn-/Pflegebereichs: Vorbereitung der Krankenträger, Abtransport der Schmutzwäsche, Verteilen der Getränke	0,00	Keine Anrechnung, da Schmutzwäschetransport und Verteilen Getränke fast ausschließlich durch Zivildienstleistenden erfolgt, der speziell mit diesen und anderen Aufgaben betraut ist, bzw. Bestandteil von Leistung 10 „tägliche Gesamtorganisation des Wohn-/Pflegebereichs“: = 0,00 min
16	Vorbereiten und Aufräumen des Wagens für die Zwischenmahlzeiten	0,08	Beansprucht nur ca. 3 min/Tag: 3 min : 40 Bew. = 0,08 min
17	Desinfizieren der Betten, Tische, Geräte und des Kleinmaterials nach der Entlastung/Verlegung, einschließlich Bett neu beziehen und alles für den neuen Bewohner herrichten.	0,05	Betrifft ca. 12 Bew./Jahr; je 1 h: 1 h x 60 min x 12 Bew. : 365 Tage : 40 Bew. = 0,05 min
18	Aufräumarbeiten des Wohn-/Pflegebereichs: d. h. der Wäsche, des Fäkalienraumes, des Abstellraumes, des Arzneimittelschranks, des Behandlungs-/Verbandszimmers	0,43	Schätzung: ca. 2 h/Woche: 2 h x 60 min : 7 Tage : 40 Bew. = 0,43 min
19	Überprüfung des therapeutischen Materials: Tablett für Injektionen, Verbandswagen	0,25	Schätzung: ca. 10 min/Tag: 10 min : 40 Bew. = 0,25 min
20	Überprüfen des Notfallmaterials	0,01	Alle 4 Wochen ca. 15 min : 10 min : 30 Tage : 40 Bew. = 0,01 min
21	Sauberhalten der Kleidung der Bewohner	0,25	Betrifft nur Spezialbody's u. Umhängeservietten; Befüllen u. Entleeren der Waschmaschine, Zusammenlegen der Wäsche: ca. 10 min/Tag: 10 min: 40 Bew. = 0,25 min
22	Medikamente stellen (bei PLAISIR kein Bestandteil von BBK/VIAW, sondern der direkten Pflege zugehörig)	1,93 <sup>19</sup>	Medikamentenrichtern u. Bestellungen per Fax: 3x 3h/ Woche: 3 x 3 h x 60 min : 7 Tage : 40 Bew. = 1,93 min
	<b>Zwischensumme 15 bis 22 (Instandhaltung)</b>	<b>3</b>	
	<b>Summe VIAW</b>	<b>4,89</b>	
	<b>Gesamtsumme</b>	<b>33,36</b>	
	<sup>19</sup> Stellt gemäß Vorschlag in Kapitel 5 Anteil von direkter Pflege dar.		

