

Lösungsvorschläge für einen zeitgemäßen Personaleinsatz in der Pflege und Betreuung



Forderungskatalog 2025

AK-Hotline ☎ 05 7799-0

AK 
www.akstmk.at
Gesund & Pflege



Gute Arbeitsbedingungen sind für Berufsangehörige in Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufen die wichtigste Voraussetzung, um die alltäglichen Anforderungen gut bewältigen zu können. Eine Umfrage der Arbeiterkammer zeigt leider deren weitere Verschlechterung. Die bislang geltenden Arbeits- und Rahmenbedingungen sind ganz offensichtlich nicht geeignet, für einen gesunden Arbeitsplatz zu sorgen. Mitarbeiter:innen werden durch eklatanten Personalmangel zunehmend ausgebrannt. Die gesellschaftlichen und strukturellen Änderungen erfordern neben mehr Personal auch mehr Ausbildungsplätze. Die bislang systematisch vorangetriebene Arbeitsverdichtung hat ein unerträgliches Ausmaß erreicht. Sie ist Mitursache für die oft krankmachende Überlastung und Berufsausstiege. Das ist der falsche Weg. Es braucht bessere Arbeits- und Rahmenbedingungen. Eher heute als morgen. Der vorliegende Katalog zeigt eine Auswahl an möglichen Verbesserungsmaßnahmen auf. Entscheidungsträger:innen sind eingeladen, diese in den Berufsalltag zu implementieren.

Ihr

Josef Pesserl
AK-Präsident

LÖSUNGSVORSCHLÄGE FÜR EINEN ZEITGEMÄSSEN PERSONALEINSATZ IN DER PFLEGE UND BETREUUNG

Stand: Juli 2025

Die Standpunkte wurden vom Arbeitskreis für Gesundheits- und Sozialberufe der Arbeiterkammer Steiermark erarbeitet. Die Zusammenfassung erfolgte durch Mag. Alexander Gratzer.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG.....	9
A) Der Personalbedarf in den mobilen Diensten.....	11
1 DIE WICHTIGSTEN LÖSUNGSVORSCHLÄGE IM ÜBERBLICK.....	13
2 RAHMENBEDINGUNGEN DER PERSONALBEDARFSREGELUNG.....	15
2.1 Keine Arbeitszeitsicherheit.....	15
2.2 Belastung durch Klient:innen-Zeitabrechnung.....	16
2.3 Überwälzung der Ausfallshaftung	17
2.4 Finanzierungsproblem der Gemeinden	18
3 ALLGEMEINE GRUNDLAGEN DER PERSONALBEDARFSBERECHNUNG.....	19
3.1 Mängel in der Personalberechnung durch nicht beachtete Fehlzeiten	19
3.2 Zusätzliche Zeitaufwände	22
3.2.1 Gesprächszeiten mit Klient:innen und Angehörigen	22
3.2.2 Zunahme von Anleitung, Schulung und Beratung der Klient:innen	22
3.2.3 Dokumentation	23
3.3 Alter(n)sgerechtes Arbeiten	23
4 ORGANISATION.....	25
4.1 Kurzfristige Dienstplanänderungen	25
4.2 Leistungs- und Führungsaufgaben	25
4.3 Pooldienste	26
4.4 Rufbereitschaft für alle Mitarbeiter:innen	27
4.5 Qualifikationsmix	28
4.6 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	29
4.7 Sorgen mit der 24-Stunden-Betreuung.....	30

B) Der Personalbedarf im Krankenhaus..... 33

1	DIE WICHTIGSTEN LÖSUNGSVORSCHLÄGE IM ÜBERBLICK.....	35
2	NEUE RAHMENBEDINGUNGEN EINER PERSONAL- BEDARFSBERECHNUNG AUS SICHT DER PFLEGE	36
2.1	Ein zeitgemäßes Personalbedarfsmodell	36
2.2	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)	38
2.3	Umsetzung bestehender Normen	39
2.4	Kontrolle bestehender Auflagen	40
3	ALLGEMEINE GRUNDLAGEN DER PERSONALBEDARFSBERECHNUNG	42
3.1	Mängel in der Personalberechnung durch nicht beachtete Fehlzeiten	42
3.2	Berücksichtigung zusätzlicher Arbeitsaufwände	46
3.2.1	Gesprächszeiten mit Patient:innen und Angehörigen	46
3.2.2	Zunahme der Anleitung, Schulung und Beratung von Patient:innen.....	47
3.2.3	Beachtung des Zentralisierungsgrades	47
3.2.4	Zweckmäßigkeit der Dokumentation	48
3.2.5	Demenzzuschlag	49
3.2.6	Aufnahme, Entlassung und Verlegung	49
3.2.7	Verlegungsfaktor	50
3.2.8	Führungsaufgaben sind in den PBB anteilmäßig abzubilden.	51
3.3	Qualifikationsschlüssel	51
3.4	Nachtdienst	52
3.5	Wochenenddienst.....	53
3.6	Vollständige Dienstzeiterfassung	54
3.7	Alter(n)sgerechtes Arbeiten	54
4	SONDERBEREICHE	56
4.1	Tagesklinik.....	56
4.2	Intensivbereiche	56
4.3	Infektionsbereiche	57
4.4	Bereiche mit Arbeitsplatzberechnung	58
4.5	Mindestbesetzung bei Kleinstationen	59

5	ORGANISATION.....	60
5.1	Mehrfachvisiten, Pflegevisiten vs. Arztvisiten	60
5.2	Zeiten für die Dienstübergabe.....	61
5.3	Entlassungsmanagement.....	61
5.4	Forschungsimplementierung.....	62
5.5	Kurzfristige Dienstplanänderungen	62
5.6	Hauswirtschaftliche Dienste und Stationssekretär:in.....	63
5.7	Leistungs- und Führungsaufgaben	64
 C) Der Personalbedarf in Pflegeheimen.....		65
1	DIE WICHTIGSTEN LÖSUNGSVORSCHLÄGE IM ÜBERBLICK.....	66
2	DIE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DEN PERSONALSCHLÜSSEL	67
2.1	Zu wenig Zeit für eine bedürfnisorientierte ganzheitliche und aktivierende Pflege.....	67
2.2	Qualitätssicherung und behördliche Kontrollen	68
3	ZUNAHME AN ERFORDERLICHER PFLEGEFACHKOMPETENZ.....	70
3.1	Höhere Pflegestufen.....	70
3.2	Kürzere Verweildauer im Krankenhaus.....	70
3.3	Zunahme von multimorbiden und gerontopsychiatrischen Bewohner:innen.....	70
4	GRÜNDE FÜR DIE ZUNAHME VON PERSONALBEDARFEN/ZEIT	72
4.1	Gestiegener Dokumentationsaufwand.....	72
4.2	Fehlzeiten/Arbeitsunterbrechungen	73
4.3	Pflegewissenschaft und Forschung/Assessments.....	74
4.4	Hygienemanagement	74
4.5	Ärztliche Visiten und interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	74
4.6	Dienstübergabe	75
4.7	Personaleinsatz während der Nacht	76

4.8	Pflege- und Betreuungsaufwand bei Demenz	77
4.9	Mündige Bewohner:innen und Angehörige.....	77
4.10	Kulturelle HerausLÖSUNGSVORSCHLÄGE.....	78
4.11	Alternsgerechtes Arbeiten.....	78

D) Besonderheiten im Behindertenwesen 81

1.	Arbeitszeitsicherheit	82
2.	Besondere Belastungen	82
3.	Aufgaben und Tätigkeitsfelder	83
4.	Zunahme von besonderen Betreuungssituationen	84
5.	Mobile Dienste	84
6.	Mobile Dienste und Schullassistenz	85

**E) Zeitgemäße Pflege und Betreuung
braucht mehr Ausbildungsplätze..... 87**

EINLEITUNG

Die Pflege- und Betreuungssituation hat sich über Jahre hin durch einen steigenden Bedarf in der Bevölkerung und Veränderungen in der Träger- und Angebotsstruktur gewandelt. Betroffen sind alle Settings. Die Personal- und Qualifikationsschlüssel wurden über die Zeit jedoch nicht ausreichend angepasst. Eine Konsequenz daraus ist, dass diese immer seltener ausreichen, um eine bedarfsgerechte Pflege und Betreuung im erforderlichen Ausmaß erbringen zu können.

Der vorliegende Forderungskatalog zum Personalbedarf analysiert die drängendsten Problembereiche in den einzelnen Pflege- und Betreuungssettings und bietet dazu konkrete Lösungsvorschläge an. Das Ziel ist dabei immer die nachhaltige Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen für alle Gesundheits-, Pflege- und (Sozial-)Betreuungsberufe.

Neue Strukturen im Krankenhaus (z. B. tages- und wochenklinische Behandlungen) und eine immer kürzere Patient:innenverweildauer haben zu komplexeren Pflege- und Betreuungssituationen geführt und stellen zeitlich immer höhere Anforderungen an die Pflege und Betreuung. Dies gilt insbesondere auch für den Langzeitpflegebereich, da sich dieser zunehmend auf Pflegeheimbewohner:innen mit hohem Pflegebedarf beschränkt.

Auch der Anstieg von chronischen Leiden und Mehrfacherkrankungen infolge des Alterungsprozesses in der Bevölkerung erhöht den Pflege- und Betreuungsbedarf. Dies gilt ebenso für das gestiegene Anspruchsdenken der Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörigen.

Der Versorgungsalltag ist mangels hinreichenden Pflegepersonals nach wie vor von leeren Betten geprägt. Die mittlerweile unzumutbare Arbeitsverdichtung befeuert weiter Berufsausstiege. Eine aktuelle AK-Umfrage zeigt, dass nach wie vor mehr als 40% der Beschäftigten monatlich zumindest einmal an einen Berufsausstieg denken, wobei knapp 9% diesen konkret planen.

In den letzten 10 Jahren haben sich laut Umfrage die Arbeitsbedingungen im Gesundheits- und Sozialbereich weiter verschlechtert. Mehr als ein Drittel der Befragten gab an, nicht in der eigenen Einrichtung versorgt werden zu wollen. Ein Viertel der Befragten gab zudem an, dass mangels Personals wichtige Versorgungsmaßnahmen wiederholt nicht korrekt durchgeführt werden konnten. In 15% der Fälle wurden wichtige Tätigkeiten nur selten oder nicht erbracht. Ein Drittel bescheinigte sogar wiederkehrende Patient:innengefährdungen. Und drei Viertel beklagten zu wenig Zeit für notwendige Therapie- und Betreuungsgespräche.

Die Umfrageergebnisse belegen damit eindrucksvoll, dass die aktuellen Berechnungsgrundlagen für Personalberechnungsmodelle, Mindestpersonalschlüssel und Qualifikationsschlüssel mehr als unzureichend sind und einer umfassenden Anpassung bedürfen. Besser heute als morgen.

P.S.:

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



© Miriam Dérr - Fotolia.com

A) Der Personalbedarf in den mobilen Diensten

1 DIE WICHTIGSTEN LÖSUNGSVORSCHLÄGE IM ÜBERBLICK

Rahmenbedingungen verbessern

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

Arbeitszeitsicherheit schaffen

Die per Dienstplan vereinbarten Arbeitszeiten werden regelmäßig wegen nicht vorangekündigter Klient:innen-Neuzugänge, spontaner Klient:innenabsagen oder des Ausfalls von Mitarbeiter:innen kurzfristig abgeändert. Kurzfristige Dienstzuteilungen werden als sehr belastend empfunden. Zu deren Vermeidung sind „systemtypische“ Betreuungsschwankungen durch zusätzliches Personal auszugleichen und tatsächlich unvermeidbare mit einem Überstundenzuschlag abzugelten.

Besondere Belastungen beseitigen

Die Normkosten- bzw. Personalbedarfsmodelle passen sich nur langsam an neue Entwicklungen an. Veränderungen im Berufsalltag, wie die Zunahme an Dokumentation, Hygieneanforderungen und komplexe Betreuungen, haben zu einer weiteren Arbeitsverdichtung geführt und verringern bestehende Zeitressourcen z. B. für persönliche/professionelle Gespräche. Zusätzliche Zeitaufwände sollten daher künftig entsprechend abgebildet werden.

Zunahme an Fehlzeiten ausgleichen

Die Normkosten- bzw. Personalbedarfsmodelle sollten auch Zeitaufwände für Bildungsmaßnahmen, Sonderurlaube, Projektarbeiten und qualitätssichernde Maßnahmen wie Zertifizierungen sowie sonstige Absenzen erfassen und entsprechend abbilden. Dies ist derzeit nicht der Fall, wäre aber dringend notwendig.

Arbeitsplatzsicherheit gewährleisten

Die Schwankungen in der Betreuungsauslastung z. B. durch Klient:innenausfall werden über den Einsatz der Mitarbeiter:innen ausgeglichen. Das geschieht mittels Abbau von Gutstunden, Reduzierung der Arbeitszeit (2/3 der Kolleg:innen arbeiten teilzeit) und reicht bis zu Kündigungen. Die Normkostenmodelle wären daher dringend dahingehend auszugestalten, dass strukturbedingte Schwankungen nicht zulasten oder auf Kosten der Mitarbeiter:innen gehen.

2 RAHMENBEDINGUNGEN DER PERSONALBEDARFSREGELUNG

2.1 Keine Arbeitszeitsicherheit

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

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

Die Gründe für die kurzfristigen Abänderungen des Dienstplans liegen im außerplanmäßigen Neuzugang von Klient:innen (z. B. nach einem stationären Aufenthalt), in kurzfristigen Absagen der Klient:innen oder in plötzlichen Absenzen von Mitarbeiter:innen.

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

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

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

Als besonders herausfordernd werden Entlassungen von Patient:innen unmittelbar vor oder am Wochenende gesehen. In diesen Fällen erweist

sich nicht nur die Mitarbeiter:innenplanung als schwierig, vielmehr ist die Beschaffung notwendiger ärztlicher Verordnungen sowie von Hilfs- und Heilmitteln kaum möglich.

Letztlich kann das Gros der Betreuungsschwankungen nur durch zusätzliche Mitarbeiter:innen ausgeglichen werden, z. B. durch das Vorsehen von Back-up-Diensten, regionalen Vertretungspools oder Rufbereitschaftsdiensten für alle involvierten Berufsgruppen. Dies würde auch die Attraktivität und die Wettbewerbsfähigkeit gegenüber den anderen Settings stärken.

Lösungsvorschläge:

- Die Belastung durch systemtypische Betreuungsschwankungen ist nicht dem bereits ausgelasteten Stützpunktteam aufzubürden, sondern sollte durch die Einplanung zusätzlicher Stundenkontingente ausgeglichen werden.
- Schaffung von regionalen Vertretungspools.
- Vorsehen einer bezahlten Rufbereitschaft für alle erforderlichen Berufsgruppen als Back-up-Dienst.
- Krankenhaus-Entlassungsmanagements sollten hinsichtlich der Koordination weiter verbessert werden.
- Patient:innenentlassungen aus dem Krankenhaus sollten den mobilen Diensten so früh wie möglich, spätestens jedoch zwei Tage vorher bekannt gegeben werden. Entlassungen am Wochenende sollten spätestens am Donnerstag davor bekanntgegeben werden.

2.2 Belastung durch Klient:innen-Zeitabrechnung

Bei der Inanspruchnahme mobiler Betreuung sind zum Teil Kostenbeiträge für Klient:innen in der Höhe von circa einem Drittel vorgesehen. Die teils hohen Kostenbeteiligungen führen immer wieder dazu, dass pflege- und betreuungsbedürftige Personen nicht jenes Ausmaß an mobilen Diensten in Anspruch nehmen, das ihrem Bedarf entsprechend zweckmäßig wäre. Die Konsequenz ist, dass Klient:innen oft eine niedrigere Betreuungszeit vereinbaren.

Das meist enge Zeitkorsett, in dem die Betreuung zu erfolgen hat, und die damit verbundene Abrechnung in Zeiteinheiten („Minutenabrechnung“) stellt für Klient:innen und Personal gleichermaßen eine hohe Belastung dar.

Die Klient:innen achten verständlicherweise besonders darauf, dass kei-

ne zusätzlichen Kosten durch die Überschreitung der Betreuungszeit entstehen. Die tatsächliche Bedarfsdeckung bleibt dabei häufig auf der Strecke (Ausgenommen bei monatlichen Einkommen bis zum Höchstsatz der Sozialunterstützung für Alleinstehende).

Die Regelung betreffend **klientenferner Zeiten** ist derzeit unvollständig und intransparent. Tätigkeiten wie die gemeinsame Fallbesprechung und das Case-Management sind nicht abgebildet. Bei der Organisationszeit im Ausmaß von zehn Minuten sind beispielsweise die interne Kommunikation, die Information der Kund:innen, das Einchecken in den Dienstbetrieb, das Aufsuchen und Beladen des Dienstwagens, eine allfällige Beschaffung von Medikamenten sowie die Organisation der Dienstmappe umfasst. Das sehr große Aufgabenportfolio ist in der vorgegebenen Zeit nicht bewältigbar.

Andererseits sind alle gesetzten Schritte minutiös und nachvollziehbar im elektronischen System zu erfassen. Die Überschreitung von vorgegebenen Pauschalwerten sind von jedem einzelnen Dienstnehmer zu begründen. Oft dauern die mit Tablets oder Handys zu erfassenden Begründungen noch einmal so lange wie die gesetzten Handlungen, weshalb diese wohlwissend zum Nachteil der Mitarbeiter:innen von diesen mitunter unterlassen werden. Bemerkenswert ist, dass der Einsatzplan gleichermaßen mehrmals täglich zu aktualisieren ist. Nicht nur dass Mitarbeiter:innen dadurch einer permanenten Kontrolle unterliegen, bewirkt die Dokumentation eine zusätzliche Verdichtung der Arbeit.

Lösungsvorschläge:

- Zur Vorbeugung von Belastungen wären klientenferne Zeiten neu zu definieren und bei der Berechnung des Stundenkontingents in vollem Ausmaß mitzuberechnen.
- Evaluierung und Neufestsetzung der aktuellen Pauschalwerte unter Berücksichtigung der Praktikabilität der Eingabe-Hard- und Software.

2.3 Überwälzung der Ausfallhaftung

Die Nachfrage nach mobilen Dienstleistungen schwankt naturgemäß stärker durch unplanbare Veränderungen im Wegfall der Klient:innenanzahl (z. B. durch Krankenhausaufenthalte, stationäre Kurzzeitpflege, Pflegeheimaufenthalte, Wegfall der Pflegebedürftigkeit). Dieser Umstand erschwert es den mobilen Trägern im Unterschied zu

den stationären Einrichtungen, einen gleichmäßigen Klient:innen- und Mitarbeiter:innenstock zu halten. Die öffentliche Hand überwälzt das Versorgungsrisiko weitgehend auf die Trägerorganisationen und damit letztlich auf die Mitarbeiter:innen.

