



Arbeits- und Gesundheitsschutz in Einrichtungen der teilstationären Pflege

J. Glaser, W. Hacker, I. Herms, N. Stab

**Forschung
Projekt F 2224**

J. Glaser
W. Hacker
I. Herms
N. Stab

**Arbeits- und Gesundheitsschutz in
Einrichtungen der teilstationären Pflege**

**Arbeitsbedingungen und Gesundheit
von Pflegekräften**

Dortmund/Berlin/Dresden 2013

Diese Veröffentlichung ist der Abschlussbericht zum Projekt „Arbeits- und Gesundheitsschutz in Einrichtungen der teilstationären Pflege“ – Projekt F 2224 – im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: Prof. Dr. Jürgen Glaser
Universität Innsbruck
Institut für Psychologie
Innrain 52, A-6020 Innsbruck

Senior-Prof. Dr. Winfried Hacker,
Dr. rer. medic. Nicole Stab MPH
Technische Universität Dresden
Fakultät Mathematik/Naturwissenschaften
Institut für Allgemeine Psychologie, Biopsychologie
und Methoden der Psychologie
Arbeitsgruppe „Wissen-Denken-Handeln“
01062 Dresden

Dipl. Psych. Isabel Herms
Prävention/Gesundheitsmanagement – Abteilung ArGUS
B.A.D Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH
Hansastr. 28, 80686 München

Fachliche Begleitung: Dr. rer. nat. Gabriele Richter
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Titelfoto: Uwe Völkner, Fotoagentur FOX, Lindlar/Köln

Umschlaggestaltung: Rainer Klemm
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1 – 25, 44149 Dortmund
Telefon 0231 9071-0
Fax 0231 9071-2454
poststelle@baua.bund.de
www.baua.de

Berlin:
Nöldnerstr. 40 – 42, 10317 Berlin
Telefon 030 51548-0
Fax 030 51548-4170

Dresden:
Fabricestr. 8, 01099 Dresden
Telefon 0351 5639-50
Fax 0351 5639-5210



Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

www.baua.de/dok/3858588

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Kurzreferat	5
Abstract	6
1 Einleitung	7
1.1 Teilstationäre Pflege in Deutschland	7
1.2 Ziele des Forschungsvorhabens	10
2 Teilstationäre Altenhilfe	11
2.1 Angebot und Bedarf an teilstationärer Altenhilfe	12
2.1.1 Strukturdaten	12
2.1.2 Experteninterviews	21
2.1.3 Organisationsscreening	25
2.1.4 Bestandsaufnahme	30
2.2 Arbeitsbedingungen, Interaktion und Gesundheit in der teilstationären Altenhilfe	50
2.2.1 Arbeitsbedingungen	50
2.2.2 Interaktion in der teilstationären Altenhilfe	58
2.2.3 Gesundheit der Mitarbeiter in der teilstationären Altenhilfe	64
2.2.4 Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und Gesundheit	66
2.2.5 Zusammenhänge zwischen Interaktion und Gesundheit	68
2.2.6 Exkurs: Dienstleistungsqualität	71
3 Teilstationäre psychiatrische Pflege	74
3.1 Strukturen teilstationärer psychiatrischer Pflege	76
3.1.1 Stichprobe	76
3.1.2 Material und Vorgehen	78
3.1.3 Ergebnisse	78
3.2 Arbeitsbedingungen und Gesundheit in der teilstationären psychiatrischen Pflege	85
3.2.1 Arbeitsbedingungen in der teilstationären psychiatrischen Pflege	85
3.2.2 Interaktion	110
3.2.3 Qualität des Arbeitserlebens	112
4 Ergebniszusammenfassung und Handlungsempfehlungen	129
4.1 Ergebniszusammenfassung und Handlungsempfehlungen für die teilstationäre Altenhilfe	129
4.1.1 Vorgehen und Stichproben in der teilstationären Altenhilfe	129
4.1.2 Angebot und Bedarf an teilstationärer Altenhilfe	130
4.1.3 Arbeitsbedingungen in der teilstationären Altenhilfe	132
4.1.4 Interaktion in der teilstationären Altenhilfe	134
4.1.5 Gesundheit der Mitarbeitenden in der teilstationären Altenhilfe	135
4.1.6 Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Arbeitsbedingungen und Interaktion in der teilstationären Altenhilfe	136
4.1.7 Handlungsempfehlungen für die teilstationäre Altenhilfe	136

4.2	Ergebniszusammenfassung und Handlungsempfehlungen für die teilstationäre psychiatrische Pflege	137
4.2.1	Vorgehen und Stichproben in der teilstationären psychiatrischen Pflege	137
4.2.2	Strukturen teilstationärer psychiatrischer Pflege	138
4.2.3	Arbeitsorganisatorische Bedingungen	139
4.2.4	Beteiligte Berufsgruppen an der Leistungserbringung	140
4.2.5	Tätigkeitsanforderungen der Pflegetätigkeit	140
4.2.6	Qualifikationsniveau und Qualifikationsprofil der Pflegenden teilstationärer psychiatrischer Einrichtungen	141
4.2.7	Arbeitsanforderungen in Abhängigkeit zum Fachgebiet	142
4.2.8	Qualität des Arbeitserlebens	145
4.2.9	Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Organisation, des Arbeitserlebens und der Beanspruchung	146
4.2.10	Fazit	146
4.2.11	Handlungsempfehlungen für die teilstationäre psychiatrische Pflege	147
	Literaturverzeichnis	148
	Abbildungsverzeichnis	155
	Tabellenverzeichnis	157
	Anhang	159

Arbeits- und Gesundheitsschutz in Einrichtungen der teilstationären Pflege

Kurzreferat

Das Projekt „Arbeits- und Gesundheitsschutz in Einrichtungen der teilstationären Pflege“ (F 2224), gefördert durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), hatte das übergeordnete Ziel, Kenntnisse zur Arbeitssituation in der teilstationären Pflege aus arbeitspsychologischer Sicht hinsichtlich Anforderungen, Belastungen, Ressourcen in der Arbeit und in Bezug auf die Gesundheit der Beschäftigten bereit zu stellen sowie erste Handlungsempfehlungen abzuleiten. Hierbei wurden besonders die Bedingungen in der teilstationären Altenhilfe und in der teilstationären psychiatrischen Pflege fokussiert.

Zunächst wird über Ergebnisse der teilstationären Altenhilfe aus Experteninterviews, teilnehmenden Beobachtungen in den Einrichtungen sowie einer Befragung von Nutzern und Nichtnutzern hinsichtlich Angebot, Bedarf und Entwicklung berichtet.

Zentral sind die Ergebnisse einer bayern- und sachsenweiten schriftlichen Mitarbeiterbefragung, an der sich 80 Tagesstätten beteiligten (Bayern 56, Sachsen 24). Insgesamt 307 Mitarbeitende (Bayern 216, Sachsen 91) beurteilten ihre Arbeitsbedingungen mit dem Screening TAA Teilstationäre Pflege, das im Projekt entwickelt wurde, und ihre Gesundheit.

Zusammenfassend ist das Belastungsniveau in den untersuchten teilstationären Altenhilfen moderat. Dementsprechend fallen Befunde zur psychischen und körperlichen Gesundheit der Pflegenden mehrheitlich günstig aus. Hinsichtlich des Kontakts mit den Gästen zeigt sich, dass häufig und sehr lang interagiert wird.

Es werden Möglichkeiten zur weiteren gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung sowie Handlungsvorschläge diskutiert.

Im Rahmen der Untersuchung in der teilstationären psychiatrischen Pflege konnten 33 psychiatrische Tageskliniken (Bayern sieben, Sachsen 26) in die Analyse einbezogen werden. An der Untersuchung nahmen insgesamt 91 Beschäftigte psychiatrischer Tageskliniken (Bayern: 14, Sachsen: 77) teil.

Die Ergebnisse zeigen Vorgehensunterschiede insbesondere auf der Organisations-ebene der Tageskliniken mit Bezug zur Arbeitsbelastung der Pflegenden. Die Untersuchung verdeutlicht, dass die Pflegenden der teilstationären psychiatrischen Pflege ihre Arbeit überwiegend als günstig erleben und sich wenig bis gar nicht beansprucht fühlen. Diese Einschätzung spiegelt sich in dem guten allgemeinen Gesundheitszustand und den Ergebnissen zu Beschwerden im Muskel-Skelett-System, die mit der Allgemeinbevölkerung vergleichbar sind, wider.

Schlagwörter:

Arbeitsbelastung, Gesundheit, Interaktion, Altenpflege, Arbeitsanalyse, Arbeitsgestaltung

Work and health protection in facilities of day care

Abstract

The project "Work and health protection in facilities of day care" (F 2224) was funded by the German Federal Institute for Occupational Safety and Health. Its goals were the generation of results on the level of work situation, physical and psychological stressors in nursing as well as suggestions for improving the situation.

In particular the terms of day care for elderly and for psychiatric patients were focused on.

At first results from the day care for elderly are reported, taken from expert interviews, participatory observations and questioning of users and non-users related to offer, demand and development.

The main focus is on the results of a survey conducted in 80 day care facilities for the elderly in the German states of Bavaria and Saxony. In sum 307 nurses assessed their working conditions, measured with the screening instrument "TAA – Teilstationäre Pflege", which was developed in the project, and health.

In summary the level of strain in the analysed facilities is moderate. Findings related to psychological and physical health are mostly well. In regard to the contact with guests it can be seen that nurses interact very often and long.

Possibilities for a health-promoting work design are discussed.

A total of 33 psychiatric day hospitals (Bavaria: 7, Saxony: 26) are included in the analysis. In the investigation a total of 91 employees of psychiatric day hospitals (Bavaria: 14, Saxony: 77) took part.

The investigation shows that the nurses in psychiatric day care hospitals experience their work as well designed. The nurses reported low work load, they show a good general health and complaints in the musculoskeletal system, which correspond with the total German population.

Key words:

work load, health, interaction, care for the elderly, work study techniques, organization of work

1 Einleitung

1.1 Teilstationäre Pflege in Deutschland

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird angesichts der demografischen Entwicklung in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten stark ansteigen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2008) waren im Dezember 2007 insgesamt 2,25 Millionen Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) pflegebedürftig. Dies entspricht einem Zuwachs von 5,6 % gegenüber dem Jahr 2005. Die vorhandenen Versorgungsstrukturen werden diesen Bedarf nicht abdecken können. Neben dem Ausbau stationärer Pflegestrukturen ist ein erweitertes Angebot an häuslicher Pflege unabdingbar. Mit dem gesetzlich festgeschriebenen Vorrang ambulanter vor stationärer Versorgung geht die Forderung einher, Kliniken und stationäre Einrichtungen stärker für ambulante Leistungen zu öffnen und zugleich eine bessere Integration von Versorgungsstrukturen zu gewährleisten. Erste Strukturen sind mit integrierten Versorgungszentren, mit Pflegeüberleitungen und teilstationären Angeboten bereits geschaffen. Im Übergang zwischen vollstationärer und häuslicher Pflege wird die teilstationäre Pflege eine zunehmend wichtige Rolle spielen.

Die Tages- bzw. Nachtpflege ist eine teilstationäre Leistung der Pflegeversicherung, „wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist“ (§ 41 Abs. 1 SGB XI). Sie tragen somit als ergänzendes Angebot zur Absicherung der häuslichen Pflege bei. Nach § 71 Abs. 2 (2) SGB XI wird die Tages- bzw. Nachtpflege den stationären Einrichtungen zugeordnet. Die Intention des Gesetzgebers besteht darin, selbstständiges Handeln und Leben im Alter so lange wie möglich sicher zu stellen und gleichzeitig berufstätige Angehörige dahingehend zu unterstützen, Beruf und Pflege miteinander zu verbinden.

Die Tagespflege ist ein Angebot zur Betreuung pflegebedürftiger Menschen, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Beeinträchtigungen nicht (mehr) in der Lage sind, allein zu leben und tagsüber Unterstützung benötigen. Darüber hinaus dient die Tagespflege einerseits der Erhaltung und Verbesserung körperlicher und geistiger Fähigkeiten, andererseits der Verhinderung von Einsamkeit und Isolation (vgl. Zimmer & Weyerer, 1999). Der Fokus liegt damit auch auf der Förderung der Lebensqualität (Hunter, 1992). Voraussetzung für die Tagespflege ist, dass die Betreuung und Versorgung in der übrigen Zeit, d. h. abends, nachts oder an Wochenenden etwa durch Angehörige gewährleistet ist.

Teilstationäre Pflege schließt in der deutschen Pflegeinfrastruktur eine Lücke zwischen der stationären Pflege im Heim und der ambulanten Betreuung durch Pflegedienste. Pflegebedürftigen, die alleine nicht mehr zurechtkommen bzw. die nicht rund um die Uhr durch ambulante Dienste oder durch Angehörige versorgt werden können, wird mit der teilstationären Pflege die Möglichkeit geboten, weiter in ihrem häuslichen und sozialen Umfeld wohnen zu bleiben. So kann ein Umzug ins Heim hinausgezögert oder gänzlich vermieden werden. Für pflegende Angehörige wird hierdurch zusätzliche Entlastung geboten und zum Teil erst die Möglichkeit geschaffen, einer eigenen Berufstätigkeit nachzugehen.

Wesentliche Aufgaben der Tagespflege sind

- die Aufrechterhaltung der relativen Selbstständigkeit pflegebedürftiger (alter) Menschen in der eigenen Häuslichkeit (auch zur Entlastung der Angehörigen);

- die aktivierende Pflege und soziale Betreuung mit Möglichkeiten der Kommunikation;
- die Rehabilitation (alter) Menschen durch entsprechende pflegerische und medizinisch-therapeutische Angebote sowie durch soziale Beratung und Betreuung;
- ggf. erforderliche medizinische Behandlungspflege;
- Versorgung mit Mahlzeiten, Fahrdienste etc.

In Einrichtungen der Nachtpflege werden pflegebedürftige Menschen betreut, die Hilfestellung in den Abend- und Morgenstunden benötigen (z. B. beim Zubettgehen, beim Aufstehen, bei Maßnahmen der Körperpflege), welche aber durch die pflegenden Angehörigen nicht übernommen werden kann. Zudem können Tätigkeiten der Grundpflege zur Entlastung der Angehörigen übernommen werden, bevor die Pflegebedürftigen nach Hause gebracht werden, um dort den Tag – mit Angehörigen oder unterstützt durch einen ambulanten Dienst – zu verbringen. Auch Nachtpflege kann den Umzug ins Heim ersparen. Solche Leistungen der Nachtpflege werden bislang jedoch wenig nachgefragt (und angeboten).

Teilstationäre Pflege, die vorwiegend Tagespflege aber auch Nachtpflege und Kurzzeitpflege umfasst, wird in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens angeboten. Dazu zählen insbesondere Altenhilfeheime sowie allgemeine, psychiatrische bzw. geriatrische Fachabteilungen in Krankenhäusern, Einrichtungen zur Behandlung von Patienten¹ mit spezifischen Erkrankungen (z. B. Dialyse- oder Aidspatienten), Hospize und Tagesförderstätten für behinderte Menschen. Entsprechend der Vielfalt an Einsatzbereichen sind die rechtlichen Rahmenbedingungen wie auch die Leistungen unterschiedlich. Darauf soll nachfolgend kurz eingegangen werden.

Im Bereich der Altenhilfe besteht Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege (SGB XI § 42, Abs. 1) für pflegebedürftige Personen, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege haben dabei Vorrang vor Leistungen der vollstationären Pflege (SGB XI § 3). Bei teil- und vollstationärer Pflege werden Pflegebedürftige von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen), Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen sie hingegen selbst. Teilstationäre Pflegeleistungen umfassen auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

Die teilstationäre Altenhilfe verzeichnete nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2008) im Zeitraum zwischen 2005 und 2007 einen starken Zuwachs (21,8 %). Von den insgesamt 709.311 Pflegebedürftigen in der stationären Pflege wurden 23.229 Personen in teilstationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Die Zunahme ist vor allem im Bereich der Tagespflege zu verzeichnen, während Nachtpflege mit lediglich 33 Pflegebedürftigen bundesweit bislang keine nennenswerte Rolle spielt. Der Großteil (86 %) der teilstationär gepflegten Personen ist in den Pflegestufen I und II eingruppiert.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in dem vorliegenden Bericht die männliche Form verwendet. Die Autoren weisen darauf hin, dass ausdrücklich beide Geschlechter gemeint sind. Handelt es sich ausschließlich um Frauen, wird darauf gesondert hingewiesen.

Die Behandlung im Krankenhaus wird nach SGB V § 115 vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Auch hier ist also Vorrang von ambulanter bzw. teilstationärer Behandlung vor einer stationären Behandlung gesetzlich festgeschrieben.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2005) standen im Jahre 2003 in den allgemeinen und psychiatrischen Fachabteilungen, der Fachabteilung für Geriatrie und weiteren besonderen Einrichtungen von Krankenhäusern insgesamt 19.543 Plätze für die teilstationäre Versorgung von Patienten in Tages- oder Nachtkliniken zur Verfügung. Über alle Fachabteilungen hinweg wurden insgesamt 643.791 teilstationäre Behandlungen durchgeführt. Etwa die Hälfte aller Plätze wird von psychiatrischen Fachabteilungen der Krankenhäuser angeboten.

Der Ausbau von Tageskliniken ist ein wichtiger Schritt hin zu integrierten Versorgungsstrukturen. Stationäre Aufenthalte können durch tagesklinische Behandlungen verkürzt, zum Teil sogar komplett ersetzt werden. Die zunehmende Verlagerung von Behandlungen aus dem vollstationären in den teilstationären und ambulanten Bereich findet ihren Niederschlag nicht nur in der stetigen Verkürzung der Verweildauer in Krankenhäusern, sondern auch in einer zunehmenden „Schwere“ vollstationärer Behandlungsfälle. Im Bereich der Psychiatrie reduziert die Tagesklinik zudem die Zugangsschwelle zur psychiatrischen Behandlung von Betroffenen.

Teilstationäre Hospizarbeit (Tageshospiz) bietet Ergänzung zur ambulanten Hospizarbeit. Schwerstkranke haben hier die Möglichkeit tagsüber Aufnahme zu finden. Durch zusätzliche Angebote wird der Gefahr sozialer Isolation entgegengewirkt. Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben nach SGB V § 39 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Aufgaben eines Tageshospizes umfassen die palliativ-pflegerische bzw. palliativ-medizinische und psychosoziale Betreuung von Patienten und deren Angehörigen. Die ärztliche Betreuung erfolgt überwiegend durch Hausärzte. In Hospizen ist palliativ-medizinisch geschultes, hauptamtliches Personal tätig, das im Allgemeinen durch ehrenamtliche Mitarbeiter unterstützt wird.

Nach Angaben der Deutschen Hospiz Stiftung (2009) wurden im Jahr 2008 in 1.084 ambulanten Hospizdiensten 50.839 Menschen überwiegend psychosozial durch ehrenamtliche Mitarbeiter begleitet. Das entspricht 6,1 % der 827.155 Menschen, die in dem Jahr in Deutschland verstorben sind. In 163 stationären Hospizen und 158 Palliativstationen wurden darüber hinaus 52.706 Menschen umfassend medizinisch-pflegerisch und therapeutisch durch hauptamtliche Teams begleitet. Dazu gehört moderne Schmerztherapie und Kontrolle von quälenden Begleiterscheinungen. Der Versorgungsgrad mit Palliative-Care in Deutschland ist im internationalen Vergleich nach wie vor gering – nur eine Minderheit der Sterbenden erhält eine bedarfsorientierte Pflege. Elementare Aspekte der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen wurden vor kurzem in den Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung aufgenommen. Zugleich wird das Thema Patientenverfügung immer mehr diskutiert. Es ist davon auszugehen, dass Angebote an (teilstationärer) Hospizarbeit in Zukunft

stark zunehmen werden. Hier besteht ein großer Bedarf an Vernetzung mit Altenhilfeheimen und integrierter Betreuung.

Abschließend sind bei einer umfassend verstandenen teilstationären Pflege als weiterer Bereich die Tagesförderstätten zu nennen, bei denen es sich um teilstationäre Einrichtungen zur pädagogischen Begleitung und Förderung, Assistenz und Pflege von erwachsenen Menschen mit schweren geistigen und mehrfachen Behinderungen handelt. Die Pflegebedürftigen in Tagesförderstätten können wegen der Schwere ihrer Behinderung nicht in einer Werkstatt für Behinderte betreut werden. Leistungen für Tagesförderstätten werden nach SGB IX § 13 geregelt. Konkrete Aussagen zur Anzahl und Fallzahl von Tagesförderstätten enthält die amtliche Statistik des Statistischen Bundesamtes nicht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass tagesklinische und tagespflegerische Versorgung im teilstationären Sektor eine Schlüsselposition einnehmen (BMFSJ, 2004). Sie dienen:

- der Verkürzung oder Vermeidung vollstationärer Versorgung,
- der Vermeidung von Drehtüreffekten,
- der Vermeidung von Immobilität der Patienten sowie
- der Vermeidung oder Linderung von Pflegebedürftigkeit.

Die genannten Institutionen tragen darüber hinaus dazu bei, das informelle familiäre Pflegepotenzial zu erhalten, indem sie die Hauptpflegepersonen entlasten und so Situationen der Überforderung vermeiden helfen.

1.2 Ziele des Forschungsvorhabens

Mit dem durchgeführten Forschungsprojekt (F 2224) sollte der Kenntnisstand zur Arbeitssituation in der teilstationären Pflege aus arbeitspsychologischer Sicht hinsichtlich Anforderungen, Belastungen und Ressourcen erweitert und Gestaltungsempfehlungen abgeleitet werden, um langfristig die Gesundheit der Pflegenden und damit eine optimale Versorgung der Klienten zu gewährleisten. Bei der vorliegenden Untersuchung wurden besonders die Bedingungen in der teilstationären Altenhilfe und der teilstationären psychiatrischen Pflege fokussiert.

Aus dieser allgemeinen Zielformulierung lassen sich konkrete Projektziele ableiten:

- (1) Bestandaufnahme zu Angebot, Formen und Bedarf teilstationärer Pflege
- (2) Untersuchung der Arbeitsorganisation und -situation in teilstationären Einrichtungen
- (3) Analyse der Qualität des Arbeitslebens in der teilstationären Pflege
- (4) Ermittlung der Beanspruchung bzw. der psychophysischen Gesundheit von Pflegekräften in der teilstationären Pflege
- (5) Analyse von Interaktions- und Emotionsarbeit in der teilstationären Pflege
- (6) Vergleiche von Leistungsangebot teilstationärer Pflege, Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften zwischen den Bundesländern Sachsen und Bayern
- (7) Vergleiche von Arbeitsbelastungen und Beanspruchung der Pflegekräfte in der teilstationären Pflege mit Ergebnissen aus der stationären Altenhilfe (Bayern)
- (8) Erarbeitung von Empfehlungen für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der teilstationären Pflege

2 Teilstationäre Altenhilfe

Die erste Tagespflege wurde in Deutschland 1973 zur Schließung der Versorgungslücke zwischen ambulanter und stationärer Pflege gegründet (Raabe, 2008). Seither ist die Anzahl der Tagespflegen in Deutschland stetig gestiegen. Einen wirklichen Durchbruch gab es aber nie. Seit 1995 ist das teilstationäre Angebot von Tages- und Nachtpflege in der Pflegeversicherung verankert. Ab diesem Zeitpunkt bis etwa Ende der neunziger Jahre lässt sich an Hand der recherchierten Literaturbeiträge ein vergleichsweise großes Interesse an der teilstationären Pflege, besonders der Tagespflege, feststellen. In den Folgejahren seit der Jahrtausendwende zeichnete sich zunächst ein deutlicher Rückgang an Veröffentlichungen ab. Gegenwärtig erlebt die Tagespflege einen neuen „Boom“: Durch rechtliche Reformen, die insbesondere mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 01.07.2008 verbunden sind, wird die Tages- und Nachtpflege erstmals auf eine solidere finanzielle Grundlage gestellt (Raabe, 2008).

Obwohl ein Großteil der Pflegebedürftigen die Tagespflege in Anspruch nehmen könnte, wird diese nur durch einen sehr geringen Anteil genutzt (ca. 1,26 % der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege). Als Gründe, warum Tagespflege bisher nur eine randständige Funktion in der Versorgung der Pflegebedürftigen einnimmt, führt Moldenhauer (2008) folgende Aspekte auf:

1. Ökonomie.

Vor dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (also bis 30.06.2008) wurden die Leistungen der Tagespflege in vollem Umfang auf den jeweiligen Sachleistungsanspruch angerechnet. Demnach wurde das Pflegegeld der Pflegebedürftigen um den Anteil gekürzt, in dem die Tagespflege in Anspruch genommen wurde. Bei voller Inanspruchnahme hatte der Betroffene also keinen Anspruch mehr auf das Pflegegeld. Die für die Tagespflege verbrauchten Mittel standen nicht mehr für nötige Pflegeaufwendungen zur Verfügung.

Seit Einführung der neuen Gesetzgebung am 01.07.2008 stehen dem Pflegebedürftigen auch bei voller Inanspruchnahme des Leistungsbudgets noch mindestens 50 % der Sachleistung oder des Pflegegeldes zur Verfügung. Dazu führt der Autor folgendes Beispiel an: Ein Pflegebedürftiger in der Pflegestufe II hat Anspruch auf Leistungen bis zu einem Betrag von 980 Euro im Monat. Nimmt er nur die Hälfte in Anspruch, kann er – je nach regionalem Preisniveau – sieben bis neun Besuchstage in einer Tagespflege finanzieren. Dies stellt einen enormen Entlastungseffekt für die pflegenden Angehörigen dar und wird sich möglicherweise positiv auf Angebot und Nachfrage von Tagespflege auswirken.

Weitere Verbesserungen, die im Zusammenhang mit dem neuen Gesetz stehen, sind die zusätzlichen Betreuungsleistungen (vgl. § 45b SGB XI) für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sowie die Einführung von Pflegeberatung (Case-Management, d. h. bedarfsgerechte Lösungssuche) für pflegende Angehörige.

2. Häuslichkeit des Gastes.

Pflegebedürftige Menschen zeigen die Tendenz, ungern den eigenen Wohnbereich zu verlassen und auf Grund ihrer Einschränkungen im vertrauten Umfeld zu bleiben.

3. Bevorzugung der Pflege durch Angehörige gegenüber der Pflege durch professionelle Kräfte.

Gründe dürften hier ähnlich sein (vertraute Personen).

4. Geringer Informationsstand der Betroffenen über Angebote in der Nähe und deren Preise.

Darüber hinaus führte der Kreisgeschäftsführer des Kreisverbandes Berchtesgadener Land auf dem Fachtag des Bayerischen Roten Kreuzes (BRK) am 21.01.2009 zum Thema Tages- und Nachtpflege die folgenden weiteren Gründe aus:

- Transportfähigkeit des Gastes als notwendige Bedingung für den Aufenthalt in einer Tagespflege. Dieser Aspekt beinhaltet zwei Perspektiven:
 - Zum einen die des pflegebedürftigen Menschen; er muss transportfähig und darf nicht dauernd bettlägerig sein.
 - Zum anderen die Perspektive der Anbieter von Tagespflege. Ein zunehmend wichtiges Kriterium ist die Bereitstellung eines Fahrdienstes. Jedoch stellt dieser Service mit Blick auf die Anschaffung, Wartung und Versicherung der Transportmittel einen wichtigen Kostenpunkt dar. Dieser Aspekt wird von den Einrichtungen oft unterschätzt oder bewusst vermieden, was das Ausbleiben von Tagesgästen und am Ende gar Schließungen von Tagespflegeeinrichtungen zur Folge hat.
- Herkunft bzw. Pflegehistorie des Pflegebedürftigen.
 - Ältere Menschen haben das Bedürfnis nach Beständigkeit. Demnach sind Gewohnheiten der Pflegebedürftigen zu beachten, die u. a. darin bestehen, dass die Pflege bisher von einer anderen Einrichtung (z. B. Sozialstation) geleistet wurde oder dass eine Person bereits Vertrauen zu einer ambulanten Pflegekraft aufgebaut hat.
 - Ein Mitarbeiter aus dem Bereich Personal und Recht der BRK Landesgeschäftsstelle wies auf dem Fachtag in diesem Zusammenhang darauf hin, dass für ambulante Pflegedienste die Möglichkeit besteht, über die Tagespflege auch Betreuungsleistungen v. a. für Demenzkranke anzubieten, um dadurch den Verbleib in der Häuslichkeit zu verlängern und neue Kundenkreise zu gewinnen.
 - Kaum Zugang zu älteren Menschen, die noch keine ambulante Pflege nutzen. Hier bestehen bislang ungenutzte Möglichkeiten zur Information über Angebote der Tagespflege etwa über Hausärzte oder Sozial- und Beratungsstellen.

2.1 Angebot und Bedarf an teilstationärer Altenhilfe

2.1.1 Strukturdaten

Grundlage der folgenden Darstellung ist die Pflegestatistik, die durch § 109 des Pflege-Versicherungsgesetzes (SGB XI) verordnet wurde. Sie wird seit 1999 für alle Bundesländer im Turnus von zwei Jahren zentral vom Statistischen Bundesamt durchgeführt.

Teilstationäre Einrichtungen werden – wie bereits erwähnt – nach § 71 Abs. 2 (2) SGB XI den stationären Einrichtungen zugeordnet und daher auch in der statistischen Erhebung diesem Pflegesegment zugeordnet. Dies hat zur Folge, dass Kennzahlen, die sich ausschließlich auf die teilstationäre Pflege beziehen, sehr selten sind (z. B. Angaben zum Pflegepersonal). Oftmals sind sie mit Angaben der stationären Pflege verknüpft (z. B. verschiedene Pflegeangebote in Pflegeheimen).

Die Aufbereitung und der Vergleich statistischer Daten von drei unterschiedlichen Herausgebern ist insofern erschwert, weil in Bund und Ländern (Bayern und Sach-

sen) die Angebote an teilstationärer Altenhilfe unterschiedlich dargestellt werden und ein direkter Vergleich nicht immer möglich ist. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich die Angaben in Deutschland und Sachsen auf Pflegeheime allgemein beziehen, d. h. keine Differenzierung zwischen den verschiedenen Pflegegeldempfängern (u. a. Behinderte, psychisch Kranke, Schwerkranke, Sterbende) stattfindet. In dem Bericht des Bayerischen Landesamtes erfolgte eine solche zusätzliche Unterscheidung nach Pflegegeldempfängern.

Die hier ausgewiesenen Daten für Bayern beziehen sich auf Pflegeeinrichtungen und -angebote für ältere Menschen. Für die nachfolgende Darstellung statistischer Kennzahlen wurden die folgenden Quellen herangezogen:

Deutschland: Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2008). Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.

Bayern: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2008). Statistische Berichte. Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre, und Pflegegeldempfänger in Bayern 2007.

Sachsen: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2006). Statistische Berichte. Soziale Pflegeversicherung im Freistaat Sachsen. Pflegeeinrichtungen, Beschäftigte und Pflegebedürftige 2005.

Im Folgenden werden unterschiedliche Aspekte der teilstationären Altenhilfe unter statistischen Gesichtspunkten betrachtet und um weitere Kennzahlen aus der Literatur ergänzt.

2.1.1.1 Anzahl der Einrichtungen

In Deutschland gab es 1996 ca. 720 Tagespflegen, im Jahre 1998 erhöhte sich diese Zahl auf ca. 1.500 Einrichtungen. Knapp 10 Jahre später beläuft sich die Anzahl auf etwa 2.000 Einrichtungen deutschlandweit (Statistisches Bundesamt, 2008). Im Unterschied zur stationären Pflege mit ca. 10.000 Einrichtungen und der ambulanten Pflege mit rund 11.500 Institutionen, nimmt die teilstationäre Pflege in den pflegerischen Versorgungsstrukturen einen bisher geringen Anteil ein.

Ein ähnliches Bild ergibt sich für Bayern. Die 203 Einrichtungen mit Tagespflegeangeboten für ältere Menschen, von denen 105 Einrichtungen ausschließlich Tagespflege anbieten, haben gegenüber 1.440 Pflegeheimen und knapp 1.800 ambulanten Pflegediensten ebenfalls einen eher geringen Stellenwert.

In Sachsen gab es Ende 2005 124 Einrichtungen der Tagespflege sowie drei Einrichtungen der Nachtpflege. Im Vergleich zu Angeboten der vollstationären Dauerpflege (93,6 %) sowie der Kurzzeitpflege (2,6 %) werden Angebote der Tages- und Nachtpflege in Sachsen anteilig zu etwa 4 % vorgehalten.

Obwohl ein enormer Anstieg an teilstationären Einrichtungen in den letzten 36 Jahren – seit Gründung der ersten Tagespflege 1973 – zu verzeichnen ist, hat dies nicht für eine flächendeckende Versorgung ausgereicht. Vor allem in ländlichen Regionen existiert zum Teil im Umkreis von 25 km keine einzige Tagespflegeeinrichtung (Moldenhauer, 2008).

2.1.1.2 Einrichtungen pro Träger

Aus Tabelle 2.1 wird ersichtlich, dass in den Bundesländern Bayern und Sachsen, wie auch in Deutschland, ambulante Dienste zumeist von privaten Trägern angeboten werden, am wenigsten von kommunalen Trägern.

Tab. 2.1 Stationäre, ambulante und teilstationäre Einrichtungen nach Trägern in Deutschland, Bayern und Sachsen

	Private Träger	Frei-gemeinnützige Träger	Kommunale Träger
Ambulante Einrichtungen			
Deutschland	6.903	4.453	191
Bayern	936	820	22
Sachsen	618	289	6
Stationäre Einrichtungen			
Deutschland	4.322	6.072	635
Bayern	438	839	163
Sachsen	227	382	39
Teilstationäre Einrichtungen			
Deutschland	k. A.	k. A.	k. A.
Bayern	46	140	17
Sachsen ¹	k. A.	k. A.	k. A.

k. A.: keine Angaben; ¹ für Sachsen sind lediglich Prozentangaben verfügbar (siehe Text)

Im stationären Bereich zeigt sich, dass sowohl in Deutschland als auch in den beiden Bundesländern Bayern und Sachsen die Angebote vorrangig von frei-gemeinnützigen Trägern bereitgestellt werden, gefolgt von privaten Trägern. Kommunale Träger haben auch hier einen vergleichsweise geringen Marktanteil. Bezüglich teilstationärer Einrichtungen, resp. Tages- bzw. Nachtpflegen, ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei den stationären Einrichtungen: Die frei-gemeinnützigen Träger bieten auch in diesem Sektor in Bayern die meisten Angebote (ca. 74 %). Private (ca. 23 %) und kommunale Träger (ca. 3 %) spielen eine geringere Rolle. In Sachsen bieten frei-gemeinnützige Träger etwa 72 %, private Träger etwa 25 % sowie öffentliche Träger etwa 3 % der Plätze in Tages- und Nachtpflegen an.

2.1.1.3 Anzahl der angebotenen Plätze

Die Anzahl der zur Verfügung stehenden Plätze in den Tagespflegen der Bundesrepublik variierte Ende der neunziger Jahre stark in Abhängigkeit von Standort und Anbindungsform (Winter, 1999). Knapp über die Hälfte der Einrichtungen verfügten über 10 bis 14 Tagespflegeplätze. Der Autor kommentiert: „Je höher die Anzahl der Plätze, desto wirtschaftlicher kann eine Tagespflege betrieben werden“ (Winter, S. 16). Er weist darauf hin, dass das Überleben einer Einrichtung mit weniger als fünf Plätzen wirtschaftlich gesehen kaum möglich sei, selbst wenn sie an eine stationäre Ein-

richtung angebunden ist. Zimber und Weyerer (1999) führen dazu weiterhin aus, dass Einrichtungen mit hohen Aufnahmekapazitäten eine bessere Auslastung aufweisen als Einrichtungen mit einer mittleren Kapazität von ca. 15 Plätzen.

In Deutschland gab es Ende 2007 21.610 Plätze in der Tagespflege² und 434 Plätze in der Nachtpflege im Vergleich zu 777.015 Plätzen in Pflegeheimen. In Bayern gab es zum selben Zeitpunkt 1.402 Plätze nur in der Altentagespflege. Von diesen wurden 308 Plätze von privaten, 1.049 Plätze von frei-gemeinnützigen und lediglich 45 Plätze von kommunalen Trägern bereitgestellt. Ausschließliche Nachtpflege wird in Bayern nicht angeboten. Fasst man die Angebote zusammen, die Tagespflege bzw. Nachtpflege in Kombination mit anderen Pflegeleistungen (z. B. Dauerpflege) anbieten, so beläuft sich die Zahl der Tagespflegeplätze auf 2.304, die der Nachtpflegeplätze auf 28. Die Zahl der stationären Dauerpflegeplätze für ältere Menschen liegt in Bayern bei knapp 95.000.

In Sachsen gab es 2005 1.601 Tages- und Nachtpflegeplätze gegenüber 40.656 vollstationären Betten. Davon wurden von frei-gemeinnützigen Trägern 1.153, von privaten 396 und von kommunalen Trägern 52 Plätze zur Verfügung gestellt.

Laut Statistischem Bundesamt (2007) verfügt eine Tagespflegeeinrichtung in Deutschland über durchschnittlich 13,4 Plätze.

2.1.1.4 Auslastung der verfügbaren Plätze

In Deutschland beträgt die Auslastung der verfügbaren Plätze in der Tagespflege laut Statistischem Bundesamt (2008) 107,3 %, in der Nachtpflege 7,6 %. In Bayern beläuft sich die Zahl auf 118,4 % Auslastung in der Tagespflege. Zur Nachtpflege werden auf Grund des mangelnden Angebots keine Angaben gemacht. Im Durchschnitt besuchen ca. 20 Pflegebedürftige eine Tagespflegeeinrichtung. Das Landesamt des Freistaates Sachsen liefert zu diesem Aspekt keine Daten.

Kirchen-Peters und Stenger (1999) ermittelten, dass Tagespflegen immer wieder mit „Durststrecken“ (S. 17), also Belegungsschwankungen konfrontiert seien. Nur 30 % der Betriebe seien damals zu 90 bis 100 %, 50 % zwischen 50 und 90 % und 20 % unter 50 % ausgelastet. Winter (1999) stellte ähnliche Ergebnisse fest. Beispielsweise erreichten nur 37 % der Tagespflegen eine Auslastung von 80 %. Folglich war eine wirtschaftlich langfristige Existenz vieler solitärer Einrichtungen gefährdet.

Winter (1999) nannte mehrere Faktoren, die die Auslastung beeinflussen:

- **Bisherige Betriebsdauer**
In der Regel würden Einrichtungen zwei bis drei Jahre brauchen, um eine ausreichende Auslastung zu erlangen. Dies hätten auch Zahlen aus Niedersachsen unterstrichen: 76 % der Betriebe, die drei Jahre und älter waren, erreichten hier eine Auslastung von über 50 %. Nur 26 % der jüngeren Einrichtungen erreichten diese Zahl.
- **Anbindungsform**
Tagespflegen in der stationären Altenhilfe seien durchschnittlich geringer ausgelastet.
- **Standort**
In ländlichen Gebieten würde eher vollstationäre Pflege in Anspruch genommen. Aus diesem Grund würden Tagespflegen nur dann wirtschaftlich bestehen, wenn sie einer vollstationären Einrichtung angeschlossen seien.

² Keine Angaben darüber, ob es sich ausschließlich um Alten-, Tages- bzw. Nachtpflegeplätze handelt.

- Wirtschaftliche Situation der Klienten
In Gebieten, in denen die Arbeitslosenquote eher hoch und das Pro-Kopf-Einkommen eher gering sei, würde Tagespflege nicht angenommen.