## 9.4 Bei der exemplarischen Fallstudie (Zeitmessung) eingesetzter Tätigkeitenkatalog

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Code	Kategorie/Tätigkeit
<b>100</b>	<b>Dokumentation</b>
110	Mittelbar bewohnerbezogene Dokumentation (z. B. Protokolle, Arbeitspläne, Checklisten, Ablage, „Routine-Schreibarbeit“)
120	Unmittelbar bewohnerbezogene Dokumentation
121	Pflegeplanung
122	Pflegedokumentation
<b>200</b>	<b>Kommunikation (auch Telefonate)</b>
210	Kommunikation zwischen den Pflegenden des Wohn-/Pflegebereiches
211	Übergabe
212	Dienstbesprechungen
213	Teambesprechungen
214	Informationsaustausch zwischen den Pflegenden (während der laufenden Schicht)
220	Kommunikation mit der Pflegedienstleitung und/oder der Heimleitung (z. B. Abwesenheit melden, Bericht erstatten über Unfälle/Zwischenfälle, Mitarbeitergespräch)
230	Kommunikation mit anderen internen Diensten, Wohn-/Pflegebereichen, Fachkräften (außer Besprechungen, z. B. mit Hausmeisterei, Küche, Verwaltung)
240	Andere wohnbereichsübergreifende Besprechungen (z. B. Leitungssitzung, Morgenrunde, Frühbesprechung)
250	Kommunikation mit Externen (z. B. Arzt, Fußpflege, Friseur, Krankengymnastik)
251	Mittelbar bewohnerbezogen (z. B. genereller Informations-/Wissensaustausch)
252	Unmittelbar bewohnerbezogen (z. B. Arztvisite)
<b>260</b>	<b>Kommunikation mit Angehörigen u. anderen Bezugspersonen d. Bew. (z. B. Betreuer)</b> („unmittelbar bewohnerbezogen“)
261	Pflegende ruft an bzw. spricht an
262	Pflegende wird angerufen bzw. angesprochen
<b>300</b>	<b>Organisation, Administration</b>
310	Dienstpläne und Stundennachweise erstellen sowie Änderungen vornehmen
320	Urlaubspläne erstellen sowie Änderungen vornehmen
330	Beurteilung erstellen und besprechen
340	Tägliche Gesamtorganisation des Wohn-/Pflegebereiches (inkl. Organisation im Rahmen der Umsetzung des Pflegesystems)
350	Bestellungen, Leistungsanforderungen (z. B. Anforderung von Speisen, Material; Reparaturzettel)
<b>400</b>	<b>Medikamentenversorgung (außer Vergabe/Verabreichung von Arzneimitteln)</b>
410	Bestellung von Medikamenten und Medizinprodukten
420	Aufräumen in Medikamentenschränken und von Medikamententabletts
430	Vorbereiten von Medikamenten
431	Vorbereiten von festen oralen Medikamenten in Wochen-/Tagesdispenser

Code	Kategorie/Tätigkeit
432	Umschütten fester oraler Medikamente von Wochen-/Tagesdispensern in Tropfenbecher (auch: Verteilen der Tropfenbecher von Wochentablets auf Tablett pro Vergabezeitpunkt)
433	Vorbereiten von flüssigen oralen Medikamenten in Tropfenbecher
434	Realisieren von Medikationsänderungen (Nachstellen, Herausnehmen von Medikamenten)
435	Vorbereiten und Nachbereiten von Injektionen für mehrere Bewohner
436	sonstige mittelbar bewohnerbezogene Tätigkeiten im Rahmen der Medikamentenversorgung (z. B. Verteilen Tropfenbecher auf Essenstablets und in Zimmer, Beschriften von Tablets)
<b>500</b>	<b>Wegezeiten</b>
510	Wegstrecken in das/aus dem Bewohnerzimmer, aber nicht für Pflegeverrichtung (z. B. Hilfsmittel vergessen, auf Klingel antworten ohne Durchführung einer Pflegetätigkeit)
520	Wegstrecken innerhalb des Wohn-/Pflegebereiches nicht mit/für Bewohnerin/Bewohner (z. B. Weg vom Dienstzimmer in den Materialraum)
530	Wegstrecken außerhalb des Wohn-/Pflegebereiches nicht mit/für Bewohnerin/Bewohner
531	„Hol- und Bringediens“ (z. B. Transport von Wäsche-, Essens-/ Wärmewagen, Getränkeboxen u. anderen Materialien)
532	Verteilen von Inkontinenzmaterial
533	verschiedene Gänge in der Einrichtung (z. B. Botengänge, Protokoll in Verwaltung bringen)
540	Wegstrecken außerhalb der Einrichtung (z. B. Dienstgang außer Haus, Begleitung der Bewohner zur Bank/zum Friedhof)
<b>600</b>	<b>Aufräum- und Reinigungsarbeiten</b>
610	Aufräumen in Funktions-, Arbeits-, Aufenthaltsräumen und Gemeinschaftsbereichen
611	Aufräumen in Funktions- und Arbeitsräumen (z. B. Dienstzimmer, Fäkalienraum, Abstellraum)
612	Aufräumen in Aufenthaltsräumen und Gemeinschaftsbereichen
620	Aufräumen und Auffüllen von Pflegewagen, Instrumenten, Geräten, Pflegehilfsmitteln (soweit nicht unmittelbar bewohnerbezogen)
630	Abfallbeseitigung (soweit nicht unmittelbar bewohnerbezogen)
640	Desinfektion, Wartung und Instandhaltung von Geräten/ Instrumenten (z. B. „allgemeines“ Sauerstoffgerät)
650	Überprüfen des Notfallmaterials
660	Ordnen der direkten Wohnumgebung des Bewohners (z. B. Bettgestell, Nachttisch, Waschbecken, Toilettenablage, Schrank, Tischdecke wechseln)
<b>700</b>	<b>Hauswirtschaft</b>
710	Speisen-/Getränkeversorgung (außer Hilfe bei Nahrungsaufnahme)
711	Zubereiten, Regenieren
712	Feinportionieren
713	Servieren und Abräumen, Verteilen von Getränken (an einzelne Bewohner)
714	Vorbereiten des Getränkewagens
715	Reinigen und Aufräumen von Geschirr und Besteck
720	Wäscheversorgung (außer Hilfe beim An-/Auskleiden)
721	Schmutzwäschesammlung (Wäschesäcke abhängen, zubinden, Transport z. Sammelstelle)
722	Frischwäscheverteilung
723	diverse Wäschenpflegeaufgaben (z. B. kleine Reparaturen an Wäsche, Kleidern und Schuhen)