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

Lösungsvorschlag:

- Die Rahmenbedingungen (Normkostenmodelle) wären dahingehend zu erweitern, dass strukturbedingte Schwankungen nicht zulasten der Mitarbeiter:innen gehen. Der kurzfristige, nicht vorhersehbare Ausfall von Betreuungsstunden und die damit vakant gewordenen Dienstzeiten bzw. -entgelte sollen für eine zu bestimmende Zeit von der öffentlichen Förderung abgedeckt werden.

2.4 Finanzierungsproblem der Gemeinden

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

Lösungsvorschlag:

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

3 ALLGEMEINE GRUNDLAGEN DER PERSONALBEDARFSBERECHNUNG

3.1 Mängel in der Personalberechnung durch nicht beachtete Fehlzeiten

Ein wesentlicher Bestandteil jeder Pflegepersonalbedarfsberechnung (PBB) ist die Berücksichtigung des Faktors für Fehlzeiten bei der Jahresnettoarbeitszeit. Das aktuelle Ausmaß der Fehlzeiten ist großteils veraltet, weshalb auch die darauf aufbauende Personalbedarfsberechnung falsch ist.

Der Fehlzeitenfaktor berücksichtigt Arbeitszeiten, in denen Arbeitnehmer:innen dem Unternehmen nicht zur Verfügung stehen. Mitumfasst sind Krankheits-/Kurtage, Urlaubstage, Sonder- oder Pflegeurlaub, Mutterschutz, Fortbildung und Feiertage. Die Begriffe Fehl-, Ausfalls- und Absenzzzeiten werden in der Praxis synonym verwendet. Hier wurde bewusst der Begriff „Fehlzeiten“ verwendet, da Beschäftigte in dieser Arbeitszeit bei den Patient:innen fehlen, was gesondert in der Personalplanung zu berücksichtigen ist.

Im normalen Betriebsalltag sind diese Ausfallszeiten (Absenzen) im Ausmaß von 20 bis 25 Prozent typisch und anerkannt. Das bedeutet, dass ein Unternehmen um ein Viertel mehr an Mitarbeiter:innen braucht, um die jedenfalls erwartbaren Absenzen abdecken zu können.

In den Normkostenmodellen der mobilen Dienste wird seit Jahrzehnten mit einem Fehlzeitenfaktor für Normausfallszeiten von 15 Prozent gearbeitet. Wie das mit den mittlerweile im Wirtschaftsleben anerkannten 20 bis 25 Prozent zusammengeht, ist nicht nachvollziehbar. **Im Klartext bedeutet dies, dass die Beschäftigten die Ausfallszeiten der Mitarbeiter:innen selbst stemmen müssen. Dies erklärt damit vor allem auch die hohe Arbeitsdichte im Pflege- und Betreuungsbereich.**

Dabei ist die Fehlzeiten-Situation im Gesundheitswesen noch einmal anders zu bewerten. Neben den oben genannten allgemeinen Fehlzeiten, gibt es auch Arbeitszeiten, die nicht unmittelbar am oder mit den Patienten erbracht werden, so genannte kundenferne Fehlzeiten (qualitative Fehlzeiten). Allgemeine Fehlzeiten und kundenferne Zeiten hat Berich-

ten der Literatur und AK-Berechnungen zufolge mittlerweile zumindest (!) ein Ausmaß von **30 bis 35 Prozent** der Normalarbeitszeit erreicht. Zu den allgemeinen Fehlzeiten von bis zu 25 Prozent kommen daher noch weitere fachliche (qualitative) Fehlzeiten von bis zu 15 Prozent **hinzu**, die typischerweise im Setting Mobile Dienste vorkommen und nicht bereits als indirekte Betreuungszeiten gelten. Es handelt sich auch hier um Fehlzeiten, weil die Aufgaben bzw. Leistungen ebenfalls nicht unmittelbar am, mit oder für den Patienten erbracht werden. Auch diese werden im Normkostenmodell nicht bzw. nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Der dafür meist nicht unerhebliche Zeitaufwand ist gesondert zu bewerten und bei der Personalbedarfsberechnung verpflichtend zu berücksichtigen. Dies gilt exemplarisch vor allem für nachstehende Aufgaben/Tätigkeiten:

■ **Teilnahme an Bildungsmaßnahmen**

Ein- und mehrtägige Bildungsmaßnahmen sind unmittelbar in der Personalbedarfsplanung zu berücksichtigen. Betroffen sind teils gesetzlich vorgegebene oder dienstlich angeordnete und vorgeschriebene Fortbildungen, Weiterbildungen, Sonderausbildungen oder Höherqualifizierungen, Universitätslehrgänge, Schulungen (z. B. Brandschutz- und Arbeitnehmerschutz-Unterweisungen), Maßnahmen der Personalentwicklung, Nachwuchsförderung für Führungskräfte etc. Hervorzuheben ist, dass die Fortbildungsverpflichtung für Diplompflegepersonen bereits 2016 um 50 Prozent angehoben wurde.

■ **Teilnahme an QM-Verfahren**

Qualitätssicherung und Risikomanagement sind im Gesundheitswesen von großer Bedeutung. Qualitätssertifizierungen, wie z. B. Hygienezirkel, KTQ oder EFQ sowie deren notwendige regelmäßige Rezertifizierung sind bekanntermaßen sehr zeitintensiv. Die Umsetzung der Qualitätsvorgaben erfolgt durch die Einbeziehung der Mitarbeiter:innen.

■ **Teilnahme an Fachprojekten**

Das zur Teilnahme an QM-Verfahren Gesagte gilt auch für die Teilnahme an diversen Fachprojekten, die beispielsweise in Zusammenhang mit Fachthemen wie Kinästhetik, Heben und Tragen, Wundmanagement, Pflegedokumentation, Forschungsprojekten, der Einführung neuer Pflegekonzepte (z. B. dem Primary Nursing, dem Evidence-based Nursing) durchgeführt werden.

■ **Schüleranleitung durch Praxisanleiter:in und Kolleg:innen vor Ort**

Neben Studierenden und Schüler:innen der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe sind Teilnehmer:innen diverser Sonderausbildungen oder Pflegelehrlinge etc. während der Praktikumszeit zu betreuen, zu unterweisen und anzuleiten.

■ **Einführung neuer Mitarbeiter:innen**

Für neue Mitarbeiter:innen, aber auch Mitarbeiter:innen, die hausintern zwischen Abteilungen wechseln.

■ **Wiedereinsteiger-Schulung**

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

■ **Entlastungswoche**

■ **Schwangere Beschäftigte**

Der eingeschränkte Einsatz von werdenden Müttern wird nach wie vor nicht oder unzureichend in der Personalbedarfsberechnung abgebildet bzw. berücksichtigt. Dies betrifft vor allem die Zeit ab Bekanntgabe der Schwangerschaft bis zum Beginn des Mutterschutzes.

■ **Sonderurlaube, Behördenwege und Dienstreisen**

■ **Regelmäßige (Team-)Besprechungen**

Teambesprechungen sind nicht nur für die Versorgungsqualität und eine abgestimmte Versorgung der Klient:innen von Relevanz, sondern auch für den fachlichen Austausch, die Reflexion und Bewältigung von herausfordernden Situationen seitens der Mitarbeiter:innen von besonderer Bedeutung.

■ **Bildungskarenz, Sabbatical, Pflege- und Familienhospizkarenz**

Lösungsvorschläge:

- **Das in die Jahre gekommene Ausmaß der Fehlzeiten wäre dringend zu aktualisieren und im Normkostenmodell in einer zeitgemäßen, der betrieblichen Praxis entsprechenden Höhe zu berücksichtigen.**

- Für eine zeitgemäße Personalberechnung wären dringend auch fachliche Zeiten, die nicht direkt am, mit oder für den Patienten erbracht werden, transparent zu erfassen und in der dem Normkostenmodell zugrundeliegenden Personalbedarfs-berechnung entsprechend zu berücksichtigen.

3.2 Zusätzliche Zeitaufwände

3.2.1 Gesprächszeiten mit Klient:innen und Angehörigen

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

Lösungsvorschlag:

- In den öffentlichen Fördermodellen und den Personaleinsatzplanungen der Träger wären die Zeiten für Beziehungsarbeit und Gesprächsführung mit den Klient:innen sowie An- sowie Zugehörigen gesondert und in ausreichendem Ausmaß abzubilden.

3.2.2 Zunahme von Anleitung, Schulung und Beratung der Klient:innen

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

Lösungsvorschlag:

- Der Zeitaufwand im Zusammenhang mit umfangreicher werdenden Anleitungen und Beratungen wäre direkt in den Personalbedarfsmodellen abzubilden.

3.2.3 Dokumentation

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

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

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

Lösungsvorschlag:

- Der noch immer wachsende Mehraufwand durch Dokumentation wäre möglichst zeitnah in der Personalbedarfsberechnung zu berücksichtigen. Allgemeingültige Dokumentationsrichtlinien sollten zur rechtlichen Absicherung der Mitarbeiter:innen Klarheit schaffen. Ein allfälliger Mehraufwand für angeordnete Doppeldokumentationen wäre ebenso in der Personalbedarfsberechnung abzubilden wie umständliche (zeitaufwendige) Programmsoftware und unzureichende EDV-Ressourcen (Wartezeiten).

3.3 Alter(n)sgerechtes Arbeiten

Der Anteil älterer Mitarbeiter:innen steigt demografiebedingt an. Anders als in der Vergangenheit ist dafür Sorge zu tragen, dass ältere Mitarbeiter:innen - eine wertvolle Ressource - bis zur Pension gesund bleiben. Die Notwendigkeit altersgerechter Arbeitsgestaltung ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass Beschäftigte infolge des ansteigenden Pensionsalters länger im Erwerbsleben stehen.

Mitarbeiter:innen in der Pflege und Betreuung sollen im Hinblick auf die besonders belastende Arbeitsplatzsituation auch ein Recht auf Altersteilzeit zugestanden werden. Dieses sichert trotz Arbeitszeitreduzierung den Lebensstandard und ermöglicht vielfach erst ein gesundheitsförderliches Arbeiten.

Lösungsvorschläge:

- Ältere Mitarbeiter:innen sollten die rechtliche Option erhalten, sich von Zusatzdiensten befreien lassen zu können.
- Für langjährige Mitarbeiter:innen wäre das Recht auf Altersteilzeit zu verwirklichen.

4 ORGANISATION

4.1 Kurzfristige Dienstplanänderungen

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

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

Lösungsvorschlag:

- Mitarbeiter:innen, die sich zur Übernahme von Diensten infolge kurzfristiger Dienstplanänderungen bereit erklären, sollten für außerdienstplanmäßig geleistete Arbeitsstunden das Überstundenentgelt erhalten. Das so zu erwartende Stundenausmaß wäre auch in den Normkosten-Finanzierungsmodellen zu berücksichtigen. Um kurzfristige Dienstplanänderungen generell zu vermeiden, wären in den Normkostenmodellen ausreichende Personalressourcen vorzusehen.

4.2 Leitungs- und Führungsaufgaben

Die Rolle der Führungskraft, insbesondere des mittleren Managements, bei der Pflege- und Mitarbeiter:innen-Einsatzplanung ist für die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter:innen von großer Bedeutung. Dabei geht es vor allem um Dienstplansicherheit und die Vermeidung belastender kurzfristiger Dienstplanänderungen. Der Wunsch der Mitarbeiter:innen nach vorhersehbaren Dienstzeiten, möglichst wenig geteilten Diensten und geblockten Arbeits- bzw. Freizeitphasen ist sehr gut nachvollziehbar und vor allem im Sinne nachhaltiger Erholungsphasen als Voraussetzung für einen langen Verbleib im Beruf unerlässlich.

Die Zunahme an Teilzeiddienstverhältnissen und Teilzeitarbeitszeitmo-

dellen einerseits sowie die knappen Personalschlüssel und Personalressourcen andererseits fordern Führungskräfte bei der Organisation der Mitarbeiter:innen immer wieder aufs Neue heraus.

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

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

Lösungsvorschläge:

- Der Gesetzgeber sollte im Rahmen einer verpflichtenden Weiterbildung die Vermittlung spezieller Kompetenzen für eine bedarfsgerechte Mitarbeitereinsatzplanung vorsehen.
- Unabhängig davon sollten die Unternehmen/Träger den Führungskräften in der Pflege und Betreuung nachweislich alle erforderlichen Ressourcen inklusive der notwendigen Lohnkosten bereit zu stellen haben, um so eine optimale Personaleinsatzplanung zu ermöglichen. Führungskräfte sollen damit in die Lage versetzt werden, durch bestmögliche Mitarbeitereinsatzplanung vermeidbare Belastungen der Beschäftigten so gering wie möglich zu halten.

4.3 Pooldienste

Eine weitere Zusatzbelastung für Mitarbeiter:innen in den mobilen Diensten besteht durch die knapp kalkulierten Personalressourcen. Vielfach gefährdet der Ausfall eines/einer Mitarbeiters/in die Versorgung der Klient:innen. Immer wieder kommt es vor, dass Mitarbeiter:innen krank arbeiten gehen, damit die Klient:innen nicht unversorgt bleiben und Kolleg:innen nicht noch zusätzlich belastet werden. Man spricht auch von „qualitativen Fehlzeiten“, das sind Arbeitszeiten, in denen

Mitarbeiter:innen aus verschiedenen Gründen nicht die volle Arbeitsleistung erbringen können.

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

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

Lösungsvorschlag:

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

4.4 Rufbereitschaft für alle Mitarbeiter:innen

Die Arbeit von Pflegeassistent:innen und Heimhilfen erfolgt grundsätzlich unter Anleitung und Aufsicht des gehobenen Dienstes (bzw. Arztes). Diese ist aber in Randzeiten (am Nachmittag, Samstag, Sonn- und Feiertag) nicht immer gewährleistet. Eine reduzierte begleitende Kontrolle – ohne die unmittelbare Anwesenheit des gehobenen Dienstes – ist gesetzlich nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich (§ 83 Abs. 5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz).

Eine dieser Voraussetzungen ist das Vorliegen einer Rufbereitschaft. Diese bereits im Jahr 2010 geschaffene Rechtslage ist jedoch bei zahlreichen mobilen Dienstleistern noch nicht umgesetzt. Damit ist die gebotene Rückfrage bei prekären Betreuungsfällen von Pflegeassistent:innen und Heimhilfen nach wie vor nicht möglich (z. B. Verschlechterung des Gesundheitszustandes). Dieser Umstand verursacht bei den betroffenen Mitarbeiter:innen eine erhebliche Belastung, da ihnen in den Randzeiten – ohne entsprechende Qualifikation und gesetzliche Berechtigung –

nichts anderes übrig bleibt, als über Veränderungen des Gesundheitszustandes von Klient:innen eigenständig und damit berufsrechtswidrig zu entscheiden. Sie sind gleichsam genötigt, berufs fremde Tätigkeiten zu erbringen, und begeben sich damit in eine Übernahmefahrlässigkeit. Derzeit kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass telefonische Klient:innenanfragen zur allein diensthabenden Heimhilfe umgeleitet werden. Diesen fehlt hinsichtlich der Klient:innenberatung nicht nur das berufsrechtliche Dürfen, sondern es mangelt ganz allgemein an den rechtlichen Bestimmungen, im Rahmen einer begleitenden Aufsicht tätig werden zu dürfen.

Lösungsvorschlag:

- Das Vorsehen einer Rufbereitschaft für die gesamte Randzeit und für alle Mitarbeiter:innen der mobilen Dienste wäre dringend umzusetzen. Erst die Rufbereitschaft als Systemvoraussetzung ermöglicht berufsrechtlich ein effektives und interdisziplinäres Arbeiten in den Klient:innenhaushalten. Sie wäre auch eine wesentliche Voraussetzung für die so dringend benötigte Dienstplanstabilität und damit auch ein Beitrag zur Entlastung der Mitarbeiter:innen. Der diesbezügliche Aufwand wäre auch in den Normkostenmodellen abzubilden.

4.5 Qualifikationsmix

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

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

Die sinkende Verweildauer in Krankenanstalten, die Zunahme komplexer Behandlungsfälle und das vermehrte Auftreten multimorbider chronischer Krankheitsbilder verlangen auch entsprechend höhere Versorgungskompetenzen. Dies gilt im besonderen Maße auch für die Mitarbeiter:innen der mobilen Dienste, die bei den Klient:innen vor Ort typischerweise meist allein und auf sich selbst gestellt tätig werden. Entsprechende Spezialisierungen könnten beitragen, dass die komplexer werdenden Anforderungen leichter bewältigt werden können (z. B. durch

Spezialisierungen für Demenzversorgung, Wundmanagement, Diabetes- und Pflegeberatung, Case & Care Management sowie Advanced Nurse Practitioner).

Fach- und Diplomsozialbetreuer:innen, die über eine Pflegeassistenzqualifikation verfügen, sollten auch als Fach- oder Diplomsozialbetreuer:innen eingesetzt werden. Es kommt jedoch noch immer sehr häufig vor, dass diese Mitarbeiter:innen zwar als Fachsozialbetreuer:innen eingesetzt werden, jedoch nur das Gehalt einer Pflegeassistenz erhalten. Zum Teil wird diese Entwicklung durch unklare Normkostenmodelle begünstigt. Das Tätigwerden im höherqualifizierten Beruf ist jedenfalls auch angemessen abzugelten.

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

Lösungsvorschläge:

- Im Rahmen der Normkostenmodelle wäre die Realisierung attraktiver Arbeitsbedingungen und angemessener Gehälter sicherzustellen.
- Mitarbeiter:innen, die neben der Fach- oder Diplomsozialbetreuer:innenqualifikation auch die Ausbildung zur Pflegeassistenz besitzen, sollten jedenfalls als Fach- oder Diplomsozialbetreuer:innen verpflichtend angestellt werden müssen.
- Um auch in Zukunft die hohe Versorgungsqualität durch mobile Pflege- und Betreuungsdienste sicherstellen zu können, wären seitens der öffentlichen Hand im Normkostenmodell verpflichtende Kompetenzen auf Basis von Spezialisierungen bzw. Sonderausbildungen vorzusehen.

4.6 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Leistungserbringung ist in den mobilen Diensten ein besonderes Wesensmerkmal. Pflegepersonen benötigen entsprechend ihrem Berufsrecht (GuKG) für das Erbringen medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer sowie

präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen immer eine ärztliche Anordnung.