Kirchen-Peters und Stenger (1999) fanden zwei weitere Faktoren, die sich auf die Belegung auswirkten:

1. Wettbewerb zwischen den Tagespflegen
2. Planung und Durchführung des Tagespflegeangebots

Um die Auslastung zu erhöhen, müssten die Einrichtungen kontinuierlich Öffentlichkeitsarbeit leisten. Dadurch kann nach Ansicht der Autoren die Akzeptanz und damit auch die Inanspruchnahme von Tagespflegen gefördert werden. Hinsichtlich der praktizierten Öffentlichkeitsarbeit stellten Weyerer, Schäufele, Schrag und Zimber (2004) fest, dass „Mundpropaganda durch Mitarbeiter, Gäste und Angehörige sowie Kontakte mit ambulanten Diensten zu den üblichen Informationswegen gehörten“ (S. 342), d. h. systematische Informationsstrategien gab es zumeist nicht. Ritchie (2003) kommt zu dem Schluss, dass die geringe Auslastung der Tagespflegen stark mit der unzureichenden Informiertheit der Öffentlichkeit über solche Einrichtungen in Verbindung steht.

2.1.1.5 Klientel der Altentagespflege

Das Hauptklientel von teilstationären Einrichtungen sind Personen, welche in der eigenen Wohnung leben, aufgrund physischer und/oder psychischer Einschränkungen jedoch pflegebedürftig sind. Es handelt sich also um Pflegebedürftige, die ambulant unter- und stationär überversorgt wären und deren pflegende Angehörige, Freunde oder Nachbarn einer Entlastung bedürfen. Zum Teil handelt es sich um Personengruppen, die alleine leben und darunter leiden, deren Pflegebedürftigkeit sich kurzfristig verschlimmert hat, die gerade aus einem Krankenhaus oder einer Rehaklinik entlassen wurden und ihre Fähigkeit, den Alltag alleine zu bewältigen, wiedergewinnen wollen, oder um Personen, die fortgeschritten dement oder ängstlich sind. In Deutschland lebten Ende 2007 rund 2,25 Mio Pflegebedürftige, von denen ca. 1,5 Mio zu Hause versorgt wurden (davon 1,03 Mio durch Angehörige und 504.000 durch ambulante Pflegedienste). Dies entspricht einem Anteil von ca. 68 % an den Pflegebedürftigen insgesamt. In Bayern wurden zum selben Zeitpunkt 314.282 Pflegebedürftige erfasst, von denen 69.776 (22,2 % aller Pflegebedürftigen in Bayern) ambulante Pflege erhielten. In Sachsen waren im Jahr 2005 71.231 Menschen pflegebedürftig, darunter 31.310 (ca. 44 % aller Pflegebedürftigen in Sachsen) die ambulant zu Hause versorgt wurden.

Die Anzahl häuslich bzw. ambulant versorgter Pflegebedürftiger ist deshalb besonders erwähnenswert, weil diese Gruppe eine potenzielle Zielgruppe der teilstationären Einrichtungen ist.

In Bayern besuchten 2007 2.728 ältere Menschen eine Tagespflege, davon 1.808 Frauen und 920 Männer. Hierbei dominieren vor allem Pflegebedürftige der Stufen I (1.139 Personen) und II (1.152 Personen), während Pflegebedürftige in Stufe III (327 Personen) vergleichsweise selten in der Tagespflege versorgt werden. Vergleichbare Daten aus Sachsen sind in der Statistik nicht verfügbar.

Mit zunehmendem Alter sind Menschen mehr und mehr pflegebedürftig. In Bayern sind die meisten Pflegebedürftigen (1.764 Personen) zwischen 75 und 90 Jahren alt. Ein etwas geringerer Teil (599 Personen) sind zwischen 60 und 75 bzw. über 90 Jah-

re alt (281 Personen). Deutschlandweit war bei den 70- bis unter 75-Jährigen jeder zwanzigste (5 %) pflegebedürftig. Für die ab 90-Jährigen wurde die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der Pflegebedürftigen dieser Altersgruppe betrug 62 %. Es fällt auf, dass Frauen etwa ab dem achtzigsten Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufwiesen, d. h. eher pflegebedürftig waren als Männer derselben Altersgruppe. Bei den 85- bis unter 90-jährigen Frauen beträgt die Pflegequote 41 %, bei den Männern gleichen Alters hingegen „nur“ 28 %.

In ihrer Studie stellten Weyerer et al. (2004) fest, dass bei Tagespflegegästen ärztlich gestellte Krankheitsdiagnosen (außer Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes) seltener vorkamen als bei stationär versorgten Pflegebedürftigen. Maßgeblicher sind bei Tagespflegegästen die organisch-psychischen Krankheiten (u. a. Demenz, amnestische Syndrome) mit 46,4 %. Affektive Störungen (z. B. Depression) waren nach den Autoren in beiden Gruppen – Pflegebedürftige in der Altentagespflege und der stationären Altenhilfe – gleichermaßen vorhanden. Substanzabhängigkeit bzw. -missbrauch, schizophrene und wahnhaftige Störungen kamen hingegen bei den Heimbewohnern um einiges häufiger vor als in der Tagespflege. Fast 60 % der Tagesgäste bzw. Heimbewohner leiden an einer fortgeschrittenen demenziellen Störung.

Bezüglich der Einschränkungen der primären Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Gehen, Kontinenz), stellten Weyerer und Kollegen fest, dass Gäste der Tagespflege funktionell weniger eingeschränkt waren als Heimbewohner.

Laut einer englischsprachigen Studie von McCann et al. (2005) waren Nutzer der Tagespflege – im Vergleich zu Personen, die solche Angebote nicht nutzten – weniger gebildet, hatten ein geringeres Einkommen, lebten häufiger nicht allein und waren seltener verheiratet. Wilson et al. (2007) kommen zu ähnlichen Ergebnissen: Die Nutzung der Tagespflege sei mit fortgeschrittenem Alter und geringerer Bildung verbunden, jedoch nicht mit dem Geschlecht.

Die Autoren fanden ein erhöhtes Risiko für Tagespflege-Nutzer, in ein Altenhilfeheim eingewiesen zu werden. Dieses Risiko war für Männer signifikant höher als für Frauen und nahm mit dem Alter und der Anzahl der in der Tagespflege verbrachten Tage signifikant zu.

2.1.1.6 Pflegekräfte

In Deutschland sind insgesamt 573.545 Mitarbeitende im stationären Bereich beschäftigt, davon ca. 78.321 in Bayern und 26.296 in Sachsen. Von den Pflegekräften in Bayern arbeiten 788 ausschließlich in Tagespflegen.

In Pflegeheimen arbeiten von den überwiegend weiblichen Pflegekräften (ca. 85 %) bundesweit mehr als 50 % in Teilzeit. Die Gruppe der Auszubildenden, Praktikanten und Schüler war im stationären Bereich relativ größer als im ambulanten Bereich (ca. 6 % der Beschäftigten).

Bezüglich der Ausbildung waren Gesundheits- und Krankenpfleger/-in oder Altenhelfer/-in die wichtigsten Ausbildungsabschlüsse. Insgesamt hatten von den im Bereich der Pflege und Betreuung Tätigen fast jeder Zweite (49 %) entweder einen Abschluss als Altenhelfer/-in (33 %), Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (15 %) oder Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (1 %). Die meisten Beschäftigten (69 %) hatten ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich Pflege und Betreuung.

Pflomm und Thiele (1993) fanden, dass ein Großteil der Mitarbeitenden der Tagespflege examinierte Pflegekräfte (ca. 38 %) und ca. 23 % Schüler, Praktikanten und Personen im freiwilligen sozialen Jahr sind. Etwa 9 % sind Nichtexaminierte, ca. 8 %

haben eine abgeschlossene Ausbildung als Krankenschwester/Krankenpfleger und ca. 2 % sind Altenhelfer. Etwa 20 % der Mitarbeiter verfügen über Ausbildungen anderer Art, z. B. als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen.

Weyerer et al. (2004) stellten in ihrer Untersuchung einen überdurchschnittlich guten Personalstand und eine hohe Berufsqualifikation fest. Durchschnittlich sind knapp drei Pflegekräfte für 15 Tagesgäste zuständig. Die Mitarbeiterfluktuation ist in den Tagespflegeeinrichtungen relativ gering.

Mascha (2007) fand, dass Pflegekräfte in Tagespflegen einen höheren Wert für emotionale Erschöpfung aufweisen als Pflegekräfte in Pflegeheimen. Immerhin 15,8 % der Pflegenden in Tagespflegen erleben ein Gefühl der Depersonalisation. Auch wenn Tagespflegekräfte emotional erschöpft sind und ein gewisser Anteil sich von den Pflegebedürftigen innerlich ablöst und ihre Arbeit zynisch betrachten, um mit den Erschöpfungszuständen umgehen zu können, empfinden die wenigsten einen Mangel an persönlicher Leistungsfähigkeit.

Zimber und Weyerer (1999) stellten fest, dass die Fachkräfte in der Tagespflege erheblich zufriedener mit den Arbeitsbedingungen waren und deutlich geringere gesundheitliche Beanspruchungsfolgen aufwiesen als Beschäftigte in stationären Einrichtungen.

Unterstützend wirken vor allem die Kollegen. Der Kontakt mit ihnen trägt zu einer hohen Arbeitszufriedenheit bei. Auch die Unterstützung durch Vorgesetzte spielt in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle. Andererseits stellen mangelnde Kommunikation, schwache Teamarbeit sowie Probleme mit Vorgesetzten die Hauptbelastungsquellen bei der Arbeit dar. Der Kontakt mit den Gästen birgt zweierlei: einerseits trägt er zu einer hohen Arbeitszufriedenheit bei, andererseits ist er auch Quelle von Belastungen.

2.1.1.7 Anbindungsform

Zum größeren Teil handelt es sich um vollstationäre Einrichtungen (v. a. Alten- und Pflegeheime) deren Angebot primär auf die stationäre Dauerpflege auf Pflegestationen ausgerichtet ist, die zusätzlich auch über „eingestreute“ teilstationäre Plätze verfügen. Die externen Pflegebedürftigen nehmen am Tagesprogramm teil (Mahlzeiten, Therapieangebote, Freizeitaktivitäten etc.). Zum kleineren Teil sind es Einrichtungen (Tagespflegestätten, Tageszentren), die sich auf teilstationäre Pflegeleistungen spezialisiert haben. Diese haben eher den offenen Charakter eines Seniorentreffs oder Nachbarschaftszentrums, bieten zudem aber auch therapeutisch-pflegerische Betreuung an.

Bisher wurde das teilstationäre Angebot von älteren Menschen sehr wenig in Anspruch genommen. Eigenständige Tagespflegen mussten – je nach Region – schließen. Der Anschluss an ein bereits bestehendes Pflegesegment – ambulant oder stationär – sicherte eher die Existenz.

Derzeit erlebt die teilstationäre Pflege einen „Boom“, da durch rechtliche Reformen (insbesondere das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 01.07.2008) die Tages- und Nachtpflege erstmals auf eine sichere finanzielle Grundlage gestellt wird (Raabe, 2008).

Ende der neunziger Jahre fand Winter (1999) folgende Anbindungsformen: ca. 18 % der Tagespflegen waren eigenständige Einrichtungen, nur ca. 24 % waren an ambulante Einrichtungen angegliedert. Der übrige Großteil der Tagespflegen war vollstationären Einrichtungen angegliedert. Dabei gab es durchaus regionale Unterschiede,

z. B. waren im Jahr 1996 in Nordrhein-Westfalen ca. 33 % der Tagespflegen Solitär-einrichtungen.

2.1.1.8 Öffnungszeiten

Die Qualitätsrichtlinien besagen, dass die „Pflege und Versorgung in der Tagespflege an mindestens fünf Tagen in der Woche jeweils mindestens sechs Stunden (...) zu gewährleisten“³ ist. Die von Winter (1999) vorgestellten Studien ergeben, dass die Einrichtungen durchschnittlich fünf Tage in der Woche je neun Stunden geöffnet sind. Rund ein Viertel der Einrichtungen offeriert auch am Wochenende Betreuungsangebote.

Ergebnisse von Weyerer et al. (2004) bestätigen die Befunde. In ihrer Studie öffneten die untersuchten Einrichtungen in einem Zeitraum von acht Stunden an den Werktagen. Allerdings akzeptierte nur ein geringer Teil der Tagespflegen auch solche Gäste, die das Betreuungsangebot nur einzelne Tage oder stundenweise nutzen.

2.1.1.9 Finanzielle Rahmenbedingungen

Bis zum 30. Juni 2008 erhielten Pflegebedürftige der Pflegestufe I 384 Euro monatlich für Sachleistungen. Wollten sie die Tagespflege mehrere Tage in der Woche in Anspruch nehmen, so war dies mit erheblichen finanziellen Mehrbelastungen verbunden.

Mit dem revidierten Pflegequalitätsgesetz vom 1. Juli 2008 wurden die Sätze erhöht: „Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I einen Gesamtwert bis zu 420 Euro ab 1. Juli 2008, [...]
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II einen Gesamtwert bis zu 980 Euro ab 1. Juli 2008, [...]
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III einen Gesamtwert bis zu 1.470 Euro ab 1. Juli 2008.“ (§ 41 SGB XI)

Außerdem erhalten Pflegebedürftige

„[...] einen zusätzlichen Anspruch in Höhe von 50 Prozent der ambulanten Sachleistungen. Das gilt auch für Bezieher von Pflegegeld. Es gibt für Tagespflege und ambulante Pflege [insgesamt] bis zu 630 Euro in der Pflegestufe I, bis zu 1.470 Euro in der Pflegestufe II sowie bis zu 2.205 Euro in der Pflegestufe III. [...] Versicherte, die einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben⁴, hatten bisher einen Anspruch auf einen Betrag von 460 Euro im Jahr. Ab 1. Juli erhöht sich dieser Betrag auf 100 beziehungsweise 200 Euro im Monat. Dieser Anspruch besteht dann auch für Personen, die noch nicht in der Pflegestufe I sind. Der Anspruch wird vom Medizinischen Dienst festgestellt. Er ist also zu beantragen. Die 100 beziehungsweise 200 im Monat können dann für Leistungen der Tagespflege

³ Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der teilstationären Pflege, Fassung vom 31.05.1996, Kapitel 3.1.1.2 („Struktureller Rahmen der Pflegeeinrichtung“).

⁴ Beispielsweise für Demenzzranke

oder für den Besuch einer Betreuungsgruppe oder einen Betreuungsdienst, der in die Wohnung kommt, eingesetzt werden.“ (Haas, 2008)

2.1.1.10 Angehörige

Die Angehörigen sind nach Großjohann (1990) die „zweite Zielgruppe“ der Tagespflege. Eine Einrichtung kann nur dann bestehen, wenn sie die Angehörigen tatsächlich entlastet. Gaugler, Jarrott, Zarit, Stephens, Townsend und Greene (2003) zeigten, dass durch den Besuch von Tagespflegern der emotionale und psychologische Stress von pflegenden Angehörigen reduziert werden kann. Überlastungen können vor allem dann abgebaut werden, wenn die Gedächtnisprobleme der Pflegebedürftigen abnehmen. Darüber hinaus tragen die Interventionen dazu bei, Familie, Arbeit und Pflegetätigkeiten besser vereinbaren zu können (Schacke & Zank, 2006). Die pflegenden Personen haben dadurch größere zeitliche Ressourcen, um anderen Aufgaben und Rollenanforderungen gerecht zu werden; Gefühle der Erschöpfung lassen sich damit reduzieren (Gaugler et al., 2003). Eine Teilnahme an sozialen Aktivitäten kann zudem häufiger erfolgen. Daher soll sich die Tagespflege auch an den individuellen zeitlichen Bedürfnissen der Angehörigen orientieren und Beratungen zur häuslichen Pflege anbieten (Kirchen-Peters et al., 1999).

Bis zum Ende der 1990iger Jahre hatten bereits 66 % der Einrichtungen ein Konzept entwickelt, um die Angehörigenarbeit zu optimieren. Bestandteile waren regelmäßige Treffen, Beratungsgespräche, Informationsvermittlung und Abendsprechstunden. Große Unterschiede bestanden in der jeweiligen Reichweite der Angehörigenarbeit. Die meisten Einrichtungen konzentrierten sich lediglich auf isolierte Maßnahmen für die Angehörigen der Patienten. Nur sehr selten hatten Mitarbeiter die spezielle Aufgabe der Angehörigenarbeit inne und richteten ihre Aktivitäten auch auf pflegende Angehörige in der Region aus (Kirchen-Peters et al., 1999). Natürlich muss bedacht werden, dass die Einrichtungen finanziellen Einschränkungen unterliegen. Doch was bedeutet regionale Angehörigenarbeit? Der Prozess der Organisationsentwicklung steht im Mittelpunkt, um die Einrichtung in das Gemeinwesen zu integrieren. Dabei soll ein Verständnis für Alter und Pflegebedürftigkeit geschaffen und damit die Verantwortung für die Pflege geteilt werden. Die Mitarbeiter der Tagespflege fungieren zum einen als Ansprechpartner für Probleme, die im Rahmen der häuslichen Pflege auftreten. Zum anderen geben sie regelmäßig Rückmeldung an die pflegenden Angehörigen, um die Bedürfnisse der Klienten erfüllen zu können. (ebd.)

Das Verhältnis zwischen Angehörigen und Pflegegästen in der stationären Pflege ist sehr konfliktbehaftet (Pflomm, 1993). In der teilstationären Pflege gehen Angehörige und Pflegende ein Arbeitsbündnis ein, wodurch Erfahrungen leichter ausgetauscht werden können.

2.1.1.11 Schnittstellen

Besondere Anforderungen stellen sich für die Beschäftigten in teilstationären Einrichtungen an den vielfältigen Schnittstellen bzw. in der Kooperation mit verschiedenen Bezugsgruppen:

- Angehörige, Laienhelfer, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen,
- niedergelassene Ärzte (z. B. Entscheidung über medizinische Diagnostik und Behandlung, Medikation, Befindensänderungen) und insbesondere Hausärzte (u. a.

- Kenntnis von Behandlungsbedingungen, Anamnesen, sozio-ökonomische Rahmenbedingungen der Herkunft und des Umfelds),
- ambulante Dienste (etwa Fragen der Gewährleistung, Grund- und Behandlungspflege),
 - stationäre Einrichtungen, v. a. Krankenhäuser der Akutversorgung oder Rehabilitation sowie Altenhilfeheime (etwa im Falle der Überweisung von Patienten, deren Versorgung nicht mehr in einer teilstationären Einrichtung gewährleistet werden kann),
 - Kranken-/Pflegekassen (v. a. Fragen der Finanzierung, Beantragung von Hilfsmitteln),
 - Träger und Mitarbeiter der Sozialhilfe und von Sozialdiensten bzw. sozialpsychiatrischen Diensten (v. a. bei Nichtfinanzierung von lebensnotwendigen Bedarfen durch andere Sozialleistungssysteme, bei gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Personen),
 - Apotheken,
 - Träger und Dachverbände von teilstationären Einrichtungen.

Eine enge Zusammenarbeit mit Ärzten, Sozialarbeitern, Ernährungsberatern, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten ist wichtig, um den heterogenen Bedürfnissen älterer Menschen begegnen zu können (Ritchie, 2003). Eine gute Tagespflege zeichnet sich zudem dadurch aus, dass sie andere Dienstleistungen vermittelt und damit den Patienten die Gelegenheit gibt, Friseur-, Kosmetik- oder Fußpflegetermine wahrzunehmen (Kirchen-Peters et al., 1999). Den Autoren zu Folge gibt es vor allem Probleme mit ambulanten Anbietern, die sich in zweierlei Hinsicht äußern: Zum einen befürchten ambulante Dienste, die Kunden an die Tagespflege zu verlieren. Zum anderen wird die Arbeit bei einer engen Kooperation wechselseitig kontrollierbar und Pflegefehler werden somit eher sichtbar. Zudem arbeiten Mitarbeiter der ambulanten Pflege in der Regel alleine und haben zum Teil Defizite hinsichtlich einer kooperativen Teamarbeit. Darüber hinaus sind die Arbeitsweise und das Aufgabenprofil der Angestellten der Tagespflege für die Mitarbeiter der ambulanten Dienste eher schwer nachvollziehbar.

Um diesen Befürchtungen, Defiziten und Verständnisschwierigkeiten zu begegnen, ist ein Austausch notwendig, z. B. Klärungen darüber, wie jeder Pflegebereich durch eine enge Kooperation gewinnen kann (ebd.).

2.1.2 Experteninterviews

2.1.2.1 Vorgehen

Für die Experteninterviews wurden solche Personen ausgewählt, die über ein breites Erfahrungswissen im Bereich der teilstationären Altenhilfe verfügen. Dieses Kriterium erfüllen u. a. Einrichtungsleitungen, Mitarbeiter aus speziellen behördlichen Fachbereichen, Mitarbeiter bei Trägern von Altentagespflegen sowie bei Kostenträgern. Die Befragten weisen Expertenwissen in unterschiedlichen Gebieten der teilstationären Pflege auf, wodurch ein vielschichtiges Gesamtbild der Situation nachgezeichnet werden konnte.

Auf der Grundlage eines teilstrukturierten Interviews wurden Informationen zum Angebot und Bedarf sowie zu Entwicklungstrends in der teilstationären Pflege gewon-

nen. Dafür wurde – literaturgestützt – ein Gesprächsleitfaden (s. Anh. 1) erarbeitet, in dem folgende vier Bereiche erfasst wurden:

1. Interviewpartner (Angaben zu Einrichtung und Funktion des Gesprächspartners)
2. Bestandaufnahme, Regulierung, Finanzierung (Fragen zum Umfang teilstationärer Angebote, Qualitätssicherung und Finanzierung)
3. Bedarfsanalyse und Entwicklung
4. Bewertung

Das Instrument wurde in beiden Bundesländern Bayern und Sachsen vergleichbar eingesetzt.

Die Befragungen wurden im Frühsommer 2008 durchgeführt und dauerten jeweils ca. eine Stunde. Die Auswertung wurde durch Kategorienbildung vorgenommen, die sowohl deduktiv (theoriegeleitet) als auch induktiv (datengeleitet) erfolgte.

2.1.2.2 Experteninterviews in Bayern

Gemäß der o. g. Kriterien wurden telefonisch folgende Gesprächspartner kontaktiert und Interviewtermine vereinbart (ausführlich s. Anh. 2):

- Mitarbeiter (Pflegekoordinatoren) des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen
- Mitarbeiter (Pflegebeauftragte) der Landeshauptstadt München, Sozialreferat
- Geschäftsführer bzw. Pflegedienstleitungen privater und frei-gemeinnütziger Einrichtungen
- Geschäftsstellenleiter des Bundesverbandes privater Anbieter
- Mitarbeiter der Pflegekasse der AOK
- Institutsleiterin von „aufschwung alt“
- Teamleiter der Pflegekasse AOK Kulmbach (Telefoninterview)
- Referent des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)

Die Ergebnisse werden hier nach zwei Kategorisierungsmerkmalen dargestellt:

1. Herkunft des Interviewpartners (Einrichtungen, Träger, Kostenträger und staatliche bzw. unabhängige Institutionen)
2. Situation der teilstationären Pflege (Bedarf/Entwicklung, Bewertung der teilstationären Pflege, Situation der Mitarbeiter)

Bedarf/Entwicklung:

Alle Interviewpartner der verschiedenen Institutionen berichten, dass der Bedarf hoch sei und gedeckt werden könne. Aber die Nachfrage sei noch immer zu gering und nur langsam steigend. Vertreter der Träger fügen hinzu, dass noch viel Unwissenheit über das Angebot teilstationärer Pflege besteht, obgleich Ältere und ihre Krankheiten „gesellschaftstauglicher“ geworden seien.

Die Kostenträgerseite argumentiert, dass die Nachfrage infolge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes ansteigen werde und erwartet einen „Boom“, da ein „hohes Potenzial“ in der Tagespflege gesehen werde.

Staatliche bzw. unabhängige Institutionen sehen die geringe Nachfrage als eine Folge mangelnder Leistungen und unzureichender Finanzierung. Sie stellen fest, dass die Entwicklung der teilstationären Pflege vor Einführung der Pflegeversicherung 1995 gut gewesen sei, seitdem sei sie insgesamt eher rückläufig gewesen, wobei in

Einrichtungen zum Teil ein Ausbau, zum anderen aber auch Schließungen – abhängig von der Region – zu verzeichnen waren.

Bewertung der teilstationären Pflege:

Positiv an der Tagespflege schätzen alle Gesprächspartner die Entlastung für die Angehörigen sowie die Förderung und Aktivierung der Pflegebedürftigen ein. Zudem betonen die Vertreter der Einrichtungen, dass darüber hinaus das Wohnen im familiären Kontakt erhalten bleibe. Die Trägerseite sieht Vorteile in der geringen Reglementierung der teilstationären Pflege und der stabilen Förderung. Staatliche bzw. unabhängige Institutionen fügen hinzu, dass durch den hohen Betreuungsschlüssel in der teilstationären Pflege eine intensive Betreuung erfolgen, die Lebensqualität gesteigert und der Heimeinzug verzögert werden könne.

Nachteilig sehen die Einrichtungen hingegen die hohen Kosten sowie die psychosoziale Belastung für die Mitarbeitenden. Träger bemängeln zudem bisher wenig verfügbare Angebotsstrukturen. Dies untermauern Vertreter der staatlichen bzw. unabhängigen Institutionen mit der Aussage, dass insbesondere solitäre Einrichtungen zu starr in ihren Strukturen und damit wenig bedarfsgerecht seien (z. B. rigide Öffnungszeiten, wenig Flexibilität). Zudem bedeute die Unterbringung des Pflegebedürftigen in einer Tagespflege eine höhere Organisationsleistung der Angehörigen. Kostenträger ergänzen, dass es schwierig sei, eine Tagespflegeeinrichtung lukrativ zu führen.

Situation der Mitarbeiter:

Die Interviewpartner aus den verschiedenen Bereichen betonen v. a. die hohe psychosoziale Belastung durch den Umgang mit dementen Gästen. Aus Einrichtungsseite steht die große Verantwortung („non-stop“) für die Pflegebedürftigen sowie der Erwartungsdruck von Angehörigen und Gästen im Vordergrund. Weiterhin wirke die Emotionsarbeit belastend auf die Pflegekräfte, denn „man muss immer freundlich bleiben“. Ein weiteres Problem stelle die heterogene Gruppenzusammensetzung von Demenzkranken und Nicht-Demenzkranken dar, denn „Demente bringen die Tagesstruktur aus dem Takt“. Zudem bestimmen ein Übermaß an Büroarbeit und viele Überstunden den Alltag der Pflegekräfte in der Tagespflege. Zur Beanspruchungsreduktion würden zum Teil Supervision und Fördergespräche angeboten. Vertreter der Kostenseite unterstreichen die Aussage, dass das Anspruchsdenken der Gäste extrem hoch sei und die Mitarbeiter zu wenig Dankbarkeit erfahren würden. Zudem „hinke“ die Ausbildung dem Bedarf hinterher: Im Vergleich zu immer schwierigeren Pflegebedürftigen gebe es zu wenig Fort- und Weiterbildungen. Staatliche bzw. unabhängige Institutionen sehen neben den psychischen Belastungen durch externe Kontrollen, dem Erwartungsdruck der Angehörigen sowie dem hohen wirtschaftlichen Druck, einen stetigen Abbau des Allgemeinzustandes der Gäste. Zudem wird ein Widerspruch zwischen der Laienpflege der Angehörigen und der professionellen Pflege angeführt und auch die körperliche Belastung durch Hebe- und Tragetätigkeiten sei hoch.

Punktuell gebe es zwar bereits Maßnahmen zur Belastungsreduktion (z. B. Supervision), diese seien aber wenig zielgerichtet. Insgesamt fehle eine eigene Lobby für teilstationäre Pflege.

2.1.2.3 Experteninterviews in Sachsen

In Sachsen wurden Experteninterviews mit folgenden Gesprächspartnern durchgeführt (ausführlich s. Anh. 3):

- Vorsitzender des Landesverbands Sachsen Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
- Geschäftsführung des Landesverbands Sachsen des Bundes Privater Anbieter Sozialer Dienste e.V.
- Mitarbeiter des Kommunalen Sozialverbands Sachsen
- 5 Interviews mit der Geschäftsführung bzw. mit Pflegedienstleitungen sächsischer Tagespflegeeinrichtungen für ältere Menschen

Bedarf/Entwicklung:

Die befragten staatlichen bzw. unabhängigen Institutionen beschreiben Probleme bei der Auslastung von Tagespflegeeinrichtungen. Sie berichten jedoch von steigenden Zahlen und Angeboten. In den Einrichtungen werden ebenfalls Probleme bei der Auslastung berichtet, da die Zahl von Tagesgästen häufig sehr schwankt, wodurch es an einigen Tagen zu einer „Überbelegung“ kommt und an anderen Tagen eine Auslastung von nur ca. 70 % erreicht werden kann. Seitens der Einrichtungen wird jedoch insgesamt eine konstante Nachfrage beschrieben. Hinsichtlich des Bedarfs gibt es Unstimmigkeiten zwischen den Befragten. Einzelne Einrichtungen berichten darüber, dass der Bedarf nicht gedeckt werden kann, während andere keine Aussagen treffen oder über zu viele Angebote berichten. Die befragten Institutionen können keine Aussagen zum konkreten Bedarf treffen.

Vertreter der Einrichtungen berichten, dass insbesondere der Anteil Demenzkranker bzw. stark verwirrter Patienten steigt, was im Alltagsgeschäft immer wieder zu großen Problemen führt. Die meisten in den Tagespflegeeinrichtungen versorgten Tagesgäste haben Pflegestufe I oder II, sodass körperlich schwer Pflegebedürftige eher selten in den Einrichtungen zu finden sind.

Bewertung der teilstationären Pflege:

Die befragten Institutionen sehen die Vorteile teilstationärer Pflege vor allem in der Entlastung der Angehörigen, aber auch im Nutzen für den Tagesgast, vor allem in Richtung der Vorbeugung von Vereinsamung. Sie beschreiben ebenfalls die Kostengünstigkeit teilstationärer im Vergleich zu anderen Angeboten als vorteilhaft. Die Leiter der Einrichtungen betonen ebenfalls den hohen Nutzen für die Tagesgäste als auch für deren Angehörige (Vorbeugung vor Vereinsamung, Heimaufenthalt vermeiden, Angehörige entlasten) sowie den Kostenaspekt.

Nachteile werden von den Befragten vor allem in der Finanzierung teilstationärer Angebote gesehen. Weitere Kritikpunkte sind die geringe Qualifizierung der Mitarbeiter vor allem im Umgang mit demenzkranken Patienten und der Umstand, dass aufgrund der Strukturen keine wirklich substanzielle Entlastung der Angehörigen stattfinden kann.

Situation der Mitarbeiter:

Die Situation der Mitarbeiter sei von hohen psychischen Belastungen geprägt vor allem durch den Umgang mit demenzkranken Patienten. Physische Belastungen sind den Befragten zu Folge im Vergleich zur stationären oder ambulanten Pflege vergleichsweise gering. Aufgrund des reduzierten Personalschlüssels sind die Pflegenden hohen Arbeitsintensitäten ausgesetzt.

2.1.3 Organisationscreening

2.1.3.1 Vorgehen

Zur Gewinnung einer möglichst repräsentativen Stichprobe, wurde eine Adressdatenbank mit allen Einrichtungen in Bayern und Sachsen angelegt, die Altentagespflege anbieten. Da entsprechende Verzeichnisse seitens der Statistischen Landesämter Sachsen und Bayern nicht vorliegen, wurden mit Hilfe des Pflegeheimnavigators der AOK Pflegekasse (<http://www.aok-pflegeheimnavigator.de>, 2008) die Adressen von insgesamt 194 Einrichtungen in Bayern und 108 in Sachsen recherchiert. In dem Pflegeheimnavigator sind bundesweit alle Einrichtungen aufgeführt, die mit der Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Eingestreute Tagespflegeplätze werden bisher offiziell nur in gerontopsychiatrischen Pflegeheimen sowie in zwei Modellprojekten in Bayern auch in allgemeinen Pflegeheimen angeboten.

Teilstichprobe Bayern:

Zunächst wurden die Mitglieder des Fachausschusses Altenhilfe der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern (LAGFW) über das Projekt informiert und um Unterstützung gebeten. In der LAGFW sind die führenden freigeinnützigen und privaten Träger organisiert, insbesondere die Arbeiterwohlfahrt (AWO), das Bayerische Rote Kreuz (BRK), die Caritas und die Diakonie, der Paritätische Bayern sowie der bpa-Landesverband. Nachdem die Träger das Projekt in einer Sitzung im Dezember 2008 besprochen hatten und dem Projekt wohlwollend gegenüber standen – vom Caritasverband wurden die Mitgliedseinrichtungen der Tagespflege sogar aktiv informiert – wurden Mitte Januar 2009 alle 194 Einrichtungen postalisch kontaktiert (s. Anh. 4). Neben dem Anschreiben, in dem das Projekt skizziert war, wurde ein Projektflyer und ein Fragebogen zum Organisationscreening (s. Anh. 5) an die Einrichtungen gesandt. Ziel der Voruntersuchung war zum einen, die Einrichtungen über das Projekt ausführlich zu informieren, zum anderen eine erste Bestandaufnahme mittels Organisationscreening zu gewinnen.

Die Einrichtungsleitungen wurden gebeten, die ausgefüllten Bogen zum Organisationscreening per Telefax zurück zu senden. Insgesamt wurden 42 Bögen zurückgesandt. In einer Nacherhebung folgten noch weitere 47 Bögen, sodass sich die Gesamtzahl der eingegangenen Organisationscreenings auf 89 beläuft (Rücklaufquote: 45,9 %).

Teilstichprobe Sachsen:

Insgesamt konnten 108 Adressdaten von teilstationären Einrichtungen der Altenhilfe im Pflegenavigator der AOK (AOK, 2009) recherchiert werden. Alle Einrichtungen wurden im August 2009 angeschrieben und über das Projekt, dessen Ziele und die geplante Befragung informiert. Der Fragebogen zum Organisationscreening (s. Anh. 5) wurde beigefügt mit der Bitte um Bearbeitung und Rücksendung. Insgesamt wurden 56 Bögen zum Organisationscreening zurückgesandt (Rücklaufquote: 51,9 %).

Die Gesamtstichprobe in Bayern und Sachsen umfasst 145 Organisationscreenings.

2.1.3.2 Ergebnisse

Einrichtungen pro Träger:

Ein wichtiges Differenzierungsmerkmal im Pflegebereich ist das der Trägerschaft. Dabei werden drei Formen unterschieden: privat (gewerblich), frei-gemeinnützig (kirchlich oder von einem Wohlfahrtsverband) und kommunal (städtisch oder vom Landkreis) geführte Einrichtungen. Wie bereits in Kapitel 2.1.1 dargestellt, steht ein Großteil der Pflegeeinrichtungen (stationär, ambulant und teilstationär) unter frei-gemeinnütziger Trägerschaft, gefolgt von privater und kommunaler Führung.

In der vorliegenden Stichprobe spiegelt sich das Bild wider: Den größten Marktanteil haben mit 75,9 % frei-gemeinnützige Träger. Unter privater Trägerschaft stehen 28 der befragten Einrichtungen (19,3 %) und den geringsten Teil stellen kommunale Einrichtungen (7 Einrichtungen bzw. 4,8 %). Die Ergebnisse sind in Abbildung 2.1 dargestellt.

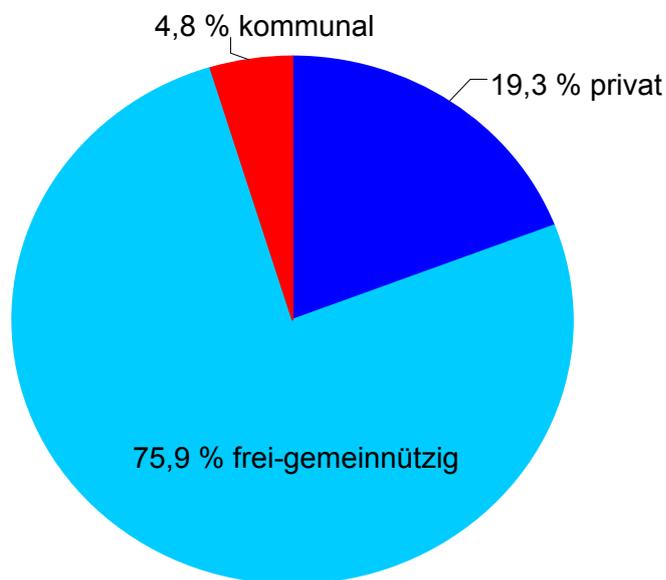


Abb. 2.1 Einrichtungen pro Träger

Im Ländervergleich (Bayern und Sachsen) lässt sich das für die Pflege typische Bild ebenso erkennen: Die meisten der untersuchten Einrichtungen befinden sich in frei-gemeinnütziger Trägerschaft (73 % in Bayern, 80,3 % in Sachsen). Private Träger unterhalten ca. 1/5 der Einrichtungen (20,3 % in Bayern, 17,9 % in Sachsen), Tagespflegen in kommunaler Trägerschaft sind eher selten (6,7 % in Bayern, 1,8 % in Sachsen). Die Ergebnisse werden in den Tabellen 2.2 und 2.3 dargestellt.

Die Tabelle 2.2 gibt darüber hinaus Aufschluss, welche Träger – vor allem frei-gemeinnützige – den größten Marktanteil haben: hier wird ersichtlich, dass die Caritas (23,6 %), gefolgt von der Diakonie (14,6 %) und der Arbeiterwohlfahrt (12,4 %) die meisten der befragten Tagespflegen leiten.

Anbindungsform:

Ein weiteres Kriterium von Tagespflegen stellt die Anbindungsform dar. Die erhobenen Daten (s. Tab. 2.4) verdeutlichen, dass die untersuchten Tagespflegen zwar weiterhin zu einem Großteil an stationäre (34,1 %) – separat oder eingestreut – und ambulante (34,5 %) Einrichtungen angeschlossen sind, jedoch werden auch 30,6 % ei-

genständig betrieben. Einen sehr geringen Anteil (0,7 %) nimmt die kombinierte Tages- und Kurzzeitpflege ein.

Tab. 2.2 Einrichtungen nach Trägerschaft in Bayern (N=89)

Private Träger		Frei-gemeinnützige Träger		Kommunale Träger	
bpa	7 (7,9 %)	Diakonie	13 (14,6 %)	Kommune	5 (5,6 %)
Sonstiger	11 (12,4 %)	BRK	8 (9,0 %)	Sonstiger	1 (1,1 %)
		Caritas	21 (23,6 %)		
		AWO	11 (12,4 %)		
		Paritätischer	5 (5,6 %)		
		Sonstiger	7 (7,8 %)		
Gesamt	18 (20,3 %)	Gesamt	65 (73 %)	Gesamt	6 (6,7 %)

Tab. 2.3 Einrichtungen nach Trägerschaft in Sachsen (N=56)

Private Träger	Frei-gemeinnützige Träger	Kommunale Träger
10 (17,9 %)	45 (80,3 %)	1 (1,8 %)

Tab. 2.4 Teilstationäre Einrichtungen nach Anbindungsform (N=144)

Anbindungsform	Anzahl (%)
Altenheim mit separater Tagespflegestation	41 (28,5 %)
Altenheim mit eingestreuten Tagespflegeplätzen	8 (5,6 %)
eigenständige Tagespflege	44 (30,6 %)
Ambulanter Dienst mit angeschlossener Tagespflege	50 (34,6 %)
Tagespflege und Kurzzeitpflege	1 (0,7 %)
Gesamt	144 (100 %)

Anzahl Tagespflegeplätze:

Durchschnittlich stehen in den befragten Einrichtungen 13 Pflegeplätze zur Verfügung (N=145, SD=4,1), wobei die Spanne zwischen 2 und 31 Plätzen liegt.

Pflegebedürftige:

In den untersuchten Tagespflegeeinrichtungen sind die meisten Gäste den Pflegestufen I (durchschnittlich 10,8 Personen pro Einrichtung) und II (durchschnittlich 8,9 Personen pro Einrichtung) zugeordnet, während der Anteil derjenigen, die Pflegestufe III bzw. keine Pflegestufe haben vergleichsweise gering ist (s. Tab. 2.5).