Code	Kategorie/Tätigkeit
730	Sonstige hauswirtschaftliche Tätigkeiten (mittelbar bewohnerbezogen)
731	Blumen- und Pflanzenpflege
732	Kleinreparaturen (außer Wäsche)
733	Haustiere
<b>800</b>	<b>Spezielle Hilfeleistungen</b>
810	Geld-, Barbetragsverwaltung
820	Antragstellung für den Bewohner
<b>900</b>	<b>Einzug, Umzug, Auszug</b>
910	Einzug
920	Auszug bzw. Umzug
930	Zurückverlegung aus dem Krankenhaus
940	Verlegung ins Krankenhaus
<b>1000</b>	<b>Qualitätssicherung, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Anleitung</b>
10010	Pflegevisite
10020	Qualitätszirkel (soweit nicht Fortbildung)
10030	Gremien, Arbeitskreise (außer Qualitätszirkel)
10040	Fortbildung
10050	Supervision
10060	Anleitung, Einarbeitung, praktische Ausbildung
10070	Sonstige Maßnahmen der Qualitätssicherung (z. B. Beschwerdemanagement)
<b>1100</b>	<b>Pausen, Arbeitsunterbrechungen</b>
1110	Pausen
1120	Arbeitsunterbrechung
1121	Persönliche Bedürfnisse (z. B. Rauchen, Toilettengang, Trinken, Ausruhen, pers. Telefonate)
1122	Unterbrechung durch Kollegen
1123	Warten auf Kollegen oder Vorgesetzte
1124	Störungen an Geräten
<b>2000</b>	<b>Sonstiges</b> Bitte genaue Angaben

## 9.5 Tätigkeitsbeobachtungsbogen aus der Untersuchung von Schäfer-Walkmann<sup>20</sup>

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Code	Tätigkeitsbereich	Tätigkeit
<b>Grundpflege</b>		
101	Körperpflege	
102	Betten	
103	Kleidung	
104	Ausscheidung	
105	Ernährung	
106	Prophylaxen	
107	Mobilisation	
108	Sterben	
<b>Behandlungspflege</b>		
201	Vitalkontrollen	
202	Visitenbegleitung	
203	Medikamentengabe	
204	Injektion/Infusion	
205	Katheterisieren/Klistieren	
206	Wundpflege/ Dekubitusbehandlung	
207	Atemunterstützung	
208	Physikalische Therapie	
209	Notfallversorgung	
<b>Hauswirtschaft</b>		
301	Reinigungs-, Aufräumungs- und Entsorgungsarbeiten	Reinigung Pflegehilfsmittel und Gebrauchsgegenstände Reinigen Bewohnerzimmer Aufräumen Pflegehilfsmittel und Gebrauchsgegenstände Aufräumen Bewohnerzimmer Reinigen Station Aufräumen Station Abfallbeseitigung
302	Speisenversorgung	Speisen/Getränke zubereiten Speisen/Getränke austeilen, holen und einsammeln Speisen/Getränke sachgerecht verstauen Essgeschirr reinigen und aufräumen
303	Wäscheversorgung	Beschaffen von Wäsche, Kleidern und Schuhen Verräumen, Pflege und Reinigung von Wäsche, Kleidern und Schuhen Herstellung und Reparatur von Wäsche, Kleidern und Schuhen
304	sonstige Hauswirtschaft	Blumen- und Pflanzenpflege Einkäufe Kleinreparaturen Haustiere

<sup>20</sup> Quelle: Schäfer-Walkmann. 2001, S. IV-1-1 ff.