Die Bedachtnahme auf diese Selbstverständlichkeit erweist sich in der Praxis nicht immer als einfach. Mit den jüngsten GuKG-Novellen wurde die Erstverordnung von bestimmten Medizinprodukten (Pflegehilfsmitteln) und Arzneimitteln auf den Weg gebracht. Diese unmittelbaren Verordnungsformen sind ein Meilenstein, der nicht nur zu mehr Qualität und Effektivität in der Klient:innenversorgung beiträgt, sondern auch dem belastenden „Nachlaufen“ ärztlicher Anordnungen begegnet. Die zeitnahe ärztliche Verordnung und Kommunikation sind essentiell für ein qualitätsvolle Betreuung. Die möglichst rasche Anbindung der Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste an ELGA würde abermals die Versorgungsqualität verbessern. Erst ELGA gewährleistet nachhaltig das rasche Erbringen der richtigen medizinischen oder pflegerischen Leistung ohne lange, die Gesundheit belastende Verzögerungen. Dies gilt auch für das abgestimmte Erbringen präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen. ELGA ist damit ein wesentlicher Grundstein zur Entlastung der Pflege- und Betreuungspersonen bei gleichzeitig mehr Lebensqualität für Klient:innen.

Lösungsvorschläge:

- Zur leichteren und besseren Versorgung im Rahmen der Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste wäre deren rasche Anbindung an ELGA sicherzustellen.
- Die verstärkte Einbindung der Diplompflegedienste bei der eigenverantwortlichen Erbringung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen bei entsprechender Abbildung in den Leistungskatalogen der Sozialversicherungsträger wäre dringend geboten.

4.7 Sorgen mit der 24-Stunden-Betreuung

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

Zahlreiche Erfahrungen und Erkenntnisse zeigen, dass die Qualitätssicherung im Hinblick auf eine fachgerechte Pflege und Betreuung in der 24-Stunden-Hausbetreuung unzureichend ist. Damit verbunden sind auch ungenügende Kontroll- und Aufsichtsmöglichkeiten seitens der

verpflichtend beizuziehenden diplomierten Pflegepersonen. Dadurch leidet gleichsam „systembedingt“ die Lebensqualität, oftmals auch der Gesundheitszustand der zu Betreuenden.

Die Kontrollpflicht des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hinsichtlich der jeweiligen Fähigkeiten der Hausbetreuer:innen bringt diese gegenüber den Klient:innen in eine prekäre Lage. Die Ablehnung von unzureichend qualifizierten Hausbetreuer:innen hat meist den unmittelbaren, zumindest kurzfristigen Betreuungsverlust zur Folge.

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

Lösungsvorschläge:

- Für eine sichere Versorgungssituation in der 24-Stunden-Betreuung wäre es von großer Bedeutung, dass für Hausbetreuer:innen rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine qualitätsgesicherte fachliche Pflege und Betreuung sicherstellen.
- Für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege wären ebenso praktikable Kontroll- und Aufsichtsmöglichkeiten zu schaffen. Es bräuchte dringend eine Rechtslage, die sowohl dem Pflege- und Betreuungspersonal als auch den Klient:innen die notwendige Rechtssicherheit gibt.



B) Der Personalbedarf im Krankenhaus

1 DIE WICHTIGSTEN LÖSUNGSVORSCHLÄGE IM ÜBERBLICK

Anwendung realistischer Pflegeminuten pro Patient:in und Tag

Im Rahmen von Pflegepersonalbedarfsberechnungen (PBB) in Krankenanstalten wären alle von der Pflege zu erbringenden Tätigkeiten wie z.B. Aufnahme, Pflege, Entlassung, Patient:innenanleitung und -beratung sowie Dokumentation vollständig zu erfassen. Veränderungen durch eine immer komplexere Patient:innenbetreuung infolge der Zunahme pflegerischer Aufgaben, medizinischer Kompetenzen und der strukturellen Verkürzung der Krankenhausverweildauer wäre dringend mit einzubeziehen.

Bekannte Belastungen beseitigen

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

Angewandten Stand der Wissenschaft abbilden

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

Zunahme der Fehlzeiten ausgleichen

Pflegepersonalbedarfsberechnungen sollten alle Zeitaufwände für gesetzliche Fort- und Weiterbildungen, Sonderurlaube, Nachtarbeit, Zeitgutschriften, eingeschränkten Einsatz von werdenden Müttern sowie alle qualitätssichernden Maßnahmen, vom Risikomanagement bis hin zur Zertifizierung, vollständig abbilden. Dies ist derzeit leider nicht der Fall.

Verpflichtende Umsetzung von PBB und deren Kontrolle

Ergebnisse von Pflegepersonalbedarfsberechnungen sollten von den Krankenhausträgern und Führungskräften zu 100% verpflichtend umzusetzen sein! Budget- und Personalanspannungen zulasten der Mitarbeiter:innen sollten gesetzlich unterbunden sein. Mitarbeiter:innen müssen sicher sein, zu jeder Zeit in einem rechtlich gesicherten Rahmen arbeiten zu können. Die Einhaltung wäre zu kontrollieren bzw. die Nichteinhaltung zu sanktionieren.

2 NEUE RAHMENBEDINGUNGEN EINER PERSONALBEDARFSBERECHNUNG AUS SICHT DER PFLEGE

2.1 Ein zeitgemäßes Personalbedarfsmodell

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

Die Personalbedarfsplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung und der Personaleinsatz, hat auf Basis anerkannter Methoden zu erfolgen. Die Entwicklung dieser Methoden erfolgt(e) weitestgehend von den Krankenhausträgern selbst und hat zur Folge, dass es daher weder bundes- noch landesweit einheitliche Rahmenvorgaben für die Personalbedarfsplanung gibt.

Als Basis für die Personalberechnung im Gesundheitsbereich dienen teils Berechnungsgrundlagen aus den Jahren 1969 (DKI) bis 2004 (PPN). Die Verwendung, Umsetzung und laufende Adaptierung dieser bereits sehr veralteten und nicht mehr praxistauglichen Modelle obliegt letzten Endes dem Träger bzw. ist primär eine Entscheidung der Krankenhausleitung.

Aktuell gibt es kein geeignetes Personalbedarfsberechnungsmodell in Österreich, das alle erforderlichen Bedarfslagen im stationären Krankenhausetting abdeckt.

Die wichtigsten Gründe dafür sind:

- Die **Zunahme der Leistungsdichte** aufgrund der kontinuierlichen Auslagerung (bzw. Übertragung) von ärztlichen Tätigkeiten an die

Pflege, zuletzt durch die GuKG-Novellen 2016, 2022 und 2024, wurden nicht ausreichend abgedeckt.

- Die **verkürzte Verweildauer** der Patient:innen und der damit verbundene Mehraufwand von administrativen, organisatorischen und hygienetechnischen Abläufen sowie eine Komprimierung und Beschleunigung der notwendigen Behandlung.
- Die **gestiegene Multimorbidität** der immer älter werdenden Patient:innen und der damit verbundene viel höhere Pflegeaufwand in Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Entwicklung hin zu „Single-Haushalten“ und der Problematik, dass oft keine adäquate Versorgung im familiären Umfeld möglich ist.
- Die unzureichende Berücksichtigung des immer höher steigenden **bürokratischen Aufwandes** im Bereich der Dokumentation.
- Die **Zunahme der Digitalisierung** und dadurch erhöhter administrativer Aufwand.
- Die unzureichende Berücksichtigung der benötigten **Zeit für wichtige empathische und professionelle Kommunikation** mit den Patient:innen, um so Patient:innensicherheit, -zufriedenheit und eine hohe Betreuungsqualität zu gewährleisten.

Mit der **GuKG-Novelle 2024** und dem **Entfall der Schriftlichkeit** der ärztlichen Anordnungen ist noch einmal mit einem deutlichen Anstieg des Dokumentationsaufwandes zu rechnen. Der Entfall der Schriftlichkeit benachteiligt die Pflege insofern, als ihr der Beweis von allfälligen Kommunikationsfehlern sonst nicht gelingt.

Überdies wurde das **Tätigkeitsspektrum erweitert**. Entsprechen die medizinisch-therapeutischen Tätigkeiten bislang einer beispielhaften Aufzählung, die allgemein als Richtschnur anerkannt war, so können nun Pflegepersonen je nach deren persönlichen Kompetenzlage auch darüber hinausgehende ärztliche Tätigkeiten angeordnet erhalten. Schließlich dürfen ab September 2025 auch bestimmte medizinische Erstverordnungen vorgenommen werden.

All diesen Maßnahmen ist gemein, dass sie Ärzte entlasten und Pflegepersonen durch zusätzliche Aufgaben in der Regel abermals belasten, ohne dass im Vorfeld die dafür erforderlichen zeitlichen Ressourcen geschaffen wurden. Die Arbeit verdichtet sich also weiter.

Lösungsvorschläge:

- Um dem „Wildwuchs“ an Personalbedarfsberechnungsmodellen für die Pflege im Krankenhaus zu begegnen, wäre die Schaffung gesetzlicher Standards und einheitlicher Rahmenvorgaben vorzusehen. Entsprechende Berechnungsgrundlagen für Personalbedarfsberechnungsmodelle sollten für alle stationären Pflegebereiche, insbesondere auch für bettenführende Stationen gesetzlich verankert werden, beispielsweise im österreichischen Strukturplan Gesundheit.
- Bei der Neugestaltung wären auch aktuelle, auch **internationale Entwicklungen** zu berücksichtigen. Beispielhaft sei das neue deutsche Modell PPR 2.0 genannt, das durch Schaffung einer weiteren Kategorie (A4/S4), zeitintensive Behandlungen erstmals widerspiegelt (z.B. bei dementiellen, psychiatrischen oder zu isolierenden Patientinnen und Patienten).
- Bei der Anpassung der Personalbedarfsberechnungsmodelle sollte auch die Methode „**Leistungserfassung in der Pflege**“ (**LEP**) verpflichtend, einbezogen werden. Erst durch die regelmäßige und transparente Erfassung bzw. Darstellung aller Tätigkeiten und Leistungen der Pflegepersonen wäre der wahre Arbeitsaufwand und letztlich der Wert der Pflege abbildbar.
- Eine seitens der öffentlichen Hand bzw. Aufsichtsbehörde **regelmäßige, transparente Kontrolle und Evaluierung** der bestehenden Personalbedarfsberechnungsmodelle unter Einbeziehung einer kontinuierlichen, transparenten Erfassung aller pflegerischen Leistungen wäre dringend notwendig und möglichst verpflichtend vorzusehen.

2.2 Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

Das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LKF-System) wird in Österreich verwendet, um die Finanzierung und Steuerung von Krankenanstalten mittels Leistungskategorien zu regeln. Es basiert primär auf medizinischen Diagnosen und Behandlungskategorien, um die erbrachten Leistungen zu dokumentieren und abzurechnen. Die LKF-Fallpauschalen decken die Gesamtkosten der Behandlung, einschließlich medizinischer und pflegerischer Leistungen. Eine Aufschlüsselung der LKF-Punkte in medizinische und pflegerische Anteile besteht derzeit jedoch nicht.

Mit Anwendung der ICD-10-Diagnoseschlüssel fokussiert das LKF-System hauptsächlich auf medizinische Indikationen, Diagnosen und Behandlungen und nicht explizit auf pflegerische oder andere nichtärztliche

Leistungen. Ohne diese wäre eine stationäre Gesundheitsversorgung aber undenkbar. Damit die pflegerischen Leistungen und deren Wert nach außen hin sichtbar werden, ist analog die Erfassung pflegerischer Diagnosen und Leistungen durch die Einführung eines Pflege-Klassifikationssystems unabdingbar.

Eine Leistungsaufschlüsselung würde die unterschiedlichen Leistungen besser und vor allem transparent darstellen. Auch ließe sich durch sie der budgetäre Aufwand umfassender plausibilisieren. Ein eigenes Pflege-Klassifikationssystem könnte die mannigfaltigen Pflegeleistungen besser abbilden und wäre geeignet, die Berufsgruppe Pflege aufzuwerten. Eine Plausibilisierung und budgetäre Aufwertung der tatsächlich benötigten Pflege-Personalressourcen gingen damit einher.

Lösungsvorschläge:

- Bei der pauschalierten Abgeltung im Rahmen des LKF-Systems sollte vom primären Fokus auf medizinische Leistungen Abstand genommen werden.
- Pflegerische bzw. nichtärztliche Tätigkeiten sollten ebenso verpflichtend transparent und systematisch erfasst und im LKF-System abgebildet werden.
- In einem ersten Schritt könnten bestehende Dokumentationssysteme (z.B. PPR/PPN) als Grundlage für eine berufsgruppenspezifische und budgetwirksame Leistungserfassung dienen.
- In weiterer Folge sollten jedenfalls mit der Methode „Leistungserfassung in der Pflege – LEP“ alle pflegerischen Tätigkeiten und Leistungen wiederkehrend, qualitätsgesichert, und transparent erfasst bzw. dargestellt werden.

2.3 Umsetzung bestehender Normen

Die Krankenhausträger sind verpflichtet, regelmäßig den aktuellen Personalbedarf, insbesondere jenen der einzelnen Berufsgruppen, zu ermitteln. Die errechneten Personalbedarfszahlen bleiben aber in der Personalplanung letztlich bei zahlreichen Krankenhausträgern unberücksichtigt. Begründet wird dies z. B. damit, dass vorgesehene Finanzmittel budgetär nicht zugeteilt wurden. Sehr oft werden offene Stellen auch nicht nachbesetzt. Dies führt bei den Beschäftigten zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung und damit zu psychischen und physischen Überlastungssituationen mit allen bekannten Konsequenzen.

Die vollständige Umsetzung der tatsächlichen Ergebnisse von Personalbedarfsberechnungen würde aus Sicht der Mitarbeiter:innen eine Vielzahl an Problemen als Folge der Personalanspannung lösen. Die Belastung würde sinken und damit auch die Zahl der Krankenstände durch psychische (Burnout) und physische Belastungen. Auch die Patient:innensicherheit würde dadurch steigen.

Anhand des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes und seiner berufsrechtlichen Bestimmungen wird von Pflegepersonen erwartet, immer mehr Tätigkeiten im mitverantwortlichen Bereich zu übernehmen, als dies bislang der Fall war (z. B. intravenöse Blutabnahme). Die derzeit angewandten Personalbedarfsplanungsmodelle haben den Wandel bezüglich der Kompetenzveränderungen bislang jedoch weitgehend außer Acht gelassen.

Der Grund liegt darin, dass für diese mit dem GuKG 1997 geschaffenen Kompetenzen bislang noch immer nicht (!) ausreichende Zeitressourcen in den meist älteren Personalberechnungsmodellen vorgesehen wurden. Dies ist weder aus gesundheitspolitischen noch aus ökonomischen Gründen verständlich.

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

Lösungsvorschlag:

- Der Gesetz- bzw. Ordnungsgeber wird ersucht, Regelungen zu erlassen, die Budget- und Personalanspannung zulasten von Mitarbeiter:innen unterbinden. So sollten auch Personalabsenzen jeder Art umgehend, längstens jedoch binnen einer vorzusehenden Frist, nachzubesetzen sein. Absehbare Absenzen (z.B. Karenzen) sollten von Führungskräften umgehend (im Voraus), den Personalverantwortlichen zu melden sein, um eine kontinuierliche Personalbesetzung gewährleisten zu können. Auch Änderungen bei den berufsrechtlichen Kompetenzen sollten verpflichtend analysiert und zeitnah in die Personalbedarfsplanung einfließen.

2.4 Kontrolle bestehender Auflagen

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

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

Bei der Umsetzung der PBB-Modelle wäre eine Kontrolle im Sinne einer Richtschnur dringend geboten. Derzeit gehen Sparmaßnahmen in der Regel auf Kosten der Mitarbeiter:innen und Patient:innen.

Lösungsvorschlag:

- Im Hinblick auf den enormen Ressourceneinsatz im Setting Krankenhaus bietet sich jedenfalls die zeitnahe Schaffung einer unabhängigen, neutralen Krankenhaus-Kontrolle an, die regelmäßig wiederkehrend tätig werden könnte. Diese könnte beispielsweise im österreichischen Strukturplan Gesundheit verankert werden. Die Kontrolle selbst könnte die Patientenombudschaft, der Rechnungshof, die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) oder eine sonstige öffentliche Einrichtung mit entsprechender Kompetenz übernehmen.

3 ALLGEMEINE GRUNDLAGEN DER PERSONALBEDARFSBERECHNUNG

3.1 Mängel in der Personalberechnung durch nicht beachtete Fehlzeiten

Ein wesentlicher Bestandteil jeder Pflegepersonalbedarfsberechnung (PBB) ist die Berücksichtigung des Faktors für Fehlzeiten bei der Jahresnettoarbeitszeit. Aktuelle Fehlzeitenfaktoren sind größtenteils veraltet und stellen einen erheblichen Mangel für die Personalbedarfsberechnung dar.

Der Fehlzeitenfaktor berücksichtigt Arbeitszeiten, in denen Arbeitnehmer:innen dem Unternehmen nicht zur Verfügung stehen. Mitumfasst sind Krankheits-/Kurtage, Urlaubstage, Sonder- oder Pflegeurlaub, Mutterschutz, Fortbildung und Feiertage. Die Begriffe Fehl-, Ausfalls- und Absenzzzeiten werden in der Praxis synonym verwendet. Hier wurde bewusst der Begriff „Fehlzeiten“ verwendet, da Beschäftigte in dieser Arbeitszeit bei den Patient:innen fehlen, was gesondert in der Personalplanung zu berücksichtigen ist.

Im normalen Betriebsalltag sind diese Ausfallszeiten (Absenzen) im Ausmaß von 20 bis 25 Prozent typisch und anerkannt. Das bedeutet, dass ein Unternehmen um ein Viertel mehr an Mitarbeiter:innen braucht, um die jedenfalls erwartbaren Absenzen abdecken zu können.