Tab. 2.5 Pflegebedürftige in der teilstationären Altenhilfe

Pflegestufen	Pflegebedürftige durchschnittlich pro Einrichtung	N	SD
Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftig)	10,8	136	6,1
Pflegestufe II (schwer pflegebedürftig)	8,9	139	5,8
Pflegestufe III („Härtefälle“)	2,2	129	2,0
Keine Pflegestufe	2,0	56	2,5

Pflegekräfte:

Wie aus der Tabelle 2.6 ersichtlich, haben in der untersuchten Stichprobe die meisten Pflegekräfte eine Ausbildung als Altenpfleger (33,2 %) und Altenpflegehelfer (20,8 %).

Außerdem werden die Einrichtungen zu über einem Viertel (28,9 %) von Auszubildenden, Praktikanten und Zivildienstleistenden unterstützt. Diese relativ hohe Zahl ist insofern nachvollziehbar als teilstationäre Einrichtungen zu etwa einem Drittel an stationäre Einrichtungen angegliedert sind (separate Station oder mit eingestreuten Plätzen).

Tab. 2.6 Berufsgruppen in der teilstationären Pflege

Berufsgruppen	Anzahl Beschäftigte
Altenpfleger	155 (33,2 %)
Altenpflegehelfer	97 (20,8 %)
Ehrenamtliche/Aushilfen	80 (17,1 %)
Sonstiges Personal (Auszubildende, Praktikanten, ohne Ausbildung, Zivildienstleistende)	135 (28,9 %)
Gesamt	467 (100 %)*

Über die Hälfte der Pflegekräfte (55 %) in den untersuchten Tagespflegen arbeitet in Teilzeit und ca. 29 % in Vollzeit. Zu einem kleinen Teil (ca. 16 %) sind die Pflegekräfte geringfügig beschäftigt. Eine Übersicht hierzu liefert Tabelle 2.7.

Tab. 2.7 Beschäftigungsumfang in der teilstationären Pflege

Beschäftigungsumfang	Anzahl Beschäftigte
Vollzeit	164 (28,7 %)
Teilzeit	315 (55 %)
geringfügig	93 (16,3 %)
Gesamt	572 (100 %)

Die Darstellung in Tabelle 2.8 zeigt die Berufsgruppen sowie den Beschäftigungsumfang der Mitarbeitenden in den befragten Tagespflegen im Vergleich zwischen Sachsen und Bayern. Die meisten Pflegekräfte haben einen Abschluss als Altenpfleger bzw. Altenpflegehelfer und sind in Teilzeit beschäftigt. Darüber hinaus wird die Arbeit in beiden Bundesländern in größerem Umfang von nicht-qualifiziertem Personal u. a. Auszubildenden, Zivildienstleistenden und Praktikanten geleistet.

Auffällig ist, dass der Anteil der ehrenamtlich Mitarbeitenden in Sachsen ca. ein Viertel (ca. 25 %) beträgt, wohingegen in Bayern diese Gruppe nur knapp 10 % ausmachen.

Tab. 2.8 Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang der Mitarbeitenden in Sachsen und Bayern

	Sachsen	Bayern
Berufsgruppen		
Altenpfleger	24,9 %	40,9 %
Altenpflegehelfer	24,9 %	16,9 %
Ehrenamtliche	25,3 %	9,5 %
Sonstiges Personal ⁵	24,9 %	32,7 %
Gesamt	100 %	100 %
Beschäftigungsumfang		
Vollzeit	25 %	37,2 %
Teilzeit	50 %	50,8 %
Geringfügig beschäftigt	25 %	8,3 %
Gesamt	100 %	100 %

Veränderungen in den letzten 12 Monaten:

In Bezug auf das Leistungsangebot wurde weiterhin erhoben, ob es Veränderungen (insbesondere nach Einführung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes am 01.07.2008) in den Tagespflegen gab.

⁵ Auszubildende, Praktikanten, Zivildienstleistende

In beiden Bundesländern zeigt sich vor allem eine Zunahme in der Nachfrage nach Plätzen. Die Leitungen der Einrichtungen berichten, dass die Nachfrage erhöht sei, es „positive Veränderungen im Bereich der Belegung“ gebe und Verträge erweitert werden. Die Einrichtungen seien „voll ausgelastet, dies gab es noch nie in der Vergangenheit“. Zudem bekommen „wir [...] seither mehr Gäste ohne Pflegestufe“ und die „Aufnahmen von Besuchern mit Demenzerkrankungen haben zugenommen“. Die letztgenannte Entwicklung stellt womöglich neue Anforderungen an die Pflegekräfte. Eine weitere Zunahme in Sachsen und Bayern ist bezüglich der personellen Ressourcen zu verzeichnen, da durch die neue Gesetzgebung zusätzliche Betreuungsleistungen möglich sind.

Keine bzw. wenig Veränderungen gibt es bei der Sachausstattung für die Tagespflege und beim Platzangebot, obgleich eine Einrichtungsleitung berichtete, dass ein „Umbau der Einrichtung und Erhöhung der Plätze von 12 auf 16“ erfolgte.

2.1.4 Bestandsaufnahme

Im Rahmen der Bestandsaufnahme fand eine sachsenweite Internetrecherche zum Angebot teilstationärer Einrichtungen der Altenhilfe statt. Außerdem wurden qualitative Interviews in Sachsen mit Vertretern von Tagespflegeeinrichtungen für ältere Menschen, Sozialsystemvertretern (Krankenkassen), Nutzern von teilstationären Einrichtungen und Nichtnutzern durchgeführt.

2.1.4.1 Stichprobe

Die Stichprobenbeschreibung erfolgt zunächst anhand eines Trichtermodells (s. Abb. 2.2) für beide Teilstichproben. Anschließend werden die Stichprobencharakteristika für die empirische Bestandsaufnahme und die Interviewuntersuchung getrennt voneinander dargestellt.

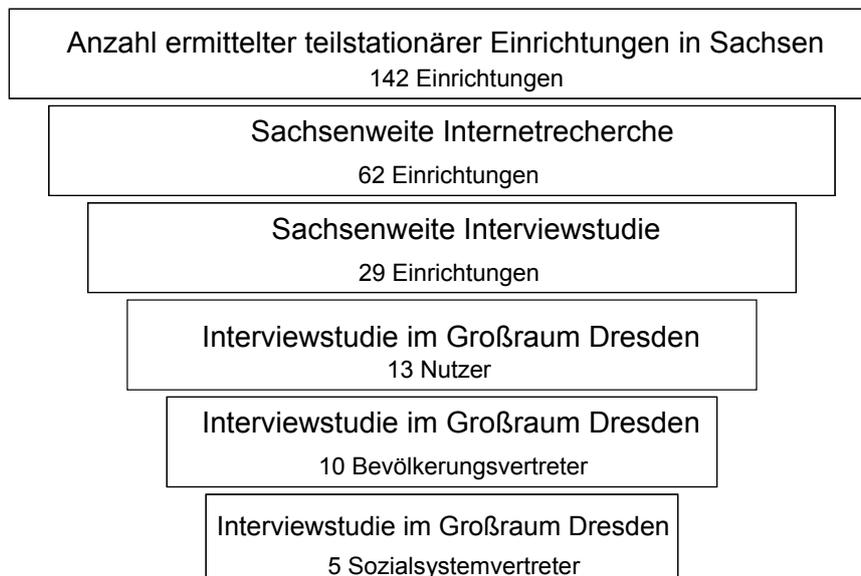


Abb. 2.2 Trichtermodell der einzelnen Teilstichproben

Es konnten 142 teilstationäre Einrichtungen in Sachsen via Internet ermittelt werden. Davon wurden 62 Einrichtungen anhand ihrer Internetpräsenzen in einer sachsen-

weiten Internetrecherche untersucht. Per Zufallsauswahl konnten 29 von den 142 sächsischen Einrichtungen für Interviews gewonnen werden. Für den Großraum Dresden wurden 17 Einrichtungen ermittelt, von denen vier Einrichtungen besucht wurden und insgesamt 13 Nutzer befragt werden konnten. Weiterhin konnten im Großraum Dresden 10 Bevölkerungsvertreter für die Untersuchung gewonnen werden. Die Gruppe der Sozialsystemvertreter stellt mit fünf Teilnehmern die kleinste Gruppe dar, da nur wenige Vertreter im Raum Dresden an einem persönlichen Gespräch Interesse zeigten.

2.1.4.2 Empirische Bestandsaufnahme

Im ersten Teil der vorliegenden Untersuchung wurde eine landesweite empirische Bestandsaufnahme durchgeführt, mit welcher die Existenz und Angebotsstruktur von teilstationären Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen ermittelt wurde. Dazu wurde eine umfassende Internetrecherche mit Hilfe eines Leitfadens durchgeführt.

Insgesamt konnten 142 teilstationäre Einrichtungen in Sachsen via Internet ermittelt werden.

Eine Internetpräsenz konnte allerdings nur bei 62 Einrichtungen, also 43,7 % analysiert werden, da diese Internetseiten allen Einschlusskriterien entsprachen. Tabelle 2.9 zeigt alle Ein- bzw. Ausschlusskriterien für die empirische Bestandsaufnahme.

Tab. 2.9 Ein- und Ausschlusskriterien für die im Internet ermittelten teilstationären Einrichtungen

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> - Tagespflegeangebote werden auf der Homepage beschrieben - letzte Aktualisierung der Homepage (ab 01.07. 2008) 	<ul style="list-style-type: none"> - gerontopsychiatrische Einrichtungen - Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung - Identische Internetpräsenzen eines Trägers für verschiedene Einrichtungen

Zunächst wurde überprüft, inwiefern die jeweilige Einrichtung überhaupt eine Internetpräsenz aufweist. Konnte eine Internetpräsenz ermittelt werden, wurde geprüft, inwiefern Tagespflegeangebote und -leistungen auf dieser Seite dargestellt wurden und wann die Seite das letzte Mal aktualisiert wurde. Internetpräsenzen, welche vor der Pflegereform 2008 das letzte Mal erneuert wurden, konnten nicht in die Untersuchung aufgenommen werden, da hier davon ausgegangen werden musste, dass die auf der Seite befindlichen Angaben mangelhaft oder ungültig waren. Weiterhin wurden nur Internetpräsenzen von Einrichtungen ohne gerontopsychiatrischen Hintergrund aufgenommen bzw. Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen ausgeschlossen, da diese Einrichtungen andere Kriterien als die der teilstationären Einrichtungen erfüllen müssen (GKV-Spitzenverband, 1995).

Zudem fiel auf, dass einige Träger für mehrere ihrer Einrichtungen dieselbe Internetseite anboten. In solchen Fällen wurde die entsprechende Internetseite nur einmal in die Untersuchung einbezogen.

2.1.4.3 Qualitative Interviewstudie

An der qualitativen problemzentrierten Befragung nahmen 57 Personen als Probanden teil. Die Anzahl der Probanden gliedert sich in vier Untersuchungsgruppen. Zur Gruppe der „Nutzer“ zählen die Besucher einer teilstationären Einrichtung bzw. deren Angehörige. Die Gruppe der „Einrichtungen“ besteht aus Pflegekräften und Pflegedienstleitern verschiedener teilstationärer Einrichtungen. In der Gruppe der „Bevölkerungsvertreter“ befinden sich ältere Menschen ab einem Alter von 70 Jahren und mehr, welche sich zum Befragungszeitpunkt nicht in einer teil- oder vollstationären Einrichtung befanden und ihren eigenen Haushalt führten. Die letzte Untersuchungsgruppe bildet die Gruppe der „Sozialsystemvertreter“ zu denen Mitarbeiter der Krankenkassen sowie Sozialbeauftragte verschiedener Parteien gezählt wurden.

Tabelle 2.10 zeigt die Stichprobencharakteristika im Überblick:

Tab. 2.10 Stichprobencharakteristika

Gruppe	Anzahl	Merkmale der Gruppe			
Nutzer	13	Tagesgäste			
		♀		♂	
		11		2	
Einrichtungen	29	Pflegekräfte	Pflegedienstleiter	Sonstige	
		2	16		11
Bevölkerungsvertreter	10	mit Pflegestufe		ohne Pflegestufe	
		♀	♂	♀	♂
		1	0	7	2
Sozialsystemvertreter	5	Mitarbeiter der Kranken- bzw. Pflegekassen			
		Gesetzlich		Privat	
		4		1	

Die Stichprobe der Einrichtungen entspricht einer Zufallsstichprobe. Aus einer Liste mit 142 sächsischen teilstationären Einrichtungen wurde per Zuweisung von Zufallszahlen mit Hilfe eines Zufallszahlengenerators aus jedem der 29 sächsischen Landkreise eine Einrichtung ausgewählt. Dabei hatten alle 142 Einrichtungen jeweils dieselbe Chance, in die Stichprobe aufgenommen zu werden. Der Erstkontakt wurde telefonisch hergestellt, wobei die Teilnahme an der Untersuchung den Einrichtungen freigestellt wurde. Insgesamt wurden drei face-to-face-Interviews und 26 Telefoninterviews durchgeführt.

Die restlichen Stichproben müssen als Gelegenheitsstichproben betrachtet werden. In der Gruppe der „Nutzer“ wurden die Tagesgäste durch das Personal in den besuchten Einrichtungen ausgewählt und auf eventuelles Interesse an der Untersuchungsteilnahme angesprochen, um Befragungen von verwirrten oder desorientierten Tagesgästen zu vermeiden. Eine reine Zufallsauswahl wäre hier unangebracht gewesen. Bei bestehendem Interesse wurde das Interview sofort geführt. Die Teilnahme der „Nutzer“ an der Untersuchung war freiwillig.

Die Gruppe der „Sozialsystemvertreter“ bestand – mit einer Ausnahme – aus gesetzlichen Krankenkassen, da diese gesetzlich verpflichtet sind, Pflegeberatungen anzu-

bieten und durchzuführen. Alle Krankenkassen wurden zunächst über das Internet recherchiert und dann per Telefon kontaktiert. Bei Telefonaten mit privaten Krankenkassen wurde häufig erklärt, dass in eine private Krankenversicherung nur Menschen mit guter Gesundheit aufgenommen werden und daher Pflegeberatungen bzw. Pflegethemen für diese Anbieter keine Relevanz besitzen. Nur eine Vertreterin einer privaten Krankenkasse bekundete ihr Interesse an der Untersuchung und war bereit daran teilzunehmen. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) in Sachsen war nicht für eine Teilnahme an der Untersuchung zu gewinnen. Bei bestehendem Kooperationsinteresse wurden Termine für ein persönliches Gespräch vereinbart. Insgesamt wurden 16 Krankenkassen kontaktiert, von denen sich fünf für ein Interview bereit erklärten.

Für die Gruppe der „Senioren“ wurden Männer und Frauen akquiriert, welche das 70. Lebensjahr bereits überschritten hatten, aber noch keine teil- oder vollstationäre Pflege in Anspruch nahmen und in ihrem eigenen Haushalt lebten. Die Akquise fand vorrangig im privaten Umfeld des Untersuchers statt. Es konnten 10 freiwillige Bevölkerungsvertreter gewonnen werden, welche an einem persönlichen Gespräch teilnahmen.

Die Internetrecherche wurde umfassend nach eindeutigen Kriterien durchgeführt und kann damit zumindest für das Land Sachsen als repräsentativ gelten. Die Auswahl der befragten Einrichtungen erfolgte per Zufallsziehung. Aus allen 29 Landkreisen hatten alle Einrichtungen die gleiche Chance für den jeweiligen Landkreis ausgewählt und in die Stichprobe aufgenommen zu werden. Diese Stichprobe ist daher ebenfalls repräsentativ für teilstationäre Einrichtungen in Sachsen.

Anders verhält es sich dagegen bei den übrigen Stichproben. Aufgrund der relativ kleinen Stichprobengrößen können diese nicht als repräsentativ für die zugrunde liegenden Populationen gelten. Die befragten Nutzer waren alle Gäste in vier verschiedenen Tagespflegen in Dresden. Von den gemachten Aussagen kann nicht auf die Grundgesamtheit aller Nutzer von teilstationären Einrichtungen in Sachsen geschlossen werden, da die befragten Nutzer zum Teil auch von den Einrichtungsmitarbeitern gezielt ausgewählt worden waren und es daher zu Stichprobenverzerrungen gekommen sein kann, die sich ebenfalls negativ auf die Repräsentativität auswirken können. Die befragten Bevölkerungsvertreter dürfen ebenfalls nicht als repräsentativ für alle Dresdner Männer und Frauen, die über 70 Jahre alt sind und keine Pflege beanspruchen, angesehen werden. Ebenso verhält es sich bei den befragten Sozialsystemvertretern. Die geringe Größe der Stichproben, sowie der eingeschränkte Untersuchungsrahmen verbietet es, diese Stichproben als repräsentativ zu bewerten.

Dabei ist anzumerken, dass die geführten Gespräche dennoch zu wichtigen Ergebnissen führen können, die auch trotz geringer oder nicht vorhandener Repräsentativität nicht unerheblich sind

2.1.4.4 Material und Vorgehen

Im folgenden Abschnitt wird zunächst der Leitfaden für die Internetrecherche vorgestellt. Anschließend werden die vier Leitfäden, welche in der Interviewuntersuchung eingesetzt wurden, beschrieben und erläutert.

Empirische Bestandsaufnahme:

Die Entwicklung des Untersuchungsleitfadens für die empirische Bestandsaufnahme (s. Anh. 10) erfolgte in zwei Schritten. Vor Beginn der Bestandsaufnahme wurde er deduktiv anhand von eigenen Überlegungen vorgefertigt und in mehreren Probendurchgängen induktiv angepasst. Dabei war es wichtig darauf zu achten, dass die Kriterien eindeutig beschrieben wurden, damit ein unabhängiger zweiter Beobachter die erfassten Daten – ohne weitere Einarbeitung in das Themengebiet – den Kategorien zuordnen konnte (Bortz & Lienert, 1998).

Im Folgenden werden die erfassten Merkmale der teilstationären Einrichtungen dargestellt:

- Name der Einrichtung
- Art der Trägerschaft (solitär, kirchlicher/staatlicher/privater Träger, Altersheim usw.)
- Öffnungszeiten (Stunden am Tag/Tage in der Woche)
- Anzahl verfügbarer Plätze
- Fahrdienst (ja/nein)
- Angehörigenarbeit (ja/nein)
- Leistungsangebote Region (Stadt vs. Land)
- Zielpopulation

Für die Internetrecherche wurden zunächst 142 sächsische teilstationäre Einrichtungen via Internet ermittelt. Anschließend wurden die Einrichtungen nach konkreten Kriterien (s. Tab. 2.9) selektiert.

Die verbliebenen Internetseiten wurden mit Hilfe des Untersuchungsleitfadens analysiert. Einige Internetpräsenzen boten sehr viele Informationen auf ihren Seiten an, welche zum Teil für die vorliegende Untersuchung nicht relevant waren. Mithilfe der Kriterien des Leitfadens konnte dennoch gewährleistet werden, dass nur Daten mit hohem Informationsgehalt in die Untersuchung einbezogen wurden.

Es zeigte sich auch, dass einige Kriterien unpassend oder überflüssig waren. Diese wurden induktiv angepasst oder aus dem Leitfaden entfernt.

Qualitative Interviewstudie:

Für jede Untersuchungsgruppe wurde ein eigener teilstandardisierter Interviewleitfaden (s. Anh. 11) zunächst deduktiv, d. h. anhand eigener Ideen bzw. Vorüberlegungen generiert. Jeder Leitfaden der Gruppen „Einrichtungen“, „Nutzer“ und „Sozialsystemvertreter“ gliederte sich in dieselben vier Teilbereiche, allerdings mit zum Teil unterschiedlichen Fragen. Nur für die Gruppe der „Senioren“ wurde ein eigenständiger Leitfaden entworfen, da hier andere Inhalte erfragt wurden, als in den drei anderen Gesprächsleitfäden.

Im Folgenden werden zunächst die vier Fragebereiche erläutert, die in den drei ähnlichen Gesprächsleitfäden enthalten sind:

❖ Charakterisierung der Einrichtung/des Klientels/der Zielpopulation

Im ersten Fragenkomplex werden bei den drei genannten Untersuchungsgruppen allgemeine Angaben zur Einrichtung bzw. zu Nutzern und der Zielpopulation erfragt. Dazu gehören die angebotenen bzw. genutzten Pflege- und Therapieangebote, die Dauer der Inanspruchnahme bzw. des Angebotes und die finanzielle Attraktivität der teilstationären Pflege für die Anbieter bzw. Nutzer.

❖ Bedarf/Nachfrage/Werbung

Im nächsten Abschnitt werden die Interviewten um eine persönliche Einschätzung bezüglich der aktuellen Angebots- und Nachfragesituation gebeten. Weiterhin wird der Bekanntheitsgrad der teilstationären Pflege in der Öffentlichkeit thematisiert und inwiefern welche Formen von Werbung diesen beeinflussen könnten.

❖ Vor- und Nachteile der teilstationären Pflege

Hier wird erfragt, welche Stärken bzw. welche Schwächen die Interviewten in der teilstationären Pflege sehen. Dieser Themenkomplex ist für alle drei Untersuchungsgruppen inhaltlich identisch.

❖ Verbesserungsvorschläge

Im letzten Abschnitt des Leitfadens haben die Befragten die Möglichkeit, sich eine optimale Pflegesituation in der Tagespflege vorzustellen. Dazu sollen sie die Bedingungen nennen, die verändert werden müssten, um dieses Optimum herstellen zu können. Auch dieser Abschnitt ist für alle Untersuchungsgruppen inhaltlich identisch.

Die Itemanzahl der drei Leitfäden unterscheidet sich nur geringfügig. Der Leitfaden für die Gruppe „Einrichtungen“ beinhaltet 18 Items, während die Leitfäden für die Gruppen „Nutzer“ und „Sozialsystemvertreter“ aus 15 Items bestehen.

Der Interviewleitfaden für die Gruppe der „Senioren“ besteht vorrangig aus Fragen zur persönlichen Einstellung zum Thema Alter und Pflege. Weiterhin wird das Wissen bezüglich verschiedener Pflegeangebote ermittelt und die persönliche Meinung zu diesen Angeboten erfragt.

Der Leitfaden für die „Senioren“ umfasst 10 Items und ist damit deutlich kürzer als die anderen drei Interviewleitfäden.

Die Datenerhebung im qualitativen Teil der Untersuchung erfolgte durch problemzentrierte halbstandardisierte Interviews. Mayring (2002) schlägt dafür folgenden groben Ablauf vor (s. Abb. 2.3).

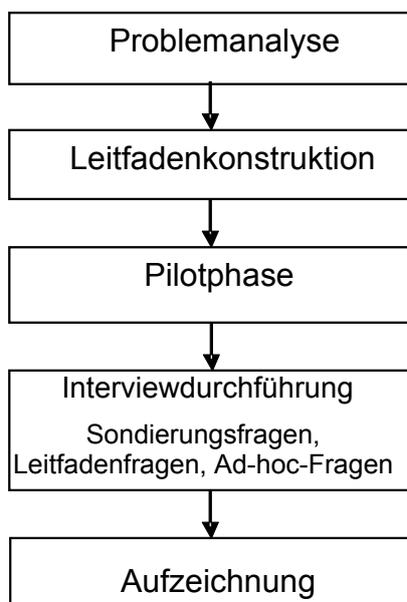


Abb. 2.3 Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews (Mayring, 2002)

Die Problemanalyse erfolgte deduktiv durch eigene Überlegungen. Durch Literatur- und Internetrecherchen konnten ausreichend Informationen gesammelt werden, um einen strukturierten Interviewleitfaden zu erstellen, welcher in einer Pilotuntersuchung erprobt und datengeleitet (induktiv) angepasst wurde. Dazu gehörte auch die Generierung von spezifischen Leitfäden für die Untersuchungsgruppen. Diese waren auf die spezifischen Kontexte der Befragten abgestimmt. Dabei unterschieden sich die Leitfäden nicht in den Problemstellungen, sondern vor allem in der Formulierung bzw. in der Richtung der Fragen.

Die Fragen wurden stets offen gestellt, sodass keine Antwortvorgaben existierten. Die Dauer des Interviews betrug zwischen 20 Minuten für die Gruppe der Senioren und Nutzer und 60 Minuten für die Gruppe der Einrichtungen und der Sozialsystemvertreter. Aufgrund der offenen Antwortstruktur war eine gleiche Interviewdauer nicht zu erreichen. Die im Interview erhaltenen Antworten wurden allerdings nicht – wie von Mayring (2002) vorgeschlagen – aufgezeichnet bzw. transkribiert, sondern stichpunktartig notiert. Eine Transkription ist dann notwendig, wenn die Verhaltensweisen von den interviewten Personen zusätzlich zu den gegebenen Informationen wichtige inhaltliche Anhaltspunkte liefern.

Dann werden alle nonverbalen Ereignisse, Sprachbesonderheiten, Betonungen, Sprechpausen sowie lautsprachlichen Äußerungen des Interviewten mit erfasst (Mayring, 2008). In der vorliegenden Untersuchung waren allerdings nur die Antworten der interviewten Person inhaltlich wertvoll. Die Verhaltensweisen der Person spielten dabei keine Rolle. Daher war eine stichpunktartige Aufzeichnung des jeweiligen Interviews ausreichend.

Die Interviews wurden im Zeitraum von Mai bis September 2009 durchgeführt.

Zu Beginn jedes Gesprächs wurde das Diplom-Vorhaben erläutert, das Vorgehen kurz geschildert sowie auf Rückfragen eingegangen. Sofern alle Fragen geklärt waren, wurde dem Interviewpartner versichert, dass die gewonnenen Daten dem Datenschutz unterliegen und keinen Dritten zur Verfügung gestellt werden. Anschließend wurde mit dem inhaltlichen Teil des Interviews begonnen. Dabei wurde darauf geachtet, dem Befragten soviel Raum wie möglich für seine Beantwortung zu lassen, um eine angenehme Gesprächsatmosphäre herzustellen. Sobald alle Fragen des Leitfadens beantwortet waren, wurde dem Interviewten noch Raum gelassen um eventuelle, nicht erfragte, doch für ihn relevante Aspekte zu erläutern. Im Anschluss daran wurde dem Befragten für die Teilnahme gedankt und die weitere Vorgehensweise erläutert. Bei bestehendem Interesse wurde die Rückmeldung der Ergebnisse vereinbart. Nach den Gesprächen mit den Probanden der Untersuchungsgruppe „Einrichtungen“ wurde um die Erlaubnis gebeten, mit den Besuchern der jeweiligen Einrichtungen ebenfalls sprechen und ggf. ein Interview führen zu dürfen.

Aufgrund der alltagsnahen Situation für die Befragten konnten einige Störvariablen nicht kontrolliert werden. Dazu zählen ein eventueller Zeitdruck seitens der Teilnehmer, vor allem bei Gesprächen mit Einrichtungsleitern oder -angestellten, ein persönliches Interesse an einer „guten Darstellung“ (Werbung) seitens der Teilnehmer, sowie deren Stimmung. In der Gruppe der „Nutzer“ konnte ein Verständnis der Fragen nicht in jedem Fall vorausgesetzt werden, da die Antworten zum Teil keinen direkten Bezug zur gestellten Frage besaßen. Eine Interpretation der Aussagen ist daher nur eingeschränkt möglich.

Weiterhin verleiteten die offenen Fragen einige Interviewteilnehmer zu einer relativ ausschweifenden Beantwortung der Fragen, was die Zusammenfassung und Kategorisierung der Antworten teilweise erschwerte und die Dauer des Interviews zum Teil erheblich verlängerte.

Die Vergleichbarkeit der Interviews ist aufgrund der teilweise unterschiedlichen Fragen, der unterschiedlichen Gesprächsdauer, sowie auch aufgrund der verschiedenen Anzahl der Fragen eingeschränkt. Dennoch wird davon ausgegangen, dass die gemeinsame Basis aller Interviewleitfäden ausreicht, um Vergleiche zwischen den Untersuchungsgruppen anstellen zu können. Die Auswertung erfolgte durch die Kategorisierung der Antworten (s. Anh. 12).

2.1.4.5 Ergebnisse

Angebot und Nachfrage der teilstationären Pflege:

Zunächst sollen die ermittelten Angebote, die die untersuchten teilstationären Einrichtungen anbieten, dargestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Internetseiten Informationen zu allen untersuchten Merkmalen geben. Weiterhin sind Mehrfachnennungen möglich. Somit kommt es zu Häufigkeiten, welche sich nicht zu 100 % kumulieren lassen. Dies betrifft insbesondere die Leistungsangebote. Wie in Abbildung 2.4 erkennbar, ist der Hauptteil der via Internet untersuchten Einrichtungen in privater Trägerschaft. Internetseiten von staatlichen Einrichtungen sind mit 13,1 % vertreten, während knapp ein Drittel der untersuchten Internetseiten kirchliche Einrichtungen repräsentiert.

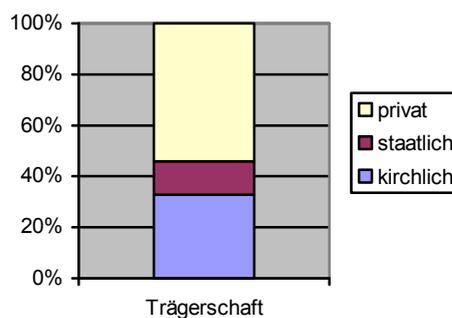


Abb. 2.4 Trägerschaften der Einrichtungen in Prozent (N=62)

Fast die Hälfte (47,5 %) aller untersuchten Einrichtungen ist an Seniorenheime gekoppelt (s. Abb. 2.5). Mehr als ein Drittel (36,1 %) der Einrichtungen ist unabhängig und solitär, während 14,8 % der Einrichtungen an einen ambulanten Pflegedienst angebunden sind. Nur eine Tagespflege ist an ein Krankenhaus gekoppelt.

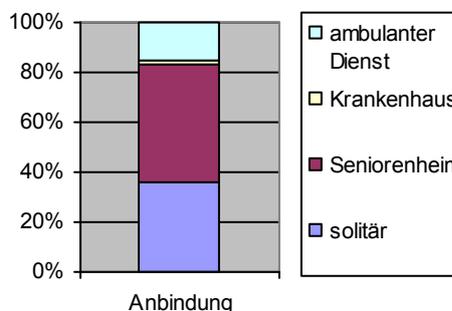


Abb. 2.5 Anbindungen der Einrichtungen in Prozent (N=62)

Abbildung 2.6 zeigt die Leistungsangebote, die auf den untersuchten Internetseiten dargestellt sind im Vergleich zu den Leistungsangeboten, die in den Gesprächen mit Mitarbeitern verschiedener Einrichtungen angeführt werden. Bei den Internetpräsenzen gibt es kein Angebot, das auf allen Internetseiten auftaucht, während Angebote wie die Pflege, die Verpflegung sowie der Fahrdienst bei allen Gesprächen genannt werden. Die am häufigsten dargestellten Angebote (68,9 %) im Internet zielen auf die geistige und körperliche Mobilisierung der Tagesgäste ab, während in den geführten Gesprächen vorrangig die pflegerische (100 %) und therapeutische Betreuung (93,1 %) der Patienten betont wird. Über die Hälfte (54,1 %) der Internetpräsenzen geben therapeutische Maßnahmen an, wobei sich diese wiederum zwischen den Einrichtungen stark unterscheiden. So bieten einige Einrichtungen auf ihren Internetseiten mehrere therapeutische Leistungen, wie z. B. Physio-, Logo- und Ergotherapie an, während andere Einrichtungen nur eine Therapieform nennen. Grundpflege wird ebenfalls auf mehr als der Hälfte (52,5 %) aller Internetseiten angeboten, Behandlungspflege dagegen nur bei etwa einem Drittel (37,7 %) der untersuchten Internetpräsenzen. In den Gesprächen wird diesbezüglich betont, dass Grund- und Behandlungspflege immer durchgeführt wird. Kreative, musische und kulturelle Angebote, wie gemeinsames Singen, gemeinsam gestaltete Theateraufführungen oder Bastelstunden geben ebenfalls über 50 % der untersuchten Einrichtungen auf ihren Internetseiten an, während 89 % der Einrichtungsmitarbeiter im Gespräch erwähnen, dass solche kreativen Beschäftigungsangebote rund um die Uhr angeboten werden. Rund 41 % der Internetseiten beschreiben die Verpflegung ihrer Gäste. So bieten viele Einrichtungen Sonderkost, sowie die Berücksichtigung individueller Essenswünsche an. Einige Einrichtungen kochen gemeinsam mit ihren Gästen. In den geführten Gesprächen beschreiben alle Untersuchungsteilnehmer die Verpflegung ihrer Tagesgäste, wobei es auch hier Unterschiede gibt. So kochen einige Einrichtungen täglich selbst, während andere Einrichtungen beliefert werden. Ausflüge in die nähere Umgebung, Wanderungen oder auch Konzertbesuche usw. bietet knapp ein Drittel (32,8 %) der Einrichtungen auf ihren Internetseiten an. In Gesprächen werden Ausflüge zwar erwähnt, allerdings nicht als eigenständiges Angebot, sondern als tagesstrukturierende Maßnahme. Die Vermittlung von anderen Leistungen, wie z. B. Frisörbesuchen, Fußpflegeterminen oder auch ärztlichen Terminen geben 23 % der Einrichtungen auf ihren Internetseiten an, während in den Gesprächen 65,5 % der Teilnehmer ein solches Angebot erwähnen. Weiterhin betonen 23 % der untersuchten Tagespflegen auf ihren Internetseiten ausdrücklich, dass sie ihr Betreuungsangebot in erster Linie nach den Wünschen und Bedürfnissen der Gäste ausrichten. 55,2 % der befragten Einrichtungsmitarbeiter heben ebenfalls die Individualität ihrer Betreuung hervor. 82 % der Internetpräsenzen betonen den Fahrdienst, während in den geführten Gesprächen alle Teilnehmer das Fahrtangebot anführen. Knapp 30 % der untersuchten Internetseiten erwähnen spezielle Angehörigenarbeit, während in 72 % der geführten Gespräche dieses Angebot betont wird.

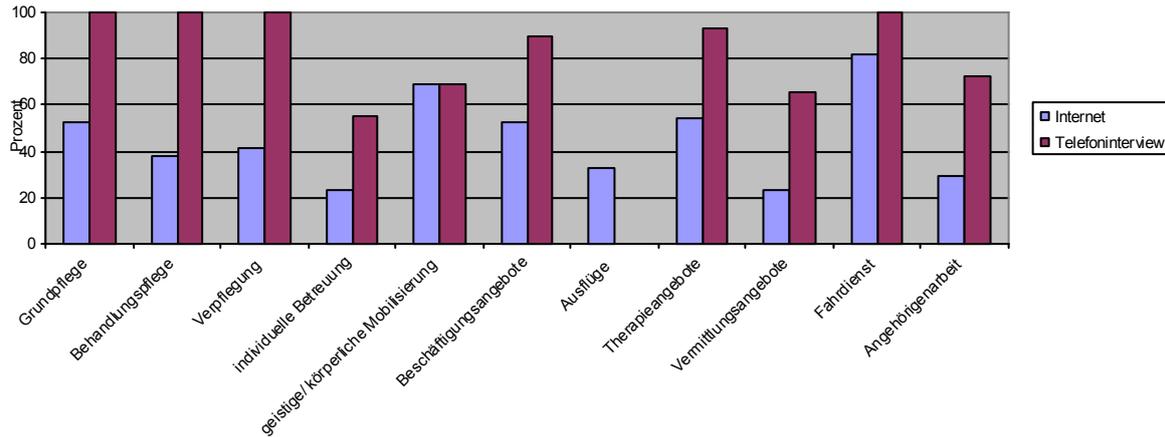


Abb. 2.6 Leistungsangebote der Einrichtungen im Vergleich zwischen Angaben der Internetpräsenzen (N=62) und Angaben der Einrichtungsmitarbeiter (N=29) in Prozent

Im Gespräch mit den Einrichtungen ergibt sich bezüglich der Nachfrage folgendes Bild:

65,5 % der Einrichtungen haben seit der Pflegereform im Juli 2008 einen Anstieg der Nachfrage verzeichnen können. 34,5 % können keinen Unterschied in der Nachfragesituation feststellen. Eine Verminderung der Nachfrage wird in keiner Tagespflege bemerkt (s. Abb. 2.7).

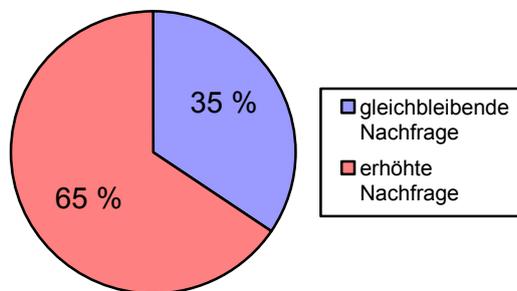


Abb. 2.7 Veränderung der Nachfrage in teilstationären Einrichtungen (in Prozent) seit der Pflegereform vom 01.07.2008 (N=29)

Die aktuelle Inanspruchnahme von teilstationärer Pflege:

Knapp zwei Drittel (65,5 %) der untersuchten Einrichtungen erklären, dass sich die Nachfrage seit der Pflegereform 2008 erhöht hat (s. Abb. 2.8). Dennoch gehen 86,3 % der befragten Tagespflegen davon aus, dass betroffene Menschen, die von einem Tagespflege-Aufenthalt profitieren würden, diesen nicht nutzen (s. Abb. 2.8). Gründe dafür sehen viele in dem geringen Bekanntheitsgrad der teilstationären Pflege sowie in dem mangelnden Wissen um Pflegeleistungen und deren Finanzierung. 58,6 % der Einrichtungen gehen davon aus, dass jeder Mensch sofort einen Platz in einer Tagespflege bekommen könnte. Die restlichen 41,4 % geben an, dass es problematisch sei, jedem Betroffenen einen Platz zu versprechen, da es zu wenig Tagespflegen gibt und der Besuch einer Tagespflege abhängig vom Fahrtweg sei. Vor al-

lem in ländlichen Regionen sei das teilstationäre Pflegeangebot stark unterrepräsentiert, weshalb nicht jedem Betroffenen ein Platz zugesichert werden kann.

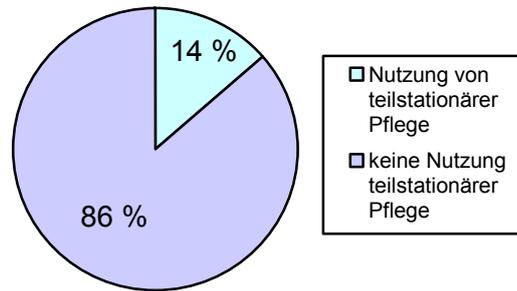


Abb. 2.8 Tatsächliche Inanspruchnahme der teilstationären Pflegeangebote durch betroffene Menschen nach Aussage der Einrichtungen in Prozent (N=29)

Der Bekanntheitsgrad der teilstationären Pflege:

Mit der vorliegenden Untersuchung kann gezeigt werden, dass 90 % der Befragten die vollstationäre Pflege kennen, während das Angebot der Tagespflege für 30 % eine bekannte Einrichtung darstellt (s. Abb. 2.9). 23 % der befragten Gäste von Tagespflegern erklären, dass sie diese Form der Pflege bereits vor der Inanspruchnahme kannten.