Code	Tätigkeitsbereich	Tätigkeit
<b>Soziale Einzelbetreuung</b>		
401	Bewohnerinnengespräche	Aufnahmegespräch Entlassungsgespräch Alltagsgespräch Anlassgespräch
402	Angehörigenarbeit	Gespräche mit Angehörigen Gespräche mit anderen Bezugspersonen
403	Beschäftigungen	Spaziergehen Besuch von Veranstaltungen, Ausflüge Musizieren, Spielen, Lesen Fernsehen, Radio, Musik hören Telefonieren Briefe schreiben Malen, Zeichnen sonstige Beschäftigung
404	Hilfeleistungen	Begleitung, Transporte Botendienste Finanzangelegenheiten, Barbetragverwaltung
405	Sterbebegleitung	Religion ausüben Verabschiedung gestalten
<b>Soziale Gruppenbetreuung</b>		
501	Praktische Aktivitäten	Koch- und Backgruppe Nähgruppe Mal- und Zeichengruppe Basteln Töpfern und Handwerken
502	Soziale Aktivitäten	Gesprächsrunde Aktuelle Stunde/Zeitungsrunde Singrunde Spielgruppe
503	Motorische und geistige Aktivitäten	Gymnastik, Ballspiele Schwimmgruppe Gedächtnistraining Autogenes Training Musikgruppe Kegeln, Bowling, Boule Tanzgruppe Hauszeitung, Infowand
504	Gesellschaftliches Leben	Ausflüge Hausfeste Geburtstagsfeiern Gottesdienste, Andachten Kulturveranstaltungen, Konzerte Besichtigungen Reisen
<b>Management und Administration</b>		
601	Dokumentation	Pflegeplanung Pflegedokumentation sonstige Dokumentation
602	Verwaltung	Bestellungen, Leistungsanforderungen Antragstellung Bewohnerin/Bewohner Regelung von Abwesenheitszeiten
603	Organisation	Dienstpläne Dienstbesprechungen Teambesprechungen Übergabe

Code	Tätigkeitsbereich	Tätigkeit
604	Aus-, Fort- und Weiterbildung	Schulung Supervision Beurteilung Seminare, Vorträge Gremien, Arbeitskreise
605	Arbeitsunterbrechungen	persönliche Verteilzeit Pausen
<b>Station</b>		
701	Wohnumfeldgestaltung	Zimmerwechsel Heimeinzug Heimauszug Dekorieren, Ausschmücken
702	Materialwirtschaft	Desinfektion, Wartung und Instandhaltung Geräte/Instrumente Umgang mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln

## 9.6 Inhalt der PLAISIR-Pauschalen BBK und VIAW<sup>21</sup>

### BEWOHNERBEZOGENE KOMMUNIKATION (BBK)

Verbale und schriftliche Kommunikationen des Pflegepersonals, die untereinander, mit anderen Fachkräften, mit anderen Diensten, mit der Familie der Bewohnerin/des Bewohners, über die Bewohnerin/den Bewohner, geführt werden:

- Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal des Wohn-/Pflegebereiches
- Kommunikation mit den Ärzten
- Kommunikation mit den anderen Diensten, Wohn-/Pflegebereichen, Fachkräften
- Kommunikation mit den Angehörigen
- Pflegeplan erstellen und Messung der PRN Pflegeintensität
- Pflegebericht und Schreibearbeiten in der Bewohnerakte

### VERWALTUNGS- UND INSTANDHALTUNGSAKTIVITÄTEN UND WEGSTRECKEN (VIAW)

Alle sonstigen Aktivitäten, außer den Pflegeaktivitäten und der bewohnerbezogenen Kommunikation, die vom Pflegepersonal durchgeführt werden, und Aktivitäten, die für den reibungslosen Ablauf des Pflegebereiches nötig sind, und die nicht einer bestimmten Bewohnerin/einem bestimmten Bewohner zugeordnet werden können (sonst würde es sich um indirekte Pflegeaktivitäten handeln).