In den Steirischen Krankenanstalten wird seit Jahrzehnten mit einem Fehlzeitenfaktor für Normausfallszeiten von **15 Prozent** gearbeitet. Dieser Faktor geht zurück auf die DKI-69. Wie das mit den mittlerweile anerkannten 25 Prozent zusammengeht, ist nicht nachvollziehbar. **Im Klartext bedeutet dies, dass die Beschäftigten die Ausfallszeiten der Mitarbeiter:innen selbst stemmen müssen. Dies erklärt vor allem die hohe Arbeitsdichte im Pflegebereich, mit allen ihren Folgewirkungen.**

Dabei ist die Fehlzeiten-Situation im Gesundheitswesen noch einmal anders zu bewerten. Neben den oben genannten allgemein Fehlzeiten, gibt es auch Arbeitszeiten, die nicht unmittelbar am oder mit den Patienten erbracht werden, so genannte patientenferne Fehlzeiten (qualitative Fehlzeiten). Allgemeine Fehlzeiten und „patientenferne“ Zeiten haben einschlägigen Berichten, der Literatur und AK-Berechnungen zufolge mitt-

lerweile zumindest (!) ein Ausmaß von **30 bis 35 Prozent** der Normalarbeitszeit erreicht. Zu den allgemeinen Fehlzeiten von bis zu 25 Prozent kommen daher noch weitere fachliche (qualitative) Fehlzeiten von bis zu 15 Prozent **hinzu**, die typischerweise im Setting Krankenhaus vorkommen. Es handelt sich auch hier um Fehlzeiten, weil die Aufgaben bzw. Leistungen ebenfalls nicht unmittelbar am, mit oder für den Patienten erbracht werden. Auch diese werden in der Personalbedarfsberechnung nicht bzw. nicht ausreichend berücksichtigt.

Der diesbezügliche, meist erhebliche Zeitaufwand wäre für jeden einzelnen Bereich transparent zu erheben und in der Folge bei der Personalbedarfsplanung verpflichtend zu berücksichtigen. Dies soll exemplarisch vor allem für nachstehende Aufgaben/Tätigkeiten gelten:

■ **Teilnahme an Bildungsmaßnahmen**

Bildungsmaßnahmen wirken sich unmittelbar auf die Personalbedarfsplanung aus und sollen daher im vollen Ausmaß zu berücksichtigen sein. Unabhängig davon, ob diese stundenweise, tagesweise oder länger dauern. Dies soll für alle Absenzen infolge des Besuches von vorgegebenen Fortbildungen, Weiterbildungen, Sonderausbildungen bzw. Höherqualifizierungen, Universitätslehrgängen, Schulungen (z. B. Brandschutz- und Arbeitnehmerschutz-Unterweisungen), Maßnahmen der Personalentwicklung sowie der Nachwuchsförderung für Führungskräfte etc.

■ **Teilnahme an QM-Verfahren**

Qualitätssicherung und Risikomanagement sind im Gesundheitswesen nicht wegzudenken. Qualitätssertifizierungen, wie z. B. Hygienezirkel, KTQ oder EFQM sowie deren notwendige regelmäßige Rezertifizierung, sind bekanntermaßen sehr zeitintensiv. Sowohl die Planungs- und Zertifizierungsphase als auch die Umsetzung der Qualitätsvorgaben in den Berufsalltag erfolgt durch die Einbeziehung der Mitarbeiter:innen.

■ **Teilnahme an Fachprojekten**

Das zur Teilnahme an QM-Verfahren Gesagte gilt auch für die Teilnahme an diversen Fachprojekten, die beispielsweise in Zusammenhang mit Fachthemen wie Kinästhetik, Heben und Tragen, Wundmanagement, Pflegedokumentation, Forschungsprojekten, der Einführung neuer Pflegekonzepte (z. B. dem Primary Nursing, dem Evidence-based Nursing) durchgeführt werden.

■ **Schüleranleitung durch Praxisanleiter:innen und Kolleg:innen vor Ort**

Neben Auszubildenden in der Pflege und den MTD sind auch Studierende anderer Gesundheitsberufe wie beispielsweise jene der Pflegewissenschaften, diverser Sonderausbildungen oder der Medizin sowie Pflegelehrlinge während der Praktikumszeit zu betreuen, zu unterweisen und anzuleiten.

■ **Einführung neuer Mitarbeiter:innen**

Für neue Mitarbeiter:innen, aber auch Mitarbeiter:innen, die hausintern zwischen Abteilungen wechseln.

■ **Umkleidezeiten**

Umkleidezeiten sind generell als Arbeitszeit zu werten. Bereits derzeit kollektivvertraglich geregelte Umkleidezeiten sind zu berücksichtigende Fehlzeiten und bei der Personalbedarfsberechnung entsprechend zu berücksichtigen.

■ **Wiedereinsteiger-Schulung**

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

■ **Abbau von Zeitgutschriften**

Zeitgutschriften entstehen z. B. aufgrund belastender Faktoren am Arbeitsplatz. Dazu gehören Zeitgutschriften infolge Nacht-Schwerarbeit, Strahlenarbeit, Arbeiten im Kunstlichtbereich etc., aber auch nach Mehrleistungs- oder Überstunden. Der zum Teil gesetzlich binnen Frist vorgeschriebene Abbau dieser Stunden ist aufgrund der Personalknappheit im laufenden Betrieb oft nur schwer bzw. gar nicht möglich. Er ist daher transparent zu erfassen und bei der Personalbedarfsplanung einzuplanen.

Weiters beeinflussen nachstehende Zeiten das Arbeitsausmaß und sind daher bei der Personalbedarfsplanung zu beachten:

■ **Dienstübergabezeiten**

Mehrmals täglich erfolgen je nach Dienst der einzelnen Mitarbeiter:innen Dienstübergaben. Diese erfolgen je nach Situation zwischen einzelnen oder auch mehreren Kolleg:innen und nehmen je nach Notwendigkeit Arbeitszeit in Anspruch.

■ **Schwangere Beschäftigte**

Der eingeschränkte Einsatz von werdenden Müttern wird nach wie vor nicht oder unzureichend in der Personalbedarfsberechnung abgebildet bzw. berücksichtigt. Dies betrifft vor allem die Zeit ab Bekanntgabe der Schwangerschaft bis zum Beginn des Mutterschutzes.

■ **Zeitaufwand für Supervision**

■ **Sonderurlaube, Behördenwege und Dienstreisen**

■ **Regelmäßige Teambesprechungen**

sind nicht nur für die Versorgungsqualität und eine abgestimmte Versorgung der Klient:innen von Relevanz, sondern auch für den fachlichen Austausch, die Reflexion und Bewältigung von herausfordernden Situationen seitens der Mitarbeiter:innen von besonderer Bedeutung.

■ **Zeiten von Bildungskarenz, Sabbatical, Pflege- und Familienhospizkarenz**

Diese Zeiten sind im vollen Ausmaß zu berücksichtigen.

Lösungsvorschläge:

- Das Ausmaß der Fehlzeiten wäre aus Gründen der Zeittransparenz unabdingbar transparent zu erfassen, regelmäßig zu aktualisieren und in der entsprechenden Höhe bei der Personalplanung zu berücksichtigen.
- Fachliche Zeiten, die nicht direkt am, mit oder für den Patienten erbracht werden, wären ebenso zu erfassen und in der Personalbedarfsberechnung vollständig abzubilden.

3.2 Berücksichtigung zusätzlicher Arbeitsaufwände

Die derzeit angewandten Personalbedarfsberechnungsmodelle bzw. wesentliche Teile davon basieren noch immer auf bereits überholten Grundlagen aus den 80er- und 90er-Jahren (siehe oben).

Die akutstationäre Versorgung und die damit im Zusammenhang stehende Personalsituation haben sich jedoch durch den demografischen Wandel, die Zunahme an Demenzerkrankungen und die steigende Singularisierung in der Gesellschaft erheblich verändert. Wesentlichen Anteil daran haben überdies Struktur- und Organisationsveränderungen, neue Pflegemethoden, die Zunahme von Qualitätssicherungs-, Hygiene- und Dokumentationsstandards, die fortschreitende Arbeitsteiligkeit, der me-

dizintensive Fortschritt und zahlreiche weitere Entwicklungen mehr. Aber auch die Nichtbelegung von Pflegeheimbetten bzw. lange Wartezeiten auf einen Pflegeheimplatz führen immer öfter dazu, dass nicht krankenhausbedürftige geriatrische Patient:innen zusätzlich akutstationär zu versorgen sind.

Aus allen diesen Gründen haben die nachstehend dargestellten Arbeiten bzw. Leistungen stark zugenommen, ohne dass dies in den Personalbedarfsberechnungsmodellen hinreichend berücksichtigt wurde. Deren entweder konkrete oder zumindest pauschale Berücksichtigung ist unabdingbar.

3.2.1 Gesprächszeiten mit Patient:innen und Angehörigen

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

Lösungsvorschlag:

- Diese Entwicklung macht es erforderlich, dass zeitliche Ressourcen auch für das Naheliegendste in der Pflegearbeit, wie die Beziehungsarbeit und Kommunikation mit den Patient:innen und An- sowie Zugehörigen, transparent abgebildet und in den Personalbedarfs-Modellen berücksichtigt werden.

3.2.2 Zunahme der Anleitung, Schulung und Beratung von Patient:innen

Die Einbindung von Patient:innen und pflegenden Angehörigen ist für den Behandlungserfolg (die Compliance) von erheblicher Bedeutung. Sprachbarrieren auf Seiten der Patient:innen als auch der Beruf Angehörigen erfordern noch einmal mehr Zuwendung, in manchen Fällen die Beiziehung eines Dolmetschs. Deutlich mehr Zeitressourcen als noch vor einigen Jahren sind unabdingbar.

In den vergangenen Jahren ist auch ein genereller Anstieg von zeitintensiven Anleitungen und Beratungen von Patient:innen und Angehörigen zu beobachten. Begründet wird diese Entwicklung allgemein mit besser informierten Patient:innen bzw. Angehörigen und mit komplexer werdenden Pflegefällen, vor allem auch als Folge der akutstationären Verweildauerverkürzung. Zudem sind immer häufiger auch organisatorische Belange zu klären.

Lösungsvorschlag:

- Der steigende Zeitaufwand im Zusammenhang mit immer umfangreicher werdenden Anleitungen, Unterweisungen und Beratungen wäre daher möglichst transparent zu erheben und ebenso in den Personalbedarfsberechnungsmodellen abzubilden.

3.2.3 Beachtung des Zentralisierungsgrades

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

Lösungsvorschläge:

- Der oft erhebliche Aufwand im Zusammenhang mit langen Wegstrecken wäre im Hinblick auf die Zeittransparenz bei den Personalbedarfsberechnungs-Modellen einzuplanen.
- Ergänzend wären organisatorische Maßnahmen vorzusehen, wie zum Beispiel das Aufsplitten weitläufiger Stationseinheiten oder die Etablierung von Bereichs- und Zimmerpflege. Damit könnte auch die qualitativ hochwertigere Bezugspflege einhergehen.

3.2.4 Zweckmäßigkeit der Dokumentation

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

Die Gründe für die Zunahme des Dokumentationsaufwandes sind vielfältig. Zu den wichtigsten jüngst hinzugekommenen zählen unter anderem:

- der generell dokumentationsintensivere Patient:innendurchlauf
- die entfallene verpflichtende schriftliche ärztliche Dokumentation
- der vielseitig gestiegene Rechercheaufwand
- die Erfassung der AEDLs bei Patient:innen mit Selbstpflegedefizit
- die Klärung freiheitsbeschränkender Maßnahmen
- die Erfassung von Patient:innenverfügungen

- das Erfassen von Erwachsenenschutzvereinbarungen
- häufig unzureichende EDV-Ressourcen

Ausmaß der Dokumentation

Inhaltlich sollte nur die relevante und unbedingt notwendige Dokumentation von Mitarbeiter:innen erfasst werden. Dennoch ist vielfach unklar, welche Informationen in die Dokumentation aufzunehmen sind. Hilfreich wären klare **Dokumentationsstandards**. Bei tagesklinischen Patient:innen soll ein zielgerichtetes Aufnahme-Assessment in Kurzform möglich sein. Wesentlich ist auch, dass hinreichend aktuelle Eingabegeräte (Hardware) und eine benutzerfreundliche Software vorhanden sind.

Lösungsvorschläge:

- Im Hinblick auf die notwendige Zeittransparenz wäre der über die Jahre gewachsene Mehraufwand an Dokumentation nachvollziehbar zu erheben und in der Personalbedarfsberechnung zu berücksichtigen.
- Zur rechtlichen Absicherung des Pflegepersonals wären allgemeingültige Dokumentationsrichtlinien zu schaffen, die Inhalt und Umfang der jeweils notwendigen Dokumentation klarstellen.
- Auch ein mit der Dokumentation verbundener Kommunikationsaufwand mit Dritten wäre im Rahmen der Personalbedarfsbeurteilung zu bewerten.
- Der Mehraufwand infolge umständlicher bzw. zeitaufwendiger Programmsoftware oder unzureichender EDV-Ressourcen wäre zu analysieren und ebenfalls in den verfügbaren Zeitressourcen abzubilden.

3.2.5 Demenzzuschlag

Die Zahl an dementen Patient:innen nimmt zu. Der betreuerische Aufwand im Zusammenhang mit Demenzpatient:innen ist im Vergleich zu nicht-dementen Patient:innen deutlich erhöht. Dieser zusätzliche Aufwand ist derzeit in den österreichischen PBB-Modellen nicht abgebildet. Dieses Problem wurde beispielsweise in Deutschland durch eine neue Patient:innenkategorie gelöst (A4-Patient:innen).

Lösungsvorschlag:

- Es wäre aufgrund der beschriebenen Entwicklung unbedingt erforderlich, dass die im Zusammenhang mit Demenz stehenden deutlich erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwände auch in den Personalbedarfsberechnungs-Modellen abgebildet würden.

3.2.6 Aufnahme, Entlassung und Verlegung

Die Aufnahme und Entlassung, aber auch die interne Verlegung von Patient:innen ist oft zeitintensiv. Der zeitliche Aufwand wird im sogenannten **Fallwert** (PPR/PPN) abgebildet. Dieser beträgt in den meisten steirischen Spitälern lediglich 70 Minuten pro Patient:in und ist seit den 90er-Jahren unverändert. Nicht gleich geblieben ist der Arbeitsaufwand, der mit der Aufnahme und Entlassung verbunden ist. Dieser hat stark zugenommen und umfasst auch Pflegemaßnahmen und die Nachbereitung des Zimmers.

Der Gründe sind auch hier vielfältig. Hervorzuheben ist die kontinuierlich rückläufige Krankenhausverweildauer, die auf manchen Stationen oft nur noch 2 bis 3 Tage beträgt. Die Tätigkeiten rund um die Aufnahme und Entlassung haben daher im Verhältnis zu den 90er-Jahren, wo Aufnahmen/Entlassungen seltener stattfanden, zugenommen.

Die Krankheitsbilder sind komplexer, die damit verbundene Beratung, Unterweisung und Anleitung von Patient:innen und deren Angehöriger im Rahmen der Aufnahme bzw. Anamnese und des Entlassungsgespräches sind umfangreicher. Patient:innen und Angehörige ihrerseits sind großteils fordernder als früher.

Seitens betroffener Pflegepersonen wird es als Tatsache angesehen, dass die verfügbare Zeit von 70 Minuten für alle Aufgaben rund um die Aufnahme- und Entlassung (inklusive interner Verlegungen, siehe nachstehend) schon lange nicht mehr ausreicht. Das deutsche PPR-2.0-Modell sieht beispielsweise alleine für eine Krankenhausaufnahme einen Minutenwert von 75 vor und für die Entlassung einen zusätzlichen Minutenwert.

Die Schaffung und der fortwährende Ausbau von kurzfristigen tages- und wochenklinischen Leistungsangeboten tragen ebenso zum Mehraufwand bei.

Lösungsvorschlag:

- Die derzeit angewandten Aufnahme- und Entlassungsfaktoren in den Personalbedarfsrechnungsmodellen sind veraltet und wären dringend zeitnah zu evaluieren und auf ein aktuelles Niveau anzupassen.

3.2.7 Verlegungsfaktor

Eine Vielzahl an Patient:innen wird krankenhausintern auf eine andere Station verlegt (z. B. von der Intensiv- auf die Normalstation). Mit ein Grund für die Zunahme von internen Verlegungen ist auch der steigende

Grad an Spezialisierung und Arbeitsteiligkeit in der Behandlung. Ein weiterer ergibt sich aus den strukturellen Veränderungen. So hat wohl auch die Schaffung von Krankenhausverbänden die Anzahl interner Verlegungen ansteigen lassen.

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

Derzeit werden interne Verlegungen durch den viel zu geringen allgemeinen Fallwert im Ausmaß von 70 Minuten mitabgegolten (siehe vorhin).

Dabei sind interne Verlegungen mit der Entlassung aus einer Station und der Aufnahme auf einer anderen Station vom Aufwand her gut vergleichbar mit der normalen Aufnahme und Entlassung von Patient:innen.

Lösungsvorschlag:

- Das Ausmaß des Fallwertes wäre dringend einer Evaluierung zuzuführen. Der gestiegene Mehraufwand könnte dabei entweder in den Fallwert einbezogen oder durch einen eigenen internen Verlegungsfaktor in den Personalbedarfsberechnungs-Modellen berücksichtigt werden.

3.2.8 Führungsaufgaben sind in den PBB anteilmäßig abzubilden

Leitungs- und Führungsaufgaben werden bislang nicht bzw. nur teilweise in den PBB abgebildet. Da Personen in Leitungs- und Führungsfunktion in der Regel nicht mit der unmittelbaren Patient:innenbetreuung betraut sind, sondern vorwiegend organisatorische Aufgaben erfüllen, sind diese im Ausmaß ihrer Leitungs- und Führungsaufgaben in der Pflegepersonalbedarfsberechnung herauszurechnen bzw. gesondert zu berücksichtigen. Aliquot ist der Anteil des Pflegepersonals direkt am Patienten zu erhöhen. Als Beispiel dafür kann das Steirische Pflege- und Betreuungsgesetz samt Verordnung genannt werden.

Lösungsvorschlag:

- Das Personal in Leitungs- und Führungsaufgaben wäre in der Personalbedarfsberechnung eigens und transparent abzubilden. Dem Anteil gemäß wäre der Pflegepersonaleinsatz zu erhöhen.

3.3 Qualifikationsschlüssel

Über viele Jahre stand der Skill-and-Grade-Mix von 70 Prozent gehobener Dienst zu 30 Prozent Pflegeassistenz (70:30) außer Streit. Mit der Schaffung der Pflegefachassistenz begann sich der Anteil des gehobenen Dienstes kontinuierlich auf 60:40 zu verringern. Eine weitere Reduzierung wird fachlich jedoch als kritisch angesehen. Fehlendes Diplompflegepersonal führt aktuell zu Bettensperren. Die pflegerische Patient:innenversorgung, die gewöhnlich unmittelbar und persönlich erfolgt, ist für weniger Personal bei gleichzeitig geringerer Qualifikation, ungleich schwieriger zu bewältigen.