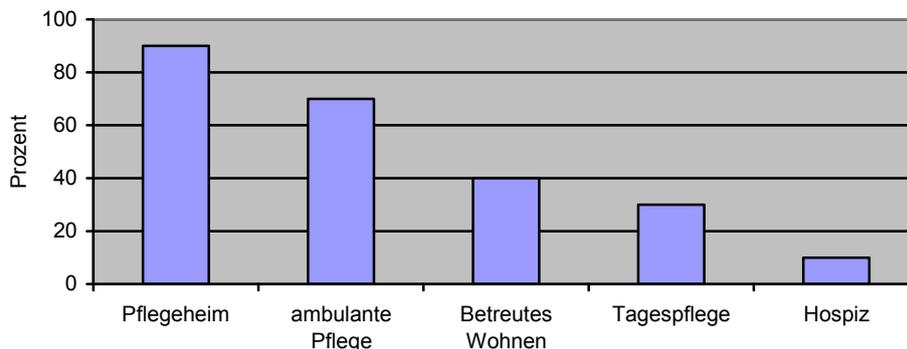


Abb. 2.9 Bekanntheitsgrad der verschiedenen Pflegeangebote bei älteren Bevölkerungsvertretern in Prozent (N=10)

Der Großteil der älteren Bevölkerungsvertreter kennt diese Pflegeangebote von Verwandten oder Bekannten, die bereits Gast in einer Pflegeeinrichtung sind. Ein weiteres Informationsmedium stellt der Rundfunk dar. So geben 60 % der befragten Bevölkerungsvertreter an, im Fernsehen Beiträge gesehen zu haben, während 50 % in der Presse darüber gelesen haben. Einige ältere Bevölkerungsvertreter geben an, dass sie bereits in einem sozialen Verein Mitglied sind und aufgrund dessen regelmäßig Informationen zu Pflegethemen erhalten. In einem Fall schlägt ein behandelnder Arzt seinen Patienten die Nutzung einer Tagespflege vor (s. Abb. 2.10). Keiner der befragten Teilnehmer gibt an, Informationen von seinen Angehörigen bekommen zu haben.

Im Falle der befragten Nutzer erklären 77 %, dass sich die Angehörigen informiert haben und sie so auf die Tagespflege aufmerksam gemacht wurden. Nur in einem

Fall wird die Werbung in einer Zeitung als Grund für die Nutzung der jeweiligen Tagespflege genannt. 33 % erfahren ebenfalls von Verwandten oder Bekannten, dass es Tagespflegeangebote gibt. In 20 % der Fälle werden die Nutzer zufällig auf die Tagespflege aufmerksam. Keiner der befragten Tagesgäste kann sich an Werbung oder Sendungen im Rundfunk oder Fernsehen erinnern (s. Abb. 2.10).

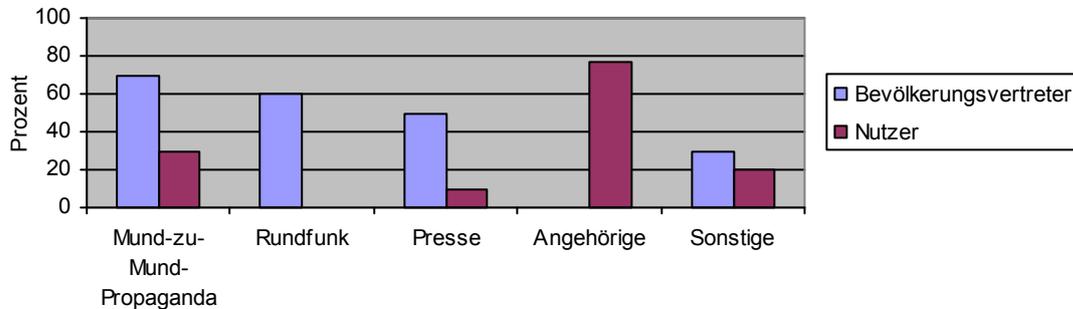


Abb. 2.10 Informationsquellen zur teilstationären Pflege von Bevölkerungsvertretern (N=10) vs. Nutzern (N=13) in Prozent

Der geringe Bekanntheitsgrad in der Öffentlichkeit ist den teilstationären Einrichtungen bewusst, weshalb viele von ihnen verschiedene Formen der Werbung nutzen (s. Abb. 2.11).

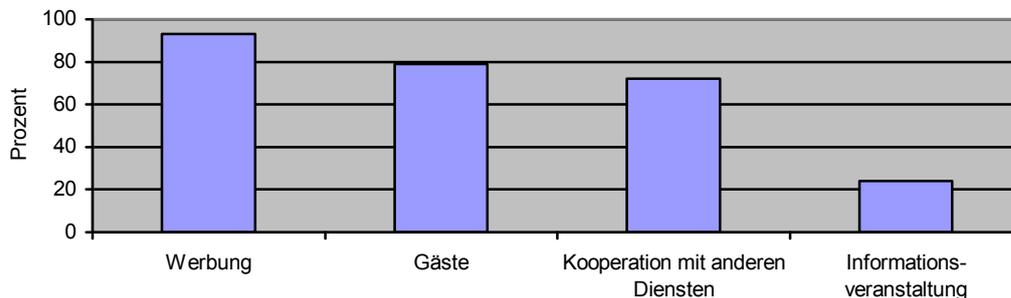


Abb. 2.11 Arten der Bekanntmachung der teilstationären Pflege seitens der Einrichtungen (N=29) in Prozent

93 % der Einrichtungen werben direkt mit Informationsbroschüren, Aufstellern, Aufschriften auf den Fahrzeugen des Fahrdienstes usw. 79 % sind der Meinung, dass sie vorrangig durch die Mund-zu-Mund-Propaganda im Einzugsgebiet bekannt werden, d. h. dass viele Gäste sowie deren Angehörige von der Tagespflege erzählen und gegebenenfalls sogar neue Gäste gewinnen können. 72 % der teilstationären Einrichtungen arbeiten mit Ärzten, Physiotherapeuten, Logopäden, Friseuren usw. zusammen, die ihren Patienten bzw. Kunden die jeweilige Einrichtung empfehlen bzw. darüber informieren. Informationsveranstaltungen, wie z. B. einen Tag der offenen Tür oder diverse Feste werden von 24 % der befragten Einrichtungen zu Werbezwecken genutzt. Viele Tagespflegen nutzen alle Möglichkeiten der dargestellten Werbeformen, um den eigenen Bekanntheitsgrad zu erhöhen.

Bedürfnisse bzw. Ansprüche der älteren Bevölkerungsvertreter bezüglich außerfamiliärer Pflegeangebote:

Abbildung 2.12 zeigt fünf Punkte, die von den befragten Bevölkerungsvertretern generell als Prioritäten im Leben gesehen werden, unabhängig von einer potenziellen Pflegesituation. Es ist zu erkennen, dass die Selbstständigkeit für alle befragten Bevölkerungsvertreter eine sehr große Rolle spielt. Diese große Bedeutung wird unter einer potenziellen Pflegesituation signifikant kleiner. Die Eckpfeiler des sozialen Lebens, wie z. B. Gesellschaft, Familie und finanzielle Versorgung verändern sich unter Vorstellung einer Pflegesituation nicht. Auch die persönliche geistige und körperliche Mobilität stellt für jeweils 20 % eine Priorität im Leben ohne, als auch im Leben mit einer Pflegesituation dar.

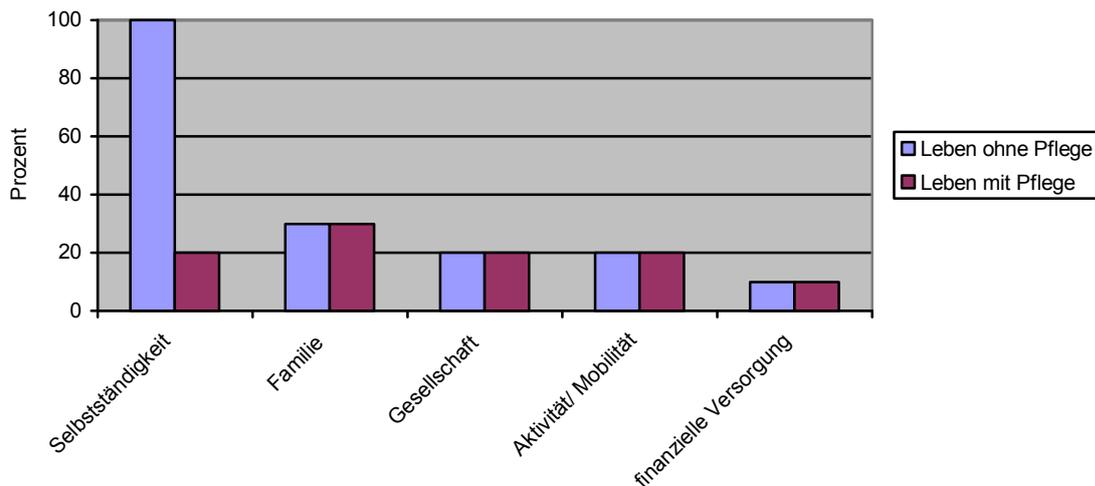


Abb. 2.12 Prioritäten im späteren Lebensabschnitt ohne Pflege vs. mit Pflege in Prozent (N=10) (Teil 1)

Deutliche Unterschiede zwischen dem Leben ohne Pflege und dem Leben mit Pflege zeigen sich in anderen Bereichen (s. Abb. 2.13).

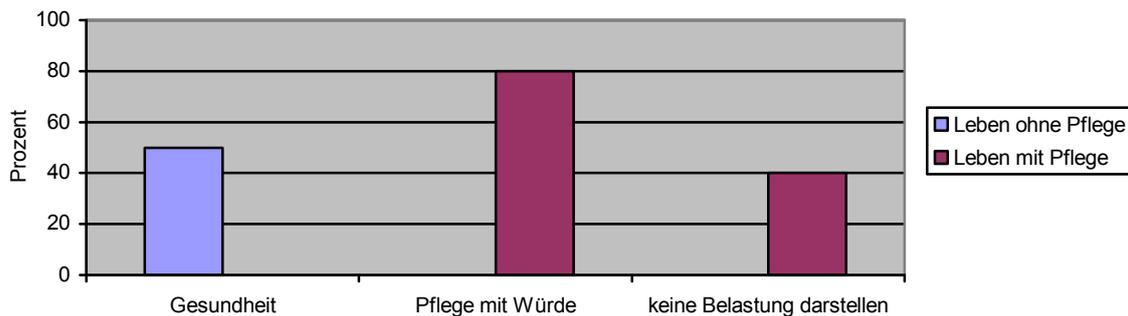


Abb. 2.13 Prioritäten im späteren Lebensabschnitt ohne Pflege vs. mit Pflege in Prozent (N=10) (Teil 2)

Während 50 % der älteren Bevölkerungsvertreter ihre Gesundheit für sehr wichtig erachten, taucht dieser Punkt unter einer potenziellen Pflegesituation nicht mehr auf. Dafür halten 80 % der Befragten eine würde- und respektvolle Pflege für maßgeblich. Weiterhin hegen 40 % der Befragten den Wunsch, für niemanden zur Belastung zu

werden. Dieser Punkt scheint für viele ältere Bevölkerungsvertreter der Grund zu sein, warum 60 % von ihnen die Entscheidung für oder gegen eine Pflegeeinrichtung selbst treffen möchten. 30 % würden diese Entscheidung mit Angehörigen, 10 % mit anderen Personen, wie z. B. ihrem Hausarzt besprechen.

Zufriedenheit der Nutzer mit dem teilstationären Pflegeangebot:

Alle befragten Nutzer bereuen ihre Entscheidung, eine Tagespflege zu besuchen nicht. Knapp 54 % beschreiben sich selbst als wunschlos glücklich, seit sie die Einrichtung besuchen. Die Vorschläge der restlichen Tagesgäste zur Verbesserung der jeweiligen Situation zeigt Abbildung 2.14.

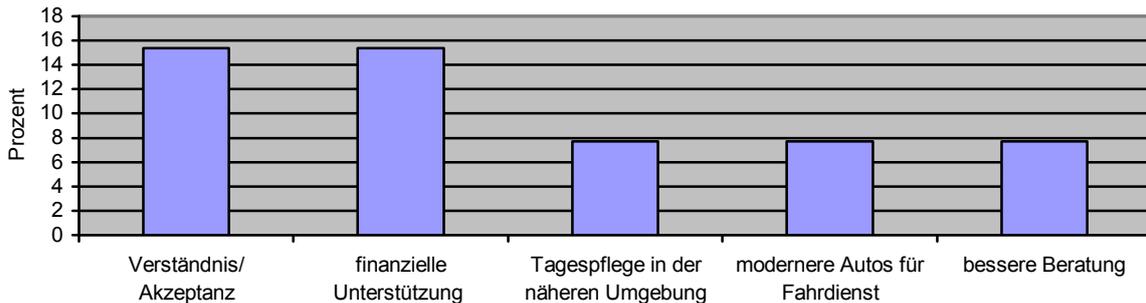


Abb. 2.14 Verbesserungsvorschläge für teilstationäre Einrichtungen seitens ihrer Nutzer (N=13) in Prozent

15,4 % der Nutzer wünschen sich mehr Verständnis bzw. Akzeptanz gegenüber älteren Menschen und deren altersbedingten Defiziten. Weitere 15,4 % sind der Meinung, dass ihre Einrichtung finanziell stärker unterstützt werden sollte. 7,7 % würden sich über eine Tagespflege in der näheren Umgebung freuen, um die langen Fahrzeiten zu verkürzen. Ebenso merken 7,7 % der Nutzer an, dass die Autos des Fahrdienstes moderner ausgerüstet sein sollten. Ebenfalls 7,7 % der befragten Tagesgäste sind der Meinung, dass die momentane Beratung hinsichtlich der verschiedenen Pflegemöglichkeiten nicht ausreichend ist und eine bessere Pflegeberatung die Inanspruchnahme von Pflegeangeboten erleichtern und erhöhen würde.

Vor- und Nachteile der teilstationären Pflege...

a)... aus Sicht der Anbieter:

In Abbildung 2.15 werden zunächst die von den Einrichtungen genannten Vorteile dargestellt. Es zeigt sich, dass über 65 % der Anbieter den größten Vorteil einer Tagespflege in der Gesellschaft der Gäste sehen, d. h. dass vor allem Menschen, die zu Hause allein sind, der Einsamkeit entgehen können und soziale Kontakte aufbauen und pflegen können. Ein weiterer Vorteil stellt für knapp 59 % die kognitive und körperliche Förderung sowie Förderung der Tagesgäste dar. Das Bestreben, den Tagesgast individuell zu betreuen und nach seinen Wünschen und Bedürfnissen zu handeln, wird von über der Hälfte (55,2 %) der Einrichtungen als weitere Stärke speziell der Tagespflege gesehen. Aufgrund der geringeren Gruppengröße ist es in Tageseinrichtungen eher möglich, individuell auf Bedürfnisse einzugehen als in vollstationären Einrichtungen. 45 % der befragten Einrichtungen empfinden die Entlastung der Angehörigen als großen Vorteil der Tagespflege. 24 % der befragten Anbieter geben den Verbleib in der Häuslichkeit als Vorteil für den Tagesgast an. Demgegen-

über sehen ebenfalls 24 % der Einrichtungen die Tagespflege als Vorstufe für eine vollstationäre Pflege an, da die Hemmschwelle gegenüber eine Pflegesituation mithilfe der Tagespflege gesenkt werden kann, sodass die Angst vor einem Heimaufenthalt abnimmt. Einige Tagespflegen sprechen hier von Patientenrekrutierung. Ein geringer Teil der befragten Einrichtungen (3,5 %) sieht die gesamtgesellschaftliche Finanzeinsparung der Tagespflege als Vorteil an. Eine teilstationäre Pflege kostet den Staat wesentlich weniger als eine vollstationäre Pflege.

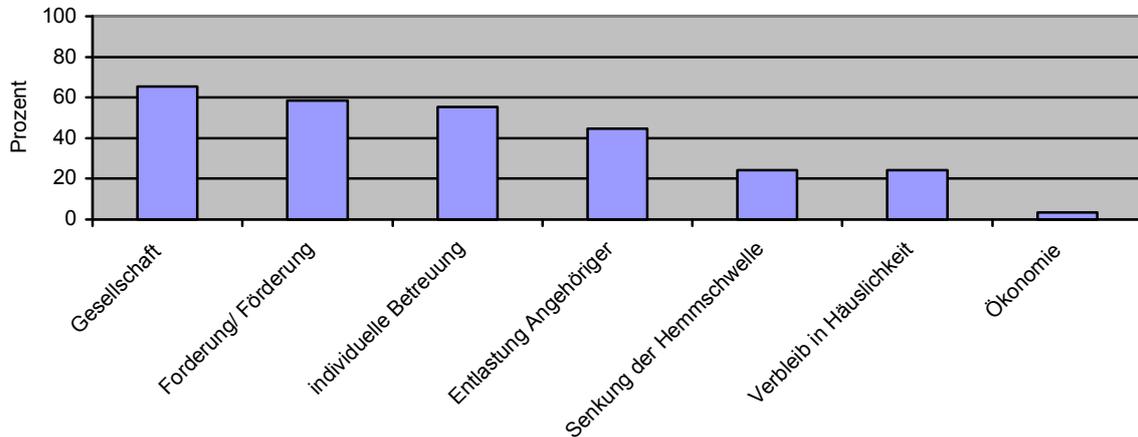


Abb. 2.15 Vorteile der teilstationären Pflege aus Sicht der Anbieter (N=29) in Prozent

Abbildung 2.16 zeigt die Nachteile der teilstationären Pflege aus Sicht der Anbieter. Sie beziehen sich vorrangig auf die Vorgaben zu Qualitätsebenen und -maßstäben sowie auf die Vorgaben zum Pflegeprozess und zur Pflegedokumentation des GKV-Spitzenverbandes (vgl. Frage 6a). So bemängeln über zwei Drittel (69 %) der befragten Einrichtungen die aufwendige Pflegedokumentation. 51,7 % der Anbieter geben an, dass sich die Tagespflege finanziell nicht selbst trägt und von angeschlossenen Pflegeformen, wie beispielsweise von einem Pflegeheim mitgetragen werden muss. Die strengen Vorgaben bezüglich des Qualitätsmanagements empfinden 27,6 % der Einrichtungen als nachteilig, weil dadurch die Zeit, die für den Gast aufgebracht werden könnte, oftmals für qualitätsbezogene Arbeiten genutzt werden muss. Weitere 27,6 % der Anbieter sehen die hohen Fahrtkosten bzw. die niedrigen Fahrdienst-Pauschalen als Nachteil für die Tagespflege, weil aufgrund dessen das Einzugsgebiet zum Teil eingeschränkt ist und dadurch potenzielle Gäste nicht erreichbar sind. Das Heimgesetz nennen ebenfalls 27,6 % der Einrichtungen als Nachteil. Die Anwendungen der Regelungen, die für die stationäre Pflege gelten, auf die teilstationäre Pflege zu übertragen, schränkt den Handlungsspielraum der Einrichtungen stark ein. 20,1 % der befragten Tagespflegen sehen in dem hohen Anteil an Demenzpatienten einen Nachteil, weil der damit verbundene höhere Pflegeaufwand weder in der Finanzierung noch im Personalschlüssel berücksichtigt wird. Den generell geringen Personalstand sowie die hohe Fluktuation des Pflegepersonals bemängeln ebenfalls 20,1 % der befragten Einrichtungen. Aufgrund der wenigen Zeit, die dem Personal in Kontakt mit dem Tagesgast bleibt bzw. aufgrund des häufigen Wechsels von Personal ist es schwierig eine Beziehung, besonders zu Demenzpatienten aufzubauen. Die hohe psychische Belastung, die weitere 20,1 % der Anbieter als Nachteil erwähnen, resultiert vor allem aus der Bewältigung der vielen qualitätssichernden Aufgaben. 10,3 % der Einrichtungen bemängeln, dass die Tagespflege nur für mobile Gäs-

te sinnvoll ist. Der Transport sowie die Pflege sitzender oder liegender Gäste sind aus Zeit- und Kostengründen für die meisten Tagespflegen nicht zu bewältigen.

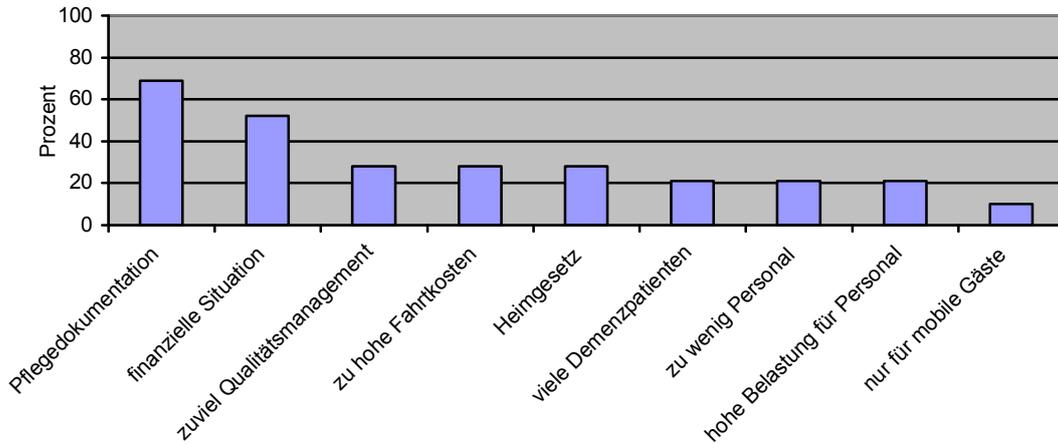


Abb. 2.16 Nachteile der teilstationären Pflege aus Sicht der Anbieter (N=29) in Prozent

b) ... aus Sicht der Nutzer?

Die Vorteile der Einrichtung aus Sicht der Nutzer stellt Abbildung 2.17 dar. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem das Personal (92 %), die individuelle Betreuung sowie die Aktivitäten und Ausflüge (je 62 %) einen großen Einfluss auf die Zufriedenheit der Gäste haben. Das Hauptziel der Tagespflegen, nämlich die Gesellschaft von älteren Personen, ist für die Nutzer im Vergleich eher weniger wichtig (23 %). Der Fahrdienst hat ebenfalls einen eher geringeren Stellenwert (15 %) für die Nutzer von Tagespflegen. Eine gute Pflege empfinden 31 % als Vorteil, während 23 % gute Räumlichkeiten für wichtig erachten.

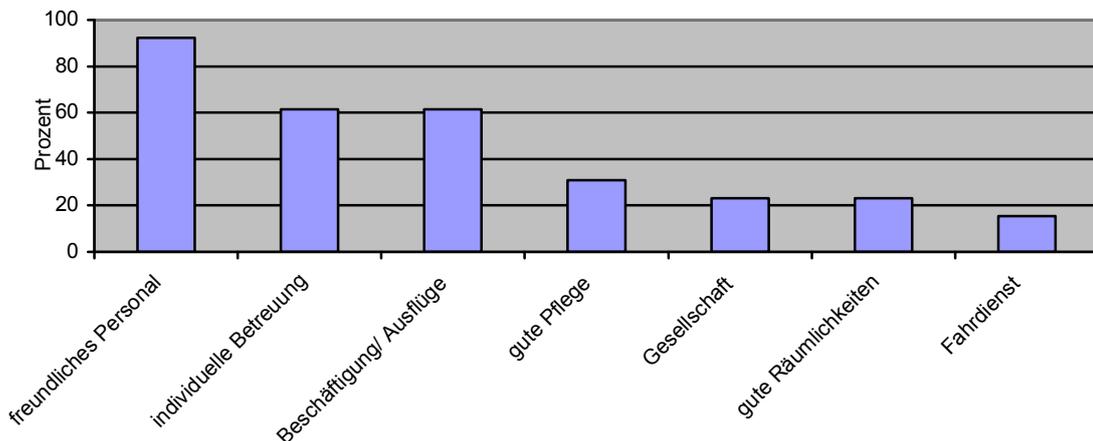


Abb. 2.17 Vorteile der Tagespflege aus Sicht ihrer Nutzer (N=13) in Prozent

Nachteile werden von den Nutzern nur wenige genannt, da knapp 54 % mit ihrer Einrichtung uneingeschränkt zufrieden sind (s. Abb. 2.18). Einige Nutzer bemängeln, dass aufgrund der unterschiedlichen Persönlichkeiten der Gäste zum Teil Konflikte entstehen, die sie belasten (15,4 %). Weiterhin wird die Lage einer Tagespflege an einer großen Hauptstraße als zu laut und zu ungewohnt kritisiert (7,7 %). Eine Nutze-

rin empfindet die Dauer des Fahrdienstes als belastend, da sie morgens als Erste geholt und nachmittags als Letzte nach Hause gebracht wird.

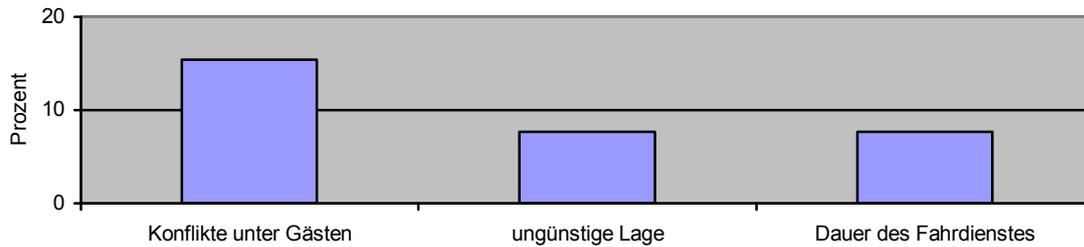


Abb. 2.18 Nachteile der teilstationären Pflege aus Sicht ihrer Nutzer (N=13) in Prozent

c) ... aus Sicht der Vertreter des Sozialsystems?

Zu den Vertretern des Sozialsystems werden in der vorliegenden Untersuchung die Pflege- und Krankenkassen gezählt, da diese Institutionen im Kontakt mit ihren Versicherten sowie auch im Kontakt mit den Einrichtungen stehen und beiden Seiten akzeptable Betreuungs- und Finanzierungsangebote bereitstellen müssen. Die Ergebnisse der Gruppe der Sozialsystemvertreter sind nur bedingt aussagefähig, da insgesamt nur fünf Gespräche mit Krankenkassen geführt werden konnten.

In Abbildung 2.19 zeigt sich, dass der Großteil der befragten Sozialsystemvertreter die Entlastung der Angehörigen durch die teilstationäre Pflege als Vorteil empfindet. Weiterhin nehmen zwei der befragten Krankenkassenmitarbeiter die Sichtweise ihrer Kunden ein und sehen in der Gesellschaft für ihre Kunden einen Vorteil. Außerdem sehen sie den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit als wertvoll an. Des Weiteren wird betont, dass die teilstationäre Pflege aus volkswirtschaftlicher Sicht finanziell günstiger ist als vollstationäre Angebote und sie ein gutes Pflegeangebot besonders für Demenzpatienten darstellt.

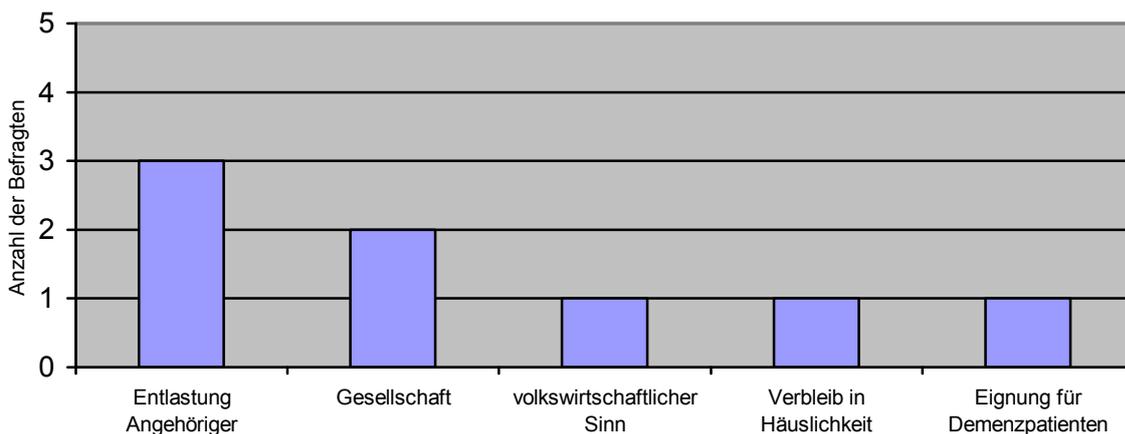


Abb. 2.19 Vorteile aus Sicht der Sozialsystemvertreter (N=5) absolut

Die genannten Nachteile der Tagespflege aus Sicht der Sozialsystemvertreter zeigt Abbildung 2.20. Sie beziehen sich vorrangig auf die Finanzierung der teilstationären Pflege sowie auf den aktuellen Status in der Öffentlichkeit. So bemängeln drei Befragte die hohe Komplexität der Finanzierung. Die Abrechnung muss über viele verschiedene Stationen laufen, was zu längeren Wartezeiten für die Kunden führt, die

das Abrechnungssystem nicht verfolgen können. Einen weiteren Nachteil sehen drei Krankenkassenmitarbeiter darin, dass die teilstationäre Pflege momentan ein Zwischensystem darstellt, das für den Kunden, der sich mit Pflege auseinandersetzt, zunächst nicht attraktiv wirkt. Eine tageweise Betreuung hält ein befragter Sozialsystemvertreter für ungünstig. Der Besuch einer Tagespflege ein- oder zweimal in der Woche ist vor allem für Demenzpatienten sehr belastend, da eine Eingewöhnung in die fremde Umgebung dann schwer fällt. Weiterhin ist eine tageweise Betreuung für viele Angehörige nicht sinnvoll, wenn sie eine volle Arbeitswoche haben. Die Anwendung des Heimgesetzes auf teilstationäre Pflegeangebote hält ein Krankenkassenmitarbeiter für ungünstig. Die strengen Qualitätskriterien sowie die dadurch notwendige Pflegedokumentation und die aufwendige Finanzierung sind zum Teil unnötig für Tagespflegen und sollten zumindest für den teilstationären Pflegebereich etwas gelockert werden. Ein Befragter ist der Meinung, dass die teilstationären Einrichtungen zu unbekannt sind und dass deutlich mehr Öffentlichkeitsarbeit notwendig ist, um Tagespflegen für Betroffene attraktiver zu gestalten.

Alle befragten Mitarbeiter führen an, dass Beratungen bzw. Informationsgespräche zum Thema Pflege dann stattfinden, wenn der Kunde gezielt danach fragt. Keine Krankenkasse gibt Informationsmaterial ohne Nachfrage heraus, obwohl alle befragten Sozialsystemvertreter angeben, dass der Bekanntheitsgrad der teilstationären Pflege in der Öffentlichkeit gering ist.

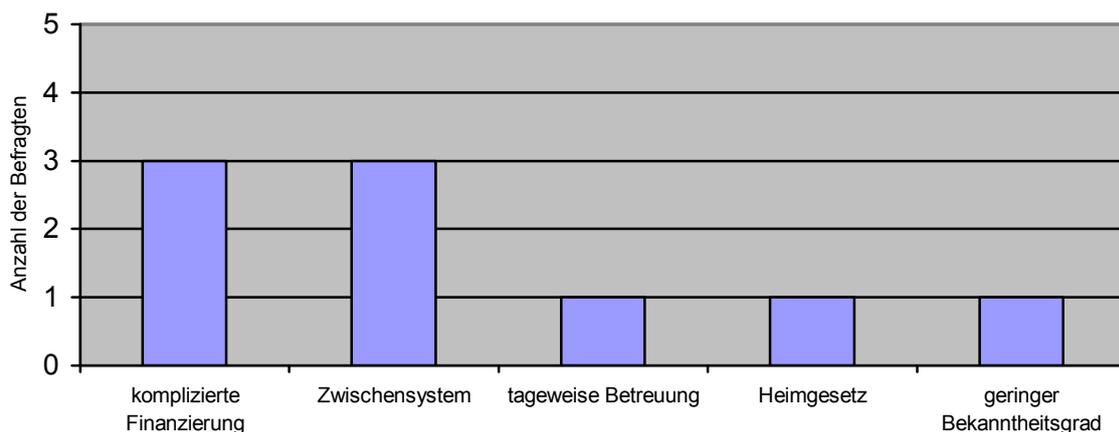


Abb. 2.20 Nachteile der teilstationären Pflege aus Sicht der Sozialsystemvertreter (N=5) absolut

Vergleich der Bedürfnisse älterer Menschen mit den Leistungsangeboten teilstationärer Einrichtungen:

Tabelle 2.11 stellt die Ergebnisse des Vergleichs zwischen den Bedürfnissen der älteren Bevölkerungsvertreter und den Angeboten der teilstationären Einrichtungen dar. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die beiden untersuchten Gruppen nur in zwei Punkten signifikant unterscheiden. So wünschen sich nur 20 % der befragten Bevölkerungsvertreter Gesellschaft in einer Pflegesituation, während in allen untersuchten Tagespflegen die Gesellschaft der Gäste gefordert und gefördert wird. Weiterhin wünschen sich 70 % der älteren Bevölkerungsvertreter eine würde- und respektvolle Pflege, während dies 100 % der befragten Einrichtungen tatsächlich anbieten. In allen anderen Punkten unterscheiden sich die beiden Untersuchungsgruppen nicht signifikant. Es zeigt sich, dass beide Untersuchungsgruppen in dem Punkt Mobilität und Aktivität eine hohe Übereinstimmung aufweisen.

Tab. 2.11 Vergleich zwischen Bedürfnissen und Angeboten in teilstationären Einrichtungen

Bedürfnisse/ Angebote	Bevölkerungs- vertreter	Einrichtun- gen	χ^2	Exakte Signifikanz
Selbstständigkeit vs. Individuelle Betreuung	20 %	55 %	1,886	,273
Gesellschaft vs. Gruppenbetreuung	20 %	100 %	24,741	,000
Einbezug der Familie vs. Angehörigenarbeit	30 %	72 %	3,395	,124
würdevolle Pflege vs. Pflegeangebote	70 %	100 %	9,425	,013
Mobilität/ Aktivität vs. Aktivierung	60 %	69 %	,269	,704

Vergleich der Leistungsangebote teilstationärer Einrichtungen mit den Intentionen des Sozialsystems:

Die teilstationären Pflegeangebote entsprechen größtenteils den Vorstellungen der älteren Bevölkerung bezüglich der Pflege (s. Tab. 2.12).

Tabelle 2.12 veranschaulicht, inwiefern diese Angebote auch den Vorgaben bzw. Intentionen des Sozialsystems gerecht werden. Dabei ist auch hier die Größe der Gruppe der Sozialsystemvertreter mit $N=5$ zu beachten. Die ermittelten Häufigkeiten werden in absoluten Zahlen angegeben. Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass nur ein Sozialsystemvertreter eine Einzelbetreuung in der Tagespflege als Pflichtangebot nennt, während 55 % der Tagespflegen diese tatsächlich anbieten. Einen signifikanten Unterschied stellt die Gruppenbetreuung dar. Zwei der befragten Sozialsystemvertreter nennen diese als wichtiges Angebot in teilstationären Einrichtungen, während alle befragten Tagespflegen die Gruppenbetreuung als Hauptbetreuungselement sehen. Weitere signifikante Unterschiede zwischen den Aussagen der Sozialsystemvertreter und denen der teilstationären Einrichtungen zeigen sich in den Bereichen der Therapieangebote, der Verpflegungsangebote sowie im Bereich der Pflege. 93 % der befragten teilstationären Einrichtungen bieten verschiedene Arten von Therapien für ihre Gäste an, sofern diese vom Arzt verordnet werden. Dagegen nennt nur ein Sozialsystemvertreter dieses Therapieangebot als wichtiges Leistungsangebot. Alle Einrichtungen bieten für ihre Gäste Vollverpflegung, d. h. Frühstück, Mittagessen, Kaffee und Kuchen sowie Getränke an, während nur zwei Krankenkassenmitarbeiter diese Verpflegung als Pflichtangebot anführen. Weiterhin geben drei Sozialsystemvertreter an, dass die Pflege in einer teilstationären Einrichtung unumgänglich sei. Die restlichen Angaben unterscheiden sich zwischen beiden Gruppen nicht signifikant.

Die Sichtweisen der Sozialsystemvertreter sowie der Einrichtungen auf die Vor- und Nachteile teilstationärer Altenpflege sind in Tabelle 2.13 dargestellt. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sich die Aussagen in keinem Punkt signifikant unterscheiden. Besonders bei den genannten Nachteilen stimmen die beiden Gruppen in ihren Angaben überein. Beide benennen die komplizierte Finanzierung sowie das Heimgesetz als nachteilig für die teilstationäre Pflege. Die Punkte, die beide Gruppen als Vorteile für die teilstationäre Pflege erkennen, unterscheiden sich nicht signifikant

voneinander. So wird beispielsweise der volkswirtschaftliche Hintergrund der teilstationären Pflege beiderseits nur von wenigen Befragten genannt.

Tab. 2.12 Vergleich von Angeboten bzw. Intentionen

Angebote/ Intentionen	Sozialsystem- vertreter (absolut)	Einrichtungen (in Prozent)	χ^2	Exakte Signifi- kanz
Einzelbetreuung	1	55 %	2,110	,335
Gruppenbetreuung	2	100 %	19,084	,002
Tagesstrukturierung	3	90 %	2,990	,146
Aktivierung	2	69 %	1,567	,319
Fahrdienst	4	100 %	5,976	,147
Therapien	1	93 %	15,682	,002
Verpflegung	2	100 %	19,084	,002
Pflege	3	100 %	12,325	,018

Tab. 2.13 Vergleich der Vor- und Nachteile aus unterschiedlichen Sichtweisen

Vor-/Nachteile	Sozialsystem- vertreter (absolut)	Einrichtungen (in Prozent)	χ^2	Exakte Signifi- kanz
Gesellschaft	2	66 %	1,176	,348
volkswirtschaftlicher Sinn	1	4 %	2,110	,276
Verbleib in der Häuslichkeit	1	24 %	0,041	1,000
Entlastung der Angehörigen	3	45 %	0,394	,648
komplizierte Finanzierung	3	52 %	0,117	1,000
Heimgesetz	1	28 %	0,126	1,000

2.2 Arbeitsbedingungen, Interaktion und Gesundheit in der teilstationären Altenhilfe

2.2.1 Arbeitsbedingungen

2.2.1.1 Orientierende Beobachtungen in Bayern

Mit Hilfe von Beobachtungsinterviews wurde in Bayern zunächst explorativ, d. h. erkundend, das interessierende Forschungsfeld der teilstationären Altenhilfe untersucht. Die Erhebungsmethode vereint die strukturierte teilnehmende Beobachtung und das darauf bezogene Interview (Glaser, Lampert & Weigl, 2008). Beide Methoden ergänzen sich somit. Durch die Beobachtung ist der Forscher aktiver Teil des Geschehens und erhält somit Einblicke in den Arbeitsablauf und die Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden, die ihm als Außenstehender verborgen bleiben würden (Bortz & Döring, 2002). Begleitend bzw. im Anschluss werden Gespräche mit den Mitarbeitern geführt, die das Beobachtete ergänzen und erweitern.

Stichprobe:

Wie unter 1.3 beschrieben, wurde die Population der Tagespflegeeinrichtungen mittels Pflegeheimnavigator der AOK ermittelt. Aus dieser Population wurde eine kleine Stichprobe unter zwei Aspekten gezogen:

- Differenzierung nach Stadt/Land
- Differenzierung nach Trägern (privat vs. frei-gemeinnützig)

In Frage kommende Einrichtungen wurden telefonisch kontaktiert, um ihre Mitwirkung gebeten und ein Termin zur Beobachtung vereinbart. Schließlich wurden fünf Tagespflegen für Beobachtungsinterviews ausgewählt (vgl. Tab. 2.14).

Tab. 2.14 Beobachtungsinterviews in bayerischen Tagespflegeeinrichtungen

	privat	frei-gemeinnützig	
		Träger der Freien Wohlfahrtspflege	Sonstige
Stadt	Tagespflegestätte und ambulante Pflege (Gräfelfing)	An ein Pflegeheim angeschlossene Tagespflege (München)	Solitäre Tagespflege (München)
Land	Tagespflegestätte und ambulante Pflege (Landkreis Weilheim/Schongau)		Tagespflege und Sozialstation (Landkreis Fürstentumbruck)

Methodik:

Die Beobachtungsinterviews wurden über einen ganzen Tag (ca. 8:00-16:00 Uhr) in der jeweiligen Einrichtung mit Hilfe eines Interviewleitfadens (teilstrukturiertes Interview) sowie eines angepassten Kategoriensystems für die teilstationäre Pflege durchgeführt.