#### Verwaltungsaktivitäten:

- tägliche Gesamtorganisation des Wohn-/Pflegebereiches (Zuteilung der Bewohner ...)
- Kommunikation mit der Pflegedienstleitung (Absenzen melden, Bericht erstatten über Unfälle/Zwischenfälle ...)

<sup>21</sup> Quelle: BMFSFJ 2003, Anlage 5

- █ Kontrolle der Pflege und der Räumlichkeiten
- █ Bearbeitung und Übermittlung von Berichten (Erfassung der Bewohner, Zustand der Bewohner, Kontrollformulare der Narkotika)
- █ Kommunikation mit anderen Diensten und Bestellungen (Wäsche, Hausdienst)

#### **Instandhaltungsaktivitäten:**

- █ die regelmäßige Instandhaltung des Wohn-/Pflegebereiches:
  - Vorbereitung der Krankentragen, Abtransport der Schmutzwäsche, Verteilung der Getränke
- █ das Vorbereiten und Aufräumen des Wagens für die Zwischenmahlzeiten
- █ das Desinfizieren der Betten, Tische, Geräte und des Kleinmaterials nach einer Entlassung/Verlegung, einschließlich Bett neu beziehen und alles für den nächsten Bewohner herrichten
- █ die Aufräumarbeiten des Wohn-/Pflegebereiches: d. h. der Wäsche, des Fäkalienraumes, des Abstellraumes, des Arzneimittelschranks, des Behandlungs-/Verbandszimmers
- █ die Aufräumarbeiten des Stationszimmers, einschließlich der Bestellung der administrativen Formulare und die Ergänzungen auf der Informationstafel
- █ die Überprüfung des therapeutischen Materials: Tablett für i. v., Verbandswagen
- █ Überprüfen des Notfallmaterials
- █ das Sauberhalten der Kleidung der Bewohnerinnen/der Bewohner.

#### **Wegstrecken:**

- █ Wegstrecken innerhalb des Wohn-/Pflegebereiches mit oder für die Bewohnerin/den Bewohner
  - █ Bewohnerin/Bewohner zum Untersuchungszimmer des Wohnbereiches begleiten
  - █ für eine Pflegeverrichtung ins Zimmer gehen und zurück
  - █ etwas im Zimmer hineinbringen oder herausnehmen
  - █ auf die Klingel antworten
- █ Wegstrecken außerhalb des Wohn-/Pflegebereiches mit der Bewohnerin/dem Bewohner
  - Ausgeschlossen sind Begleitungen der Bewohnerin/des Bewohners außerhalb der Einrichtung
- █ Wegstrecken innerhalb des Wohn-/Pflegebereiches nicht mit und nicht für eine bestimmte Bewohnerin/einen bestimmten Bewohner
  - █ sind Wegstrecken, die mit den VIA verbunden sind
- █ Wegstrecken außerhalb des Wohn-/Pflegebereiches nicht mit und nicht für eine bestimmte Bewohnerin/einen bestimmten Bewohner
- █ verschiedene Botengänge innerhalb der Einrichtung (Pflegedienstleitung, Material oder Wäsche holen)

**ANMERKUNG:** In Quebec wurde vom Sozialministerium eine Norm für die bewohnerbezogene Kommunikation (BBK) und die Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten (VIAW) festgelegt – und zwar 24 Minuten pro Tag und pro Bewohner.