Eine weitere Unterschreitung aus Sicht des gehobenen Dienstes ist umstritten und daher aus mehreren Gründen bedenklich. Die demografiebedingt rückläufige Geburtenrate bewirkt bei gleichzeitig prognostiziertem Anstieg von Pflegebedürftigen, dass künftig trotz größerem Pflegebedarf weniger Personen im erwerbsfähigen Alter für die Pflege- und Betreuungsarbeit zur Verfügung stehen. Um diese Lücke zu schließen, muss es gelingen, das vorhandene Personal bestmöglich zu qualifizieren.

Schon heute bewirken hohe und vielfältige Kompetenzen, dass der Berufsalltag leichter bewältigt, die konkrete Versorgungslage rasch und richtig eingeschätzt und ebenso bedarfsgerecht gehandelt werden kann. In den vergangenen Jahren hat bereits die Verweildauerverkürzung die durchschnittliche medizinische bzw. pflegerische Komplexität in der Patient:innenversorgung ansteigen lassen.

Die Betreuung der Patient:innen ist damit in Summe aufwendiger und pflegeintensiver als noch vor zehn Jahren.

Eine Verminderung der Quote für das diplomierte Personal hätte eine Verlagerung der Arbeit auf alle übrigen am Pflegeprozess Beteiligten zur Folge. Mit den Konsequenzen, dass diese neben einer Arbeitsverdichtung mangels entsprechender Qualifikationen zunehmend auch überfordert würden.

Infolge der dargestellten Umstände (Demografie, Verweildauerverkürzung, komplexere Betreuungssituation) ist zu überlegen, die bestehenden Kompetenzen zu erweitern.

Lösungsvorschläge:

- Der Skill- and Grade-Mix sollte im Hinblick auf die aus den dargestellten Gründen gestiegenen Anforderungen im Pflegealltag keinesfalls weiter zu Lasten des gehobenen Pflegedienstes verändert werden.
- Die zunehmende Versorgungskomplexität erfordert auch eine weitere Anhebung der Fachkompetenzen.
- In den einzelnen Bereichen sollten auch transparent, nachvollziehbare Qualifikationsschlüssel bzw. Skill- and Grade-Mix vorgesehen werden.
- Bei Mindestbesetzungen (z. B. auf Kleinstationen oder bestimmten Fachrichtungen) wäre qualitätssichernd ein entsprechend höheres Qualifikationsprofil zur Erleichterung des Pflegealltages vorzusehen.
- Eine nachhaltige Entlastung der Fachdienste könnte vor allem durch z.B. allgemeine Hilfsdienste, Patient:innentransportdienste, Stationssekretär:innen sowie Hol- und Bringdienste erfolgen.

3.4 Nachtdienst

Es gibt kein Personalbedarfsberechnungsmodell, das qualitativ oder quantitativ den Personaleinsatz während der Nacht vorschreibt. Der Nachtdienststandard wird derzeit von jedem Träger selbstständig festgesetzt. Allgemeine Vorgaben gibt es nicht. Dies gilt für die Stationen genauso wie für stationäre Ambulanzen.

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

Immer wieder wird dem Vernehmen nach Grundpflege während der Nacht- und sehr frühen Morgenstunden geleistet. Dies widerspricht dem Patient:innenrecht auf eine Leistungserbringung im möglichst üblichen Lebensrhythmus. Die Beachtung der Patient:innenrechte ist zwingend und kann nicht abbedungen werden.

Zum Ausgleich nächtlicher Spitzen könne beispielsweise vereinzelt ein

„Sitzwache-Pool“ nach Schweizer Modell Anwendung finden. Zu denken sei an qualifizierte Mitarbeiter:innen in Karenz, die sich im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung dazu bereit erklären.

Das bislang meist nur in Rahmen von Projekten gelebte Modell wird dem Vernehmen nach gut angenommen. Es nimmt Druck vom diensthabenden Personal, vermindert dadurch Fehlerquellen, sichert die Planbarkeit der Dienstzeiten und die Kontaktpflege karenzierter Mitarbeiter:innen.

Im **Ambulanzbereich** ist während der Nachtstunden je nach Hausgröße mitunter der Einsatz von nur einer Diplompflegeperson und einer Pflegefachassistenz die Regel. Die knappe Besetzung führt bei Notfällen dazu, dass die Diplompflegeperson mit der Notfallbetreuung befasst ist, und die Station währenddessen ohne Diplompflegeperson ist. In Zeiten wie diesen, wo immer mehr Menschen in die Ambulanzen strömen, ist dies aus Sicht der Patient:innen und Beschäftigten zunehmend untragbar.

Lösungsvorschlag:

- Der Gesetz- bzw. Verordnungsgeber wird eindringlich ersucht, konkrete Vorgaben und Modelle für fachbezogene Nachtdienstbesetzungen inklusive Skill- und Grade-Mix vorzuschreiben (vgl. Steirisches Pflege- und Betreuungsgesetz, 2025, wobei dessen Umsetzung aktuell noch ausständig ist).

3.5 Wochenenddienst

In Personalbedarfsberechnungsmodellen findet sich beispielsweise auch ein Wochenendreduktionsfaktor. Dieser verliert aber immer öfter seine Berechtigung.

Durch die Verkürzung der Verweildauer, die gestiegene Altersstruktur der Patient:innen, die Zunahme von Demenzpatient:innen auch auf Allgemeinstationen und den Verbleib von vergleichsweise schweren und betreuungsintensiven Patient:innen von der Tages- und Wochenklinik hat sich die Betreuungssituation an Wochenenden stark gewandelt.

Im Sinne einer effizienten Krankenhaus- und Ressourcenplanung werden Operationen mittlerweile auch an Freitagen und am Wochenende durchgeführt. Die dafür notwendige pflegerische Betreuung unterscheidet sich daher nicht mehr von den Anforderungen an Wochentagen. Die generelle Wochenendreduktion ist nicht mehr gerechtfertigt. Wenn Effizienz-

steigerung auch die Einbeziehung von bisherigen Randzeiten bedeutet, dann ist für eine sichere Betreuung am Wochenende auch das entsprechende Personal vorzuhalten.

Lösungsvorschlag:

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

3.6 Vollständige Dienstzeiterfassung

Berufsangehörige in der Pflege und Betreuung arbeiten oft über die Normalarbeitszeit hinaus, ohne dass diese Zeit als Mehrleistungs- oder Überstundenzeit gilt. Häufig sind es Umkleidezeiten oder Dienstübergaben, die noch oder schon in der Freizeit erfolgen. Im Sinne der Kosten- oder Leistungswahrheit sind alle mit der beruflichen Tätigkeit in Zusammenhang stehenden Handlungen zu erfassen. Das Aufgreifen dieser Forderung allein zeigt, wie verdichtet und belastend Pflegearbeit mittlerweile ist.

Lösungsvorschlag:

- Im Sinne einer notwendigen Zeittransparenz wäre die Einführung einer elektronischen Zeiterfassung zweckmäßig, um alle tatsächlich geleisteten Dienstzeiten nachweisen zu können und schließlich auch abgegolten zu erhalten.

3.7 Alter(n)sgerechtes Arbeiten

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

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

Bei einem höheren Alter der Pflorgeteams wird damit automatisch eine

höhere Mitarbeiterzahl vorgehalten. Diese erlaubt es, dass altersbedingte Belastungen, kurzfristige Zusatzdienste und belastende Nachtdienste auf ein gesundheitlich erträgliches Maß reduziert werden können.

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

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

Lösungsvorschläge:

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

4 SONDERBEREICHE

4.1 Tagesklinik

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

Derzeit werden tagesklinische Leistungen zum Teil vom Personal der Normal oder Spezialstation erbracht, wobei die tagesklinische Fallbetreuung auf Normal- bzw. Spezialstationen generell zunimmt. Damit werden diese Stationen zusätzlich mit aufwands- und betreuungsintensiven Patient:innen belastet.

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

Lösungsvorschlag:

- Die aktuellen Strukturen in der stationären Versorgung sind teils sehr personalintensiv. In der Personalbedarfsberechnung wurde dieser Mehraufwand bis heute nicht entsprechend abgebildet. Es wäre daher dringend sicherzustellen, dass Zusatzaufwände durch die tages- oder wochenklinische Patient:innenversorgung auf allen damit befassten Stationen berücksichtigt werden.

4.2 Intensivbereiche

Auf Intensivstationen erfolgt die Personalbedarfsberechnung nach wie vor auf Basis des „TISS-28-Punkte-Modells“ aus den 80er-Jahren, adaptiert um das österreichische TISS-A-Modell in Kombination mit SAPS3. Die sogenannten TISS-Punkte sollen dabei den Grad einzelner Pflegemaßnahmen abbilden. Tatsächlich werden primär Leistungen, die sich auf medizinische Aspekte beziehen, abgebildet. Das Simplified Therapeutic Intervention Scoring System lässt die meisten der erbrachten pflegerischen Leistungen unberücksichtigt und erlaubt damit auch keinen Rückschluss auf den tatsächlichen Pflegepersonalbedarf.

Vielmehr spiegelt das Modell primär die medizinischen Leistungen wider. Trotzdem ist der Pflegepersonaleinsatz für Intensivstationen gemäß LKF-Modell trotz veränderter Rahmenbedingungen seit vielen Jahren unverändert.

Nicht abgebildet sind komplexe und zeitintensive pflegerische Versorgungsmaßnahmen, wie dies z. B. bei Demenz- oder Delir-Patient:innen der Fall ist, die teils auch unter Isolationsbedingungen erbracht werden. Aber auch einfache Tätigkeiten wie beispielsweise das Waschen und Betten, das Durchführen von Abführmaßnahmen, der Wechsel von Infusionssystemen oder die psychosoziale Betreuung bleiben außen vor. Ein wesentlicher Mangel wird auch darin gesehen, dass die den jeweiligen Berechnungsfaktoren zugrundeliegenden Zeitaufwände für wesentliche Aufgabenbereiche vollkommen unzureichend bzw. veraltet sind. Das betrifft beispielsweise auch die bis zu einem Jahr dauernden Einschulungszeiten auf Intensivstationen, die ebenso langen Ausbildungszeiten für die erforderliche Sonderausbildung, die Tätigkeiten der Stationsleitung und insbesondere deren Führungsaufgaben sowie die allgemeinen Fehlzeiten bei der Personalplanung. Insgesamt erweisen sich die TISS-Modelle für die Feststellung des Pflegebedarfs als unzureichend.

Lösungsvorschläge:

- Das auf Intensivstationen angewandte Personalbedarfsmodell TISS 28 bzw. TISS-A iVm SAPS3 wäre daher raschest zu evaluieren und um die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen zu erweitern. Dabei wären auch jene Pflegeleistungen abzubilden, die unabhängig von ärztlichen Leistungen bzw. Diagnosen erbracht werden, sowie Fehlzeiten (siehe oben).
- Die für die Pflegepersonalbedarfsberechnung erforderlichen Grundlagen sollten vollumfassend und transparent entweder im LKF-Modell, alternativ im ÖSG abgebildet werden. Für dessen Nichtbeachtung wäre eine Sanktionsmöglichkeit zweckmäßig.

4.3 Infektionsbereiche

Die Corona-Pandemie war eine wichtige Lehre rund um wirksame Infektions- bzw. Isolationsbereiche. Dennoch sind heute kontagiöse Patient:innen auf Normalstationen wieder üblich. Dies ist für Patient:innen, die in besonderem Maße vor Infektionen zu schützen sind und für die Pflegepersonen und das sonstige Personal, eine große Belastung (z. B. ständig penibler Wechsel von Schutzkleidung). Diese Vorgangsweise widerspricht zudem einschlägigen fachlichen und organisatorischen

Empfehlungen. Fakt bleibt, dass die Arbeitsanforderungen rund um Patient:innen mit Infektionskrankheiten ungleich höher sind als für Normalpatienten.

Aus Sicht der Patient:innen aber auch der Pflege- und Betreuungspersonen wäre eigenen Isolationsabteilungen der Vorzug zu geben. Diese verfügen über eine entsprechende technische Schutzausstattung. Zudem führt der kontinuierliche Einsatz der Pflege- und Betreuungsteams zu besonderer Routine und Kompetenz, was den Umgang mit den speziellen Herausforderungen erleichtert. Damit sinkt auch das Risiko, Infektionen zu verschleppen.

Lösungsvorschläge:

- Bei der Betreuung von Infektionspatient:innen auf Normalstationen wäre dringend der erhöhte Arbeitsaufwand transparent festzustellen, die Personalbedarfsberechnung umgehend mittels eines zu schaffenden „Isolationsfaktors“ anzupassen und der Personaleinsatz entsprechend zu erhöhen.
- Die am Versorgungsprozess unmittelbar beteiligten Mitarbeiter:innen sollten auch eine Isolationszulage erhalten.
- Aus strukturqualitätssichernden Gründen wäre das Vorsehen einer entsprechenden Anzahl von Infektionsabteilungen vorzusehen.

4.4 Bereiche mit Arbeitsplatzberechnung

Arbeitsplatzberechnungen finden überall dort statt, wo allgemeine Personalbedarfsberechnungen keine Anwendung finden, siehe z. B. in Ambulanzen, Operations- bzw. Funktionsbereichen. Dies ist immer dann der Fall, wenn die Leistungserfassung schwer fassbar ist. Immer dann, wenn Richtlinien für die notwendige Anzahl der Mitarbeiter:innen fehlen, ist das Durchführen einer Arbeitsablaufanalyse erforderlich.

Patient:innenverdichtung, Veränderungen der Patient:innenströme, Samstag, Sonn- und Feiertag, Nachtdienst, Erhöhung der Angebote haben zu Veränderungen in diesen Bereichen geführt. Die Anzahl der erforderlichen Mitarbeiter:innen wurde in den letzten Jahren nicht evaluiert. Dazu bedarf es regelmäßiger Arbeitsablaufanalysen, die den Funktionsbereich konkret bewerten und den Anstieg der Patient:innenfrequenzen miteinbezieht.

Lösungsvorschläge:

- Vorsehen von verpflichtenden Arbeitsablaufanalysen und deren regelmäßige Evaluierung.
- Die Rahmenbedingungen für verpflichtende Arbeitsablaufanalysen könnten dabei entweder im LKF-Modell oder im ÖSG detailliert und umfassend abgebildet werden. Für deren Nichtbeachtung bzw. fehlende Evaluierung wäre eine Sanktionsmöglichkeit wohl zweckmäßig.

4.5 Mindestbesetzung bei Kleinstationen

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

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

Lösungsvorschläge:

- Für Kleinstationen mit Mindestbesetzung wäre das Vorsehen einer transparenten und regelmäßigen Arbeitsplatzberechnung zweckmäßig.
- Auch hier wären die detaillierte Abbildung entsprechender Rahmenbedingungen entweder im LKF-Modell oder im ÖSG nachhaltig Qualitätssichernd. Für deren Nichtbeachtung bzw. fehlende Evaluierung wäre allenfalls eine Sanktionsmöglichkeit vorzusehen.

5 ORGANISATION

5.1 Mehrfachvisiten, Pflegevisiten vs. Arztvisiten

Der Zeitaufwand, der sich aus interdisziplinären Mehrfachvisiten ergibt, wird derzeit nicht bzw. absolut unzureichend in den Personalbedarfsberechnungs-Modellen abgebildet. Einerseits zeigen Entwicklungen in den berufsrechtlichen Kompetenzen (z. B. Pflegeprozess) und dem Ausbau der Qualitätssicherung, dass gesonderte Pflegevisiten zweckmäßig wären. Vereinzelt erfolgen derartige Visiten zwischen Stationsleitung, Bezugspflegeperson und weiteren Pflegepersonen schon jetzt.

Andererseits verlangt die interdisziplinäre Betreuung von Patient:innen die Bereitstellung hoher Zeitressourcen für tägliche ärztliche Visiten. Typischerweise finden häufig vor der eigentlichen Visite auf der Station „Vorvisiten bzw. Vorbesprechungen“ und im Anschluss daran „Nachbesprechungen“ zwischen Arzt/Ärztin und Pflege statt. In diesem multiprofessionellen Austausch werden anstehende Fragen erörtert und erforderliche medizinisch-therapeutische Anordnungen erteilt. Es stellt sich daher die Frage, ob die Anwesenheit der Pflege bei der eigentlichen ärztlichen Visite (Rundgang) im Sinne der Ressourcenschonung in jedem Fall erforderlich ist. Zumal die Pflegepersonen den ganzen Tag vor Ort sind.

Überhaupt bedarf es geeigneter Rahmenbedingungen hinsichtlich des Visitenwesens. So ist die zeitliche Planung und Koordination der ärztlichen Visiten für die Pflege jeden Tag eine neue Herausforderung und besonders zeitintensiv. Erleichterung könnte einerseits durch ein wechselseitig verpflichtend einhaltbares Zeitmanagement erfolgen, andererseits ist der hohen Fluktuation der Visitenärzte wirksam vorzubeugen. Diese ist nicht nur für die Pflege vor Ort zeitlich sehr belastend, da bei Diskontinuitäten nicht auf den bekannten Informationsstand vertraut werden kann und zeitintensive Aufgleisungen erforderlich sind. Der häufige Wechsel der Visitenärzt:innen beeinträchtigt typischerweise auch die Versorgungsqualität der Patient:innen.

Lösungsvorschläge:

- Vorsehen von verpflichtenden Pflegevisiten bei Bedarf.
- Prüfung der Notwendigkeit einer Begleitung der Pflegepersonen bei ärztlichen Visiten.

- Mehrfachvisiten wären auf ihre Bedarfsnotwendigkeit und Effizienz hin zu evaluieren.
- Vorsehen eines verpflichtenden Zeitmanagements für Teilnehmer:innen an interdisziplinären Visiten.

5.2 Zeiten für die Dienstübergabe

In den Personalbedarfsberechnungsmodellen werden schon jetzt Zeiten für die Dienstübergabe abgebildet, allerdings mittlerweile in einem bei Weitem zu geringem Ausmaß. De facto erfolgt auf einer Station neben allgemeinen Spät- und Früh- sowie Tag- und Nachtdiensten darüber hinaus gehend, abhängig von der Anzahl der Teilzeitmitarbeiter:innen und den unterschiedlichen Teilzeitmodellen alltäglich eine Vielzahl an Dienstübergaben.