Zunächst wurde die Forscherin den Tagesgästen kurz vorgestellt, anschließend konnte sie sich einen Platz im Gruppenraum wählen, der ihr am ehesten angemessen erschien.

Das Interview mit ein bis zwei Pflegekräften fand außerhalb des Gruppengeschehens in einer Pause – meist während der Mittagsruhe der Gäste – statt. Je nach Einrichtung gaben die Pflegekräfte auch schon begleitend zur ausgeführten Arbeitstätigkeit mit den Tagesgästen Auskunft. Während der Interviews machte sich die Forscherin Notizen, ein Mitschnitt auf Tonband erfolgte auf Wunsch der Einrichtungen nicht. Alle Pflegekräfte in den untersuchten Einrichtungen waren der Forscherin gegenüber sehr freundlich und aufgeschlossen.

Ergebnisse:

Es ist erkennbar, dass in allen Einrichtungen der Tagesablauf ähnlich ist. Dieser beginnt am Morgen zwischen 7:30 und 9:00 Uhr mit der Ankunft der Tagesgäste und einem gemeinsamen Frühstück. Der Vormittag wird für Gruppenaktivitäten und grundpflegerische Aufgaben genutzt. Nach einem gemeinsamen Mittagessen gegen 12:00 Uhr beginnt die ca. 1-1,5stündige Mittagsruhe für die Tagesgäste. Der Nachmittag beginnt anschließend mit einem gemeinsamen Kaffeetrinken und einer weiteren Gruppenaktivität. Ab etwa 16:00 Uhr werden die Gäste abgeholt oder mit dem Fahrdienst nach Hause gebracht.

In den Tagespflegen sind neben ein bis zwei Pflegefachkräften auch Aushilfen, Köche und Therapeuten (z. B. Physiotherapeuten, Logopäden) beschäftigt. Vier der fünf untersuchten Einrichtungen haben einen eigenen Fahrdienst. Die Tagespflege, die diesen nicht hat, erlebt dies als ein „großes Manko“.

Die Befunde aus der Literatur lassen sich an Hand der bisherigen Ergebnisauswertung unterstützen: In der Tagespflege spielen besonders die soziale Betreuung und Aktivierung eine zentrale Rolle. Die Gäste werden bei allen Aktivitäten angehalten so selbständig wie möglich zu agieren. In einer ländlichen Tagespflege werden sie zudem in die Zubereitung des Mittagessens (z. B. Kartoffeln schälen, Gemüse putzen) eingebunden. Grund- und Behandlungspflege spielen eine nebengeordnete Rolle. Aus den Interviews geht weiterhin hervor, dass Zeitdruck keine große Rolle spielt. Eine Pflegekraft meinte: „Wir sind dafür da, für unsere Gäste Zeit zu haben“.

Eine größere Belastung scheinen die ständigen Arbeitsunterbrechungen zu sein: Der Umgang mit 8-12 Gästen, gleichzeitig in einem Raum, zudem Telefonate, Terminkoordination der Therapeuten usw. setzen eine hohe Flexibilität der Pflegekräfte voraus.

Die Organisation in der Tagespflege ist einer „Stationspflege“ gleichzusetzen: Ein bis zwei Pflegekräfte betreuen gleichzeitig alle Gäste der Tagespflege. Bezogen auf die Größe der Einrichtungen, ist die Tagespflege etwa mit einer kleineren Station eines Altenpflegeheimes vergleichbar.

Die Pflegedokumentation wird meist von einer Pflegekraft für alle Gäste erledigt. Ein klar geregeltes Pausenregime gibt es in den Einrichtungen nicht. Pausen werden „eingeschoben“, z. B. wenn die Gäste Mittagsruhe halten. Ein Verlassen des Raumes bzw. der Tagespflege ist nur in Ausnahmefällen und in Absprache möglich.

Das Teamklima wird in allen Einrichtungen übereinstimmend als unterstützend und positiv bewertet. Die Zusammenarbeit mit Ärzten bzw. Therapeuten findet in den Einrichtungen nur in Ausnahmefällen bzw. nur für einzelne Tagesgäste statt. Die Zusammenarbeit und der gegenseitige Informationsaustausch zwischen Einrichtungen und Angehörigen findet hingegen regelmäßig am Tag statt.

2.2.1.2 Fragebogenstudie zur Arbeitssituation in der teilstationären Altenhilfe

Stichproben:

Die Tagesstätten der Altenhilfe in Bayern und Sachsen (laut Pflegenavigator der AOK) wurden um ihre Teilnahme an einer schriftlichen Mitarbeiterbefragung gebeten. Den teilnahmewilligen Einrichtungen wurden Fragebogen übersandt, die von den Mitarbeitern der Tagesstätten beantwortet wurden. Insgesamt haben in Bayern 56 Tagesstätten mit 216 Mitarbeitern und in Sachsen weitere 24 Tagesstätten mit 91 Mitarbeitern teilgenommen. Die Gesamtstichprobe umfasst demnach 80 Tagesstätten mit 307 Mitarbeitern.

92,7 % der befragten Mitarbeiter sind Frauen. In Bayern liegt der Frauenanteil bei 92,6 % in Sachsen bei 90,9 %. Der Unterschied ist statistisch nicht bedeutsam ($\chi^2 = .60$, $p = .47$). Bei einem durchschnittlichen Lebensalter der Gesamtstichprobe von 44,5 Jahren unterscheiden sich die Teilstichproben aus Bayern (46,3 Jahre) und Sachsen (40,4 Jahre) deutlich voneinander ($Z = -4.18$, $p \approx 0$). Dementsprechend sind auch die Unterschiede beim Dienstalder in der Tagesstätte (Bayern: 5,2 Jahre; Sachsen: 4,5 Jahre) und in der Pflege (Bayern: 14,8 Jahre; Sachsen: 11,1 Jahre) signifikant. Im Durchschnitt sind die befragten Mitarbeiter seit 3,9 Jahren in der entsprechenden Tagesstätte und seit 11 Jahren in der Pflege tätig.

Die vertragliche Arbeitszeit unterscheidet sich ebenfalls zwischen den Stichproben. Sie beträgt in der Gesamtstichprobe 27,1 Stunden pro Woche, in Bayern 25,0 Stunden und in Sachsen 31,7 Stunden ($T = -5,53$, $p \approx 0$). Die tatsächliche Arbeitszeit liegt in der Gesamtstichprobe bei 29,2 Stunden pro Woche, in Bayern bei 27,2 Stunden und in Sachsen bei 33,9 Stunden ($T = -4,48$, $p \approx 0$).

Methoden:

Zur Diagnose der Arbeitsbedingungen wurde das Screening TAA – Teilstationäre Altenhilfe eingesetzt. Hierbei handelt es sich um eine Adaption des Screening TAA – Stationäre Altenhilfe (Glaser, Lampert & Weigl, 2008) für den Einsatz in Tagesstätten. Die Inhaltsvalidität wurde vorab mit Pflegekräften einer Tagesstätte überprüft. Bei Bedarf wurden Itemwortlaute auf den Kontext der Tagesstätten ausgerichtet. Das Screening TAA – Teilstationäre Altenhilfe umfasst in sechs Verfahrensbereichen insgesamt 25 Skalen mit 103 Items (s. Anh. 9).

1. Tätigkeitserfordernisse und Qualifizierung (4 Skalen, 13 Items)
2. Aufgabenbezogene Ressourcen (5 Skalen, 22 Items)
3. Personelle, räumliche und materielle Ressourcen (3 Skalen, 9 Items)
4. Organisationale und Soziale Stressoren (3 Skalen, 15 Items)
5. Aufgabenbezogene Stressoren (7 Skalen, 29 Items)
6. Physische Stressoren (3 Skalen, 15 Items)

Mit diesen 25 Skalen lassen sich psychische Anforderungen (Verfahrensbereich 1), arbeitsbezogene Ressourcen (Verfahrensbereiche 2 und 3) sowie psychische (Verfahrensbereiche 4 und 5) und körperliche Stressoren (Verfahrensbereich 6) in der Arbeit zuverlässig und valide erfassen. Die theoretischen Grundlagen des Verfahrens sind ausführlich bei Büssing und Glaser (2002) beschrieben. Das Antwortformat aller Items des TAA ist fünfstufig (1=nein gar nicht ... 5=ja genau).

Zudem kamen im Rahmen der schriftlichen Befragung zwei Instrumente zur Diagnose der psychischen und körperlichen Gesundheit der Mitarbeiter zum Einsatz (vgl. Abschnitt 2.3).

Ergebnisse:

Im Folgenden werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung von 307 Mitarbeitern zur Arbeitssituation in Tagesstätten von Bayern und Sachsen vorgestellt. Zunächst werden Befunde zu Arbeitsstressoren in den Tagesstätten beschrieben. Zum besseren Verständnis der Ergebnisse sind Beispiele für die erfassten Merkmale pro Belastungsform in der Tabelle 2.15 ersichtlich. Dort finden sich auch Angaben zur Itemanzahl, zu Mittelwert (MW) und Standardabweichung (SD) sowie zur Messgenauigkeit der jeweiligen Skala (Cronbachs α).

Tab. 2.15 Arbeitsstressoren in der teilstationären Altenhilfe
(N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)

Arbeitsstressoren	Beispiele	Items	MW	SD	α
Organisationale Stressoren	Probleme wegen Personalsituation, organisationalen Änderungen	6	2.46	0.78	.81
Soziale Stressoren intern	belastete Zusammenarbeit mit Kollegen, Vorgesetzten, Gästen, Angehörigen	5	1.91	0.56	.70
Soziale Stressoren extern	belastete Zusammenarbeit mit Fahrdienst, Ärzten, anderen Fachkräften und Diensten	4	1.87	0.60	.72
Gastbezogene Stressoren	Belastung durch Gäste in schlechter psychischer oder physischer Verfassung	6	2.76	0.83	.89
Zeitliche Überforderung	zu viel auf einmal zu tun, zu enge Terminvorgaben	3	2.38	0.87	.86
Widersprüchliche Aufträge	Aufgaben, für die man nicht zuständig ist oder die miteinander nicht vereinbar sind	4	2.02	0.72	.82
Informationsdefizite	Probleme im Informationsfluss	4	1.94	0.71	.84
Arbeitsunterbrechungen	Unterbrechungen durch andere Personen oder schlecht abgestimmte Arbeitsabläufe	5	2.38	0.74	.84
Qualitätseinbußen	Fehler oder regelwidriges Verhalten wegen ungünstigen Umständen	3	1.95	0.76	.83
Zusatzaufwand	Tätigkeiten wegen ungünstigen Umständen neu beginnen, wiederholen müssen	4	2.29	0.83	.89
Ungünstige Arbeitsumgebung	Ungünstige räumliche Bedingungen, Lärm, Lichtverhältnisse, lange Wege	6	1.99	0.70	.80
Heben, Tragen, Lagern	schwere Gäste heben, bewegen	4	2.65	0.97	.92
Verletzungs-/ Erkrankungsrisiken	Infektionsgefahren, Verletzungsgefahren, Gefahrenstoffe	5	2.12	0.76	.83

Wertebereich der Skalen: (1) = nein gar nicht; (5) = ja genau; Gestaltungsempfehlung bei Werten ≥ 3.0 ; Itemanzahl, Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD) und Reliabilität (Cronbachs α).

Alle eingesetzten Skalen zur Diagnose von *Stressoren* in der Arbeit haben eine befriedigende ($\alpha > .70$) bis sehr gute ($\alpha > .90$) Messgenauigkeit. Dies ist eine entscheidende Voraussetzung für die Gültigkeit der Ergebnisse – würden diese ungenau gemessen, ließen sich die fehlerbehafteten Ergebnisse kaum verwerten.

Die untersuchten organisationalen, sozialen, aufgabenbezogenen und physischen Stressoren in den Tagesstätten Bayerns und Sachsens fallen vergleichsweise gering aus; Mittelwerte liegen durchgängig in einem eher positiven Bereich (MW < 3.0), sodass keine unmittelbare Gestaltungsnotwendigkeit angezeigt ist. In der Arbeit mit Gästen (MW=2.76) und der körperlichen Arbeit (MW=2.65) bestehen Stressoren, die im Vergleich zur stationären Altenhilfe im Niveau jedoch moderat ausfallen. Besonders gering sind soziale Stressoren in der Kooperation mit anderen Bezugspersonen und -gruppen (intern: MW=1.91; extern: MW=1.87) ausgeprägt. Der Informationsfluss (MW=1.94) und die Umgebungsbedingungen in den Tagesstätten (MW=1.99) sind aus Sicht der Mitarbeiter ebenfalls kaum zu beanstanden.

Als erstes Zwischenfazit zur Arbeitssituation in der teilstationären Altenhilfe in Tagesstätten lässt sich festhalten: Stressoren, die nachweislich zu Gesundheitsbeeinträchtigungen führen, sind vergleichsweise gering ausgeprägt. Studien in der stationären Altenhilfe zeigen ein deutlich höheres Maß an Stressoren, insbesondere was physische Stressoren (v. a. Heben, Tragen, Lagern) und aufgabenbezogene Stressoren (v. a. Zeitdruck) anbelangt (vgl. Glaser, Lampert & Weigl, 2008).

Tab. 2.16 Arbeitsbelastungen in der teilstationären Altenhilfe – Ländervergleich (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)

Arbeitsbelastungen	gesamt (N=307)	Bayern (N=216)	Sachsen (N=91)	Z	p
Organisationale Stressoren	2.46	2.51	2.36	-1.38	.17
Soziale Stressoren: intern	1.93	1.97	1.86	-1.50	.14
Soziale Stressoren: extern	1.87	1.87	1.87	-0.18	.86
Gastbezogene Stressoren	2.76	2.81	2.65	-1.44	.15
Zeitliche Überforderung	2.38	2.41	2.31	-0.53	.60
Widersprüchliche Aufträge	2.02	2.03	1.94	-0.64	.52
Informationsdefizite	1.94	1.99	1.82	-1.40	.16
Arbeitsunterbrechungen	2.37	2.41	2.27	-1.04	.30
Qualitätseinbußen	1.95	1.96	1.91	-0.09	.93
Zusatzaufwand	2.27	2.27	2.28	-0.63	.53
Ungünstige Arbeitsumgebung	1.99	2.00	1.94	-0.45	.65
Heben, Tragen, Lagern	2.67	2.73	2.51	-1.74	.08
Verletzungs-/Erkrankungsrisiken	2.12	2.02	2.34	-4.04	≈0

Wertebereich der Skalen: (1) = nein gar nicht; (5) = ja genau; Gestaltungsempfehlung bei Werten ≥ 3.0 ; Mittelwertvergleich (U-Test) mit Z-Statistik und p-Wert.

In der Tabelle 2.16 sind Ergebnisse im Ländervergleich zwischen Bayern und Sachsen bezüglich der Arbeitsstressoren dokumentiert. Neben dem Mittelwert der Gesamtstichprobe (N=307) und der beiden Länderstichproben (Bayern: N=216; Sachsen: N=91) ist in der Tabelle auch das Ergebnis des U-Tests auf Mittelwertunterschiede dokumentiert (Z-Statistik, p-Wert). Mit einer Ausnahme (Verletzungs-/Erkrankungsrisiken) fallen die Unterschiede statistisch nicht bedeutsam aus. Allein bei Verletzungs-/Erkrankungsrisiken liegt der Wert in Sachsen (MW=2.34) signifikant höher als in Bayern (MW=2.02). Möglichen Gründen für diese Differenz sollte nachgegangen werden. In beiden Stichproben sind gastbezogene Stressoren und Gefährdungen durch Heben, Tragen, Lagern am stärksten ausgeprägt. Zusammenfassend zeigt die Arbeitssituation in den Tagesstätten in Bayern ein etwas höheres Niveau an Arbeitsstressoren als in den sächsischen Einrichtungen. Erneut muss betont werden, dass die Ergebnisse in beiden Bundesländern in einem eher positiven Bereich liegen und kein unmittelbarer Gestaltungsbedarf angezeigt ist.

Im Unterschied zu Stressoren, die im Hinblick auf die Mitarbeitergesundheit negativ zu bewerten sind, handelt es sich bei psychischen Anforderungen wie sie mit dem Screening TAA – Teilstationäre Altenhilfe erfasst werden, um Indikatoren der Lernförderlichkeit einer Tätigkeit. Lernförderlichkeit ist dadurch gekennzeichnet, dass die Arbeit abwechslungsreich und qualifikationsgerecht ist und Optionen zum Weiterlernen bietet. Lernen ist Bestandteil eines modernen Gesundheitsbegriffs.

Tab. 2.17 Psychische Anforderungen in der teilstationären Altenhilfe (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)

Anforderungen in der Arbeit	Beispiele	Items	MW	SD	α
Kognitive Anforderungen	Abwechslungsreiche Arbeit, eigene Entscheidungen treffen	4	3.72	0.78	.77
Lernerfordernisse	Erforderlicher Erwerb von neuem Fachwissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten	3	3.88	0.86	.83
Qualifizierungsmöglichkeiten	Chancen Fachwissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten zu erweitern	3	3.63	0.89	.87
Passung der Qualifikation	Einsetzbarkeit von Fachwissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten	3	4.37	0.65	.79

Wertebereich der Skalen: (1) = nein gar nicht; (5) = ja genau; Gestaltungsempfehlung bei Werten ≤ 3.0 ; Itemanzahl, Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD) und Reliabilität (Cronbachs α).

Alle Skalen zur Diagnose von psychischen Anforderungen sind messgenau ($\alpha > .70$) und liefern somit verlässliche Ergebnisse. Die Befunde in Tabelle 2.17 zeigen, dass die Arbeit in den Tagesstätten als durchaus lernförderlich bezeichnet werden kann. Die Einsetzbarkeit der erworbenen Qualifikationen in der täglichen Arbeit ist gut (MW=4.37) und es bestehen auch geistige Anforderungen (MW=3.72) sowie Lernerfordernissen und -gelegenheiten (MW=3.88 bzw. 3.63) – Befunde die keinen unmittelbaren Gestaltungsbedarf indizieren.

Tab. 2.18 Psychische Anforderungen in der teilstationären Pflege – Ländervergleich (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)

Psychische Anforderungen	gesamt (N=307)	Bayern (N=216)	Sachsen (N=91)	Z	p
Kognitive Anforderungen	3.72	3.78	3.55	-2.31	.02
Lernerfordernisse	3.88	3.89	3.85	-0.10	.92
Qualifizierungsmöglichkeiten	3.63	3.65	3.54	-1.03	.30
Passung der Qualifikation	4.37	4.40	4.31	-1.35	.18

Wertebereich der Skalen: (1) = nein gar nicht; (5) = ja genau; Gestaltungsempfehlung bei Werten ≤ 3.0 ; Mittelwertvergleich (U-Test) mit Z-Statistik und p-Wert.

Im Ländervergleich zwischen Tagesstätten in Bayern und in Sachsen (vgl. Tab. 2.18) zeigt sich nur ein statistisch bedeutsamer Unterschied: Demnach werden kognitive Anforderungen (Abwechslungsreichtum, Entscheidungserfordernisse) von den Mitarbeitern bayerischer Tagesstätten (MW=3.78) höher eingestuft als von ihren sächsischen Kollegen (MW=3.55). Die Werte in Bayern liegen durchgängig über den Vergleichswerten in Sachsen. Bezüglich der drei Qualifikationsindikatoren lassen sich die Unterschiede aber nicht statistisch absichern.

Tab. 2.19 Arbeitsbezogene Ressourcen in der teilstationären Altenhilfe (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)

Arbeitsbezogene Ressourcen	Beispiele	Items	MW	SD	α
Transparenz pflegerischer Aufgaben	Wissen um Sinn und Zuständigkeiten	3	4.64	0.47	.62
Zeitliche Transparenz	Wissen um Aufgabenabfolge und Arbeitsspitzen	3	4.10	0.70	.74
Vorgesetztenfeedback	Rückmeldung zu eigener Arbeitsleistung, Arbeitsverhalten	3	3.60	1.08	.95
Tätigkeitsspielraum	Ziele, Vorgehen, Abfolge selbst bestimmen können	9	3.65	0.73	.91
Partizipationschancen	Einfluss auf Dienstpläne, Ausstattung, Personalentscheidungen der Station	4	3.06	1.00	.84
Personelle Ressourcen	Ausreichende Ausstattung mit pflegerischem und nichtpflegerischem Personal	3	3.74	0.93	.78
Räumliche Ressourcen	Ausreichende Arbeits-, Aufenthaltsräume	3	3.47	0.94	.70
Materielle Ressourcen	Ausreichende Arbeitsmittel, Mobiliar	3	3.83	0.78	.86

Wertebereich der Skalen: (1) = nein gar nicht; (5) = ja genau; Gestaltungsempfehlung bei Werten ≤ 3.0 ; Itemanzahl, Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD) und Reliabilität (Cronbachs α).

Ressourcen in der Arbeit sind wichtige Faktoren, um die Arbeitsaufgaben angemessen bewältigen zu können. Neben der Durchschaubarkeit und Vorhersehbarkeit von Aufgaben, zählen das Feedback (durch Vorgesetzte) und eigene Einflussmöglichkeiten in der Arbeit (auch: Autonomie, Freiheitsgrade) zu den meist untersuchten Merkmalen einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung. Sie sind maßgeblich verantwortlich, dass aus einer anspruchsvollen Tätigkeit keine überbeanspruchende, gesundheitsschädigende Tätigkeit wird (vgl. Karasek, 1979). Zudem wird die Aufgabenangemessenheit personeller, räumlicher und materieller Ressourcen erfasst.

Mit einer Ausnahme fallen alle Ergebnisse zur Messgenauigkeit der Skalen positiv aus ($\alpha > .70$). Diese Ausnahme bildet die Skala „Transparenz der pflegerischen Tätigkeit“ mit einer noch ausreichenden, aber durchaus verbesserungsfähigen Messgenauigkeit ($\alpha = .62$). Für zukünftige Studien wird hier der Einsatz ergänzender Items empfohlen.

Inhaltlich lassen die Ergebnisse in Tabelle 2.19 den Schluss zu, dass die Arbeit in Tagesstätten inhaltlich (MW=4.64) und zeitlich (MW=4.10) durchschaubar und vorhersehbar ist. Es bestehen moderate Möglichkeiten der Einflussnahme im eigenen Tätigkeitsbereich (MW=3.65), während Partizipationschancen – also Einflussmöglichkeiten auf tätigkeitsübergreifende Belange – nur teilweise gegeben sind (MW=3.06). Materielle und personelle Ressourcen werden als eher angemessen für die tägliche Aufgabenbewältigung eingestuft (MW=3.83 bzw. 3.74), sind aber ebenso wie das Vorgesetztenfeedback (MW=3.60) und die räumlichen Ressourcen (MW=3.47) verbesserungsfähig.

Zusammenfassend lässt sich für die Arbeit in Tagesstätten ein befriedigendes Maß an Ressourcen ausmachen.

Tab. 2.20 Arbeitsbezogene Ressourcen in der teilstationären Altenhilfe – Ländervergleich (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)

Arbeitsbezogene Ressourcen	gesamt (N=307)	Bayern (N=216)	Sachsen (N=91)	Z	p
Transparenz pflegerischer Aufgaben	4.64	4.66	4.58	-1.73	.09
Zeitliche Transparenz	4.10	4.14	4.01	-1.64	.10
Vorgesetztenfeedback	3.60	3.56	3.70	-0.83	.41
Tätigkeitsspielraum	3.65	3.66	3.59	-0.57	.57
Partizipationschancen	3.06	3.10	2.96	-0.83	.41
Personelle Ressourcen	3.74	3.85	3.48	-3.25	.001
Räumliche Ressourcen	3.47	3.44	3.57	-1.09	.28
Materielle Ressourcen	3.83	3.83	3.82	-0.54	.59

Wertebereich der Skalen: (1) = nein gar nicht; (5) = ja genau; Gestaltungsempfehlung bei Werten ≤ 3.0 ; Mittelwertvergleich (U-Test) mit Z-Statistik und p-Wert.

Der Ländervergleich hinsichtlich arbeitsbezogener Ressourcen in Tabelle 2.20 zeigt ein differenzierteres Bild. Teilweise liegen Werte in Bayern geringfügig höher (z. B. Transparenz), teils Werte in Sachsen (z. B. Vorgesetztenfeedback). Jedoch zeigt sich nur ein statistisch bedeutsamer Mittelwertunterschied für die personellen Res-

sourcen. Demnach wird die Personalsituation in bayerischen Tagesstätten (MW=3.85) deutlich günstiger beurteilt als in sächsischen Einrichtungen (MW=3.48). Die Betrachtung der Relationen von Mitarbeitern und Gästen könnte Erklärungen für diesen Unterschied liefern. Als arbeitspsychologisch gestaltungsbedürftig sind die Partizipationschancen in sächsischen Tagesstätten zu erachten (MW=2.96).

2.2.2 Interaktion in der teilstationären Altenhilfe

Die Interaktionsarbeit, d. h. die Arbeit an und mit alten Menschen, stellt für die Pflegekräfte in der teilstationären Pflege eine besondere Herausforderung dar. Denn im Vergleich zu dem verhältnismäßig geringen Anteil an Grund- und Behandlungspflege, spielen tagesstrukturierende und aktivierende Maßnahmen eine große Rolle. Diese sind vor allem durch eine hohe soziale Betreuung und Interaktion gekennzeichnet.

Damit geht einher, dass die Pflegekräfte in besonderem Maße auf die individuellen Befindlichkeiten und Bedürfnisse ihrer Gäste reagieren müssen, was zu erhöhten Anforderungen (u. a. mangelnde Vorhersehbarkeit der Arbeit) der Pflegekräfte führt (Glaser, 2006).

Eine weitere Besonderheit liegt in dem Klientel mit vorwiegend demenziellen Erkrankungen (vgl. Weyerer et al., 2004). Diese Personen reagieren besonders sensibel auf Veränderungen in der Umwelt und dem Tagesablauf. Die Pflegekräfte sind demnach sehr gefordert, den individuellen Zustand ihrer Gäste wahrzunehmen und darauf einzugehen. Erschwerend kommt hinzu, dass die zu betreuenden Senioren nur eine begrenzte Zeit und nicht täglich in der teilstationären Einrichtung anwesend sind.

Nicht nur mit den Gästen der Tagespflege besteht eine intensive Interaktion, sondern auch mit der „zweite[n] Zielgruppe“ (Großjohann, 1990), den Angehörigen. Sie sind Ansprechpartner für die Pflegekräfte und Bindeglied zwischen der ambulanten Versorgung zu Hause und dem Aufenthalt in der teilstationären Einrichtung. Entsprechend gehen in Tagespflegen Angehörige und Pflegenden ein Arbeitsbündnis ein, um Erfahrungen und Entwicklungen leichter auszutauschen. Somit sind Angehörige wichtige Partner für die Mitarbeitenden teilstationärer Einrichtungen. Umgekehrt hat die individuelle und gute Betreuung der Senioren in der Tagespflege eine wichtige Entlastungsfunktion für die (pflegenden) Angehörigen.

Neben den Tagesgästen und deren Angehörigen als maßgebliche Interaktionspartner, bestehen darüber hinaus vielfältige Schnittstellen und Kooperationen mit weiteren Bezugsgruppen, wie z. B. Hausärzten der Tagesgäste, ambulanten Diensten, stationären Einrichtungen, Kranken- und Pflegekassen, Träger und Verbände sowie Sozialhilfedienste.

Diese vielfältigen Interaktionen mit höchst unterschiedlichen Partnern machen die Anforderungen deutlich, mit denen die Pflegekräfte in der teilstationären Altenhilfe konfrontiert sind. Zum einen kann der intensive Kontakt mit anderen Menschen als Ressource erlebt werden, zum anderen kann er auch Quelle von negativen Belastungen darstellen.

Einen Kernaspekt von Interaktionsarbeit stellt die Emotionsarbeit dar. Dabei handelt es sich um ein von Hochschild (1979) begründetes Konzept, bei dem es darum geht, die eigenen empfundenen Gefühle mit den gezeigten und den erwünschten Gefühlen in Einklang zu bringen (emotionale Konsonanz). Solche erwünschten Gefühle werden meist – direkt oder indirekt – durch so genannte Gefühlsregeln vorgegeben. Die-

se können auf beruflicher, organisationaler und individueller Ebene liegen. Ergebnisse einer Untersuchung von Büssing, Giesenbauer, Glaser und Höge (2003) zeigen, dass in der stationären Altenhilfe Gefühlsregeln durch das Pflegeheim (organisatorische Ebene) bzw. die Altenhilfe als Beruf wenig vorgegeben sind. Es sind eher eigene, von der Pflegekraft ausgehende Regeln, wie er/sie Gefühle ausdrücken *sollte*.

Die emotionale Arbeit wird als multidimensionales Konstrukt (Zapf, 2002) mit fünf verschiedenen Aspekten beschrieben, die im Folgenden kurz erläutert werden.

Die Häufigkeit, mit der bestimmte Emotionen von der Pflegekraft gezeigt werden, ist die wohl am meisten untersuchte Komponente von Emotionsarbeit. Die Annahme besteht darin, dass sehr häufiges Zeigen von Gefühlen die Mitarbeitenden überfordert und damit zu Distanzierung und Erschöpfung führt (Hochschild, 1979).

Morris und Feldman (1996) schlagen als weitere Facette die Aufmerksamkeit („attentiveness“) vor, mit der bestimmte Gefühls- und Ausdrucksregeln befolgt werden müssen. Dieser Punkt wird in der vorliegenden Studie nicht näher untersucht, da normative Vorgaben in der Altenhilfe kaum eine Rolle zu spielen scheinen (vgl. Studie von Büssing et al., 2003).

Einen weiteren Aspekt stellt die Dauer der Interaktion dar: Je länger eine Interaktion anhält, desto anstrengender ist die emotionale Arbeit. Die Gründe sehen Morris und Feldman (1996) zum einen darin, dass die Interaktionen dann weniger routiniert ablaufen können (z. B. dreiminütige Begrüßung am Morgen vs. einstündigen Mittagsgespräch). Zum anderen wird argumentiert, dass die Mitarbeitenden (hier: Pflegekräfte) in einer länger anhaltenden Interaktion stärker eingebunden sind und dadurch stärkere persönliche Gefühle auftreten. Diese gilt es mit wahrscheinlich größerer Anstrengung (als bei kurz dauernden) zu kontrollieren. In Zusammenhang damit steht den Autoren zu Folge die Intensität emotionaler Darstellung, d. h. wie stark ein Gefühl gezeigt werden muss.

Eine weitere Facette betrifft die Vielfalt von gezeigten Emotionen (ebd.): Je größer die Verschiedenheit von Gefühlen, die gezeigt werden sollen, desto mehr Emotionsarbeit muss geleistet werden.

Neben den Beschreibungen, wann es mehr oder weniger zu Emotionsarbeit kommt, beschäftigen sich andere Autoren (z. B. Hochschild, 1979, Brotheridge & Lee, 2003) mit der Frage, wie Mitarbeitende genau diese Arbeit leisten.

Emotionale Konsonanz zu erzeugen ist oftmals nicht ohne Hindernisse möglich. Stimmt beispielsweise das erwünschte und das gezeigte Gefühl nicht mit dem empfundenen Gefühl überein, führt dies zu einem Zustand der emotionalen Dissonanz, der einen engen Zusammenhang mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen aufweist.

Bezüglich des Umgangs mit solchen emotionalen Dissonanzen werden von Hochschild zwei Strategien identifiziert: Beim Oberflächenhandeln (surface acting) wird der Gefühls-Ausdruck reguliert, d. h. dem Gegenüber (hier: Tagesgast) wird etwas „vorgespielt“. Das Oberflächenhandeln wird Studien zu Folge als eher ungünstige Emotionsarbeitsstrategie diskutiert, weil sie in hohem Maß positiv mit emotionaler Erschöpfung korreliert.

Beim Tiefenhandeln (deep acting) hingegen, geht es um die Regulierung des Gefühls-Erlebens, d. h. die Pflegekraft bemüht sich das Gefühl, das sie zeigen soll, tatsächlich zu empfinden. Diese Strategie wird als eher günstig i. S. einer gesundheitsförderlichen Emotionsarbeitsweise diskutiert.

Inwiefern emotional und interaktiv gearbeitet werden kann, hängt nicht zuletzt vom Interaktionsspielraum ab. Die Studie von Büssing et al. (2003) hat gezeigt, dass sich Handlungsspielräume in der Interaktion günstig auf die Bewältigung von Arbeitsan-

forderungen und -belastungen auswirken. Die Spielräume in der Interaktion beziehen sich dabei vor allem auf die Selbstbestimmung in Bezug auf den Beginn, die Dauer und den Ablauf der einzelnen Interaktionen, sowie auf die Einflussmöglichkeiten bei der Auswahl von Interaktionspartnern und das Maß und die Art des emotionalen Einsatzes in diesen Interaktionen (ebd.). Der Interaktionsspielraum kann bei hoher Ausprägung als Ressource betrachtet werden, um die spezifischen Anforderungen und Belastungen in Interaktionen adäquat bewältigen zu können.

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus der Studie zur Interaktionsthematik vorgestellt.

2.2.2.1 Methodik

Interaktionsarbeit:

Zur Erfassung von Interaktionsarbeit in der teilstationären Altenhilfe wurden Angaben zur durchschnittlichen Kontaktdauer mit Gästen bzw. Angehörigen gemacht sowie dazu, welchen Anteil (in Prozent) der täglichen Arbeitszeit der direkte Kontakt mit Gästen bzw. Angehörigen umfasst. Diese Informationen sollen Aufschluss darüber geben, welche Rolle Interaktionen bei der Tätigkeit spielen. Eine hohe Interaktionsdauer und -häufigkeit geht mit einem höheren Grad an emotionaler Arbeit einher.

Zur Erfassung des Interaktionsspielraums wurde aus Gründen der Vergleichbarkeit mit bereits durchgeführten Studien in anderen Pflegebereichen, ein Instrument von Büssing et al. (2003) eingesetzt. Die Skala umfasst acht Items (z. B. „Ich kann selbst bestimmen, ob ich ein Gespräch mit einem Gast führe.“) und das Antwortformat ist fünfstufig (1=„nein gar nicht“; 5=„ja genau“).

Emotionsarbeit:

Nach dem Konzept der Emotionsarbeit von Hochschild (1979) führt häufiges Zeigen von Emotionen zur Überforderung und damit zu negativen Folgen für die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden. Daher soll erfasst werden, wie häufig Mitarbeitende bestimmte Gefühle bei der Arbeit mit den Gästen empfinden. Mit dem Instrument von Büssing et al. (2003) werden nicht nur reine Häufigkeiten erfasst, sondern auch verschiedene Gefühlen differenziert.

In der Skala werden drei positive Gefühle (i. S. von eher sozial erwünschten Gefühlen, z. B. Sympathie, Freude) und vier negative Gefühle (i. S. von eher sozial unerwünschten Gefühlen, z. B. Ärger, Ekel) auf einer fünfstufigen Antwortskala (1=„nie“; 5=„eher oft“) in Bezug auf ihre Häufigkeit während der Arbeit erfasst.

Emotionale Arbeit wurde mit dem Fragebogen zur Analyse der Konstellationen von emotionaler Arbeit (FAEA) erhoben (vgl. Büssing & Glaser, 1999; Büssing et al., 2003). Die hier eingesetzte Form des FAEA umfasst drei verschiedene Skalen, die unterschiedliche Konstellationen der emotionalen Konsonanz, der emotionalen Dissonanz sowie Strategien des Umgangs mit emotionaler Dissonanz beinhalten. Das Antwortformat der Items ist fünfstufig (1=„nein gar nicht“; 5=„ja genau“).

2.2.2.2 Ergebnisse

Interaktionsarbeit:

In Abbildung 2.21 ist die durchschnittliche Interaktionsdauer mit den Gästen dargestellt. Demnach sind nur ca. 6 % der Interaktionen kürzer als fünf Minuten. Weitere etwa 24 % der Kontakte dauern zwischen sechs und 15 Minuten. Knapp 20 % der Interaktionen umfassen 15-30 Minuten und knapp die Hälfte der Kontakte mit den

Gästen dauert länger als 30 Minuten. Das Ergebnis spiegelt zum einen den Befund wider, dass Mitarbeitende in der teilstationären Altenhilfe v. a. für die soziale Betreuung mit hohem Interaktionsanteil zuständig sind, zum anderen die Aussage einer Pflegekraft, dass sie „dafür da sind, um für die Gäste Zeit zu haben.“

Der von den Befragten geschätzte Gesamtanteil der Arbeit im direkten Kontakt mit Gästen beträgt 71,6 % (N=280, SD=20,9, Min: 5 %, Max: 100 %).

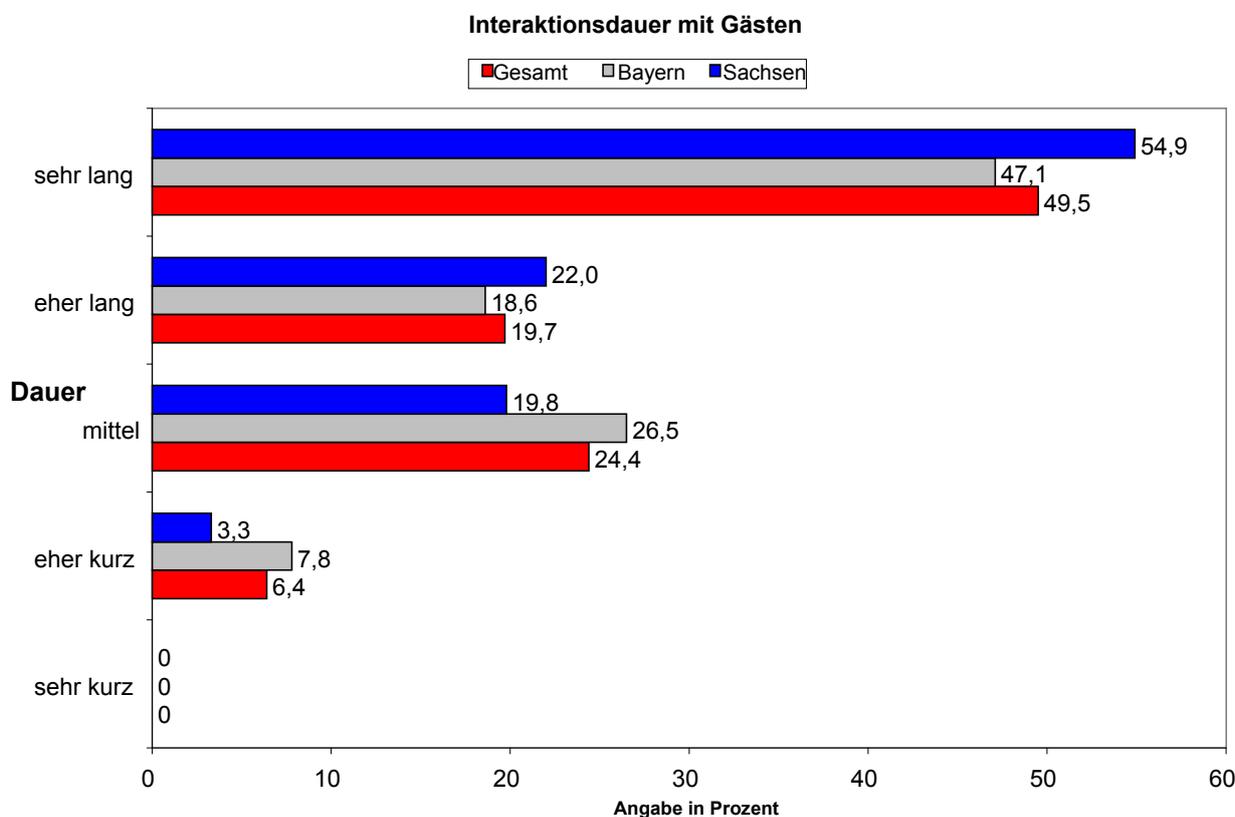


Abb. 2.21 Durchschnittliche Interaktionsdauer mit den Gästen der Tagespflege

Auch im Vergleich zwischen den Bundesländern spiegelt sich das Ergebnis wider. In Sachsen allerdings sind die langen und sehr langen Interaktionen etwas häufiger als in Bayern. Im Gegensatz dazu kommen die eher kurzen und mittellangen Kontakte in Bayern öfter vor. Interaktionen die kürzer als eine Minute dauern, kommen in beiden Bundesländern nicht vor.