## 9.7 Tätigkeitenkatalog aus der Untersuchung von Mybes, Pfau, Rückert<sup>22</sup>

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Code	Kategorie	Code	Tätigkeit
1	Betten	2	Betten machen
		3	Wechseln von Einzelteilen
		4	Wechseln der gesamten Bettwäsche
6	Speisenversorgung	7	Zubereiten Sondenkost, Breikost, Getränke
		8	Tabletts vorbereiten
		9	Tisch decken
		10	Austeilen Essen und Getränke
		11	Abräumen Essgeschirr
		12	Reinigen Essgeschirr
		13	Transportieren Essen und Getränke
		14	andere Tätigkeiten in dieser Aufgabe
16	Hilfeleistung bei Essen und Trinken		
17	Wäscheversorgung	18	Wäsche holen, bringen
		19	Sortieren
		20	Wäsche waschen, vorwaschen auf der Station
		21	Bügeln, Nähen
		22	andere Tätigkeiten in dieser Aufgabe
24	Reinigungsarbeiten	25	Ausleeren und Reinigen von Bettpfannen und Urinflaschen
		26	Aufräumen
		27	Tägliche Raumpflege
		28	Grundreinigung Räume
		29	Persönliche Dinge der Bewohner
		30	Transportieren Müll
		31	sonstige Hausarbeiten, Blumenpflege u. sonst. Transporte
33	Körperpflege	34	Waschen
		35	Duschen
		36	Baden
		37	Kopfwäsche, Fönen
		38	Mundpflege
		39	Fuß- und Nagelpflege
		40	Frisieren
		41	Rasieren
		42	Prothesen an- und ablegen, pflegen
		43	Speichel entfernen, Nase putzen
		44	andere Tätigkeiten in dieser Aufgabe
46	Stoffwechselforgänge	47	Helfen bei der Benutzung des WC
		48	Helfen bei Gebrauch von Bettpfannen, Nachtstuhl, Urinflasche
		49	Windeln
		50	andere Tätigkeiten in dieser Aufgabe
52	Hilfe bei Bewegung	53	Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen
		54	Hilfe beim Aus- und Ankleiden
		55	Hilfe bei der Fortbewegung
		56	Patiententransport
		57	andere Tätigkeiten in dieser Aufgabe
59	Vorbeugende Maßnahmen	60	Einreiben und Abklatschen
		61	Umlagern
		62	Passive Bewegung der Gelenke

<sup>22</sup> Quelle: Mybes U., Pfau C., Rückert W. 1980, S. 102 ff.

Code	Kategorie	Code	Tätigkeit
64	Medizinische Behandlung	65	künstliche Ernährung
		66	Zusammenstellung der Arzneimittel
		67	Austeilen der Arzneimittel
		68	Dekubitus-Behandlung
		69	Medizinische Einreibungen, Verbinden von Wunden, Injektionen, Spülungen
		70	Sauerstoff, Inhalieren, Bestrahlungen
		71	Begleiten Arzt bei Visite
		72	Intravenöse Spritzen, Infusionen, Blutabnahme
		73	Sterilisieren
		74	Katheterisieren, Klistieren, Anuspraeterversorgung
		75	andere Tätigkeiten in dieser Aufgabe
77	Medizinische Überwachung	78	Beobachten von schwerkranken oder unruhigen Patienten
		79	Messungen, laufend und einmalig (Gewicht, Puls usw.)
81	Sterben	82	Vorbereitung auf den Tod
		83	Exitus-Versorgung
		84	Nachlassverfahren
86	Kontaktpflege mit den Bewohnerinnen/Bewohnern	87	mit d. Bewohnern sprechen, d. Bewohner Auskunft geben
		88	Erfüllen persönlicher Wünsche der Bewohnerinnen/Bewohner
		89	Feiern mit den Bewohnern
		90	andere Tätigkeiten in dieser Aufgabe
92	Kontaktpflege mit den Bewohnern Nahestehenden (Sprechen mit Angehörigen, Freunden)		
93	Organisationsaufgaben	94	Dienstliche Gespräche (auch telefonisch)
		95	Erstellen von Dienstplänen
		96	Bestellungen
		97	Vorbereiten Rezepte
		98	Führen von Krankenblättern, Stationsbuch u. sonst. Listen
		99	Taschengeldverwaltung
101	Anleitung, Unterweisung	102	Anleitung und Unterweisung von Mitarbeitern
		103	Anleitung von Patienten
105	unterwegs ohne Transporte und dienstlich bedingte Wartezeiten		
106	davon Tagdienst, davon Nachtdienst		
107	persönliche Verteilzeit		
108	insgesamt verfügbare Arbeitszeit		
109	Personalschlüssel im Beobachtungszeitraum		