In den PPR/DKG/PPN-Berechnungen werden beispielsweise auf einer Pflegestation für sämtliche im Tagdienst anfallenden Dienstübergaben und eine Vielzahl weiterer Aufgaben lediglich 30 Minuten veranschlagt. Dieser Wert ist veraltet und absolut nicht mehr zeitgemäß. Der Aufwand im Rahmen der Dienstübergabe hat erheblich zugenommen. Die Gründe liegen vor allem im Zusammenhang mit der verkürzten Verweildauer, die immer komplexere Betreuungssituationen schafft, der Zunahme unterschiedlicher Dienstzeitenmodelle und der systemimmanent hohen Teilzeitquote.

Lösungsvorschläge:

- Im Hinblick auf die arbeitszeitbedingt zahlreichen Dienstübergaben auf einer Station wäre bei einer Regeldienstzeit von 8 Stunden die Einplanung von zumindest drei Dienstübergaben im Ausmaß von je 30 Minuten angebracht. Diese wären folglich transparent in der Personalbedarfsberechnung auszuweisen.
- Aliquot wäre ein Pauschalwert von 15 Minuten für Dienstübergaben im Nachdienst vorzusehen.

5.3 Entlassungsmanagement

Seit mehr als 10 Jahren wird für ein Aufgabenbündel inklusive der Aufnahme und Entlassung ein Aufwand von 70 Minuten veranschlagt. Die Entlassung von Patient:innen mit komplexer Betreuungssituation (z. B. infolge der Altersstruktur, von Mehrfacherkrankungen, des Wegfalls der Familienpflege) verlangt zum Teil auch höhere Zeitaufwände. Dieser veränderte Aufwand wurde bislang in keinem PBB-Modell angepasst.

Lösungsvorschlag:

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

5.4 Forschungsimplementierung

Die Implementierung von Forschungsergebnissen in den Berufsalltag ist noch am Anfang. Es zeigt sich jedoch, dass die Umsetzung des wissenschaftlichen Erfahrungswissens in den Arbeitsalltag sehr zeitintensiv ist. Die Anwendung modernster Methoden erfolgt primär im akutstationären Bereich und kommt da seinen Patient:innen zugute, weshalb die Verlagerung von Forschungsarbeit auf Ruhezeiten (z. B. während der Nacht) oder sogar in die Freizeit tunlichst zu vermeiden ist.

Lösungsvorschlag:

- Für eine qualitätssichernde Forschungsimplementierung sollten die dafür notwendigen Ressourcen, und vor allem auch die dafür notwendige Zeit im Rahmen der Personalbedarfsplanung zur Verfügung gestellt werden.

5.5 Kurzfristige Dienstplanänderungen

Das erforderliche Personal und eine qualifizierte Personalplanung sind die Grundlage für einen sicheren Stationsdienst. Ist dies nicht der Fall, dann müssen Mitarbeiter:innen mitunter damit rechnen, aus der vereinbarten Freizeit in den Dienst geholt zu werden.

Kurzfristige Dienstplanänderungen werden von Mitarbeiter:innen als äußerst belastend empfunden – „Sie haben Angst vor dem Einspringen“. Dies könnte vermieden werden. Tatsache ist, dass die aktuellen Personalbedarfsberechnungs-Modelle zu knapp kalkulieren und nicht notwendige Dienstplanänderungen de facto verursachen.

Krankenstände sind im Arbeitsleben jedenfalls typisch und sollten daher seitens der Arbeitgeber im Vorhinein entsprechend mitgeplant werden, was bei der Personalbedarfsmengenplanung auch erfolgt. Die Absenz durch einen Krankenstand dürfte daher keine kurzfristige Dienstplanänderung zu Lasten der Mitarbeiter:innen im Team auszulösen. Das Gegenteil ist leider oft der Fall.

Durch die meist fehlende Rufbereitschaft wird das Auslastungsrisiko auf die Mitarbeiter:innen verschoben. Der Krankenhausträger erspart sich so

die Kosten für die Rufbereitschaft. Diese systembedingte Unzulänglichkeit geht zu Lasten der Pflegepersonen, die mit ihrer geplanten Freizeit bezahlen. Dies ist Unrecht, absolut nicht mehr zeitgemäß und wäre vermeidbar. Eine moderne Personalplanung könnte sicherstellen, dass einmal vereinbarte bzw. fixe Dienstpläne im Nachhinein nicht abgeändert werden (siehe auch unter Leitungs- und Führungsaufgaben).

Lösungsvorschläge:

Die arbeits(zeit)rechtlichen Bestimmungen sollten daher für Arbeitnehmer:innen und Vertragsbedienstete gleichermaßen wie nachstehend dargestellt angepasst werden:

- Es ist sicherzustellen, dass kurzfristige Dienstplanänderungen die Ausnahme darstellen.
- Kurzfristige Dienstplanänderungen sollten auf unabwendbare bzw. nicht planbare Situationen beschränkt sein.
- Einführen einer verpflichtenden Rufbereitschaft zur Vermeidung kurzfristiger Dienstplanänderungen. Alternativ könnten auch der Einsatz von Springer- bzw. Poolediensten vorgesehen werden.
- Mitarbeiter:innen, die dennoch kurzfristig einspringen, sollte für diesen Dienst der volle Überstundenzuschlag gebühren.

5.6 Hauswirtschaftliche Dienste und Stationssekretär:in

Im Krankenhausalltag kommt noch immer vor, dass der gehobene Dienst mit langwierigen organisatorischen Aufgaben und qualifizierte Pflegeassistent:innen für reine Haushaltsarbeiten eingesetzt werden. Im Hinblick auf die Mitarbeiter:innenzufriedenheit und die allgemein knappen Personalressourcen in der Pflege ist dieser Personaleinsatz ineffizient.

Erfahrungen zeigen, dass bei Aufnahme, Entlassung und (internen) Verlegung von Patient:innen organisatorische Arbeiten anfallen, die zum überwiegenden Teil von zuarbeitenden Stationssekretär:innen oder Unterstützungskräften abgedeckt werden könnten. Es widerspricht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit, für diese Tätigkeiten gut bezahltes Fachpflegepersonal einzusetzen.

Dies gilt ebenso für qualifizierte Pflegeassistent:innen, die noch immer für hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Hol- bzw. Bringdienste eingesetzt werden, obwohl diese seit dem Jahr 2016 nicht mehr zum Tätigkeitsbild der Pflegeassistenz zählt. Dafür bietet sich der Einsatz eines hauswirtschaftlichen Dienstes (HWD) an.

Durch die Entlastung der Pflegepersonen von hauswirtschaftlichen Tä-

tigkeiten könnten diese ihrer Fachkompetenz entsprechend am Patienten eingesetzt werden. Innerhalb des Reinigungspersonals könnten wünschenswerte Tätigkeitskarrieren etabliert werden. Damit würde wiederum für alle am Prozess beteiligten Personen eine Win-win-Situation geschaffen.

Lösungsvorschlag:

- Die allgemein knappen Personalressourcen verlangen einen effizienten Personaleinsatz, der vor allem unter Bedachtnahme auf die jeweiligen Fachkompetenzen bzw. dem Skill- and Grade-Mix zu erfolgen sollte. Primär berufsfremde Tätigkeiten, die von einer anderen Berufsgruppe effizienter erbracht werden können, sollten daher auf diese übertragen werden.

5.7 Leitungs- und Führungsaufgaben

Die Rolle der Führungskraft im Zusammenhang mit den zuvor dargestellten Herausforderung im Allgemeinen und der Dienstplangestaltung im Besonderen ist für die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter:innen von großer Bedeutung. Die große Zahl an Arbeitszeitmodellen und Dienstplanlegenden sowie der mittlerweile immer knapper werdende Personalstand fordern die Führungskräfte bei der Personalplanung verständlicherweise immer wieder aufs Neue heraus. Dabei geht es vor allem um Dienstplansicherheit und die Vermeidung belastender kurzfristiger Dienstplanänderungen. Der Wunsch der Mitarbeiter:innen nach möglichst wenig geteilten Diensten und geblockter Arbeits- bzw. Freizeit ist nachvollziehbar und für nachhaltiger Erholungsphasen unerlässlich. Diese Herausforderungen verlangen besondere Kompetenzen, die Führungskräfte in die Lage versetzen sollen, bei der Pflege- und Mitarbeiter-einsatzplanung die Belastungen der Beschäftigten so gering wie möglich zu halten. Letztlich entsteht dadurch für alle Beteiligten eine Win-win-Situation.

Lösungsvorschlag:

- Alle Führungskräfte wären bei ihrer Arbeit bestmöglich zu unterstützen. Dies gilt insbesondere bei der Vermittlung notwendiger besonderer Qualifikationen und Kompetenzen, die für eine optimale Personaleinsatzplanung erforderlich sind.



C) Der Personalbedarf in Pflegeheimen

1 DIE WICHTIGSTEN LÖSUNGSVORSCHLÄGE IM ÜBERBLICK

Einheitlicher Personalschlüssel

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

Beachtung der Zunahme von Fehlzeiten/Arbeitsunterbrechungen im Personalschlüssel

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

Mehr Fachpersonal

Die Pflege- und Betreuungssituation wurde in den letzten Jahren auch in den Pflegeheimen immer komplexer. Neben einer schleichenden Erweiterung der berufsrechtlichen Kompetenzen, bringen Heimbewohner:innen einen höheren Pflegegebedarf mit und die sich ständig verkürzende Krankenhausverweildauer bewirkt einen höheren Versorgungsgrad im Heim. Die sich dadurch verändernde Bewohnerstruktur stellt höhere Kompetenzanforderungen an die Pflegepersonen und würde damit eine entsprechende Erhöhung der Personal- und Qualifikationsschlüssel erfordern.

Stand der Wissenschaft

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

2 DIE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DEN PERSONALSCHLÜSSEL

2.1 Zu wenig Zeit für eine bedürfnisorientierte ganzheitliche und aktivierende Pflege

Der Pflege- und Betreuungsaufwand in der stationären Langzeitpflege ist in den letzten Jahren weiter angestiegen (Arbeitsverdichtung). Die Anwendung zeitgemäßer Pflegekonzepte, das Durchführen bedarfsorientierter therapeutischer Pflegemaßnahmen und die Befriedigung sozialer Bedürfnisse der Bewohner:innen ist mit den aktuellen Personalschlüsseln nicht bzw. nur sehr eingeschränkt möglich. Die bedarfsorientierte Versorgung stößt immer wieder an ihre Grenzen.

Dies bestätigen mittlerweile zahlreiche Studien, so auch aktuelle Umfragen der AK Steiermark und Tirol zu den Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Sozialbetrieben. So haben sich im Vergleich zu vor zehn Jahren die Arbeits- und Rahmenbedingungen in Pflegeheimen weiter verschlechtert. Die Aussicht, dass sich dies in naher Zukunft ändert, wurde von den Befragten als wenig wahrscheinlich prognostiziert.

Die professionelle Pflege hat sich auf Basis der Wissenschaft und Forschung weiterentwickelt, die gesetzlichen Personalschlüssel jedoch nicht. So wird der aktuelle Personalschlüssel-Faktor als zu gering eingeschätzt. Es fehlt aber auch am verpflichtenden Einsatz von Pflege- und Betreuungspersonen mit besonderen Kompetenzen. Zu denken ist z. B. an gerontopsychiatrische Fachkompetenzen, sowie an Zusatzqualifikationen in den Bereichen Wund-, Schmerz- oder Hygienemanagement. Vereinzelt wird zwar Personal mit derartigen Höherqualifizierungen eingesetzt, aber mangels einschlägiger rechtlicher Bestimmungen nicht entsprechend bezahlt.

Langzeitpflege hat unter Beachtung des Prinzips der Ganzheitlichkeit und des Prinzips der Normalität zu erfolgen. Die Anwendung moderner Pflege- und Betreuungskonzepte erfüllt zeitgemäße Bewohner:innenbedürfnisse und ist für die Lebensqualität in Pflegeheimen ganz wesentlich. Die nachhaltige Umsetzung von Pflege- und Betreuungskonzepten wäre auch für die Mitarbeiter:innenzufriedenheit von großer Bedeutung. De facto können zeitintensive Pflegemaßnahmen mangels dafür notwendiger Zeitressourcen vielfach nicht umgesetzt werden.

Die aktuelle Entwicklung im Pflegealltag zeigt, dass in kürzeren Zeiteinheiten immer mehr an Leistung verlangt wird. Diese Entwicklung geht an den wesentlichen Bedürfnissen der Heimbewohner:innen vorbei. Tatsache ist, dass bei Bewohner:innen im Alter eine Verlangsamung eintritt, demgegenüber wird jedoch von den Pflegepersonen verlangt, ihre Arbeit zu beschleunigen und immer mehr in kürzerer Zeit zu erledigen. Ein Eingehen auf individuelle Bedürfnisse ist dadurch nahezu unmöglich. Pflegequalität sieht anders aus.

Lösungsvorschläge:

- Der gestiegene Aufwand für eine zeitgemäße und professionelle Pflege und Betreuung wäre zeitnah zu evaluieren und in den Personalschlüsselberechnungen entsprechend zu berücksichtigen.
- Zeitressourcen im Zusammenhang mit zeitintensiveren Maßnahmen, wie z.B. die Umsetzung von Pflege- und Betreuungsmodellen oder der Einsatz von Hospiz- und Palliativpflege sollten gesondert ausgewiesen und im Personalschlüssel abgebildet werden.
- Zusatzqualifikationen, die für die Pflege und Betreuung alter Menschen entsprechend dem Stand der Pflege- und Betreuungswissenschaften selbstredend erforderlich sind, wären dringend in den Qualifikationsschlüsseln gesondert abzubilden. Eine gerechte Entlohnung ist sicherzustellen.

2.2 Qualitätssicherung und behördliche Kontrollen

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

Die effektive Kontrolle der Qualitätsstandards und der Personalschlüssel ist auch geeignet, vermeidbare Mitarbeiter:innenbelastungen und unzureichenden Ressourceneinsatz rechtzeitig zu erkennen.

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

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

Lösungsvorschlag:

- Die öffentliche Hand hat für eine ausreichende und einheitliche Kontrolle zu sorgen. Dazu wären einheitliche Kontrollstandards auf Basis von Qualitätsrichtlinien (NQZ) zu schaffen. Insbesondere sollte sichergestellt sein, dass die Kontrollen unangemeldet und pro Heim mehrmals jährlich durchgeführt werden. Die Grundlage für eine Zusammenarbeit aller Kontrollorgane sollte geschaffen werden.

3 ZUNAHME AN ERFORDERLICHER PFLEGEFACHKOMPETENZ

Es gibt zahlreiche Gründe, weshalb der bestehende Personaleinsatz und die eingesetzten Kompetenzen nicht mehr den aktuellen Bedarf decken und die Anzahl der Mitarbeiter:innen und ihre Kompetenzen zunehmen müssen.

3.1 Höhere Pflegestufen

Über viele Jahre gab es in den Pflegeheimen einen Mix aus allen Pflegestufen. Immer mehr Bundesländer knüpfen den Zugang zum Pflegeheim an die Pflegegeldstufe 4. Eine erhebliche Zunahme an zu erbringenden Pflege- und Betreuungsleistungen war die Folge. Mit den Anpassungen beim Personalschlüssel zwischen 2015 bis 2021 wurde vor allem die bis dahin übliche Personalschlüsselüberschreitung von bis zu 30 Prozent abgeschmolzen. Dennoch sind laufend neue Aufgaben und Dokumentationsarbeiten hinzugekommen. Eine spürbare Mitarbeiter:innenentlastung war – zahlreichen Berichten zufolge – gerade deshalb nicht wahrnehmbar. Vielmehr wurde eine weitere Verdichtung an Pflege- und Betreuungsarbeit beobachtet.

3.2 Kürzere Verweildauer im Krankenhaus

Die kürzere Verweildauer im Krankenhaus bewirkt, dass Heimbewohner:innen entweder erst gar nicht stationär aufgenommen werden, jedenfalls aber viel früher und oft mit einem höheren Grad an medizinisch/pflegerischer Versorgungsnotwendigkeit (zurück) ins Pflegeheim kommen. Diese im stärkeren Umfang zu pflegenden bzw. zu betreuenden Heimbewohner:innen (eigentlich noch Patient:innen) erfordern einen höheren Arbeitsaufwand und eine höhere Pflegekompetenz. Dieser veränderte Aufwand wird derzeit in der Personalausstattung nur unzureichend berücksichtigt.

3.3 Zunahme von multimorbiden und gerontopsychiatrischen Bewohner:innen

Die steigende Alterung der Gesellschaft, insbesondere der Hochbetagten, hat erhebliche Auswirkungen auf die Pflege und Betreuung in Pflegeheimen. Auch wenn die Bevölkerung zwar insgesamt gesünder altert, mit dem Fortschreiten des Alters nehmen neben körperlichen Funktions-

einschränkungen auch chronische Leiden, Mehrfacherkrankungen und gerontopsychiatrische Krankheitsbilder wie z. B. Demenz zu. So soll sich beispielsweise allein die Anzahl der geschätzt 130.000 an Demenz Erkrankten bis zum Jahr 2050 verdoppeln. Die natürliche Alterung führt daher zu einem kontinuierlichen Anstieg der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Für Pflegeheime bedeutet dies einen wesentlich höheren Pflege- und Betreuungsaufwand.

Lösungsvorschlag:

- Der beschriebene Mehraufwand in der Pflege und Betreuung durch Strukturveränderungen und die Auswirkungen des gesellschaftlichen Wandels sollten einer neuen Bewertung unterzogen und bei der Personalausstattung in Pflegeheimen (Personalschlüssel und Qualifikationsschlüssel) berücksichtigt werden.

4 GRÜNDE FÜR DIE ZUNAHME VON PERSONALBEDARF UND ZEIT

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

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

4.1 Gestiegener Dokumentationsaufwand

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

Ob die Abschaffung der Schriftlichkeit von ärztlichen Anordnungen den Dokumentationsaufwand auf Seiten der Pflege verringert, darf bezweifelt werden. Letztlich werden beide, sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegepersonen zu ihrem haftungsrechtlichen Selbstschutz dokumentieren müssen.

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

Lösungsvorschlag:

- Der über die Jahre kontinuierlich gewachsene Dokumentationsaufwand wäre auch in der Personalschlüsselberechnung entsprechend zu berücksichtigen.

4.2 Fehlzeiten/Arbeitsunterbrechungen

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

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

Zu den bekannten Arbeitsunterbrechungen sind weitere hinzugekommen: eine seit 2016 „verlängerte“ gesetzlich verpflichtende Fortbildung, Weiterbildung, Universitätslehrgänge, gesetzlich vorgegebene Schulungen (Brandschutz, Arbeitnehmerschutz-Unterweisungen etc.), Praxis- und Schüler:innenanleitung, Einführung neuer Mitarbeiter:innen, insbesondere der Spät- und Wiedereinsteiger:innen, Sonderurlaube, Qualitätssicherungsprojekte, Dienst- und Fallbesprechungen, Abbau von Zeitgutschriften und NSchG-Stunden, Projekte, Supervision und Coaching, Bildungskarenz, Sabbatical, Familienhospizkarenz, Altersteilzeit usw. Neu hinzugekommen ist auch die gesetzliche Fortbildung für die Pflegehilfe.