Bei der Zusammenarbeit mit den Angehörigen zeigt sich ein differentes Bild (s. Abb. 2.22): hier dauern ca. 40 % der Interaktionen bis fünf Minuten. Die meisten Kontakte sind fünf bis 15 Minuten lang, nur ein geringer Prozentsatz (knapp 10 %) dauert länger als 15 Minuten. Der von den Befragten geschätzte Gesamtanteil der Arbeit im direkten Kontakt mit Angehörigen beträgt 12,1 % (N=273, SD=12,1, Min: 0 %, Max: 80 %). Diese Zahlen sind für die Interaktion mit den Angehörigen durchaus nachvollziehbar – es besteht häufig kurzer Kontakt, um Absprachen zu treffen. Aus den Beobachtungsinterviews ging hervor, dass die Zusammenarbeit und der gegenseitige Informationsaustausch zwischen Einrichtungen und Angehörigen regelmäßig am Tag stattfindet.

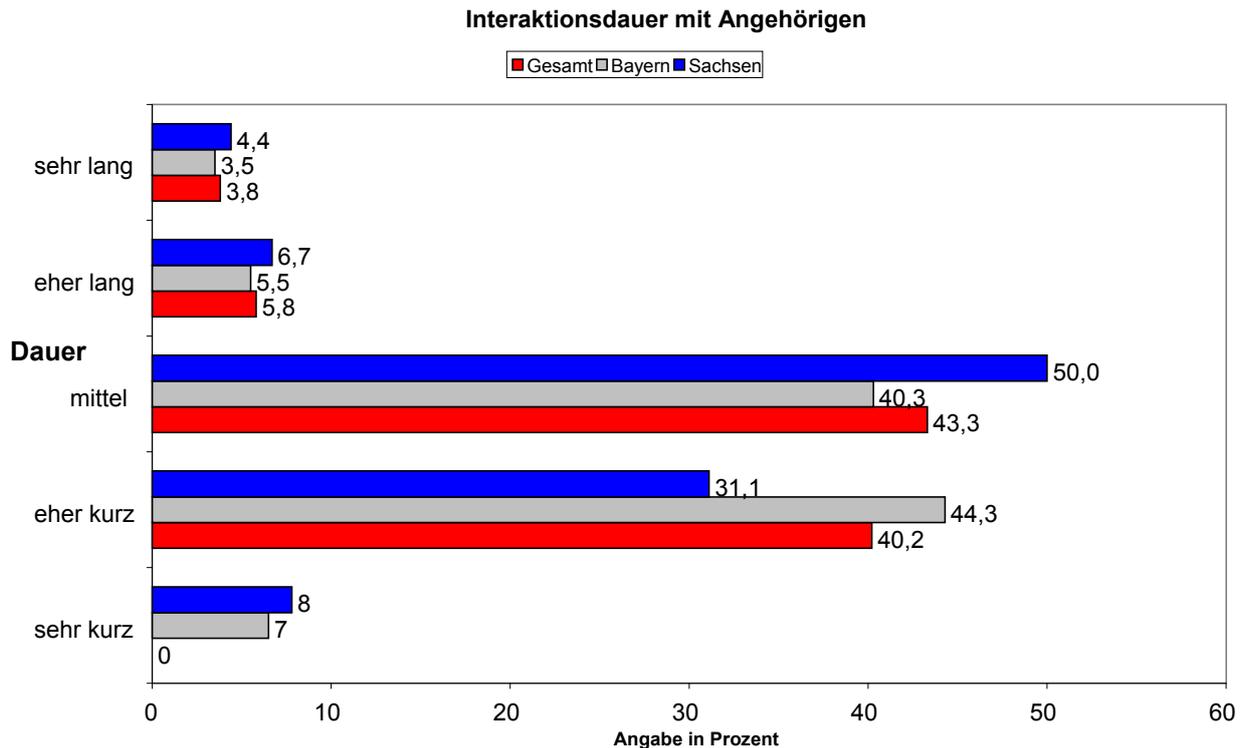


Abb. 2.22 Durchschnittliche Interaktionsdauer mit den Angehörigen der Tagespflege

In Bezug auf die Kontaktdauer mit Angehörigen unterscheiden sich Sachsen und Bayern. Tendenziell verbringen Pflegekräfte teilstationärer Altenhilfen in Sachsen mehr Zeit mit Angehörigen. Besonders auffällig ist dieser Unterschied bei Kontakten zwischen sechs und 15 Minuten. Weitaus häufiger als in Sachsen sind in Bayern kurze Interaktionen zwischen einer und fünf Minuten.

In Zusammenhang mit einer hohen Interaktionsdauer spielen entsprechende Spielräume eine große Rolle, d. h. die Freiheit der Pflegekraft, flexibel mit Kontakten umzugehen. In der untersuchten Stichprobe (N=295) liegt der Mittelwert bei 4,2 (SD=0,6), d. h. die Befragten gaben an, eher selbst bestimmen zu können, ob, wann und wie lange sie mit den Gästen ein Gespräch führen. Der errechnete Mittelwert steht für einen eher hohen Interaktionsspielraum in der teilstationären Altenhilfe. Keine signifikanten Unterschiede gibt es zwischen den Ländern (Bayern MW=4,2, SD=0,6; Sachsen MW=4,1; SD=0,6; F=0,74, p=0,39).

Emotionsarbeit:

Wie aus Tabelle 2.21 hervorgeht, zeigen die Pflegekräfte (gesamt) in der teilstationären Altenhilfe eher oft „positive“ Gefühle wie Sympathie, Freude und Mitgefühl (MW=4,8; SD=0,4). Negative Gefühle wie Antipathie, Ekel, Ärger und Angst hingegen werden eher selten gezeigt (MW=2,6; SD=0,7).

Betrachtet man in diesem Zusammenhang die emotionale Konsonanz, so zeigt sich, dass die empfundenen, gewünschten und gezeigten positiven Gefühle der Befragten recht gut in Einklang stehen (MW=4,3; SD=0,6). Wenn es um das Empfinden und Zeigen negativer Emotionen geht, besteht eher keine Konsonanz (MW=1,8; SD=0,6).

Entsprechend umgekehrt verhält es sich mit dem Erleben von emotionaler Dissonanz positiver bzw. negativer Gefühle, wenn es um das „Vorspielen“ solcher Gefühle geht (Strategie des Oberflächenhandelns, auch „surface acting“). Wie dargestellt, stehen die positiven Emotionen der Befragten eher in Einklang, entsprechend niedrig ist die emotionale Dissonanz (MW=1,7; SD=0,7) und das Verhalten, Gästen z. B. Sympathie nur vorzuspielen.

Tab. 2.21 Emotionsarbeit bei Pflegekräften in der teilstationären Altenhilfe

	Gesamt (N=307)		Bayern (N=216)		Sachsen (N=91)		ANOVA	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	F	p
Zeigen positiver Gefühle (Häufigkeit)	4,8	0,4	4,8	3,7	4,8	0,3	0,48	0,49
Zeigen negativer Gefühle (Häufigkeit)	2,6	0,7	2,5	0,7	2,7	0,7	3,07	0,08
Emotionale Konsonanz (positive Gefühle)	4,3	0,6	4,2	0,6	4,3	0,5	2,29	0,13
Emotionale Konsonanz (negative Gefühle)	1,8	0,6	1,7	0,6	2,0	0,5	9,42	0,00**
Emotionale Dissonanz – SA – positive Gefühle	1,7	0,7	1,7	0,7	1,8	0,7	2,72	0,10
Emotionale Dissonanz – SA – negative Gefühle	3,8	0,8	3,8	0,9	3,6	0,7	3,02	0,08
Emotionale Dissonanz – DA – positive Gefühle	3,6	1,1	3,6	1,1	3,7	0,9	0,57	0,45
Emotionale Dissonanz – DA – negative Gefühle	3,8	1,0	3,8	1,0	3,7	0,9	1,11	0,29

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Wertebereich der Skalen: 1 = nein gar nicht; 5 = ja, genau

Gleichzeitig werden negative Gefühle eher weniger in Einklang mit den eigenen, gezeigten und erwünschten Emotionen empfunden, was ein erhöhtes Niveau an emotionaler Dissonanz und ein stärker ausgeprägtes Verhalten, Gefühle wie Ärger und Antipathie zu verbergen, zur Folge hat (MW=3,8, SD=0,8).

Die Strategie des Tiefenhandelns (auch „deep acting“), also dem Versuch, authentische erwünschte Gefühle zu erleben, wird in der untersuchten Gesamtstichprobe angewendet. Dabei ist das Bemühen, negative Gefühle gegenüber den Gästen nicht zu empfinden, etwas höher ausgeprägt (MW=3,8, SD=1,0) als positive Gefühle tatsächlich zu erleben (MW=3,6; SD=1,1).

Des Weiteren sind in der Tabelle 2.21 die Resultate im Vergleich zwischen Sachsen und Bayern (Mittelwertvergleich mittels ANOVA) dargestellt. Es ist ersichtlich dass – bis auf eine Ausnahme – keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Ländern bezüglich Häufigkeit, emotionaler Konsonanz und emotionaler Dissonanz bestehen. Die einzige Differenz besteht im emotionalen Konsonanzerleben negativer Gefühle. Die bayerischen Pflegekräfte erleben tendenziell weniger Einklang in Bezug auf negative Gefühle gegenüber den Gästen als die Befragten in Sachsen.

Schnittstellen:

Eine Besonderheit von Einrichtungen der teilstationären Altenhilfe ist, dass sie zahlreiche Schnittstellen und Kooperationen mit verschiedenen Institutionen eingehen müssen, um die unterschiedlichen Bedürfnisse der älteren Tagesgäste zu erfüllen. Solche Schnittstellen sind vielfach erkennbar. Betrachtet man die Anbindungsformen (s. Kap. 2.2.2), so wird deutlich, dass über 69 % der Tagespflegen in Kooperation mit stationären oder ambulanten Einrichtungen stehen. Es besteht ein enger Kontakt mit Ärzten, anderen Pflegefachkräften und Therapeuten.

Aus den Daten der Beobachtungsinterviews geht darüber hinaus hervor, dass zahlreiche Schnittstellen auch mit externen Dienstleistern, wie beispielsweise Friseuren, Podologen, Physio- und Logotherapeuten bestehen.

2.2.3 Gesundheit der Mitarbeiter in der teilstationären Altenhilfe

2.2.3.1 Methoden

Die an der schriftlichen Befragung beteiligten 307 Mitarbeiter von Tagesstätten in Bayern und Sachsen wurden gebeten, neben der Arbeitssituation auch ihre eigene Gesundheit im Hinblick auf psychische und körperliche Beschwerden zu beurteilen. Zudem sollten Angaben zu ihrem persönlichen Gesundheitsverhalten (u. a. Rauchen, Alkoholkonsum), zu Krankzeiten, Arztbesuchen und Kündigungsabsichten gemacht werden. Alle Angaben waren freiwillig und selbst berichtet.

Zur Diagnose der Gesundheit der Mitarbeiter wurden darüber hinaus zwei etablierte Instrumente eingesetzt: Die Skala Irritation (früher: Gereiztheit/Belastetheit) beschäftigt sich mit wiederkehrenden Erschöpfungs- und Ärgerzuständen, die in alltäglichen Arbeitspausen nicht mehr abgebaut werden können (Mohr, 1991). Psychische Ressourcen wie etwa Konzentration, Aufmerksamkeit oder Ausgeglichenheit, die notwendig zur erfolgreichen Bewältigung von Arbeitsaufgaben sind, können im Zustand der Irritation nicht mehr angemessen regeneriert werden. Dies kann zur Folge haben, dass vorwiegend passive Freizeitaktivitäten praktiziert werden, die wenig „psychische Kraft“ verlangen. Eine aktive Auseinandersetzung mit neuen Themen und Menschen in der Freizeit wird hingegen vermieden, weshalb wichtige Regenerationsquellen ungenutzt bleiben. Nähere Informationen zu den theoretischen Grundlagen und zur Konstruktion der Skala finden sich bei Mohr, Müller und Rigotti (2005). Die Skala umfasst acht Items, die auf einer siebenstufigen Ratingskala (1=„trifft überhaupt nicht zu“; 7=„trifft fast völlig zu“) zu beurteilen sind. Drei Items messen kognitive Irritation, d. h. die Unfähigkeit von der Arbeit geistig abzuschalten, während fünf Items emotionale Irritation diagnostizieren, d. h. ärgerlich-gereizte Zustände gegenüber anderen Menschen.

Der körperliche und psychische Gesundheitsstatus der Mitarbeiter wurde mit dem SF-12-Fragebogen von Bullinger und Kirchberger (1999) erfasst. Hierbei handelt es sich um eine Kurzform der deutschen Fassung des „Medical Outcome Study 36 Item Short-Form Health Survey“ (MOS-SF-36) von Ware und Sherbourne (1992). Für epidemiologische Studien im Bereich der Public-Health-Forschung in den USA entwickelt, hat sich der SF-12 inzwischen auch im deutschsprachigen Raum als Standardinstrument zur Analyse der funktionalen psychophysischen Gesundheit etabliert. Es werden zwei Summenscores zur körperlichen und psychischen Gesundheit jeweils auf regressionsanalytischer Grundlage aus den 12 Items gebildet (Antwortformat 0=schlechteste Gesundheit ... 100=beste Gesundheit).

2.2.3.2 Ergebnisse

Das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten in den Tagesstätten lässt sich wie folgt kennzeichnen (Ländervergleich jeweils in Klammern): 28,8 % der Mitarbeiter rauchen (Bayern: 29,1 %, Sachsen: 27,9 %). 48,6 % trinken Alkohol (Bayern: 45,6 %, Sachsen: 55,7 %). Das Krankheitsgeschehen lässt sich mit durchschnittlich 2,7 Krankheitstagen im letzten Quartal (Bayern: 2,9, Sachsen: 2,3) und rund einem Arztbesuch pro Mitarbeiter im selben Zeitraum (Bayern: 1,0, Sachsen: 0,8) beschreiben. 74,3 % der Mitarbeiter (Bayern: 71,3 %, Sachsen: 80,5 %) berichten über keine Kranktage, zwei Personen geben 90 bzw. 60 Kranktage an (Langzeitkrankheiten, beide in Bayern).

60,2 % der befragten Mitarbeiter (Bayern: 60,9 %, Sachsen: 58,6 %) haben nie über eine Kündigung der jetzigen Arbeitsstelle nachgedacht, 52,2 % der Befragten (Bayern: 53,1 %, Sachsen: 50,0 %) nie darüber, den Beruf zu verlassen. 6,8 % der Mitarbeiter (Bayern: 7,7 %, Sachsen: 4,5 %) denken durchaus öfter darüber nach, die Stelle zu wechseln, 8,6 % (Bayern: 10,1 %, Sachsen: 4,7 %) erwägen öfters den Beruf zu verlassen.

In Tabelle 2.22 sind die Ergebnisse der Indikatoren von psychischer und körperlicher Gesundheit der Mitarbeiter dargestellt. Während emotionale Irritation (Gereiztheit) wenig bis kaum auftritt (MW=2.46), zeigt sich kognitive Irritation (Nicht abschalten können) deutlich mehr, aber immer noch knapp unter dem Skalenmittel MW=4,0) der Zustimmungsskala. Diesbezüglich streuen die Werte auch stärker (SD=1.60).

Tab. 2.22 Psychophysische Gesundheit in der teilstationären Altenhilfe (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)

Psychophysische Gesundheit	Items	MW	SD	α
Irritation: kognitiv	3	3.59	1.60	.89
Irritation: emotional	5	2.46	1.13	.87
SF-12: Psychische Gesundheit	*	49.73	8.84	*
SF-12: Körperliche Gesundheit	*	49.83	7.32	*

* Spezielle Transformation der 12 Itemrohre zu standardisierten Summenscores; Itemanzahl, Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD) und Reliabilität (Crobachs α); Wertebereich Irritation [1 bis 7], SF-12 [0 bis 100].

Anhand des SF-12-Fragebogen lassen sich durch Selbsteinschätzung zwei Summenscores zur körperlichen und psychischen Gesundheit berechnen. Die Werte lassen sich in Beziehung zu den repräsentativen Normwerten für die deutsche Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr setzen (N=2914; Bullinger & Kirchberger, 1998). Der Normwert der deutschen Repräsentativstichprobe lag (zum Zeitpunkt der Normierung) für „körperliche Gesundheit“ bei 49.03 (SD=9.35) und für „psychische Gesundheit“ bei 52.24 (SD=8.41). Die vorliegenden Ergebnisse der befragten Mitarbeiter in den Tagesstätten weisen – daran gemessen – keine bedeutsamen Differenzen auf; alle Unterschiede liegen innerhalb einer Standardabweichung. Die Beschäftigten ver-

fügen demnach über eine durchschnittlich gute körperliche und psychische Gesundheit.

Im Ländervergleich (s. Tab. 2.23) finden sich Unterschiede bezüglich der Irritation. Die Mitarbeiter in den sächsischen Tagesstätten berichten über ein signifikant höheres Maß an kognitiver Irritation (MW=3.91), d. h. sie können deutlich weniger abschalten als ihre Kollegen in Bayern (MW=3.43). Der ebenfalls erkennbare Unterschied an emotionaler Irritation (Gereiztheit) verfehlt knapp die Signifikanzschwelle. Die kognitive Irritation als Frühindikator einer möglichen gesundheitlichen Fehlentwicklung sollte insbesondere bei den sächsischen Tagesstätten im Blickfeld bleiben.

Tab. 2.23 Psychophysische Gesundheit in der teilstationären Altenhilfe – Ländervergleich (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)

Psychophysische Gesundheit	gesamt (N=307)	Bayern (N=216)	Sachsen (N=91)	F	p
Irritation: kognitiv	3.59	3.43	3.91	-2.46	.014
Irritation: emotional	2.46	2.38	2.62	-1.89	.058
SF-12: Psychische Gesundheit	49.73	49.35	50.63	-0.38	.70
SF-12: Körperliche Gesundheit	49.83	49.42	50.81	-0.35	.73

Wertebereich der Skalen: Irritation [1;7]; SF-12 [0;100]; Mittelwertvergleich (U-Test) mit Z-Statistik und p-Wert.

2.2.4 Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und Gesundheit

Nachdem in den vorigen Abschnitten die Ergebnisse zur Arbeitssituation in den Tagesstätten und zur psychophysischen Gesundheit der Mitarbeiter beschrieben wurden, sollen hier nun Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit vorgestellt werden. In der Tabelle 2.24 sind die Zusammenhänge zwischen allen untersuchten Arbeitsstressoren und den vier Indikatoren zur psycho-physischen Gesundheit der Mitarbeiter dargestellt (Spearman-Rangkorrelation).

Die Ergebnisse zeigen, dass alle Zusammenhänge durchweg hoch signifikant ($p < .01$) in der erwarteten Richtung ausfallen. So geht eine Zunahme von Arbeitsstressoren durchgängig mit verstärkter Irritation einher, während die psychische und körperliche Gesundheit (gemessen mit SF-12, positiv ausgerichtet) erwartungsgemäß im negativen Zusammenhang zu Arbeitsstressoren stehen. Diese Befunde können als ein exemplarischer Validitätsbeleg für die stressorenbezogenen Verfahrensbereiche 4, 5 und 6 des Screening TAA – Teilstationäre Altenhilfe gewertet werden. Darüber hinaus zeigen die Befunde, dass ein weiterer Abbau von Arbeitsstressoren durch Maßnahmen der Arbeitsgestaltung, die Gesundheit der Mitarbeiter begünstigen könnte.

Tab. 2.24 Arbeitsbedingungen und psychophysische Gesundheit in der teilstationären Altenhilfe (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)

Formen von Arbeitsstressoren	IR-K	IR-E	PG	KG
Organisationale Stressoren	.31	.38	-.36	-.18
Soziale Stressoren: intern	.23	.27	-.27	-.19
Soziale Stressoren: extern	.20	.28	-.26	-.17
Gastbezogene Stressoren	.26	.22	-.22	-.22
Zeitliche Überforderung	.38	.36	-.40	-.30
Widersprüchliche Aufträge	.37	.40	-.41	-.30
Informationsdefizite	.30	.44	-.37	-.22
Arbeitsunterbrechungen	.31	.30	-.29	-.30
Qualitätseinbußen	.35	.42	-.42	-.22
Zusatzaufwand	.36	.37	-.29	-.22
Arbeitsumgebung	.25	.27	-.25	-.19
Heben, Tragen, Lagern	.18	.23	-.16	-.32
Verletzungs-/Erkrankungsrisiken	.22	.42	-.19	-.21

IR-K: Irritation – kognitiv; IR-E: Irritation – emotional; PG: Psychische Gesundheit; KG: Körperliche Gesundheit; alle Korrelationskoeffizienten (Spearman Rangkorrelation) sind hoch signifikant ($p \leq .01$).

Die Zusammenhänge zwischen den arbeitsbezogenen Ressourcen und den Indikatoren der Mitarbeitergesundheit sind in Tabelle 2.25 dargestellt. Alle signifikanten Korrelationskoeffizienten weisen in die erwartete Richtung und liefern einen Beleg für die Validität der Verfahrensbereiche 2 und 3 des Screening TAA – Teilstationäre Altenhilfe. Die arbeitsbezogenen Ressourcen in den Tagesstätten hängen mehr mit der emotionalen Irritation und der psychischen Gesundheit zusammen als mit kognitiver Irritation und körperlicher Gesundheit. Eine Ausnahme hiervon bilden personelle Ressourcen, die sich etwas positiver in der körperlichen als in der psychischen Gesundheit (gemessen mit SF-12) niederschlagen. Transparenz der pflegerischen Aufgaben, Vorgesetztenfeedback, räumliche und materielle Ressourcen zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zur körperlichen Gesundheit. Auffallend ist auch, dass die Partizipationschancen, als gemeinschaftliche Einflussmöglichkeiten der Mitarbeiter auf tätigkeitsübergreifende Bedingungen der Arbeit, in den Tagesstätten keinerlei Zusammenhänge zu den Gesundheitsindikatoren aufweisen. Kognitive Irritation geht zudem nur mit einzelnen Ressourcen (zeitliche Transparenz, Vorgesetztenfeedback und personelle Ressourcen) einher. Insgesamt zeigt sich aber das salutogene Potenzial der meisten hier untersuchten arbeitsbezogenen Ressourcen.

Von den psychischen Anforderungen wird kein direkter Zusammenhang zu den hier erfassten Gesundheitsindikatoren erwartet. Für eine Validierung der Lernförderlichkeit in der Arbeit in Tagesstätten müssten geeignete Maße zur Einschätzung der Kompetenzentwicklung herangezogen werden. Aus erhebungswirtschaftlichen Grün-

den konnten solche Fragestellungen in den gemeinsamen Studien in Bayern und Sachsen nicht berücksichtigt werden.

Tab. 2.25 Arbeitsbezogene Ressourcen und psychophysische Gesundheit in der teilstationären Altenhilfe (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)

Arbeitsbezogene Ressourcen	IR-K	IR-E	PG	KG
Transparenz pflegerischer Aufgaben	-.11	-.22**	.21**	.04
Zeitliche Transparenz	-.15**	-.16**	.25**	.14*
Vorgesetztenfeedback	-.21**	-.24**	.25**	.09
Tätigkeitsspielraum	-.08	-.17**	.24**	.16**
Partizipationschancen	.01	-.03	.04	.06
Personelle Ressourcen	-.20**	-.23**	.22**	.26**
Räumliche Ressourcen	-.08	-.08	.19**	.10
Materielle Ressourcen	-.11	-.13*	.19**	.04

IR-K: Irritation – kognitiv; IR-E: Irritation – emotional; PG: Psychische Gesundheit; KG: Körperliche Gesundheit; * gekennzeichnete Korrelationskoeffizienten sind signifikant ($p \leq .05$) bzw. ** hoch signifikant ($p \leq .01$).

2.2.5 Zusammenhänge zwischen Interaktion und Gesundheit

Nachdem im Kapitel 2.2.2 die Ergebnisse zur Interaktions- und Emotionsarbeit dargestellt wurden, sollen diese im folgenden Abschnitt in Zusammenhang mit psychophysischen Gesundheitsfaktoren gebracht werden.

2.2.5.1 Methoden

Folgende Aspekte psychischer Gesundheit wurden herangezogen:

- kognitive und emotionale Irritation (Mohr, Müller und Rigotti, 2005).
- psychischer Gesundheitszustand (SF-12, Bullinger & Kirchberger, 1999).

Ausführlich wurden diese Indikatoren bereits in Kapitel 2.2.3 dargestellt. Die Auswertung und Beschreibung erfolgt exemplarisch an der Teilstichprobe Bayern (N=216).

2.2.5.2 Ergebnisse

Zunächst werden die Zusammenhänge zwischen Merkmalen emotionaler Arbeit (Dauer der Kontakte mit den Gästen und Häufigkeit gezeigter Emotionen) und den genannten psychischen Gesundheitsfaktoren beschrieben (vgl. Tab. 2.26).

Tab. 2.26 Zusammenhänge zwischen Merkmalen emotionaler Arbeit und psychischen Gesundheitsfaktoren

	IR-K	IR-E	PG	KG
Dauer der Kontakte mit Gästen	-.12**	-.20**	.24**	.24**
Dauer der Kontakte mit Angehörigen	.04	-.02	.01	.10
Häufigkeit gezeigter positiver Gefühle	.14*	.01	.00	.10
Häufigkeit gezeigter negativer Gefühle	.20**	.34**	-.21**	-.30**

IR-K: Irritation – kognitiv; IR-E: Irritation – emotional; PG: Psychische Gesundheit; KG: Körperliche Gesundheit; alle mit * gekennzeichneten Korrelationskoeffizienten (Spearman Rangkorrelation) sind signifikant ($p \leq .05$), alle mit ** gekennzeichneten Korrelationskoeffizienten sind hoch signifikant ($p \leq .01$)

Wie oben bereits angeführt, gaben die Befragten aus Bayern an, dass knapp die Hälfte aller Kontakte (47,2 %) mit den Tagesgästen mehr als 30 Minuten dauern. Der Gesamtanteil der Arbeit im direkten Kontakt mit Gästen beträgt 72,7 %. Diese relativ langen Interaktionen mit den Gästen werden von den Mitarbeitenden als eher förderlich bezüglich psychischer Gesundheit erlebt: Je länger die Kontakte andauern, desto weniger emotional und kognitiv irritiert fühlen sich die Pflegekräfte. Auch in Bezug auf die psychische und körperliche Gesundheit (gemessen mit dem SF-12) wirkt sich eine längere Interaktionsdauer positiv aus. Die Interaktionsdauer mit den Angehörigen weist hingegen keine Zusammenhänge mit den untersuchten psychophysischen Gesundheitsfaktoren auf, was vermutlich an der kurzen Dauer liegt (s. Kap. 2.2.2).

In Bezug auf die Häufigkeit dargestellter Gefühle ist erkennbar, dass das vermehrte Zeigen von positiven Gefühlen wie Sympathie und Freude das Erleben kognitiver Irritation begünstigt. Vor allem aber das häufige Zeigen negativer Gefühle (z. B. Angst, Ärger) fördert Irritation (kognitiv und emotional) und verringert das psychische und körperliche Wohlbefinden.

Darüber hinaus ergaben die Berechnungen, dass die Dauer der Kontakte mit den Gästen signifikant negativ mit dem Zeigen negativer Emotionen zusammenhängt ($-.174^*$). Das bedeutet, je länger der Kontakt zwischen Pflegekräften und den Gästen dauert, desto seltener zeigen sie Gefühle wie Ärger, Ekel usw. mit all den berichteten negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.

Wie genau mit den eigenen (häufig auftretenden) positiven bzw. (selten auftretenden) negativen Gefühlen umgegangen wird, spielt eine zentrale Rolle in der Forschung zur Emotionsarbeit. In Kapitel 2.2.2 wurden die Strategien „surface“- und „deep acting“ (Oberflächen- und Tiefenhandeln) beschrieben, die im Folgenden auf ihre Gesundheitsförderlichkeit hin analysiert werden sollen.

Weniger als Strategie, vielmehr als „Idealzustand“, ist die emotionale Konsonanz zu verstehen. Aus Tabelle 2.27 ist ersichtlich, dass ein authentisches Zeigen negativer Emotionen signifikant negativ mit psychischer Gesundheit zusammenhängt.

Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die Tatsache, eine negative Situation (die dann wiederum eine negative Emotion hervorruft) zu erleben, die psychische Gesundheit der Pflegekraft reduziert.

Emotionale Konsonanz bezüglich positiver Gefühle weist hingegen keine Zusammenhänge mit den untersuchten Indikatoren auf.

Tab. 2.27 Zusammenhänge zwischen Strategien emotionaler Arbeit und psychophysischen Gesundheitsfaktoren

	IR-K	IR-E	PG	KG
Emotionale Konsonanz (pos. Gefühle)	.01	-.07	.11	.11
Emotionale Konsonanz (neg. Gefühle)	-.11	.08	-.14*	.06
Surface acting (pos. Gefühle)	-.05	.18*	-.10	.01
Surface acting (neg. Gefühle)	.12	-.32	.15*	-.05
Deep acting (pos. Gefühle)	.01	-.08	.09	-.01
Deep acting (neg. Gefühle)	-.03	-.13	.02	.15*

IR-K: Irritation – kognitiv; IR-E: Irritation – emotional; PG: Psychische Gesundheit; KG: Körperliche Gesundheit; alle mit * gekennzeichneten Korrelationskoeffizienten (Spearman Rangkorrelation) sind signifikant ($p \leq .05$)

Das „Vorspielen“ (surface acting) z. B. von Freude und Sympathie steht in der vorliegenden Studie in positiver Beziehung zu emotionaler Irritation. Das „Verbergen“ z. B. von Ekel und Ärger weist einen signifikant positiven Zusammenhang mit dem psychischen Gesundheitsstatus (gemessen mit dem SF 12) auf.

Möglicherweise sieht es die Pflegekraft als Teil ihrer Arbeit und im Rahmen guter Pflegequalität, sich den Gästen gegenüber freundlich zu verhalten. Das erfolgreiche Verbergen negativer Emotionen und dem damit verbesserten Gefühl der Pflegekraft, entsprechend den Erwartungen von Gästen, Angehörigen und Träger zu handeln, scheint positiv mit dem psychischen Gesundheitszustand zusammenzuhängen.

Darüber hinaus besteht eine positive Beziehung zwischen dem Versuch, die Gefühle wirklich zu empfinden und der körperlichen Gesundheit.

Die Strategie des Tiefenhandelns positiver Gefühle (also das Bemühen solche Gefühle wirklich zu empfinden) weist in der untersuchten Stichprobe keine Zusammenhänge mit den untersuchten Gesundheitsfaktoren auf.

In Kapitel 2.2.2 wurde weiterhin dargestellt, dass sich der Interaktionsspielraum günstig auf die Bewältigung von Anforderungen und Belastungen bei den Kontakten mit den Tagesgästen auswirken kann. Aus Tabelle 2.28 ist ersichtlich, dass der Interaktionsspielraum sehr signifikante negative Zusammenhänge mit dem kognitiven und emotionalen Irritationserleben aufweist. Ein hoher Spielraum scheint sowohl günstig für gedankliches Abschalten nach der Arbeit wie auch lindernd bezüglich emotionaler Anspannung und Ärger zu sein. Die signifikant positiven Korrelationen zwischen Interaktionsspielraum und dem psychischen und körperlichen Gesundheitszustand, legen weiterhin nahe, dass sich ein hoher Spielraum insgesamt gesundheitsförderlich auswirkt.

Tab. 2.28 Korrelationen zwischen Interaktionsspielraum und psychischen Gesundheitsfaktoren

	IR-K	IR-E	PG	KG
Interaktionsspielraum	-.19	-.36	.24	.34

IR-K: Irritation – kognitiv; IR-E: Irritation – emotional; PG: Psychische Gesundheit; KG: Körperliche Gesundheit; alle Korrelationskoeffizienten (Spearman Rangkorrelation) sind hoch signifikant ($p \leq .01$)

2.2.6 Exkurs: Dienstleistungsqualität

Im folgenden Abschnitt geht es darum, die Qualität der Dienstleistung aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und zu bewerten: die Sicht der Pflegekräfte, der Gäste und der Angehörigen. Letztere spielen in der Altentagespflege eine wichtige Rolle, denn die Angehörigen sind nicht nur nächste Bezugspersonen der Gäste in der Tagespflege, sondern auch für die Pflegeeinrichtung selbst. Der Besuch eines Gastes in der Tagespflege dient vor allem dazu, die Angehörigen zu entlasten, die außerhalb der Betreuungszeiten Pflege zu Hause leisten.

Im Rahmen dieser Studie hat die Qualitätsbetrachtung auf Grund der kleinen Stichprobe eher exemplarischen Charakter. Eine Generalisierung der Ergebnisse ist nicht zulässig.

2.2.6.1 Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus insgesamt 13 Personen einer Tagespflegeeinrichtung eines frei-gemeinnützigen Trägers in Bayern. Die vier befragten Gäste (drei Frauen, ein Mann) sind im Durchschnitt 84,8 Jahre alt ($SD=6,4$; Min: 78; Max: 93) und alle privat versichert.

Bei den vier Angehörigen handelt es sich um die jeweiligen Ehepartner bzw. Kinder der Gäste.

Zudem wurden fünf Pflegekräfte der Einrichtung schriftlich befragt.

2.2.6.2 Methodik

Zur Erfassung und Bewertung der Dienstleistungsqualität aus verschiedenen Perspektiven wurde das Münchener Instrument zur Patientenbefragung (MIP; Büssing & Glaser, 2003) eingesetzt. Dabei handelt es sich um ein Verfahren, welches die Beurteilung der Qualitätsmerkmale „Ganzheitliche Pflege“, „Organisationsstrukturen und -abläufe in der Tagespflegeeinrichtung“, „Rolle des Gastes in der Einrichtung“ und „Allgemeine Servicequalität“ aus verschiedenen Perspektiven (Gäste, Pflegekräfte und Angehörige) erlaubt. Das Instrument wurde ursprünglich für die Krankenpflege entwickelt. Im Rahmen von Untersuchungen in anderen Bereichen der Pflege, wurde es bereits adaptiert und eingesetzt (vgl. Glaser, Lampert & Weigl, 2008). Für die vorliegende Untersuchung wurde das Instrument auf den Kontext von Tagesstätten angepasst. In der eingesetzten Fassung besteht das MIP aus 39 Item mit einem fünfstufigen Antwortformat (1 = „nein gar nicht“; 5 = „ja genau“).

Das Verfahren zeichnet sich besonders dadurch aus, dass es für die drei beteiligten Gruppen (Gäste, Pflegekräfte und Angehörige) gleichermaßen verwendbar ist, d. h.,

den jeweiligen Personengruppen werden jeweils inhaltlich gleiche Fragen zur Beurteilung vorgegeben.

2.2.6.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Beurteilungen der drei befragten Gruppen (Gäste, Pflegekräfte und Angehörige) dargestellt. Eine hohe Dienstleistungsqualität und Bewohnerorientierung ist dann realisiert, wenn sowohl die Erbringer der Dienstleistung (die Pflegekräfte) als auch die Dienstleistungsempfänger (Gäste bzw. indirekt deren Angehörige) die Behandlung und Versorgung als ganzheitlich und an den Bedürfnissen der Gäste orientiert einschätzen. Die Beurteilung der drei Gruppen sollte ein homogenes Bild zeigen. Unterschiede in den Bewertungen weisen auf Divergenzen in der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität hin. Die Auswertung erfolgt, auf Grund der geringen Stichprobengröße deskriptiv anhand der Mittelwerte der vier Skalen. Die folgende Tabelle 2.29 gibt die Ergebnisse der Befragung wider.

Tab. 2.29 Beurteilung von Dienstleistungsfacetten (MIP) im Perspektivenvergleich

	Ganzheitliche Pflege		Organisationsstrukturen und -abläufe		Rolle des Gastes		Allgemeine Servicequalität	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Gast	4,47	0,39	4,45	1,10	3,54	0,34	4,36	3,56
Angehörige	3,84	0,27	3,85	1,33	3,05	0,31	4,38	0,31
Pflegekraft	3,91	0,06	4,40	0,66	3,01	0,22	4,11	0,12

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung

- Qualitätsbereich „Ganzheitliche Pflege“

Dieser Bereich umfasst u. a. folgende Aspekte: klar geregelte Zuständigkeit von Pflegekräften für den Gast, zeitlicher Umfang der Zuwendung zum Gast, Information des Gastes, Kommunikation mit dem Gast, Möglichkeiten einer individuellen Gestaltung der Pflege und des Aufenthalts für den Gast, aktivierende Unterstützung des Gastes bei der Pflege und der allgemeinen Lebensführung.

Alle drei befragten Gruppen geben an, dass ganzheitliche Pflege eher geleistet wird, wobei die Gäste selbst diesen Aspekt etwas positiver beurteilen als deren Angehörige und die Pflegekräfte.

- Qualitätsbereich „Organisationsstrukturen und -abläufe“

In diesem Bereich geht es um die Einführung des Gastes in die Abläufe der Tagespflege allgemein sowie der täglichen Pflege; die kontinuierliche Information über Pflegemaßnahmen sowie der frühzeitige Einbezug bei gastbezogenen Pflegemaßnahmen. Diese Aspekte werden zusammengefasst von den Befragten als zutreffend eingeschätzt, wobei die Angehörigen tendenziell etwas verhaltener urteilen als die Gäste und Pflegekräfte.

- Qualitätsbereich „Rolle des Gastes“

Diese Skala umfasst Aussagen, inwiefern Raum für eine individuelle Lebens- und Tagesgestaltung in der Einrichtung gewahrt und die Privatsphäre der Gäste akzeptiert wird. Angehörige und Pflegekräfte beurteilen diese Aspekte eher durchschnitt-

lich. Etwas positiver hingegen schätzen die Gäste selbst ihre Rolle in der Einrichtung ein.

- Qualitätsbereich „Allgemeine Servicequalität“

In diesem Bereich werden die so genannten „Hotelaspekte“ der Unterbringung in der Tagespflege erfasst, beispielsweise die Sauberkeit, das Essen, die Umgebung sowie die Freundlichkeit im gegenseitigen Umgang. Gäste und Angehörige beurteilen die allgemeine Servicequalität relativ positiv, Pflegekräfte schätzen diesen Aspekt im Vergleich etwas weniger positiv ein.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse in den Bereichen ganzheitliche Pflege, Organisationsstrukturen und -abläufe und allgemeine Servicequalität eine hohe Dienstleistungsqualität in der untersuchten Tagespflege. Am wenigsten zufrieden stellend wird von den drei Gruppen die Rolle des Gastes beurteilt. In allen vier Bereichen bewerten die Gäste die Qualitätsaspekte genauso gut bzw. besser als ihre Angehörigen und Pflegekräfte. Dies spiegelt sich auch in der allgemeinen Einschätzung zum Aufenthalt in der Tagespflege wider: alle Gäste beurteilen diesen mit gut bis sehr gut.

In Abbildung 2.23 sind die Ergebnisse grafisch veranschaulicht.