## 9.8 Tätigkeitenkatalog aus der Untersuchung von Landau u. a.<sup>23</sup>

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Code	Tätigkeit	Beispiele / Bemerkungen
<b>Grundpflege</b>		
<i>Körperpflege</i>		
111	Ganzwaschung, Baden, Duschen	
112	Teilwaschung	
113	Fußbad	
114	Spezielle Körperpflege	
120	An- und Ausziehen	
<i>Betten</i>		
131	Bett machen	
132	Bett beziehen	
133	Bett auswaschen	
<i>Ausscheiden</i>		
141	Hilfe zur Benutzung der Toilette	
142	Hilfe zur Benutzung des Steckbeckens	
143	Inkontinentenversorgung	
144	Katheterpflege	
145	Anuspraeterversorgung	
150	Bewegungshilfe	
<i>Speisenversorgung</i>		
161	Servieren und abräumen	
162	Hilfestellung beim Essen	
163	Sondennahrung	
164	Getränke austeilen	
170	Krankenbeobachtung	
180	Aufnahme/Entlassung	Aufnahme- und Entlassungsgespräch, Information, Personal vorstellen
190	Versorgung Toter	
<b>Behandlungspflege</b>		
201	regelmäßige diagnostisch-therapeutische Maßnahmen	
202	Medikamentenverabreichung	
203	Prophylaxen	
204	Injektionen	
205	Infusion	

<sup>23</sup> Quelle: Landau et al. 1995, S. 32–37

Code	Tätigkeit	Beispiele / Bemerkungen
206	Wundversorgung, Ulcus	
207	Dekubitusversorgung	
208	Verbände	
209	Blasenspülung	
210	Instillation	
211	Inhalation	
212	Absaugen	
213	Sauerstoffgabe	
214	Sonde	
215	Katheterwechsel	
216	Medizinische Einreibungen	
217	Lagerungshilfen	
218	sonstige Behandlungsmaßnahmen	
219	Visite	Arztvisite, Pflegevisite
<b>Stationsbezogene Tätigkeiten</b>		
310	Reinigen, Entkalken, Desinfizieren, Aufräumen von Instrumenten bzw. Geräten, Pflegewagen	
320	Beschaffen und Einräumen von Material, Medikamenten, Wäsche	
330	Kontrolle von Medikamenten	Verfalldatum
<b>Hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Aufräumen</b>		
410	Reinigungs- und Aufräumarbeiten	Bettgestell, Nachttisch, Waschbecken, Toilettenablage, Kleiderschrank, Tischdecke wechseln
420	Essenszubereitung	Zubereiten kleiner Gerichte, aufwärmen
430	Geschirrereinigung	
440	Versorgung von Wäsche	Kleider und Wäsche verteilen, einräumen, aussortieren, Schuhpflege, Wäschewagen bereitstellen
450	sonstige hauswirtschaftliche Tätigkeiten	Blumenpflege
<b>Betreuung der Bewohnerinnen/Bewohner</b>		
510	Gespräch mit Bewohner	
520	Selbsthilfetraining, Aktivierung	
530	ausschließliche (nicht versorgende) Beschäftigung m. d. Bewohnerin/Bewohner	
<b>Verwaltung</b>		
610	Pflegeplanung	
<i>Schreibarbeiten</i>		
621	Dienstpläne erstellen	
622	Patientendokumentation	
623	Berichte schreiben	
624	Anforderung von Medikamenten, Speisen, Material, Routineanforderungen, Reparaturzettel	
630	Besprechungen	Übergabe, Stationsleitungssitzung

Code	Tätigkeit	Beispiele / Bemerkungen
640	Personaleinsatzplanung	Erstellen von Dienstplänen, Besprechung des Dienstplanes
650	Geldverwaltung	Geld ausbezahlen, Quittung schreiben, abrechnen
660	Transporte und Botendienste	Transportieren von gehbehinderten Bewohnern zu Gottesdienst, Fußpflege, Krankengymnastik, o. Ä.; Durchführung von Botengängen, Hol- und Bringendienst
670	Anleitung von Personal	neue Mitarbeiter einweisen Dieser Code kann auch zusätzlich vergeben werden, wenn gleichzeitig eine andere Tätigkeit ausgeführt wird z. B.:270/670: Eine neue Mitarbeiterin wird in die Dekubitusversorgung eingewiesen.
680	sonstige Verwaltungstätigkeiten	
<b>Allgemeine Tätigkeiten</b>		
710	Telefonate	
720	Dienstgespräche	
730	dienstlich im Haus unterwegs	falls nicht Arztvisite oder Transporte und Botendienste
740	dienstliche Wege außer Haus	Erledigung für Bewohner einschließlich Wartezeit
750	Hilfeleistungen	Zeitung bringen, Kalenderblatt abreißen, Post bringen, Brief für Bewohner schreiben, Telefongespräch ermöglichen, Hilfestellung beim Rauchen
760	Hilfestellung Mitarbeiter	Kollegen bei der Versorgung eines Bewohners unterstützen
770	Arbeitsunterbrechungen (ohne reguläre Pausen)	Persönliche Bedürfnisse, Unterbrechungen durch Kollegen, Warten auf Kollegen oder Vorgesetzte, Störungen an Geräten
780	reguläre Pausen	
800	Absenz wegen Urlaub, Krankheit oder Fortbildung	
900	nicht im Tätigkeitskatalog aufgeführt	
0	Tätigkeiten (Unterbrechungen) im Zusammenhang mit diesen Aufzeichnungen	