Diese „Fehlzeiten“ sind arbeitsbedingt und daher Arbeitszeit, verringern aber die unmittelbare Arbeit am, mit oder für den/die Heimbewohner:in. Durch die dargestellten Veränderungen haben Fehlzeiten mittlerweile ein Ausmaß von 30 bis 35 Prozent der Nettoarbeitszeit erreicht, das bei den Personalschlüsselberechnungen bislang nicht hinreichend berücksichtigt wird. Diese Erfahrungswerte entsprechen auch der Literatur und Berechnungen der AK.

Lösungsvorschläge:

- Die Darstellung der einzelnen Fehlzeiten sollte transparent und nachvollziehbar zu erfolgen.
- Fehlzeiten wären bei der Personalplanung und der Personalbedarfsberechnung uneingeschränkt und im tatsächlichen Ausmaß abzubilden bzw. zu berücksichtigen.

4.3 Pflegewissenschaft und Forschung/Assessments

Die Etablierung pflegewissenschaftlicher Universitäten erfolgte in Österreich ab Beginn der 2000er-Jahre. Seither gewinnt die Implementierung von evidenzbasiertem und interdisziplinärem Wissen in die berufliche Praxis an Bedeutung. Gemeinsam mit der steigenden Professionalisierung der Pflege bewirkt die Umsetzung pflegewissenschaftlicher Ergebnisse die Anwendung verschiedener Assessmentinstrumente (z. B. für die Risikoeinschätzung im Zusammenhang mit Sturzprophylaxe, Mangelernährung, Hautschäden). Dadurch wird der geforderten Qualitätssicherung in der Bewohner:innenbetreuung entsprochen.

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

Lösungsvorschlag:

- Der zeitliche Mehraufwand in Verbindung mit der Implementierung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und deren Umsetzung in den Pflegealltag sollte künftig transparent abgebildet und in den Personalschlüssel aufgenommen werden.

4.4 Hygienemanagement

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

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

Lösungsvorschlag:

- Die Zeit, die für Hygienemaßnahmen im Rahmen der Erfüllung der vorgeschriebenen Hygienestandards aufzuwenden ist, wäre auch bei der Berechnung der Personalschlüssel in vollem Ausmaß zu beachten.

4.5 Ärztliche Visiten und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Ärzt:innen/Wahlärzt:innen betreuen ihre (langjährigen) Patient:innen zum Teil auch während der Zeit im Pflegeheim. Die zeitliche Koordination und Organisation der einzelnen Vertrauensärzt:innen der

Heimbewohner:innen erweist sich jedoch oft als schwierig und zeitintensiv. Unterschiedliche Ordinationszeiten und Erreichbarkeiten der einzelnen Ärzt:innen erschweren die Abstimmung der Visitenzeiten. Dies verlangt vom gehobenen Dienst eine hohe Entscheidungskompetenz, Flexibilität und medizinisch-therapeutische Verantwortung. Die Beachtung der Prinzipien der Ganzheitlichkeit und der Normalität verlangt im Rahmen der interdisziplinären Versorgung auch die Einbeziehung weiterer nichtärztlicher Gesundheits- und Sozialberufe. Auch die diesbezügliche Abstimmung verlangt entsprechende Zeitressourcen, die abzubilden sind. Seit der GuKG-Novelle 2024 sind Diplompflegepersonen nunmehr berechtigt, über weitere Behandlungsmöglichkeiten zu beraten bzw. zu informieren.

Lösungsvorschlag:

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

4.6 Dienstübergabe

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

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

Lösungsvorschlag:

- Da der vorgesehene Zeitwert für Dienstübergaben nicht mehr aus-

reicht, sollte für jede Dienstübergabe (Tag/Nacht oder Nacht/Tag) und für jede am Übergabeprozess beteiligte Pflege- und Betreuungsperson jeweils ein Mindestwert von 30 Minuten (vergleichbar mit dem Krankenhaus) vorzusehen sein.

4.7 Personaleinsatz während der Nacht

Der Personaleinsatz in Pflegeheimen während der Nachtstunden ist österreichweit weitestgehend unregelt. Das neue Steierische Pflege- und Betreuungsgesetz sieht nun erstmals die Notwendigkeit einer Regelung betreffend Nachtdienstbesetzung vor. Deren verordnungsgemäße Umsetzung erfolgt bislang jedoch noch nicht.

Konsolidierungs- und Sparmaßnahmen sowie die Politik der leeren Betten während der letzten Jahre haben dazu geführt, dass der Personaleinsatz während der Nachtstunden immer weiter reduziert wurde. So wird bei der Personalplanung penibel darauf geachtet, dass während der Nacht so wenig Personal wie möglich eingesetzt wird, damit man tagsüber in der Lage ist, die Pflege auf Basis des Mindestpersonalschlüssels zu gewährleisten. Da beißt sich die Katze in den Schwanz.

Tatsache ist, dass z. B. in einem Pflegeheim mit 125 Bewohner:innen zwei Pflegepersonen bzw. in einem 40-Betten-Haus oftmals nur eine Pflegeperson Nachtdienst verrichtet. Dies entspricht in beiden Fällen einer gefährlichen Pflege. Jederzeit mögliche Notfälle/Unfälle – auch auf Seiten der Diensthabenden – können nicht bewältigt werden. Und während einer Notfallbetreuung können berechnete Bedürfnisse anderer Bewohner:innen nicht erfüllt werden.

Dadurch entstehen für das Personal unzumutbare Belastungen. Überdies nimmt die Zahl an Tätigkeiten, die den Mitarbeiter:innen im Nachtdienst übertragen werden, stark zu.

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

- Die Zahl der Bewohner:innen und deren Pflege- und Betreuungsbedarf (Pflegestufen).
- Festsetzen eines hinreichenden Nachtdienstpersonalschlüssels mit mindestens zwei Personen (je nach Heimgröße; kein Nachtdienst durch eine Person allein).
- Zumindest eine Diplompflegeperson muss vor Ort sein.
- Nächtliche Rufbereitschaft muss im Pflegeheim die Ausnahme sein, da bis zum Eintreffen einer Fachpflegeperson die bedarfsgerechte

und qualitative Versorgung der Bewohner:innen in aller Regel nicht gewährleistet ist. Dieser äußerst unbefriedigende Umstand belastet auch die Assistenzberufe vor Ort enorm.

Lösungsvorschlag:

- Zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung während der Nachtstunden sollte dringend ein gesonderter Personalschlüssel für den Nachtdienst – wie dargestellt – festgesetzt werden.

4.8 Pflege- und Betreuungsaufwand bei Demenz

Die Zahl an dementen Patient:innen nimmt stetig zu. So soll sich die aktuelle Anzahl von geschätzt 130.000 an Demenz erkrankten Personen bis zum Jahr 2050 verdoppeln. Der Pflege- und Betreuungsaufwand im Zusammenhang mit Demenzpatient:innen ist im Vergleich zu nichtdementen Patient:innen erwiesenermaßen deutlich erhöht.

Dennoch bilden die aktuellen Regelungen den erhöhten Betreuungsbedarf nicht bzw. nicht hinreichend ab, indem ein erhöhter Betreuungsbedarf beispielsweise für Bewohner:innen mit einer altersbedingten Demenz nicht wirklich anerkannt wird.

Lösungsvorschlag:

- Um den besonderen Betreuungsaufwand für an Demenz erkrankte Bewohner:innen im Pflegeheim beurteilen und allfällige Folgen ableiten zu können, wäre
 - die transparente Erfassung aller Demenzpatient:innen,
 - die kontinuierliche Veränderung des Krankheitsbildes und
 - der damit verbundene und für die Personalschlüsselberechnung beachtliche Pflege- und Betreuungsaufwand zu erheben.

4.9 Mündige Bewohner:innen und Angehörige

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

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

Lösungsvorschläge:

- Schaffung und verpflichtende Implementierung eines professionellen Beschwerdemanagements.
- Die zeitlichen Ressourcen für den gestiegenen Aufwand von Informations- und Konfliktgesprächen mit Heimbewohner:innen und deren Angehörigen sowie für das Vorsehen eines professionellen Beschwerdemanagement wären selbstredend auch in der Personalschlüsselberechnung abzubilden.

4.10 Kulturelle Herausforderungen

Migrant:innen sind derzeit noch selten außerhalb der Familie in einem Pflegeheim untergebracht. Die Zahl jener, die schon lange in Österreich wohnhaft sind und damit auch zunehmend Versorgungsleistungen in der Pflege in Anspruch nehmen, nimmt vor allem in Ballungszentren leicht zu und wird sich mittelfristig weiter erhöhen. Die Erfahrung zeigt, dass die Pflegeanamnese und die Biografiearbeit bei Personen mit Migrationshintergrund in der Regel mehr Zeitressourcen erfordern. Vor allem aber erschweren Sprachbarrieren eine erfolgreiche Pflege und Betreuung.

Lösungsvorschlag:

- Die typischerweise im Zusammenhang mit Migrant:innen zeitlich aufwendigere Pflege- und Betreuungsarbeit sollte auch in die Personalschlüsselberechnung einfließen (Migrant:innenfaktor).

4.11 Alternsgerechtes Arbeiten

Die Pflege und Betreuung ist primär weiblich. Der Anteil an älteren Mitarbeiter:innen steigt daher nicht nur demografiebedingt an, sondern vor allem durch die Anhebung des Frauenpensionsalters. Das Durchschnittsalter beträgt teilweise 50 Jahre. Zudem gewinnen Spät- und Quereinsteiger:innen immer mehr an Bedeutung. Es ist daher vor allem dafür Sorge zu tragen, dass die wertvolle Ressource der „älteren Mitarbeiter:innen“ lange gesund im Erwerbsleben verbleiben kann. Die Notwendigkeit alternsgerechten Arbeitens ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass Beschäftigte infolge des sich ändernden Pensionsrechts länger im Erwerbsleben verbleiben. Die Personalschlüssel basieren in der Regel auf der Nettoarbeitszeit. Diese sind um einen transparenten Altersfaktor zu erweitern, der mit dem 20. Lebensjahr beginnt und bis zum Pensionsalter zunehmend ansteigt. Bei einem höheren Alter der Pflegeteams wird damit automatisch eine höhere Mitarbeiter:innenzahl

vorgehalten. Diese erlaubt es, dass altersbedingte Belastungen, kurzfristige Zusatzdienste und belastende Nachtdienste auf ein gesundheitlich erträgliches Maß reduziert werden.

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

Lösungsvorschläge:

- Vorgeschlagen wird das Vorsehen eines Altersfaktors, der mit dem 20. Lebensjahr beginnt.
- Ältere Mitarbeiter:innen sollten sich in begründeten Fällen auch von Zusatz- oder Nachdiensten befreien lassen können.
- Ein Recht auf Altersteilzeit wäre alsbald zu verwirklichen.



D) Besonderheiten im Behindertenwesen

D BESONDERHEITEN IM BEHINDERTENWESEN

Eine zunehmende Belastung der Arbeitsbedingungen ist auch im Behindertenwesen zu beobachten. Eine AK-Umfrage (2024) zeigt, dass knapp 70% der befragten Beschäftigten im Behindertenbereich eine bzw. eher eine Verschlechterung bei den Arbeitsbedingungen sehen. Mehr als 30 % der Befragten wollten selbst auch nicht bzw. eher nicht in Ihrem Betrieb versorgt werden. Dies weist einen erschreckenden Befund aus. Ein Viertel kritisiert, keine Pflegebonus erhalten zu haben, obwohl teilweise die gleichen Tätigkeiten erbracht werden. Deshalb wurde der Politik wohl auch eine geringe Wertschätzung attestiert. Der Handlungsbedarf ist somit auch im Setting Behindertenwesen sehr groß.

1. Arbeitszeitsicherheit

Durch den sehr knapp bemessenen Personalschlüssel, beispielsweise im Wohnbereich, sind Mitarbeiter:innen immer öfter gezwungen, **kurzfristige Personalausfälle** oder unvorhergesehene Klienten-Situationen auszugleichen. Unabhängig davon, ob sie sich bereits in der Freizeit befinden oder einer anderen privaten Verpflichtung nachgehen. Das führt vor allem zu einer instabilen Dienstplansituation, einer zunehmenden Erschöpfung der betroffenen Mitarbeiter:innen und damit zu einer steigenden Unzufriedenheit mit dem Beruf.

Lösungsvorschlag:

- Um vereinbarte Arbeitszeiten trotz kurzfristiger Änderungen in der Versorgung einhalten zu können, sind die sie beeinträchtigenden Versorgungsänderungen transparent zu erfassen und der Personalschlüssel entsprechend anzupassen.

2. Besondere Belastungen

Die zusätzlichen Belastungen in Form der **digitalen Arbeit** (z. B. Dokumentation, E-Mail-Korrespondenz, Arbeitszeitaufzeichnungen) wird kaum als tatsächliche Erleichterung wahrgenommen. Vielmehr passiert vieles nun noch schneller. Die technischen Ressourcen werden in der Regel zwar besser, aber auch umfangreicher und vielseitiger, was wiederum mehr Zeitressourcen bei der Versorgung auslöst, die jedoch nicht zur Verfügung gestellt werden.

Der Mehraufwand in der Pflege- und Betreuung wird nach wie vor mit demselben Personalschlüssel, wie er seit Einführung der LEVO-BHG be-

steht, durchgeführt. Eine Erhöhung der Personalschlüssel in den einzelnen Bestimmungen der LEVO-BHG erfolgte nicht.

Lösungsvorschlag:

- Die dargestellten besonderen Belastungen sollten künftig erhoben und in die einzelnen LEVO-BHG Personalschlüssel-Regelungen einfließen.

3. Aufgaben und Tätigkeitsfelder

Veränderungen im Leistungsangebot der Behinderteneinrichtungen haben das Arbeitspensum kontinuierlich ansteigen lassen. Die Arbeitslast hat aber auch durch berufsrechtliche Kompetenzerweiterungen, beispielsweise durch die Übernahme basispflegerischer Aufgaben oder durch Fort- und Weiterbildungen, zugenommen. Nur der hohen Arbeitsagilität bzw. Flexibilität seitens der Mitarbeiter:innen ist es zu verdanken, dass alle diese Entwicklungen über Jahre hin friktionslos möglich waren.

Typischerweise prägt **Agilität bzw. Flexibilität** den Arbeitsstil der Beschäftigten im BHG-Bereich. Dies erhöht jedoch bei vielen schleichend den Leistungsdruck. Neue Aufgaben, die anfangs als Folge hoher Motivation und anfänglicher Wertschätzung in der Regel zusätzlich zur bestehenden Arbeit geleistet wurden, können naturgemäß nicht auf Dauer erbracht werden, ohne irgendwann zu erkranken.

Speziell ist auch, dass Verantwortungsträger mitunter zwar ein betreuungsbedingt verantwortliches Handeln in der **Freizeit** nicht goutieren, gleichzeitig aber nicht die dafür notwendigen Rahmenbedingungen dahingehend verändern, dass ein Einsatz in der Freizeit nicht mehr notwendig ist. Das ständige Nicht-abschalten-Können, führt zu erheblicher psychischer Belastung und Überforderung. Krankenstände oder Burn-out sind die Folge.

Richtig wertgeschätzt wird Agilität in der Regel dennoch nicht. Denn wenn Mitarbeiter:innen durch besondere Agilität bzw. Flexibilität in eine Überforderung geraten, bleibt Unterstützung seitens der Verantwortungsträger meist dennoch aus. Dem Gefühl, ausgenutzt und nicht wertgeschätzt zu werden, folgt immer öfter die innere Kündigung oder der Wechsel in einen anderen Arbeitsbereich.

Lösungsvorschlag:

- Die in die Jahre gekommenen Personaleinsatzregelungen gemäß LEVO-BHG wäre dringend auf ein dem Stand der Wissenschaft und dem Bedarf entsprechendes Ausmaß zu erhöhen.

4. Zunahme von besonderen Betreuungssituationen

Vergleichbar dem Pflegegeldwesen liegt auch im BHG-Bereich häufig eine zu niedrige Betreuungseinstufung seitens der Bezirksverwaltung vor. Die Ursache dafür kann mehrere Gründe haben. Meist hat sich über die Zeit hin der Betreuungsaufwand verändert. Es kommt aber auch zu Fehleinschätzungen bei der bescheidmäßigen Leistungsgewährung. Beides hat erhebliche Folgewirkungen auf die Betreuung und die Arbeitszufriedenheit.

Ein dem Betreuungsbedarf nicht entsprechender und damit zu niedriger Leistungsanspruch bewirkt seinerseits wiederum einen niedrigeren Personaleinsatz. So beißt sich die Katze in den Schwanz. Das eingesetzte Personal ist für den gestiegenen oder vermeintlich richtigen Betreuungsbedarf zu gering. Die Arbeit verdichtet sich. Es kommt zur Überlastung der Mitarbeiter:innen. Beschäftigte im BHG-Bereich haben daher berechtigterweise ein großes Interesse an der richtigen Feststellung des konkreten Pflege- und Betreuungsbedarfes.

Jüngst hat auch die Betreuung während einer Nachbereitschaft maßgeblich zugenommen. Es fehlt jedoch das dafür erforderliche Personal.

Lösungsvorschläge:

- Die Pflege- und Betreuungsmaßnahmen gemäß LEVO-BHG wären alsbald bezüglich der Dauer und der Einsatzminuten zu evaluieren und entsprechend anzupassen.
- Bei geänderten Pflege- oder Betreuungsbedarf wäre dringend eine amtswegige Überprüfung des BHG-Leistungsanspruches verpflichtend vorzusehen.
- Während der Nachbereitschaft wäre das Vorsehen eines „wachenden Nachdienstes“ dringend geboten.