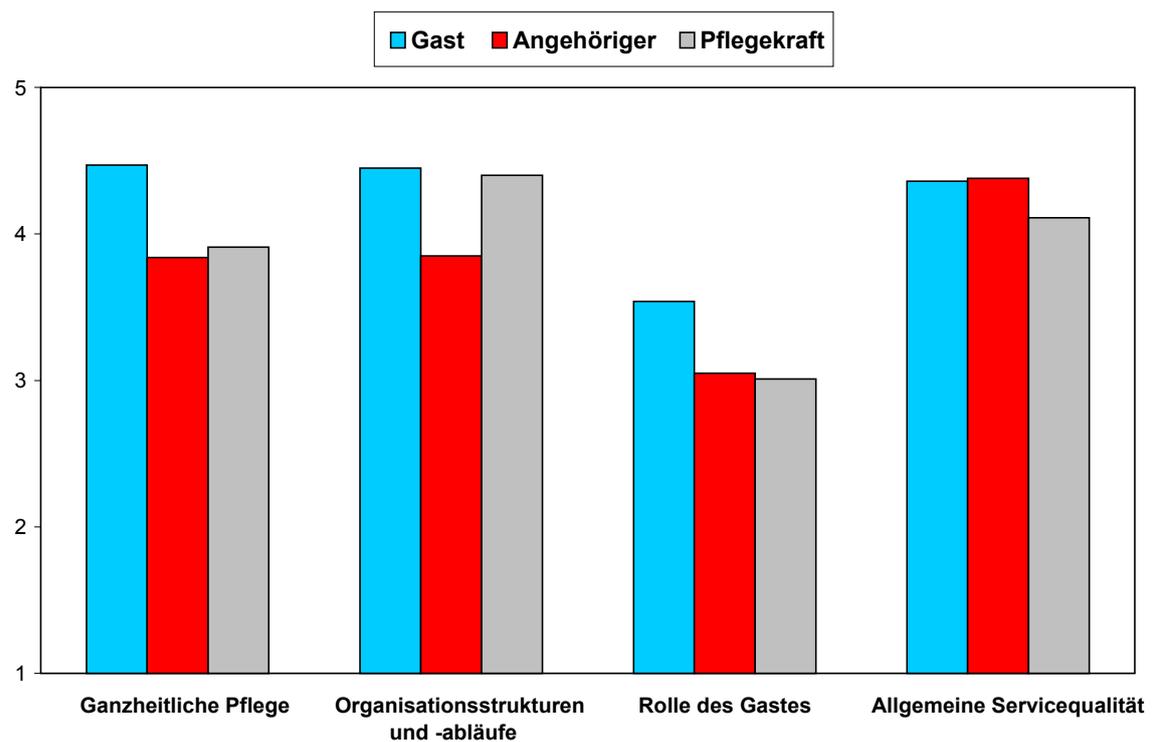


Abb. 2.23 Beurteilung von Dienstleistungsfacetten (MIP) im Perspektivenvergleich

3 Teilstationäre psychiatrische Pflege

„Die Tagesklinik stellt eine teilstationäre klinische Einrichtung zur Behandlung und Rehabilitation nicht (mehr) vollstationär behandlungsbedürftiger Kranker dar. Unter versorgungspolitischen (Gemeindenähe), therapeutischen (Sozialintegration) und Kostengesichtspunkten stellen Tageskliniken eine wichtige Ergänzung zur vollstationären Versorgung und ein sinnvolles Bindeglied zu den anderen Bausteinen in der gemeindenah organisierten Versorgungskette dar.“ (Erster sächsischer Landespsychiatrieplan, 1993, S. 20)

Tageskliniken arbeiten an der Schnittstelle zwischen ambulantem, komplementärem (außerklinischem) und vollstationärem Bereich (Eikermann & Reker, 1993). Entsprechend der vom Gesetzgeber vorgegebenen Orientierung „ambulant vor teilstationär vor vollstationär“ (§ 39 Abs. 1 SGB V) stellen sie eine Form der Versorgung dar, welche für Patienten in Frage kommt, bei denen eine stationäre Behandlung nicht (mehr) indiziert ist, ambulante Möglichkeiten der Versorgung allerdings nicht ausreichen (Beine, Küthmann & Engfer, 2007).

Die Aufgaben einer psychiatrischen Tagesklinik sind laut Gesetz die Heilung psychischer Erkrankungen, die psychische und soziale Stabilisierung, die Wiedereingliederung und die Krisenbewältigung (Psychiatrie-Personalverordnung [Psych-PV], 1990). Ursprünglich waren Tageskliniken als Übergangseinrichtungen nach einer vollstationären Behandlung konzipiert. Hier wurden vor allem Patienten mit schizophrenen Psychosen behandelt (Beine et al., 2007). Heute kommt Tageskliniken zunehmend die Aufgabe zu, bei einer Vielzahl verschiedener psychischer Störungen eine gemeinde-integrierte Akutbehandlung im Sinne einer Alternative zur vollstationären Behandlung durchzuführen (Diebels, Tschuschke, Benz, Günther & Schmitz, 2004; Kallert, Schützwohl & Matthes, 2003).

Wie kam es zu dieser Verschiebung des Aufgabenspektrums? Bereits in den 1970er Jahren hatte man die Vorteile einer gemeinde-integrierten Versorgung erkannt. Diese sind beispielsweise eine Betreuung und Integration der Patienten in ihrem vertrauten Umfeld, eine geringere Stigmatisierung, aber auch geringere Kosten für das Gesundheitssystem (Zwemer, 2003). Entsprechend erklärte der Bericht über die Lage der Psychiatrie in Deutschland (Psychiatrie-Enquête, Deutscher Bundestag, 1975), welcher heute als Ausgangspunkt der deutschen Psychiatriereform gesehen wird, die Gemeindenähe zum expliziten Ziel der Umgestaltung des deutschen psychiatrischen Versorgungssystems. Mit der Reform sollte eine Verbesserung der Behandlungssituation der Patienten und eine Kostensenkung im Gesundheitswesen erreicht werden (Zwemer, 2003).

Bei der Umsetzung der Psychiatriereform begann man zunächst, die stationäre Behandlung aus den großen Fachkrankenhäusern in die Gemeinden zu verlegen. Damit einher ging ein bis 2003 (in den neuen Bundesländern teilweise noch länger) andauernder Rückgang psychiatrischer Fachkrankenhäuser und der zunehmende Aufbau der in Allgemeinkrankenhäusern integrierten psychiatrischen Fachabteilungen. Zusätzlich wurden Institutsambulanzen, sozialpsychiatrische Dienste und Versorgungsangebote im komplementären Bereich (z. B. Tagesstätten, Rehabilitationseinrichtungen) ausgebaut. Vor allem aber kam es zum Aufbau von immer mehr Tageskliniken, denn dort lässt sich die erwünschte gemeinde-integrierte Akutversorgung optimal umsetzen (Zwemer, 2003). Die zeitweise Betreuung der Patienten in den Tageskliniken (meist an fünf Tagen die Woche für eine limitierte Zahl von Stunden) er-

laubt eine intensive Therapie bei gleichzeitigem Verbleib in der gewohnten Umgebung. Eine solche Behandlung schneidet weniger tief ins Alltagsleben Betroffener und Angehöriger ein und vermeidet auch einen Großteil der mit vollständiger Hospitalisierung einhergehenden Sekundärschäden. Dies erreicht sie, indem der Verlust von Kontakten, Orientierung und Eigenverantwortung vermieden wird (Krüger, Reumschüssel-Wienert, Görgen, Hartmann & Schlanstedt, 2002). Verantwortlichkeit und Autonomie der Patienten werden trotz der gebotenen Sicherheit und Struktur gefördert (Eikermann & Reker, 1993). Die tagesklinische Behandlung erlaubt zudem eine umfassendere und detailliertere Abklärung der Probleme und Ressourcen der Patienten in ihrem Lebenskontext (Zwemer, 2003) und ermöglicht es, bereits während der Behandlung nicht-therapeutische Ressourcen zu nutzen (Krüger et al., 2002). Auch Übergänge aus jeglichen vorausgehenden Behandlungssituationen gestalten sich „weicher“ und flexibler (Eikermann & Reker, 1993).

Diese Vorteile sowie die in der Psychiatrie-Enquête formulierte Empfehlung zur Erweiterung tagesklinischer Kapazitäten (Deutscher Bundestag, 1975) führten dazu, dass sich die Tageskliniken, welche in Deutschland schon seit den 1960iger Jahren vereinzelt existierten (Eikermann, 2004a), ab Ende der 1970iger Jahre – mit fortschreitender Umsetzung der Psychiatriereform – zunehmend gegen anfängliche Bedenken und Widerstände durchsetzten (Reker, 2004a). Es kam generell, das heißt sowohl in Fachkliniken als auch in den neu entstandenen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser, zu einem Abbau vollstationärer psychiatrischer Klinikbetten (Eikermann, 2004a; Junghan, 2004), welche durch teilstationäre Tagesklinikplätze ersetzt wurden (Bramesfeld, 2003; GMK, 2007; Walter, 2003). Bereits 1995 verfügte beinahe jedes psychiatrische Krankenhaus über eine Tagesklinik. Im Zuge zunehmender Spezialisierung kam es 1998 zu einer Differenzierung in allgemeinspsychiatrische, Sucht- und gerontopsychiatrische Tageskliniken, Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für Psychosomatik (Eikermann, 2004a). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Tageskliniken heute einen festen Bestandteil des deutschen psychiatrischen Versorgungssystems darstellen und aus diesem nicht mehr wegzudenken sind, auch wenn der Schwerpunkt der Versorgung mit 62 % immer noch bei den Fachkliniken liegt. Dies zeigen auch die aktuellsten Zahlen zu den teilstationären psychiatrischen Kapazitäten, auf die im nächsten Abschnitt näher eingegangen werden soll.

Insgesamt lässt sich sagen, dass sich die Behandlung in allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken sowohl in der Praxis als auch in wissenschaftlichen Studien als effizient und effektiv erwiesen hat (Beine et al., 2007). Als alternative Behandlungsform zur Vollhospitalisierung wird sie von den Patienten gerne angenommen (Hogg & Brooks, 1990; Simpson et al., 1989; beide zitiert nach Eikermann & Reker, 1993) und zahlreiche Studien zeigten, dass Patienten mit unterschiedlichsten Krankheitsbildern und in den unterschiedlichen Situationen – selbst schwer und langfristig Erkrankte – erfolgreich ohne eine Vollhospitalisierung behandelbar sind (Eikermann & Reker, 1993; Gerlinghoff et al., 1997; zitiert nach Eikermann, 2004a; Schützwohl, Koch & Kallert, 2007).

Studien, welche die tagesklinische Behandlung mit anderen Therapieformen verglichen, kamen zu folgenden Ergebnissen: Bei nur leichter erkrankten Menschen bringt die tagesklinische Behandlung keinen zusätzlichen Vorteil gegenüber ambulanter Therapie (Beine et al., 2007; Eikermann, 2004a). Als Akutbehandlung erwies sie sich der vollstationären Behandlung (bei einem für die tagesklinische Behandlung geeigneten Patienten Klientel) hinsichtlich zahlreicher Outcome-Kriterien als ebenbürtig.

Dies gilt beispielsweise für die Verbesserung psychopathologischer Symptomatik, das soziale Funktionsniveau, die subjektive Lebensqualität und die Belastung von Angehörigen und Betreuenden – und zwar nicht nur bis zum Zeitpunkt der Entlassung, sondern auch noch mehrere Monate danach. Eine Zusammenfassung bisheriger Befunde bieten Kallert und Schützwohl (2004). Sie kommen in einer eigenen Untersuchung zu ähnlichen Ergebnissen (Schützwohl et al., 2007). Für weitere Outcome-Kriterien konnte sogar eine Überlegenheit der tagesklinischen Behandlung nachgewiesen werden. So sind Patienten und ihre Familienmitglieder bei tagesklinischer Behandlung eindeutig zufriedener (Hsu et al., 1983; zitiert nach Eikelmann & Reker, 1993; Kallert & Schützwohl, 2004). Außerdem helfen Tageskliniken, trotz der signifikant längeren Behandlungsdauer, Kosten zu sparen (Kallert et al., 2005; Kallert & Schützwohl, 2004; Schützwohl et al., 2007).

Damit können also Tageskliniken, die früher eher der langfristigen Rehabilitation, maximal noch der Verkürzung von stationären Aufenthalten dienen, inzwischen als geeignete Alternative zur vollstationären Behandlung psychischer Störungen betrachtet werden (Beine et al., 2007).

3.1 Strukturen teilstationärer psychiatrischer Pflege

3.1.1 Stichprobe

Die Pflegedienstleitungen vier bayerischer und 21 sächsischer Kliniken wurden zunächst postalisch über das Forschungsvorhaben informiert. Anschließend fand eine telefonische Akquise statt. Insgesamt konnten 33 psychiatrische Tageskliniken (in Bayern sieben, in Sachsen 26) in die Analyse einbezogen werden. Alle Tageskliniken waren an ein Krankenhaus angegliedert, wobei im Mittel einem Krankenhaus zwei psychiatrische Tageskliniken zugeordnet werden konnten.

Die Einrichtungen sind in der Tabelle 3.1 hinsichtlich ihres Fachgebiets, der Plätze und der Anzahl der Pflegenden charakterisiert. Auf Grund der Anonymisierung der Einrichtungen werden im Folgenden nur Nummerierungen verwendet, wobei die römischen Ziffern für die Dresdner Einrichtungen stehen, in denen neben Befragungen zusätzlich Arbeitsstudien durchgeführt wurden.

20 der untersuchten psychiatrischen Tageskliniken (64,5 %) gehörten zum Fachgebiet der ‚Allgemeinen Psychiatrie‘, 3 Tageskliniken (9,7 %) zum Fachgebiet ‚Psychosomatik‘ und 8 Tageskliniken (25,8 %) zum Fachgebiet ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie‘. Die Tageskliniken wiesen zum Untersuchungszeitpunkt im Mittel 16,5 Plätze (SD=5,5) auf. Außerdem waren in jeder Tagesklinik durchschnittlich 3,5 Pflegende (SD=1,6) beschäftigt.

Tab. 3.1 Übersicht über die untersuchten Tageskliniken

Nr.	Bundesland	Krankenhaus	Tagesklinik	Fachgebiet	Plätze	Anzahl der Pflegenden
1	Sachsen	1	1	Allgemeine Psychiatrie	18	3
2	Sachsen	1	2	Allgemeine Psychiatrie	30	5
3	Sachsen	2	3	Allgemeine Psychiatrie	15	2
4	Sachsen	2	4	Kinder- u. Jugendpsychiatrie	10	2
5	Sachsen	2	5	Kinder- u. Jugendpsychiatrie	6	4
6	Sachsen	2	6	Kinder- u. Jugendpsychiatrie	f. A.	6
7	Sachsen	2	7	Psychosomatik	20	7
8	Sachsen	2	8	Allgemeine Psychiatrie	20	4
9	Sachsen	3	9	Allgemeine Psychiatrie	20	3
10	Sachsen	3	10	Psychosomatik	20	4
11	Sachsen	4	11	Kinder- u. Jugendpsychiatrie	10	6
12	Sachsen	4	12	Kinder- u. Jugendpsychiatrie	10	3
13	Sachsen	4	13	Allgemeine Psychiatrie	20	4
14	Sachsen	5	14	Allgemeine Psychiatrie	15	2
15	Sachsen	5	15	Allgemeine Psychiatrie	15	2
16	Sachsen	5	16	Allgemeine Psychiatrie	f. A.	2
17	Sachsen	6	17	Allgemeine Psychiatrie	20	3
18	Sachsen	6	18	Kinder- u. Jugendpsychiatrie	19	5
19	Sachsen	7	19	Allgemeine Psychiatrie	16	2
20	Sachsen	8	20	Allgemeine Psychiatrie	21	2
21	Sachsen	9	21	Allgemeine Psychiatrie	20	2
22	Sachsen	10	22	Allgemeine Psychiatrie	25	3
23	Sachsen	10	23	Kinder- u. Jugendpsychiatrie	5	5
24	Sachsen	10	24	Kinder- u. Jugendpsychiatrie	12	3
25	Sachsen	10	25	Psychosomatik	22	4
26	Sachsen	11	26	Allgemeine Psychiatrie	15	3
27	Bayern	12	27	f. A.	13	2
28	Bayern	12	28	Allgemeine Psychiatrie	18	8
29	Bayern	12	29	Allgemeine Psychiatrie	10	4
30	Bayern	12	30	Allgemeine Psychiatrie	12	3
31	Bayern	12	31	f. A.	13	2
32	Bayern	13	32	Allgemeine Psychiatrie	21	4
33	Bayern	14	33	Allgemeine Psychiatrie	20	3
					Ø	3,5
					SD	1,6

3.1.2 Material und Vorgehen

In 27 Einrichtungen kam die ‚Checkliste zur Erfassung organisatorischer Gegebenheiten in der teilstationären psychiatrischen Pflege‘ (s. Anh. 13) zum Einsatz. Im ersten Teil der Checkliste werden allgemeine Angaben zur Tagesklinik erfragt, die zur Darstellung der Strukturen psychiatrischer Tageskliniken herangezogen werden.

In sechs Dresdner Einrichtungen fanden Beobachtungsinterviews in Form von Ganzschichtbeobachtungen statt. In diesem Rahmen fanden die Erhebung von Strukturdaten und die Ermittlung des Leistungsangebots statt.

3.1.3 Ergebnisse

3.1.3.1 Strukturdaten

Im Folgenden werden die Strukturdaten der 33 psychiatrischen Tageskliniken ausgewertet, die im Rahmen der Befragung erhoben wurden.

Alle untersuchten Tageskliniken sind an ein Krankenhaus angegliedert. 23 (69,7 %) Tageskliniken gehören zu Kliniken mit kommunaler Trägerschaft, sechs (18,2 %) Einrichtungen zu Kliniken mit privater Trägerschaft und vier Tageskliniken (12,1 %) zu einem frei-gemeinnützigen Krankenhaus.

Im Mittel hat jede Tagesklinik 16,5 Plätze (SD=5,5) zur Verfügung, wobei in der allgemeinen Psychiatrie durchschnittlich 18,5 (SD=4,5), in der Psychosomatik 20,7 (SD=1,2) und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 8,8 (SD=2,7) Plätze vorhanden sind. Die Anzahl der Plätze einer psychiatrischen Tagesklinik unterscheidet sich signifikant in Abhängigkeit von ihrem Fachgebiet (H-Test: χ^2 [31] = 12.36; $p < .05$).

Die psychiatrischen Tageskliniken haben eine durchschnittliche Auslastung von 95,6 % (SD=10,7), wobei zwischen den Fachgebieten keine überzufälligen Unterschiede zu finden sind (H-Test: χ^2 [28] = .69; $p > .05$).

Die Anzahl der Pflegenden beträgt je Tagesklinik im Mittel 3,5 (SD=1,6). Jedoch unterscheiden sich die Fachgebiete in der Anzahl der Pflegenden signifikant voneinander (H-Test: χ^2 [31] = 6.18, $p < .05$). In der allgemeinen Psychiatrie sind durchschnittlich 3,3 (SD=1,4) Pflegenden beschäftigt, in der Psychosomatik 5,0 Pflegenden (SD=1,7) und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 3,8 Pflegekräfte (SD=1,5).

Die Anzahl der Pflegenden pro Patient liegt im Mittel bei 5,2 (SD=2,3), wobei auch hier signifikante Unterschiede in Abhängigkeit des vorliegenden Fachgebiets zu finden sind (H-Test: χ^2 [29] = 11,71, $p < .05$). In der allgemeinen Psychiatrie werden im Mittel von einem Pflegenden 6,0 Patienten (SD=2,2) betreut, in der Psychosomatik 4,7 Patienten (SD=1,5) und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2,7 Patienten (SD=1,4).

Die Qualifikationen der Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken gestalten sich dahingehend, dass in 66,7 % der Einrichtungen Personen mit Leitungsfunktion, in 93,5 % der Einrichtungen examinierte Krankenschwestern/-pfleger, in 48,5 % der Einrichtungen Fachkrankenschwestern/-pfleger für Psychiatrie, in 24 % der Einrichtungen Heilerziehungspfleger und in 7,1 % der Einrichtungen Hilfspfleger tätig sind. 39,4 % der Einrichtungen geben an, zusätzliches Personal wie Ergotherapeuten, Kunsttherapeuten, Erzieher, Altenpfleger und Sozialarbeiter zu beschäftigen. Der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Pflegenden beträgt im Mittel 66,6 % (SD=30,5 %).

89,7 % der Pflegenden in den untersuchten psychiatrischen Tageskliniken sind weiblich. Mehr als zwei Drittel der Pflegenden (72,9 %), die in psychiatrischen Tageskliniken arbeiten, sind zwischen 30 und 49 Jahre alt. 5,6 % der Beschäftigten sind zwischen 20 und 29 Jahre alt und 21,5 % zwischen 50 und 59 Jahre alt. Während bei den Frauen der Anteil der 30 bis 39jährigen Pflegenden (39,3 %) am höchsten ist, sind bei den Männern 40 bis 49jährige Pfleger (3,7 %) am häufigsten vertreten (s. Abb. 3.1).

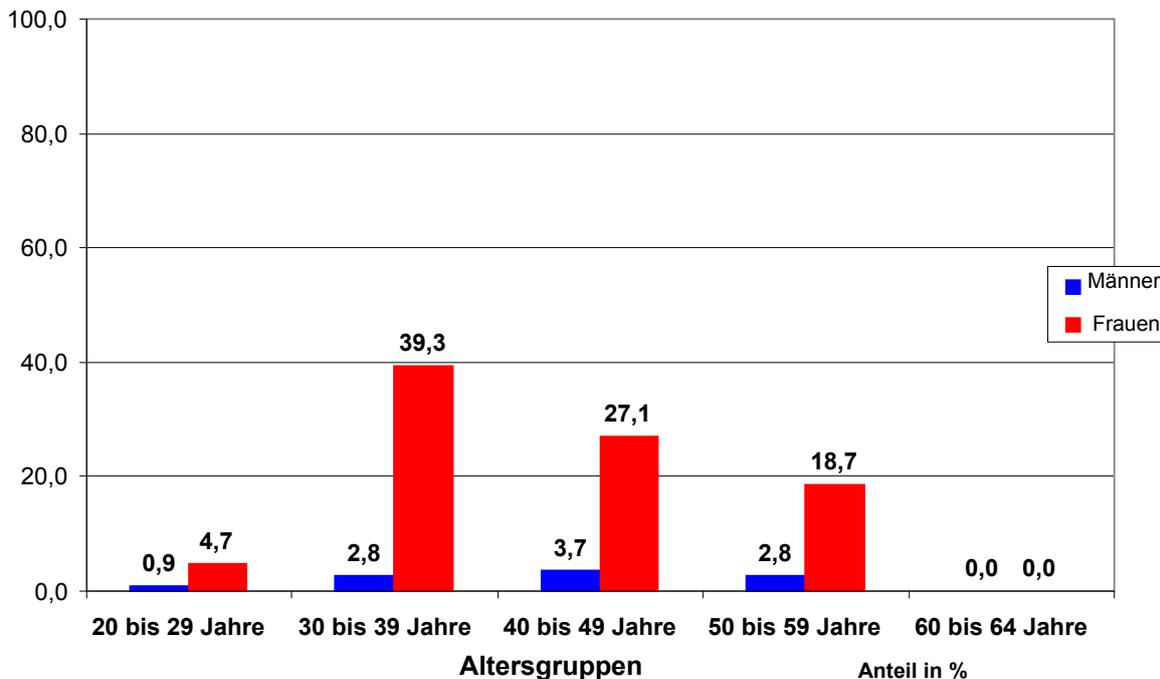


Abb. 3.1 Anteil der Pflegenden in Prozent dargestellt für Männer und Frauen nach Altersgruppen

3.1.3.2 Bestand

Einrichtungen/Plätze:

Für das Jahr 2007 wurde die Zahl allgemeinspsychiatrischer Tageskliniken in Deutschland auf ca. 350 geschätzt (Beine et al., 2007). Hinzu kommen weitere teilstationäre Kapazitäten im Bereich der Sucht- und Gerontopsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychosomatik. Die Mehrzahl psychiatrischer Tageskliniken ist größeren Kliniken oder psychiatrischen Abteilungen angegliedert, nur vereinzelt gibt es vollkommen unabhängige Einrichtungen. Zunehmend versucht man auch, Tageskliniken in Betten führende Stationen zu integrieren, um so leichtere Übergänge zu ermöglichen und gemeinsam Ressourcen zu nutzen. (Eikermann, 2004b). Genauere Zahlen zu den teilstationären Kapazitäten (Tages- und Nachtkliniken) bietet für das Jahr 2005 der Bericht der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur Lage der Psychiatrie (GMK, 2007).

Tabelle 3.2 zeigt die Kapazitäten der stationären psychiatrischen Versorgung in Gesamtdeutschland, aufgegliedert nach Bereichen und nach voll- und teilstationären Plätzen. Der Tabelle ist zu entnehmen, dass in den Fachkrankenhäusern und -abteilungen für Erwachsenenpsychiatrie insgesamt 9.834 teilstationäre und 45.548 vollstationäre Plätze zur Verfügung stehen. Diese verteilen sich auf die Allgemeine,

die Sucht- und die Gerontopsychiatrie. Noch im Jahr 2000 waren nur 8.202 von insgesamt 63.288 Plätzen teilstationär, d. h. es gab von 2000 bis 2005 eine deutliche Reduktion der Betten zugunsten teilstationärer Plätze. Neben den 9.834 Plätzen in der Erwachsenenpsychiatrie stehen weitere 1.923 teilstationäre Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 573 Plätze in der Psychosomatik zur Verfügung.

Tab. 3.2 Betten/Plätze in der stationären Versorgung (Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen) im Jahr 2005 (GMK, 2007)

Bereich	teilstationäre Plätze	vollstationäre Betten	Gesamtsumme
Erwachsenenpsychiatrie (ohne forensische Psychiatrie)			
Allgemeine Psychiatrie	9.099	45.172	54.271
Suchtbehandlung	135	2.555	2.690
Gerontopsychiatrie	600	1.821	2.421
GESAMT	9.834	45.548	59.382
Gesamt im Jahr 2000 (GMK, 2003)	8.202	55.086	63.288
Kinder- und Jugendpsychiatrie			
	1.923	4.941	6.864
Psychosomatik			
	573	5.033	5.606

Zu berücksichtigen ist, dass sich der Anteil teilstationärer Plätze an der Gesamtkapazität in den einzelnen Bundesländern erheblich unterscheidet. In Bayern ist der Anteil mit 7,9 % am niedrigsten, während Bremen (Stadt) mit 26,3 % den höchsten Anteil aufweist. In Sachsen nimmt die teilstationäre psychiatrische Pflege einen Anteil von 21,8 % an der Krankenhausversorgung ein (GMK, 2007; s. Abb. 3.2).

In Bayern gibt es demnach:

- 40 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie und sechs Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern mit insgesamt 518 teilstationären Plätzen (57,0 %),
- 26 Fachkrankenhäuser für Psychosomatik und sechs Fachabteilungen für Psychosomatik an Allgemeinkrankenhäusern mit insgesamt 134 teilstationären Plätzen (14,7 %),
- 14 Fachkrankenhäuser für Kinder- und Jugendpsychiatrie und fünf Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern mit insgesamt 257 teilstationären Plätzen (28,3 %).

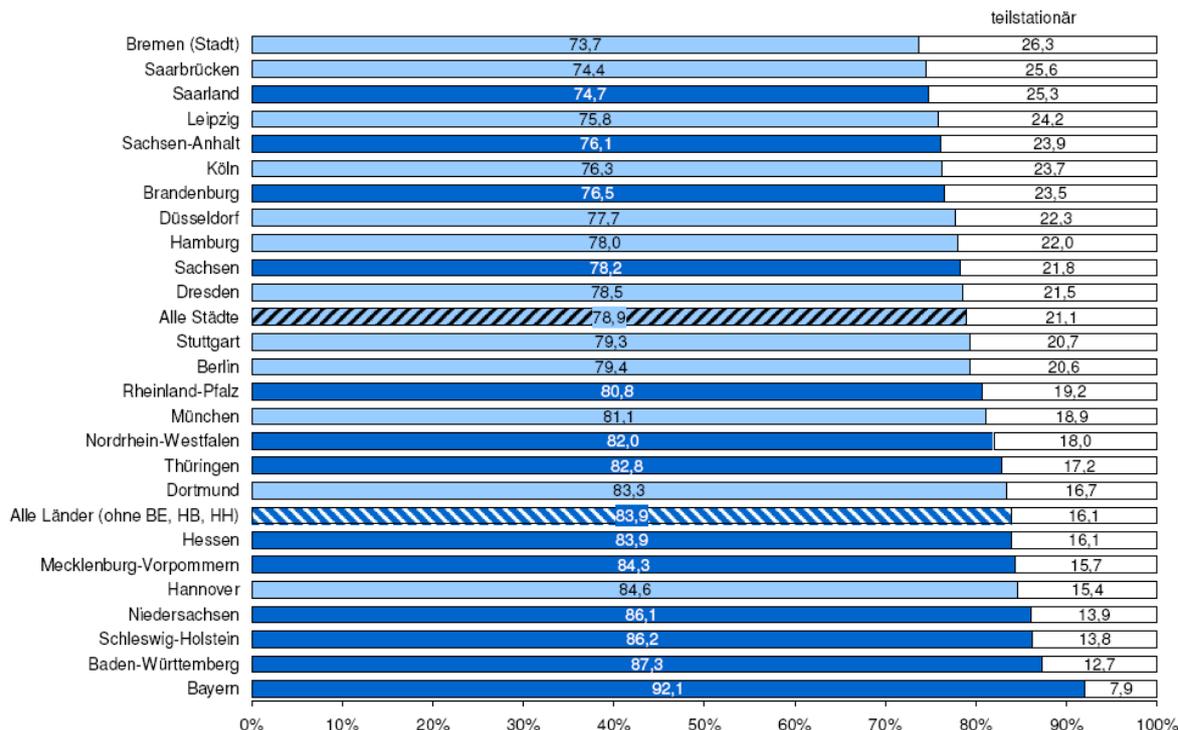


Abb. 3.2 Anteil teilstationärer Plätze an der Krankenhausversorgung (GMK, 2007)

Für Sachsen werden im Bericht der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur Lage der Psychiatrie folgende Strukturen beschrieben:

- neun Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie und 16 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern mit insgesamt 718 teilstationären Plätzen (77,3 %),
- sechs Fachabteilungen für Psychosomatik an Allgemeinkrankenhäusern mit insgesamt 75 teilstationären Plätzen (8,1 %),
- drei Fachkrankenhäuser für Kinder- und Jugendpsychiatrie und fünf Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern mit insgesamt 136 teilstationären Plätzen (14,6 %) (GMK, 2007).

Aktuelleren Befunden zu Folge gibt es im Freistaat Sachsen gegenwärtig 59 psychiatrische Tageskliniken mit 1.034 Plätzen (Staatskanzlei, 2007), wobei sich folgende Verteilung ergibt:

- 18 Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 181 Plätzen (17,5 %),
- 35 Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie mit 748 Plätzen (72,3 %) und
- sechs Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (10,2 %).

Nutzung:

Im Folgenden sollen die Kapazitäten der allgemeinpsychiatrischen Erwachsenenpsychiatrie genauer betrachtet werden. Im Jahr 2005 standen hier 9.099 teilstationäre und 45.172 vollstationäre Plätze zur Verfügung. Damit machten die teilstationären Kapazitäten rund ein Sechstel (16,8 %) der insgesamt in diesem Bereich zur Verfü-

gung stehenden Plätze aus. Es ist jedoch davon auszugehen, dass mit diesen Kapazitäten insgesamt weniger als ein Sechstel der allgemeinpsychiatrisch stationär (also teil- und vollstationär) versorgten Patienten versorgt wird, da die Verweildauer in Tageskliniken länger ist als bei vollstationären Aufenthalten. Für die stationäre psychiatrische Versorgung insgesamt (inklusive Geronto-, Sucht-, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik) wurde geschätzt, dass ca. 10 % aller im Krankenhaus behandelten Patienten teilstationär versorgt werden (Eikelmann & Reker, 2004).

Entwicklung:

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor einer Reihe von Herausforderungen, welche vermuten lassen, dass die teilstationäre Behandlung in Zukunft eine noch größere Rolle spielen wird. Schon heute gehören psychische Erkrankungen weltweit zu den Hauptgründen für langfristige Behinderung (WHO, 2001; WHO, 2006) und ihre Bedeutung wird laut Vorhersagen der Weltbank und der Harvard University zum „Global Burden of Disease“ weiter zunehmen (Murray & Lopez, 1996). In Deutschland litten laut Bundesgesundheitsurvey (Zusatzsurvey „Psychische Störungen“) bereits im Jahr 1998/99 32 % der erwachsenen Deutschen zwischen 18 und 65 Jahren an einer oder mehreren psychischen Störungen nach ICD 10. Nur ein Drittel (36 %) der Betroffenen war deswegen bei ambulanten bzw. stationären psychiatrisch/psychotherapeutischen Diensten oder dem Hausarzt in Behandlung. Der Anteil der Betroffenen, der eine adäquate Therapie erhielt, wurde auf ca. 10 % geschätzt, es besteht also eine gravierende Unterversorgung von Personen mit psychischen Störungen (Wittchen & Jacobi, 2001). Diese betrifft vor allem die Bereiche Suchterkrankungen, somatoforme und affektive Störungen, aber auch Angsterkrankungen. Gleichzeitig hat sich die Zahl der Betroffenen, die medizinische oder psychotherapeutische Hilfe annehmen, in Deutschland seit 1990 etwa verdoppelt. Auch sind Betroffene heute immer früher bereit, sich behandeln zu lassen. Dies ist nicht zuletzt der zunehmenden Verbreitung von Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Allgemeinkrankenhäusern und Tageskliniken zuzuschreiben, welche die Zugangsschwelle zu psychiatrischen Behandlungen senken (Beine et al., 2007).

Der wachsenden Bedeutung psychiatrischer Versorgung steht auf der anderen Seite ein Kostenproblem gegenüber. Eine Analyse der Krankenkassenausgaben für die psychiatrische Versorgung im deutschen Gesundheitswesen hat gezeigt, dass mehr als die Hälfte (58 %) dieser Ausgaben in die Krankenhausbehandlung investiert werden (Melchinger, Machleidt & Rössler, 2003). Dies deutet darauf hin, dass auch für den psychiatrischen Bereich die Akutbehandlung für künftige Kostenminderung besonders bedeutsam ist. Entsprechend konnte beobachtet werden, dass mit zunehmenden ökonomischen Zwängen auch das Interesse an Tageskliniken stieg (Kallert et al., 2004).

Trotz zunehmender Bedeutung psychischer Erkrankungen, steigendem Kostendruck und der Tatsache, dass die tagesklinische Behandlung für 33 bis 40 % aller potenziellen Patienten, die eine akutpsychiatrische Behandlung benötigen, in Frage kommt (Kallert et al., 2003; Kallert & Schützwohl, 2004), werden bisher nur 10 bis 15 % aller psychiatrischen Krankenhauspatienten tagesklinisch behandelt (Eikelmann & Reker, 2004). Es spricht also einiges für den Aus- und Umbau der psychiatrischen Versorgungslandschaft und die Bereitstellung einer größeren Anzahl akutpsychiatrischer Tagesklinikplätze (Schützwohl et al., 2007). Die aktuell verfügbaren Kapazitäten sind noch nicht an diesen Forschungsergebnissen orientiert. Man schätzt, dass gegenüber dem derzeitigen Ausbaustand eine Verdoppelung der Kapazität möglich ist. Eine solche ist auch in den Landespsychiatrieplänen vorgesehen (Kallert et al., 2003)

und wird von Kostenträgern und Politikern unter ökonomischer Perspektive zunehmend gefordert. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass gesundheitspolitische und fachliche Intentionen einen weiteren Ausbau von tagesklinischen Kapazitäten erwarten lassen (Kallert, Schützwohl & Matthes, 2002).

3.1.3.3 Leistungsangebot

Das Leistungsangebot psychiatrischer Tageskliniken wurde im Rahmen von Arbeitsstudien in sechs Einrichtungen erhoben.

Diagnostisches Angebot:

Standardmäßig wird bei jedem neuen Patienten Blut abgenommen, der Blutdruck gemessen und der Urin untersucht. Zusätzlich erfolgt eine ärztliche körperliche Untersuchung zur Aufnahme des physiologischen Status der Person. Bei Bedarf werden Folgeuntersuchungen (z. B. EEG, EKG, Röntgen, MRT, CT) eingeleitet, um körperliche Ursachen für die Störungen auszuschließen bzw. Symptome erklären zu können. Um das psychische Befinden neuer Patienten zu erfassen, werden Anamnesegespräche seitens der Therapeuten durchgeführt. Weiter werden die Patienten aufgefordert Fragebögen bzgl. entsprechender Störungen auszufüllen. Während des weiteren Aufenthalts der Patienten, wird in der Regel bei jedem Patienten ein Mal wöchentlich der Blutdruck gemessen. Der Urin wie auch das Blut werden in Abhängigkeit vom Störungsbild untersucht. In der Psychosomatik kommt außerdem bei Patienten mit Alkoholmissbrauch ein täglicher Alkoholtest zur Anwendung.

Eine Ausnahme bildet die Familientagesklinik: Hier wird ein Mal in drei Wochen der Blutdruck gemessen. Andere somatische diagnostische Untersuchungen finden in aller Regel nicht statt.

Therapeutisches Angebot:

Das therapeutische Angebot ist in allen untersuchten Tageskliniken ähnlich. So wird in jeder Einrichtung, bis auf die Familientagesklinik, Pharmakotherapie angeboten. Auch Psychotherapie und Fertigkeitentrainings (Skill-Gruppen, soziale Kompetenztrainings, Selbstsicherheitstrainings) sind Standard. Des Weiteren wird meist Ergotherapie angeboten. Wird dies nicht angeboten, erhält der Patient bei Bedarf die Möglichkeit an der Kunsttherapie teilzunehmen. Auch Entspannungsübungen, wie die Progressive Muskelrelaxation, Konzentrierte Entspannung, Autogenes Training oder Yoga, gehören in der Regel zum Therapieprogramm.

Außerdem werden teilweise angeboten: Imagination, Musik-, Bewegungs-/Körper- und Gestaltungstherapie, Sport (Nordic Walking, Schwimmen, Fitnesstraining, Tanz, Reiten) und Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Kochen/Backen).

Zum Angebot der familien- und der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik gehört zudem der Besuch der Klinikschule, sodass die Kinder und Jugendlichen zum einen der Schulpflicht nachkommen können und zum anderen der Wiedereinstieg in die Heimatschule leichter fällt.

Die Breite der Angebotspalette hängt vor allem auch davon ab, wie groß das angeschlossene Krankenhaus ist. Dementsprechend können Patienten in Tageskliniken, die in ein großes Krankenhaus integriert sind, ein breiteres Angebot in Anspruch nehmen.

3.1.3.4 Beteiligte Berufsgruppen

In jeder der untersuchten psychiatrischen Tageskliniken existieren interdisziplinäre Teams. Dabei lassen sich zwei Gruppen unterscheiden, direkt an der Pflege beteiligte Personen und Personen ohne Pflegekontakt.

Direkt an der Pflege beteiligte Personen:

In jeder Tagesklinik ist mindestens ein/e Krankenpfleger/-schwester beschäftigt. In nur zwei der sechs untersuchten Einrichtungen war je eine Fachkrankenschwester tätig. In der Familientagesklinik sind neben zwei Krankenschwestern ein Heilerziehungspfleger und eine Kinderkrankenschwester angestellt. Die Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigt neben zwei Krankenschwestern eine Erzieherin und einen Hilfspfleger.

In zwei der drei allgemeinspsychiatrischen Einrichtungen verfügt man über eine Stationsleitung. Diese ist nur für die betreffende Tagesklinik zuständig. Auch der Psychosomatik ist eine Stationsleitung zugeschrieben, die jedoch meist im vollstationären Bereich arbeitet und in der Regel einmal wöchentlich für wenige Stunden in die Tagesklinik kommt. Für die Familientagesklinik und die kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik ist dieselbe Stationsleitung zuständig, die in Vollzeit beschäftigt ist.