## 9.9 Auszug aus dem Tätigkeitenkatalog der Untersuchung von Mybes<sup>24</sup>

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Code	Kategorie/Tätigkeit
200	<b>Spezielle Pflege</b>
219	Arztbesuch
300	<b>Betreuung und Aktivitätenbegleitung</b>
302	Gespräch mit Angehörigen
304	Begleitung / Besorgung außer Haus
305	Behördliche Angelegenheiten
400	<b>Hilfe beim Einzug, Umzug, Auszug</b>
411	Information, Beratung
412	Organisation
413	Beziehen, Verlassen des Zimmers
430	<b>Verpflegung</b>
431	Bestellung
432	Verpflegungstransporte
433	Zubereiten, Regenerieren
434	Feinportionieren
435	Servieren und Abräumen
436	Verteilen von Getränken
439	Geschirr- und Besteckreinigung
510	<b>Wäscheversorgung</b>
511	Schmutzwäschesammlung
512	Frischwäscheverteilung
513	Wäschetransporte
514	diverse Wäschepflegeaufgaben
520	<b>Aufräum- und Reinigungsaufgaben</b>
521	Instrumente und Geräte
522	Hilfsmittel
523	direkte Wohnumgebung der Bewohner/-innen ordnen
524	Aufräumen in Funktions- und Gemeinschaftsräumen
525	Hausreinigung
530	<b>sonstige hauswirtschaftliche Arbeiten</b>
530	sonstige hauswirtschaftliche Arbeiten
600	<b>Organisation und Administration</b>
601	Pflegedokumentation
602	Pflegeplanung

<sup>24</sup> Quelle: Mybes 1995, S. 27–35

Code	Kategorie/Tätigkeit
603	Dienstübergabe
604	sonstige wohnbereichsinterne Besprechungen
605	Bereichsübergreifende Besprechungen
606	Gespräche mit Externen
607	Protokolle, Arbeitspläne, Checklisten
608	Dienst- und Urlaubspläne
609	Ablage
610	Schriftliche Informationen
611	Organisation der Medikamentenversorgung
612	Pflegehilfsmittel
613	Geldverwaltung
614	Verlegung ins Krankenhaus
615	Botengang im Haus
616	Routine-Schreibarbeit
617	Dienstgang außer Haus
700	<b>Sonstiges</b>
701	Anleitung, Einarbeitung, praktische Ausbildung
702	Fortbildung, Supervision
703	Mitarbeitergespräch
704	Arbeitsunterbrechung
705	Pause

Dieses PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;  
es wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

**Herausgeber:**

Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend  
11018 Berlin  
[www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)

**Bezugsstelle:**

Publikationsversand der Bundesregierung  
Postfach 48 10 09  
18132 Rostock  
Tel.: 018 88/80 80 800  
Fax: 018 88/10 80 80 800  
E-Mail: [publikationen@bundesregierung.de](mailto:publikationen@bundesregierung.de)  
Internet: [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)

**Stand:**

Januar 2006

**Gestaltung:**

KIWI GmbH, Osnabrück

Für weitere Fragen nutzen Sie unser  
Servicetelefon: 018 01/90 70 50\*  
Fax: 018 88/5 55 44 00  
Montag–Donnerstag 7–19 Uhr

\* nur Anrufe aus dem Festnetz, 9–18 Uhr 4,6 Cent,  
sonst 2,5 Cent pro angefangene Minute