5. Mobile Dienste

Der Ausbau von mobilen Betreuungsangeboten im Sinne von „mobil vor stationär“ ist auch im BHG-Bereich dringend notwendig. Die mobile Betreuungsarbeit hat jedoch vor einiger Zeit eine erhebliche Einschränkung erfahren. So sind die mittelbaren Betreuungszeiten, die die Vor- und Nachbereitungsarbeiten abbilden, neu geregelt worden. Dabei wurde für einzelne Betreuungsformen keine oder lediglich nur ein sehr geringes Ausmaß an mittelbarer Betreuungszeit berücksichtigt. **So ist z. B. für die Freiassistenz derzeit keine, für die Wohnassistenz und den Familienentlastungsdienst nur ein geringes Ausmaß an mittelbarer Betreuungszeit vorgesehen.**

Mittelbare Betreuungszeiten sind jedoch neben der unmittelbaren ein wesentlicher Bestandteil der Betreuungsleistungen und wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche mobile Betreuungsarbeit. Um eine adäquate Betreuung zu gewährleisten, ist es unerlässlich, sich auf die Klient:innen vorzubereiten und die gehaltenen Stunden zu reflektieren, um die nächsten richtigen Schritte setzen zu können – unabhängig davon, ob diese in der Wohnassistenz, dem Familienentlastungsdienst, der Frühförderung oder der Freizeitassistenz erbracht werden.

Die Kürzungen der Vor- und Nachbereitungszeiten haben sich mittlerweile durch teils fehlende bzw. zu gering veranschlagte mittelbare Betreuungszeiten zu einem ernsthaften Problem entwickelt und dazu geführt, dass Mitarbeiter:innen diese Tätigkeiten in ihrer Freizeit erledigen müssen.

Ein besondere Herausforderung sind auch kurzfristige Absagen vor Betreuungsbeginn seitens der Klient:innen. Diese haben oft direkte Auswirkungen auf das Gehalt der Mitarbeiter:innen. Die Ursache liegt in der fehlenden Erstattung der Ausfallszeiten seitens des Landes als Fördergeber. Dieser Umstand zwingt viele Mitarbeiter:innen in den Zeitausgleich. Wiederholt sich dies, wird das Anstellungsausmaß gekürzt. Die Folge ist ein ständig schwankendes Anstellungs- und damit Lohnausmaß.

Lösungsvorschläge:

- Stärkung des Grundsatzes „mobil vor stationär“ auch im Behindertenwesen.
- Aufnahme bzw. Erhöhung der mittelbaren Betreuungszeit (im Sinne der Vor- und Nachbereitungszeiten) als erstattungsfähige Leistung in den Bereichen Wohnassistenz, Familienentlastungsdienst und Freizeitassistenz.
- Kurzfristige Ausfallszeiten als erstattungsfähige Leistung anerkennen.

6. Mobile Dienste und Schulassistenz

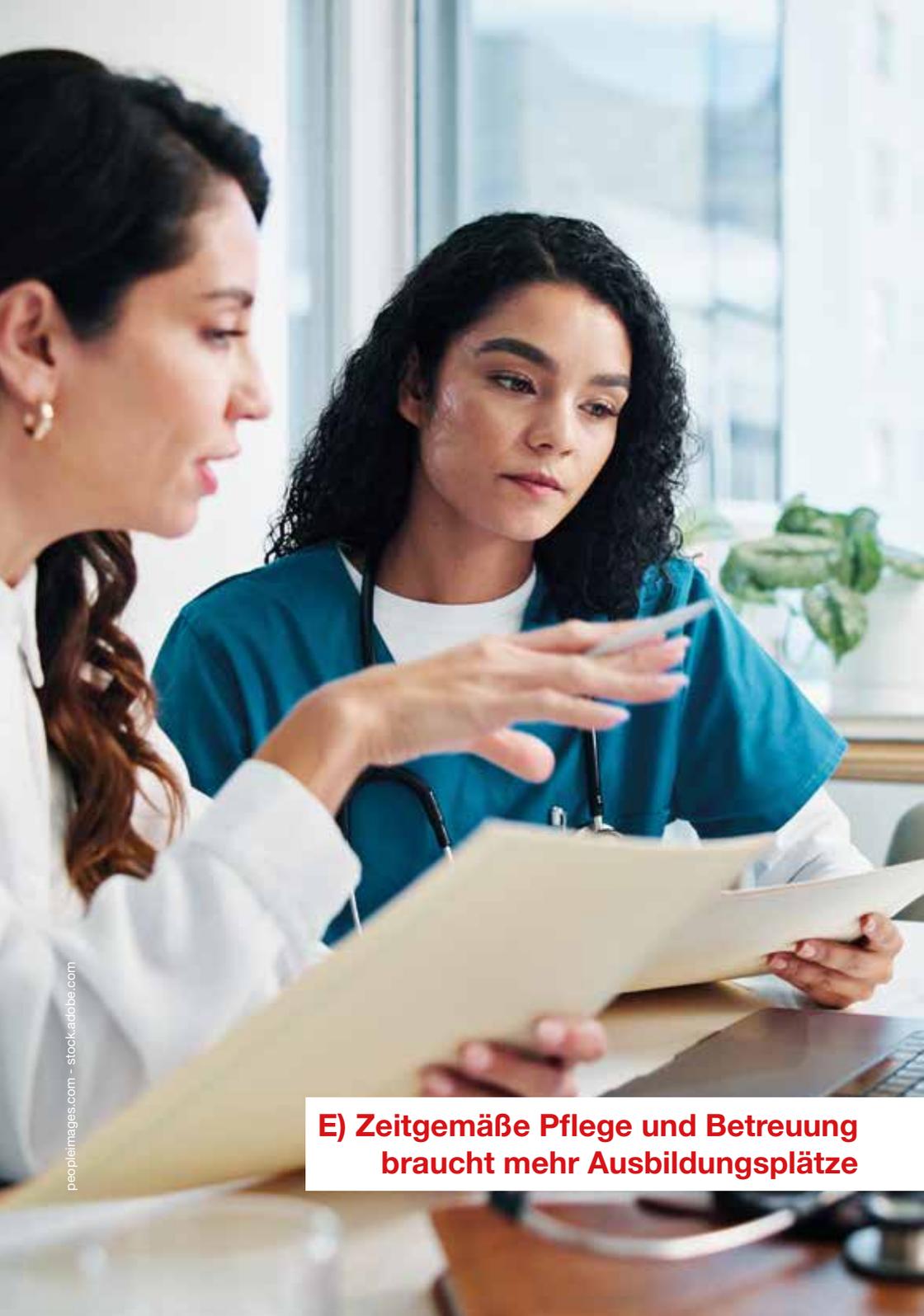
Die Rahmenbedingungen für die Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigung in Schulen und den mobilen Diensten sind seit Jahren unzureichend. Dies hat zur Folge, dass Betreuungseinrichtungen bzw. die Pflege- oder Betreuungspersonen beim Ausfall einer Klientenbetreuung, z. B. infolge der Erkrankung des/der Klient:in, den dafür vorgesehenen Stundensatz nicht erhalten. Der/die Betreuer:in werden gleichsam zu einem Zeitausgleich angehalten. Außer es ergibt sich andernorts eine Betreuung.

Eine Arbeitsbereiterklärung ist im Ergebnis erfolglos. Deren Einforderung würde zur nachhaltigen Zerrüttung der Arbeitsvertragsbasis führen. Betroffene erleiden dadurch auch einen Einkommensverlust. Mitunter wird das Arbeitsstundenausmaß sogar situationselastisch angepasst, z. B. bei einem vollkommenem Wegfall von Klient:innen. Begründet wird diese Vorgangsweise damit, dass seitens der diesbezüglichen Landesbestimmungen eine Kostenübernahme nicht vorgesehen sei. Fakt ist, dass damit Pflege- und Betreuungspersonen als unterste Ebene das vollkommene, unternehmerische Risiko tragen. Ein Risiko, das eigentlich beim Land als Leistungsgeber liegt oder doch beim Unternehmen, das für die Organisation der Betreuung Verantwortung trägt.

Eine Besonderheit ist, dass Schulassistent:innen lediglich in der Verwendungsgruppe 4 des SWÖ-KV eingestuft sind. Dies wird als fehlende Wertschätzung empfunden. In der Praxis erweisen sich Schulassistent:innen als multifunktionale Arbeitskräfte. Sie tragen alleinverantwortlich ganz erheblich zur gelingenden Inklusion bei.

Lösungsvorschläge:

- Die Rahmenbedingungen für Leistungen der Schulassistenten und mobilen Betreuung wären dahingehend anzupassen, dass bei einem (kurzfristigen) Ausfall von Klient:innen die jeweiligen Stundentarife bzw. jedenfalls die damit verbundenen Kosten der Betreuungspersonen seitens des Landes getragen werden.
- Die Fördervoraussetzungen, insbesondere die finanzielle Sicherstellung seitens des Landes wären insoweit zu erweitern, dass der Tarif für Schulassistent:innen in jenem Ausmaß erhöht wird, der es den sie beschäftigenden Trägern erlaubt, der Einstufung in die rechtlich gebotene höhere Verwendungsgruppe des SWÖ-KV zuzustimmen.



peopleimages.com - stockadobe.com

**E) Zeitgemäße Pflege und Betreuung
braucht mehr Ausbildungsplätze**

Wesentliche Grundlage für eine gute Pflege- und Betreuungsqualität bei gleichzeitig gesunden Arbeits- und Rahmenbedingungen ist das Vorhandensein von ausreichend Pflege- und Betreuungspersonal. Davon kann derzeit nicht gesprochen werden.

Nach wie vor gibt es mangels hinreichenden Pflegepersonals leere Betten. Zudem hat sich die Arbeit über die Jahre hin auf ein mittlerweile unzumutbares Ausmaß verdichtet. Die kontinuierlichen Berufsausstiege sind ein klares Zeugnis dafür. Eine aktuelle AK-Umfrage zeigt, dass nach wie vor mehr als 40% des Pflege- und Betreuungspersonals monatlich zumindest einmal an einen Berufsausstieg denkt, wobei beinahe 9% diesen konkret planen.

Fast drei Viertel der Befragten gaben an, dass sich in den letzten 10 Jahren die Arbeitsbedingungen im Gesundheits- und Sozialbereich verschlechtert haben. Genauso viele prognostizieren für die Zukunft eine weitere Verschlechterung als (eher) wahrscheinlich. So gab ein Viertel der Befragten an, dass sie mangels Personals wichtige Versorgungsmaßnahmen wiederholt nicht korrekt durchführen konnten. In 15% der Fälle konnten wichtige Tätigkeiten zumindest selten oder überhaupt nicht erbracht werden. Ein Drittel bescheinigte sogar wiederkehrende Patient:innengefährdungen. Und 75% beklagten zu wenig Zeit für notwendige Therapie- und Beratungsgespräche.

Entsprechend einer aktuellen Studie der Gesundheit Österreich GmbH braucht es österreichweit bis zum Jahr 2050 circa 180.000 Pflegepersonen und circa 20.000 Betreuungspersonen.

In der Steiermark ist seit dem Jahr 2010 ein erheblicher Rückgang an Ausbildungsplätzen zu beobachten. Gab es im Jahr 2010 noch 716 Ausbildungsplätze für die Diplompflege, so sind es 2025 nur mehr ca. 360. Auch die Zahl der Pflegeassistentenberufe hat sich reduziert.

Seit dem Jahr 2012 ist der gehobene Pflegedienst als Mangelberuf ausgewiesen. Dies gilt heute auch für die Pflegeassistentenberufe. Gleichzeitig ist der Pflege- und Betreuungsbedarf ständig angestiegen. Die prekäre pflegerische Versorgungslage ist damit auch der über die Jahre hin zu geringen Anzahl an ausgebildeten Pflege- und Betreuungspersonen geschuldet.

Bei der Planung der Personalressourcen für Morgen wären auch aktuelle und künftige Entwicklungen wie beispielsweise die vermehrte Übertragung medizinischer Tätigkeiten oder auch neue Tätigkeitsfelder der Pflege im Rahmen der Community (health) Nurse (CHN/CN), der Ad-

vanced Nurse Practice (ANP) oder in Primärversorgungszentren mit zu bedenken. Diese dürfen nicht auf Kosten bestehender Strukturen bzw. Notwendigkeiten erfolgen, da dies dort zu weiterer Arbeitsverdichtung beitragen würde. Erst jüngst wurden die medizinischen Verordnungskompetenzen für die Verschreibung von Medizinprodukten und Heilmittel erweitert. Eine derartige Verlagerung kann aber nur möglich sein, wenn es genügend Pflegepersonal dafür gibt.

Auch die Notwendigkeit von Spezialisierungen bzw. Sonderausbildungen erfordern mehr Personaleinsatz. Wenn vor der GuK-Novelle 2016 auch Kinder- und Jugendlichenpflege bzw. psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege die Gesamtzahl der Ausbildungen im gehobenen Pflegedienst bestimmt hat, so wäre auch dies bei der Festlegung der aktuellen Ausbildungszahl an Fachhochschulen mitzudenken.

Besonders hervorzuheben ist, dass sich der oben zitierte Bedarf an 200.000 zusätzlichen Pflege- und Betreuungspersonen lediglich auf den **Status quo** bezieht. Darauf wird in der Studie auch hingewiesen. Berücksichtigt werden lediglich der Bedarf infolge der demografischen Entwicklung und der bevorstehenden Pensionierungswelle. Unberücksichtigt geblieben ist hingegen die aktuelle prekäre Versorgungslage. Mehr Personal bräuchte es daher vor allem aus folgenden Gründen:

- Zur Verringerung der besonderen Arbeitsdichte.
- Als Ausgleich für die Übernahme weiterer ärztlichen Aufgaben.
- Als Ausgleich für die hohe Fehlzeitenquote.
- Als Ausgleich für die in den letzten Jahren zu geringe Ausbildungsquote.
- Zur Verbesserung der Pflege- und Betreuungsqualität.
- Zur Vermeidung von Personalanspannungen.
- Für mehr Zeit für das persönliche und therapeutische Gespräch.
- Um den Abbau von Urlaubsrückstellungen zu ermöglichen.
- Um den Bedarf an Leasingpersonal auszugleichen.
- Als Ausgleich für Berufsaussteiger:innen.
- Um künftig gezielt Pflegeprävention zu ermöglichen.
- Um im Rahmen der Gesundheitsförderung tätig werden zu können.
- Zur Erfüllung neuer Aufgabenfelder wie z.B. als Community Nurse oder in Primärversorgungszentren.

Insgesamt braucht es für die dargestellten Bereiche und Umstände im pflegerischen bzw. betreuenden Versorgungssystem deutlich mehr Personal. Eine entsprechende Erhöhung der Ausbildungsplätze ist unerlässlich.

Um möglichst viele Personen für einen Gesundheits- oder Sozialberuf gewinnen zu können, braucht es auch Ausbildungsstätten in den einzelnen Regionen. Damit würde der erforderliche niederschwellige Zugang gewährleistet.

Lösungsvorschläge:

Es bräuhete dringend eine/n/r ...

- entsprechenden Ausbau der Ausbildungsplätze für den Pflege- und Betreuungsbereich.
- flächendeckenden Ausbau regionaler FH-Standorte (Dependancen) für einen niederschweligen Zugang zur Diplompflege.
- Nachnutzung bisheriger Krankenpflegeschoolen als FH-Standorte.
- Sicherstellung der sozialen Absicherung für alle Schüler:innen und Student:innen einer Pflege- und Betreuungsausbildung (Kranken-, Unfall-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung).
- Bereitstellung von Dienstkleidung.
- Sicherstellung berufsbegleitender Qualifizierungsmaßnahmen für Auszubildende aller Berufsgruppen, auch regional.
- regelmäßigen Erfassung und Evaluierung der Personalstände damit die notwendigen Ausbildungskapazitäten künftig rechtzeitig angepasst werden können.

Auskünfte arbeitsrechtliche Fragen	DW 2475	arbeitsrecht@akstmk.at
Auskünfte sozialrechtliche Fragen	DW 2442	sozialversicherungsrecht@akstmk.at
Auskünfte Wirtschaftspolitik und Statistik	DW 2501	wirtschaft@akstmk.at
Auskünfte Frau, Beruf & Familie	DW 2282	frauenreferat@akstmk.at
Auskünfte in Steuerfragen	DW 2507	steuer@akstmk.at
Auskünfte in Pflegefragen	DW 2273	gesund.pflege@akstmk.at
Auskünfte zu Konsumentenschutzfragen	DW 2396	konsumentenschutz@akstmk.at
Auskünfte in Betriebsratsangelegenheiten und in Arbeitnehmer:innenschutzfragen	DW 2448	arbeitnehmerschutz@akstmk.at
Auskünfte Jugend und Lehrausbildung	DW 2427	jugend@akstmk.at
Auskünfte Bildung	DW 2355	bildung@akstmk.at
Auskünfte Betriebssport	DW 2357	betriebssport@akstmk.at
AK-Saalverwaltung	DW 2267	saalverwaltung@akstmk.at
AK-Broschürenzentrum	DW 2296	broschuerenzentrum@akstmk.at
Präsidialbüro	DW 2205	praesidium@akstmk.at
Marketing und Kommunikation	DW 2234	marketing@akstmk.at
Bibliothek und Infothek	DW 2378	bibliothek@akstmk.at

AUSSENSTELLEN

8600 Bruck/Mur , Schillerstraße 22.....	DW 3100	bruck-mur@akstmk.at
8530 Deutschlandsberg , Rathausgasse 3.....	DW 3200	deutschlandsberg@akstmk.at
8330 Feldbach (Südoststeiermark) , Ringstraße 5.....	DW 3300	suedoststeiermark@akstmk.at
8280 Fürstenfeld , Hauptplatz 12.....	DW 3400	fuerstenfeld@akstmk.at
8230 Hartberg , Ressavarstraße 16.....	DW 3500	hartberg@akstmk.at
8430 Leibnitz , Karl-Morre-Gasse 6.....	DW 3800	leibnitz@akstmk.at
8700 Leoben , Ignaz-Buchmüller-Platz 2.....	DW 3900	leoben@akstmk.at
8940 Liezen , Ausseer Straße 42.....	DW 4000	liezen@akstmk.at
8850 Murau , Bundesstraße 7.....	DW 4100	murau@akstmk.at
8680 Mürzzuschlag , Bleckmannngasse 8.....	DW 4200	muerzzuschlag@akstmk.at
8570 Voitsberg , Schillerstraße 4.....	DW 4300	voitsberg@akstmk.at
8160 Weiz , Herta-Nest-Straße 3.....	DW 4400	weiz@akstmk.at
8740 Zeltweg (Murtal) , Hauptstraße 82.....	DW 4500	murtal@akstmk.at

AK-VOLKSHOCHSCHULE

Köflacher Gasse 7, 8020 Graz DW 5000 vhs@akstmk.at

OTTO-MÖBES-AKADEMIE

Stiftungtalstraße 240, 8010 Graz DW 6000 omak@akstmk.at

SIE KÖNNEN SICH AUCH AN IHRE GEWERKSCHAFT WENDEN!