Personen ohne Pflegekontakt:

Außer in der Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in jeder Einrichtung mindestens ein Arzt angestellt. Der Familientagesklinik gehört zwar eine Ärztin an, aber es gibt keinen Psychologen, der nur für die dort behandelten Patienten zuständig ist. In allen anderen Tageskliniken ist die kontinuierliche Anwesenheit eines Psychologen gewährleistet.

Für jede Tagesklinik, mit Ausnahme der Psychosomatik und einer allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik, ist mindestens ein Ergotherapeut zuständig. Dieser betreut jedoch in keinem der Fälle nur teilstationäre Patienten, sondern auch immer Patienten mit vollstationärer Behandlung. In den anderen beiden Einrichtungen ist je eine Kunsttherapeutin tätig, die aber auch für weitere Stationen zuständig ist. Physio-, Sport-, Musik- und Tanztherapeuten sind weitere Berufsgruppen, die diverse Therapien mit den Patienten durchführen.

Die Patienten der drei allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken haben außerdem bei Bedarf die Möglichkeit, Kontakt mit einem Sozialarbeiter aufzunehmen. Auch dieser ist in der Regel für mehrere Stationen eines Krankenhauses zuständig.

3.2 Arbeitsbedingungen und Gesundheit in der teilstationären psychiatrischen Pflege

3.2.1 Arbeitsbedingungen in der teilstationären psychiatrischen Pflege

3.2.1.1 Stichprobe

s. Gliederungspunkt 3.1.1

3.2.1.2 Material und Vorgehen

Die Datenerhebung erfolgte auf zwei Ebenen. Zunächst wurde in 27 psychiatrischen Tageskliniken in Bayern und Sachsen eine Erhebung zu vorherrschenden arbeitsorganisatorischen Bedingungen durchgeführt. Dies diente der Schaffung einer breiten Datenlage, da auf keine bereits existierenden Studien zurückgegriffen werden konnte. In einem zweiten Schritt wurden Arbeitsstudien in sechs Dresdener Einrichtungen durchgeführt um die Arbeitsbedingungen in der teilstationären psychiatrischen Pflege vertiefend zu analysieren.

In den 27 psychiatrischen Tageskliniken in Bayern und Sachsen kam die „Checkliste zur Erfassung organisatorischer Gegebenheiten in der teilstationären psychiatrischen Pflege“ (s. Anh. 14) zum Einsatz. Auf diese Weise sollten die organisatorischen Aspekte, welche in den Dresdener Einrichtungen durch Beobachtungsinterviews berücksichtigt wurden, erfasst werden. In der Regel wurden die Leitungen der Tagespflegen gebeten, die Checklisten zu bearbeiten. War in einer Tagesklinik keine Leitung bestimmt, so füllten die Pflegenden die Checkliste gemeinsam aus. In neun Tageskliniken fand eine Wiederholungsmessung nach sechs Wochen statt, um die Stabilität der Daten zu prüfen.

„Checkliste zur Erfassung organisatorischer Gegebenheiten in der teilstationären psychiatrischen Pflege“ (s. Anh. 14):

Diese Checkliste wurde speziell für die vorliegende Untersuchung erstellt (Baumbach & Langer, 2008), da in den Einrichtungen außerhalb Dresdens keine Beobachtungsinterviews durchgeführt wurden. Aus diesem Grund wurde das Kategoriensystem „Organisation psychiatrischer Tageskliniken“, welches als Leitfaden für das Beobachtungsinterview verwendet wurde, herangezogen. Nicht alle Items aus dem Kategoriensystem wurden übernommen, da die Menge überschaubar bleiben sollte, um die Probanden nicht vom Ausfüllen des Fragebogens abzuschrecken. Die Items wurden nach Wichtigkeit ausgewählt, dennoch wurden alle Merkmalskomplexe aufgenommen.

- Allgemeine Angaben (9 Items)
- Dienstplangestaltung (4 Items)
- Arbeitsverteilung (1 Item)
- Organisation der Pflege (1 Item)
- Pflegeprozess (1 Item)
- Informationen für die Tätigkeit (2 Items)
- Planbarkeit der Arbeit (5 Items)
- Informationsfluss bzgl. Arbeit/Patienten (8 Items)
- Zuständigkeiten und Arbeitsaufgaben (11 Items)

- Zuwendung zu den Patienten (3 Items)
- Gegenseitige Unterstützung im Pflorgeteam (2 Items)
- Zusammenarbeit mit anderen Diensten (8 Items)
- Teamklima (4 Items)

Die Antwortmöglichkeiten sind 2- bis 5-stufig. Hinzu kommt für jedes Item die Kategorie „Sonstiges“, welche angekreuzt und näher erläutert werden soll, wenn keine der Kategorien zutrifft.

In den Dresdner Einrichtungen fanden Beobachtungsinterviews statt. Um zuverlässige Ergebnisse zu erhalten und sicherzustellen, dass die Beobachtungsinterviews nicht während einer untypischen Arbeitswoche (z. B. Urlaubszeit, viele Krankheitsfälle unter den Pflegenden, ungewöhnlich wenige bzw. ungewöhnliche viele Pflegekräfte) stattfanden, wurde in jeder Einrichtung nach einem Zeitraum von vier bis sechs Wochen ein weiteres Mal hospitiert.

Das Beobachtungsinterview in Form von Ganzschichtbeobachtungen stellte die wichtigste Methode dieser Untersuchung dar. Ziel eines Beobachtungsinterviews „[...] sind personenunabhängige [...] Arbeitsanalysen, bei denen nicht nur äußere Merkmale der Tätigkeit erhoben werden, sondern auch das verstehensmäßige Nachvollziehen der Arbeitsprozesse und der Handlungsstrukturen von Arbeitstätigkeiten eine wichtige Rolle spielt.“ (Kühl & Strodtholz, 2002, S. 143; zit. nach Kuhlmann, 2002). Mit dieser Methodik werden Daten der Befragung mit den Daten der Beobachtung, die zeitgleich zur Befragung stattfindet, kombiniert. Dadurch können Probleme der Arbeit genauso identifiziert werden, wie konkrete Arbeitsgestaltungshinweise. Außerdem ist es durch die Interviews möglich, Handlungen der Pflegenden besser nachzuvollziehen und Situationen besser zu verstehen, da diese Aspekte durch reine Beobachtungen nicht erschließbar sind. Gegebenfalls werden Informationen, die Einfluss auf die Organisation und das Erleben der Organisation haben können (Fluktuation, Krankenstand, Vorschriften), aus Dokumenten hinzugezogen (Kuhlmann, 2002).

Als Besonderheiten bei der Durchführung des Beobachtungsinterviews ist zu erwähnen, dass pro Schicht jeweils nur eine Pflegekraft von dem Untersucher begleitet wurde. Außerdem ist diese Methodik als Untersuchungsinstrument sehr gut geeignet, da normale Arbeitsabläufe nicht gestört werden und der Untersucher unter sehr guten Bedingungen Daten erfassen kann.

Das Beobachtungsinterview befasste sich mit einrichtungsspezifischen Organisationsweisen (s. Anh. 14). Es stand ein Leitfaden zur Verfügung, der sich bereits in Untersuchungen der stationären Pflege bewährte und in einer vorherigen Untersuchung an die tagesklinischen Gegebenheiten angepasst wurde (vgl. Baumbach & Langer, 2008).

Leitfaden: Kategoriensystem „Organisation psychiatrischer Tageskliniken“ (s. Anh. 14):

Das standardisierte Kategoriensystem „Organisation psychiatrischer Tageskliniken“ hat seinen Ursprung in der stationären Pflege und wurde in der Pilotstudie (Baumbach & Langer, 2008) für den Einsatz in der teilstationären psychiatrischen Pflege modifiziert. Es dient der Erfassung organisatorischer Gegebenheiten in psychiatrischen Tageskliniken. Das Kategoriensystem enthält 12 Merkmalskomplexe, die wiederum aus mehreren Items bestehen. Diese Komplexe sind:

- Dienstplangestaltung (5 Items)
- Pflegeprinzip (1 Item)

- Pflegeorganisation (2 Items)
- Vollständigkeit des Pflegeprozesses insgesamt für examinierte Pfleger (8 Items)
- Vollständigkeit informationsbestimmender Tätigkeiten (23 Items)
- Vorhersehbarkeit (Planbarkeit) des Arbeitsablaufs (5 Items)
- Informationsfluss bzgl. Arbeit/Patienten („Durchschaubarkeit“) (13 Items)
- Selbstständige Entscheidungen (Hierarchische Arbeitsteilung) (12 Items)
- Gepflogenheiten der Station zu psychosozialer Zuwendung/Aktivierung (7 Items)
- Gepflogenheit zu gemeinsamer Arbeit/wechselseitige Unterstützung (3 Items)
- Organisation der Kooperation mit anderen Diensten (17 Items)
- Stationsklima/Teamklima (10 Items)

Die Items sind zwei- bis vierfach gestuft und haben ordinales Datenniveau. Je weiter rechts im Kategoriensystem sie bewertet werden, desto hypothetisch günstiger ist der jeweilige Aspekt aus arbeitswissenschaftlicher Sicht gestaltet. Es wurde in der Untersuchung eingesetzt, um die organisatorischen Gegebenheiten standardisiert einschätzen zu können.

Vor Beginn der Datenerhebung erhielt der Untersucher ein entsprechendes Training. Das Beobachtungsinterview kam in einem Zeitfenster von neun Wochen (05.01.2009-10.03.2009) zum Einsatz; es wurde in jeder der teilnehmenden Dresdener Einrichtungen eine Woche lang (Montag bis Freitag) durchgeführt. Da pro Tagesklinik weniger als fünf Pflegende beschäftigt waren, wurde ein Teil des Personals auch an zwei Tagen und somit zu verschiedenen Zeiten beobachtet. Auf diese Weise konnten Störeinflüsse seitens der untersuchten Personen eingegrenzt werden. Auch Verzerrungen durch den Zeitpunkt der Untersuchung konnten durch die zweimalige Durchführung verringert werden.

3.2.1.3 Ergebnisse

Arbeitsorganisatorische Bedingungen in Bayern und Sachsen:

Zur Prüfung der Stabilität der Daten, wurden in zehn psychiatrischen Tageskliniken zwei Messungen im Abstand von sechs Wochen durchgeführt. Das für das ordinale Skalenniveau adäquate Zusammenhangsmaß Gamma gibt mit einem Wert von .817 einen starken positiven Zusammenhang zwischen t1 und t2 an, sodass von einer hohen Stabilität der Daten ausgegangen werden kann.

Da nur 27 Datensätze vorhanden sind, wird auf eine Prüfung der faktoriellen Struktur verzichtet. Die 104 Items werden inhaltlich zusammengefasst und ausgewertet.

1. Dienstplangestaltung

In über zwei Dritteln der psychiatrischen Tageskliniken (71,4 %) wird der Dienstplan mindestens einen Monat im Voraus ausgegeben, während in 14,3 % der Einrichtungen dieser bereits 2 bis 3 Monate vorher erscheint. In 19 % der Einrichtungen erhalten die Mitarbeiter ihren Dienstplan etwa 2 Wochen im Voraus, während in 9,5 % der Tageskliniken keine einheitliche Handhabung erfolgt.

In 92,6 % der Einrichtungen werden die Wünsche der Mitarbeiter in Bezug auf den Dienstplan berücksichtigt. 7,4 % der Tageskliniken geben an, Wünsche von Mitarbeitern teilweise in die Dienstplanung aufzunehmen.

Die Befragten in 59,2 % der Einrichtungen geben an, dass sie arbeitsintensive Tage bereits bei der Dienstplanerstellung berücksichtigen bzw. teilweise berücksichtigen können und dementsprechend mehr Personal einplanen (s. Abb. 3.3).

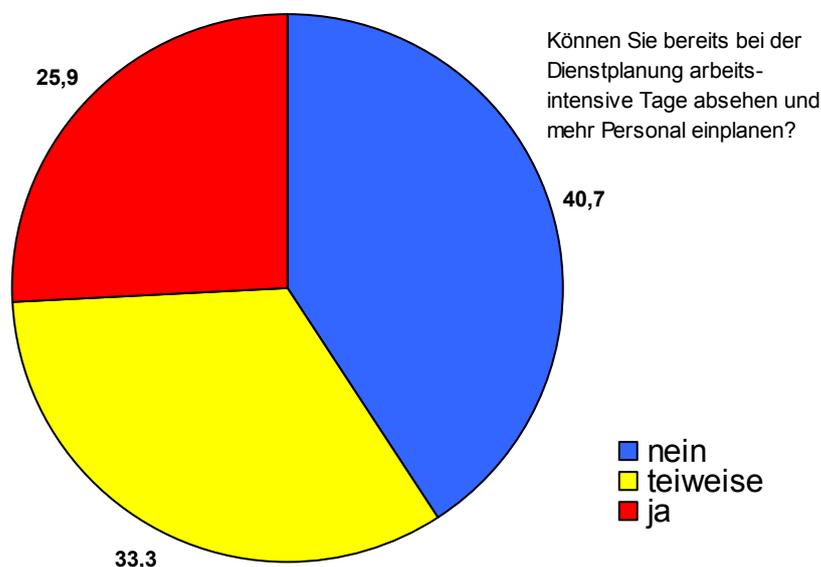


Abb. 3.3 Berücksichtigung arbeitsintensiver Tage im Rahmen der Personalplanung

In 85,7 % der Einrichtungen, in denen bereits bei der Dienstplanung arbeitsintensive Tage berücksichtigt werden können und mehr Personal eingeplant werden kann, ist ebenfalls ein flexibler Einsatz von Teilzeitkräften möglich. Währenddessen ist in 62,5 % der Einrichtungen, die kein zusätzliches Personal bei arbeitsintensiven Tagen einplanen können, auch keine flexibler Einsatz von Teilzeitkräften möglich. Dies erweist sich als statistisch signifikant (Exakter Test nach Fisher [22]: $Z = 5.46$, $p < .05$; Tab. 3.3).

Tab. 3.3 Berücksichtigung arbeitsintensiver Tage im Rahmen der Personalplanung in Bezug zur Möglichkeit, Teilzeitkräfte flexibel einzusetzen

		Flexibler Einsatz von Teilzeitkräften		
		nein	ja	Gesamt
In Abhängigkeit von arbeitsintensiven Tagen mehr Personal einplanbar	nein	5 62,5 %	3 37,5 %	8 100,0 %
	ja	2 14,3 %	12 85,7 %	14 100,0 %
	Gesamt	7 31,8 %	15 68,2 %	22 100,0 %

2. Arbeitsverteilung und Organisation der Pflege

In 34,6 % der psychiatrischen Tageskliniken wird überwiegend patientenorientiert gearbeitet, während in 19,2 % der Einrichtungen die Arbeit überwiegend funktionsorientiert organisiert wird. In 46,2 % der Tageskliniken wird eine Mischform aus beidem umgesetzt.

In 40,7 % der Einrichtungen wird bei Tätigkeiten der somatischen Pflege Stationspflege betrieben, während 25,9 % das Konzept der Gruppenpflege umsetzen. Im Rahmen der psychiatrischen Pflege wird in 40,7 % der Tageskliniken Stationspflege umgesetzt, in 44,4 % der Einrichtungen Gruppenpflege. In einer psychiatrischen Tagesklinik wird nach Angaben der Leitung Individualpflege betrieben. 88,9 % der Einrichtungen, die bei somatischen Pflegetätigkeiten Stationspflege umsetzen, organisieren auch psychiatrische Pflegetätigkeiten derartig. 85,7 % der Einrichtungen, die im Rahmen der somatischen Pflege Gruppenpflege betreiben, setzen dies auch im Rahmen der psychiatrischen Pflege um. Es handelt sich hierbei um einen signifikanten Zusammenhang mit großer Effektstärke ($R_s = .551$, $p < .05$).

3. Pflegeprozess

In allen psychiatrischen Tageskliniken werden die Pflegenden an der Pflegedurchführung und -dokumentation beteiligt, während an der Pflegeanamnese in 81,5 % der Einrichtungen, an der Pflegeplanung in 92,6 % der Einrichtungen und an der Pflegebewertung in 65,4 % der Einrichtungen Pflegende beteiligt werden (s. Abb. 3.4).

Anteil der Einrichtungen in %

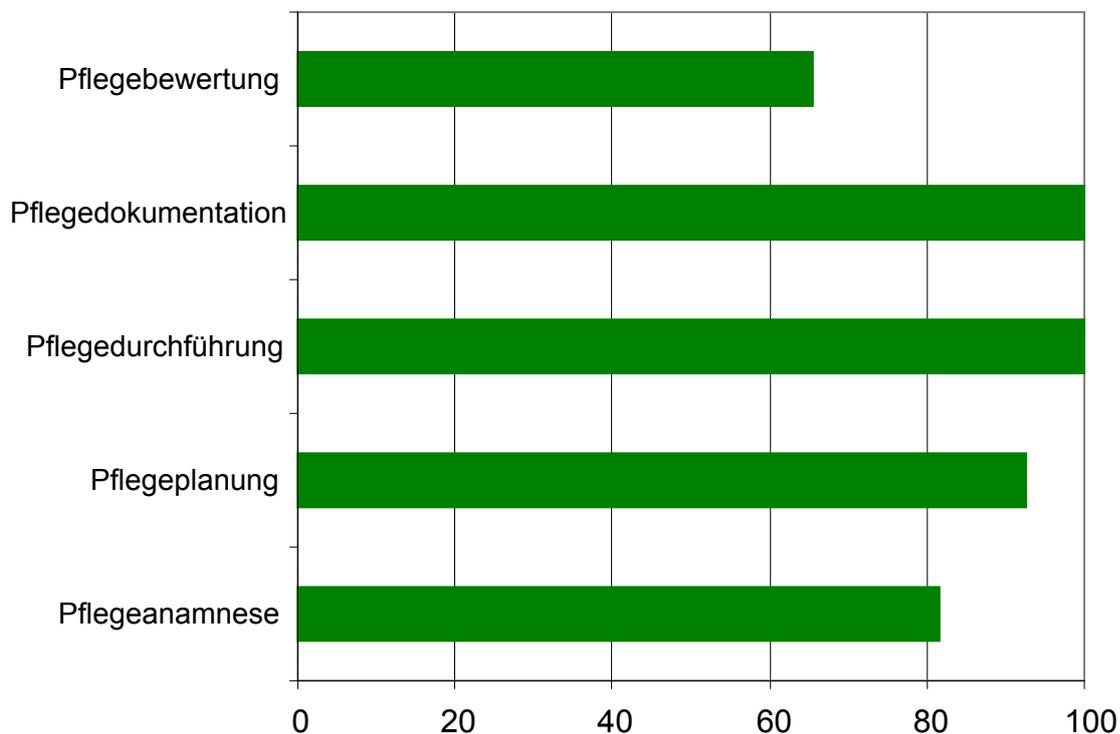


Abb. 3.4 Existenz der Teiltätigkeiten des Pflegeprozesses in psychiatrischen Tageskliniken

4. Informationen für die Tätigkeit

In 46,2 % der Einrichtungen nehmen alle Pflegenden an der Visite teil, während in 30,8 % der Tageskliniken nur die Bezugspflegenden für ihre Patienten und in 22,2 % nur einzelne Pflegenden wie z. B. leitende Pflegenden teilnehmen.

In 96,3 % der Einrichtungen geben die Befragten an, dass eine aktive Teilnahme an der ärztlichen Visite erfolgt, d. h. Pflegenden beraten Ärzte zu pflegerischen Gesichtspunkten. In 59,6 % der psychiatrischen Tageskliniken übernehmen die Pflegenden die Dokumentation bei der Visite, in 66,7 % werten die Pflegenden die Visite aus und in 88,9 % führen die Pflegenden die Anordnungen der Visite aus.

5. Planbarkeit der Arbeit

In 96,3 % der Tageskliniken ist der Tagesablauf vorhersehbar, in Abhängigkeit von Patientenbedürfnissen gestaltet, während in 3,7 % der Einrichtungen der Ablauf vorhersehbar, aber durch häufige Wartezeiten gekennzeichnet ist.

Pausen erfolgen in 11,1 % der psychiatrischen Tageskliniken unregelmäßig oder gar nicht, in 22,2 % der Einrichtungen zu strikt festgelegten Zeiten und in 66,7 % in Abhängigkeit von Patientenbedürfnissen in einem grob festgelegten Zeitrahmen. Die Pausen werden in 16,0 % der Tageskliniken einzeln, in 24,0 % in Gruppen und in 60,0 % gemeinsam im Team abgehalten.

In jeweils einem Drittel der Einrichtungen sind Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen existent, in 33,3 % der Einrichtungen sind diese teilweise existent und in weiteren 33,3 % der Einrichtungen sind Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen nicht existent. Als Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen werden:

- ein flexibler Personaleinsatz, also Dienstplanveränderungen durch Arbeitszeitverschiebungen,
 - wechselseitige Unterstützung im Team,
 - Aushilfe durch Mitarbeiter anderer Stationen,
 - Absprachen im Team, wie z. B. die Veränderung des Therapieplans oder das gemeinsame Setzen von Prioritäten sowie
 - die Steuerung der Patientenaufnahme
- genannt.

Vorkehrungen gegen Arbeitsunterbrechungen gibt es in 23,1 % der Einrichtungen, in 26,9 % der Einrichtungen sind diese teilweise vorhanden und in 50,0 % der Tageskliniken existieren diese nicht. Als Vorkehrungen gegen Arbeitsunterbrechungen werden folgende Aspekte genannt:

- die Festlegung von Verantwortlichkeiten zur Annahme von Telefonaten,
- die Einbindung von Hilfskräften,
- verbindliche Absprachen im Team,
- die Einrichtung einer Rufumleitung oder eines Anrufbeantworters.

6. Informationsfluss bezüglich Arbeit und Patienten

Übergaben existieren in 74,1 % der psychiatrischen Tageskliniken in der Regel. In 7,4 % der Einrichtungen werden Übergaben manchmal abgehalten und in 3,7 % existieren Übergaben nicht.

Die Übergaben finden in 66,7 % der Einrichtungen regelmäßig statt, sind aber flexibel planbar. In 19 % der Tageskliniken gibt es strikt festgelegte Zeiträume für Übergaben und in 14,3 % finden Übergaben unregelmäßig statt.

In 75 % der Tageskliniken werden Informationen im interdisziplinären Team übergeben, während in 25 % der Einrichtungen die Informationsübergabe im Pflegeteam erfolgt.

Wichtige Informationen von Ärzten oder Therapeuten werden in 92,3 % der Tageskliniken gewöhnlich zur Verfügung gestellt. In 7,7 % der Einrichtungen sind Informationen erst durch Nachfrage erhältlich.

In 73,1 % der psychiatrischen Tageskliniken sind Regelungen zur Informationsweitergabe existent. In 26,9 % ist dies nicht der Fall. In 52 % der Einrichtungen sind die Mitarbeiter verpflichtet, wichtige Informationen weiterzuleiten, in 48 % der Tageskliniken sind die Pflegenden darüber hinaus in der Verantwortung, sich wichtige Informationen selbst zu beschaffen.

Teamberatungen finden in 84,6 % der Einrichtungen regelmäßig statt, während in 15,4 % der Fälle nur unregelmäßig Teambesprechungen durchgeführt werden. In 76 % der Tageskliniken gibt es im Rahmen der Teambesprechung eine festgelegte Tagesordnung mit nachlesbaren Protokollen für abwesende Mitarbeiter. Inhalte der Teamberatung sind:

- Urlaub, Vertretung, Ankündigungen in 81,5 % der Einrichtungen,
- Weiterbildung und Arbeitsschutz in 92,6 % der Einrichtungen,
- Leistungsrückmeldung in 59,3 % der Einrichtungen,
- Gespräche über Probleme und Ideen der Mitarbeiter in 96,3 % der Einrichtungen.

7. Zuständigkeiten und Arbeitsaufgaben

In 22,2 % der Einrichtungen sind die Zuständigkeitsbereiche strikt festgelegt und Umverteilungen nicht möglich, während in 77,8 % der Fälle eine flexible Handhabung möglich ist.

In 70,4 % der Einrichtungen können Pflegende bei auftretenden Problemen am Patienten Entscheidungen bezüglich des weiteren Vorgehens selbst treffen, während in 29,6 % der Tageskliniken in jedem Fall ein Arzt oder Therapeut hinzuzuziehen ist.

In 54,2 % der psychiatrischen Tageskliniken können Pflegende Entscheidungen zur Mobilisation von Patienten selbst treffen. In 45,8 % legt dies der Arzt oder Therapeut fest.

Entscheidungen zur Arbeitsorganisation können in 92 % der Fälle von den Pflegenden getroffen werden. In 8 % der Einrichtung entscheidet die Leitung.

In 24 % der Tageskliniken werden die Pflegenden an allen Therapien, in 64 % der Einrichtungen an einigen Therapien und in 12 % an gar keinen Therapien beteiligt. In 92,3 % der Fälle führen Pflegende Therapien selbst durch.

Zeitnahe Rückfragemöglichkeiten beim ärztlichen Dienst, existieren in 59,3 % der Einrichtungen immer und in 40,7 % der Einrichtungen teilweise. Angaben zu weiteren Rückfragemöglichkeiten sind in der nachfolgenden Abbildung dargestellt (s. Abb. 3.5).

8. Zuwendung zu Patienten

In 74,1 % der psychiatrischen Tageskliniken erfolgen Aktivitäten der psychosozialen Zuwendung bei Erfordernis. In 25,9 % der Fälle erfolgen psychosoziale Aktivitäten nur wenn Pflegende Zeitreserven haben.

Hilfe zu Konflikten und Sorgen der Patienten ist in 74,1 % der untersuchten Einrichtungen immer möglich, wenn erforderlich, während in 25,9 % Hilfestellung erfolgt, wenn Zeit vorhanden ist.

Gespräche, die sich nicht auf das Krankheitsbild des Patienten beziehen sind in 3,7 % der Einrichtung nur auf Nachfrage des Patienten möglich, in 33,3 % der Fälle möglich, wenn Zeit vorhanden ist und in 63,0 % immer möglich, wenn erforderlich.

9. Gegenseitige Unterstützung im Pflorgeteam

Während in 12 % der psychiatrischen Tageskliniken Alleinarbeit die Regel ist, arbeiten in 88 % der Einrichtungen die Pflegenden zusammen.

Anteil in %

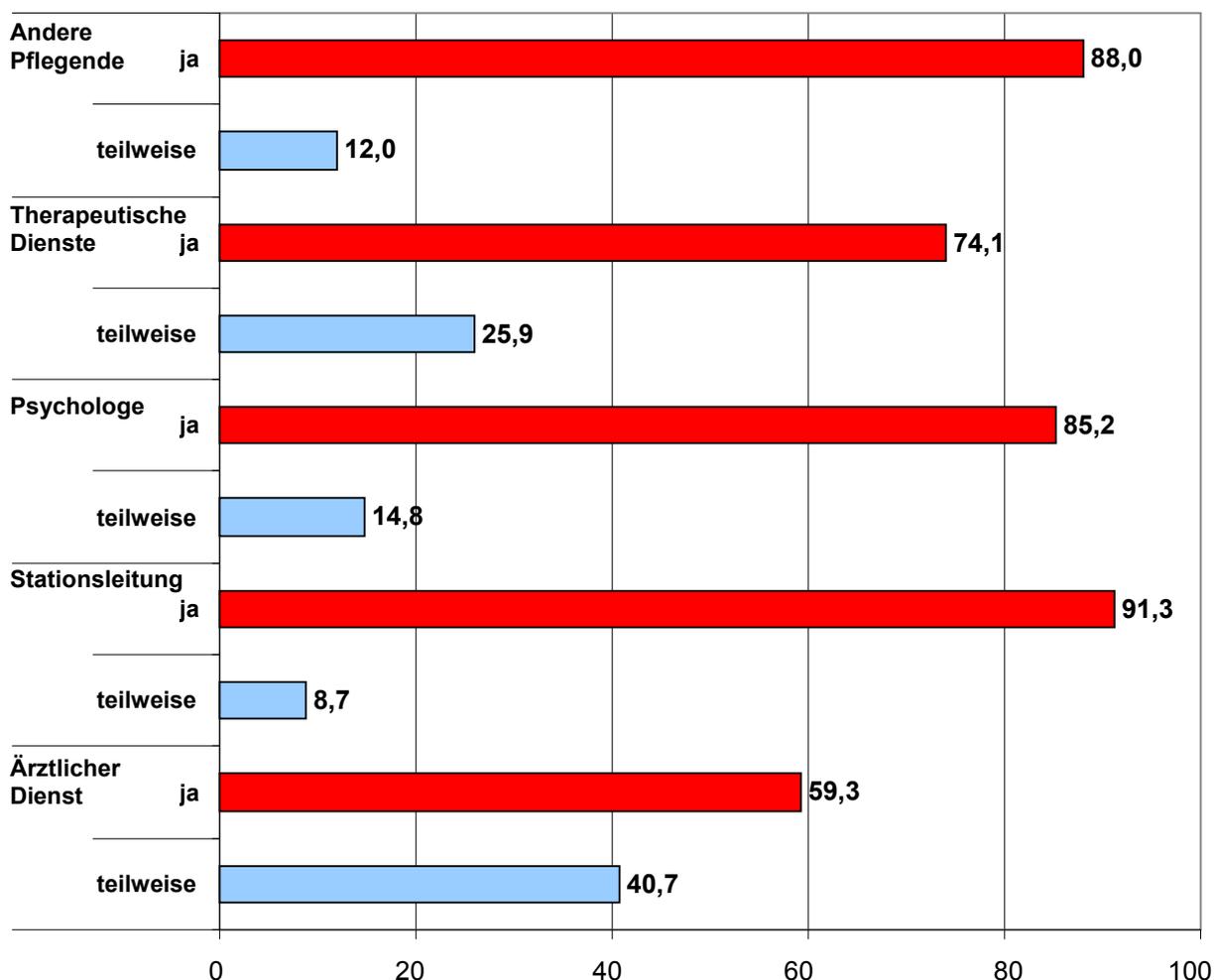


Abb. 3.5 Existenz zeitnaher Rückfragemöglichkeiten in psychiatrischen Tageskliniken

10. Zusammenarbeit mit anderen Diensten

Die gemeinsame Vorbereitung und Bewertung von Tätigkeiten mit dem ärztlichen Dienst findet in 96,3 % der Tageskliniken statt, während alle Einrichtungen Tätigkeiten mit Ärzten zusammen durchführen. Bei der Vorbereitung von Tätigkeiten werden in 30,8 % der Einrichtungen Störungen angegeben, während bei der gemeinsamen Durchführung in 29,6 % der Fälle und bei der Bewertung von Tätigkeiten in 26,9 % der Tageskliniken Störungen mit dem ärztlichen Dienst angegeben werden (s. Abb. 3.6).

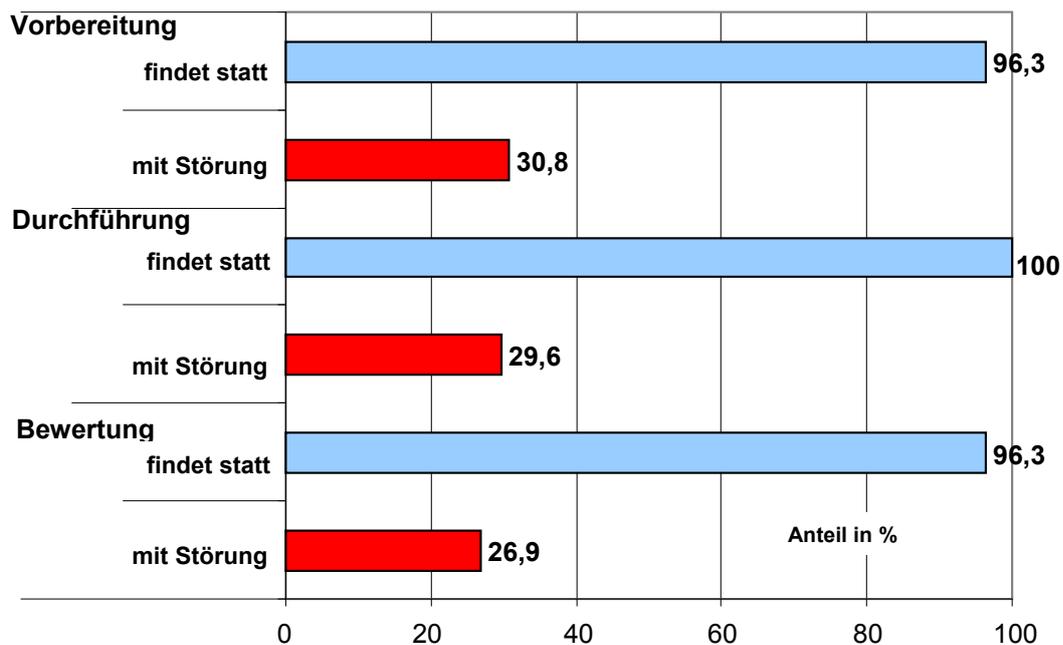


Abb. 3.6 Ausführung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem ärztlichen Dienst und Vorkommen von Störungen

In allen psychiatrischen Tageskliniken findet eine gemeinsame Vorbereitung und Durchführung von Tätigkeiten mit dem Psychologen statt. In 96,2 % der Einrichtungen erfolgt eine gemeinsame Bewertung der ausgeführten Tätigkeiten. Störungen in der Vorbereitung von Tätigkeiten treten in 23,1 % der Einrichtungen auf, Störungen bei der Durchführung in 15,4 % der Einrichtungen und Störungen im Rahmen der Bewertung von Tätigkeiten erfolgen in 16,0 % der Fälle (s. Abb. 3.7).

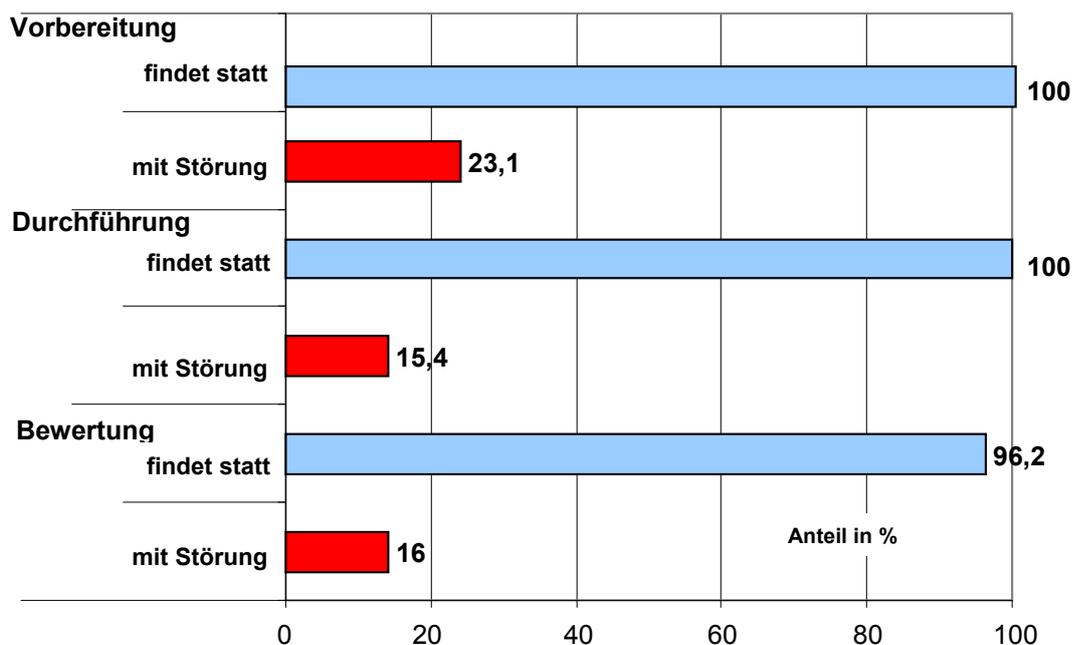


Abb. 3.7 Ausführung gemeinsamer Tätigkeiten mit Psychologen und Vorkommen von Störungen

Die Zusammenarbeit mit anderen Diensten ist im Folgenden zusammenfassend dargestellt (s. Abb. 3.8).

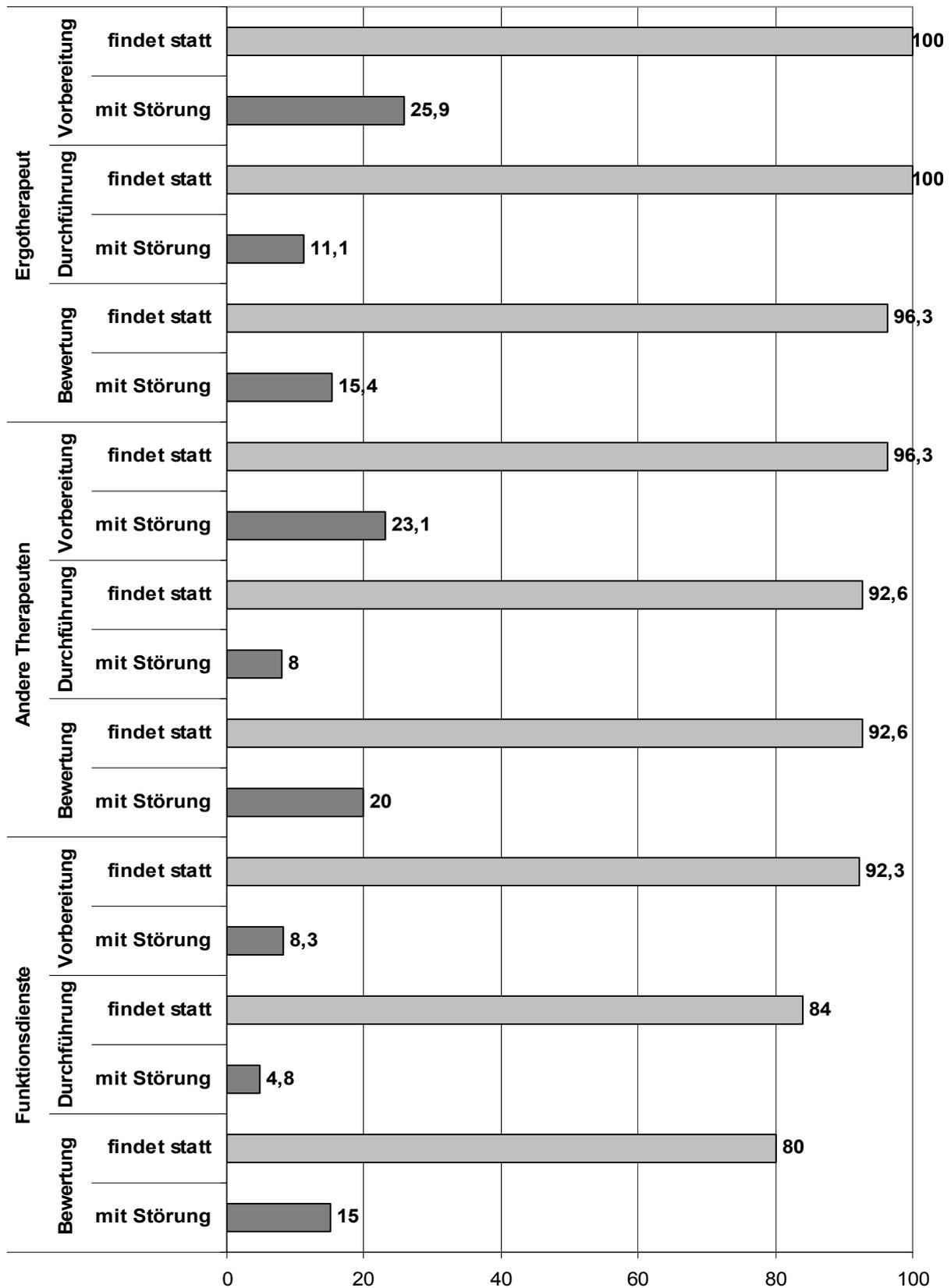


Abb. 3.8 Ausführung gemeinsamer Tätigkeiten mit anderen Diensten und Vorkommen von Störungen

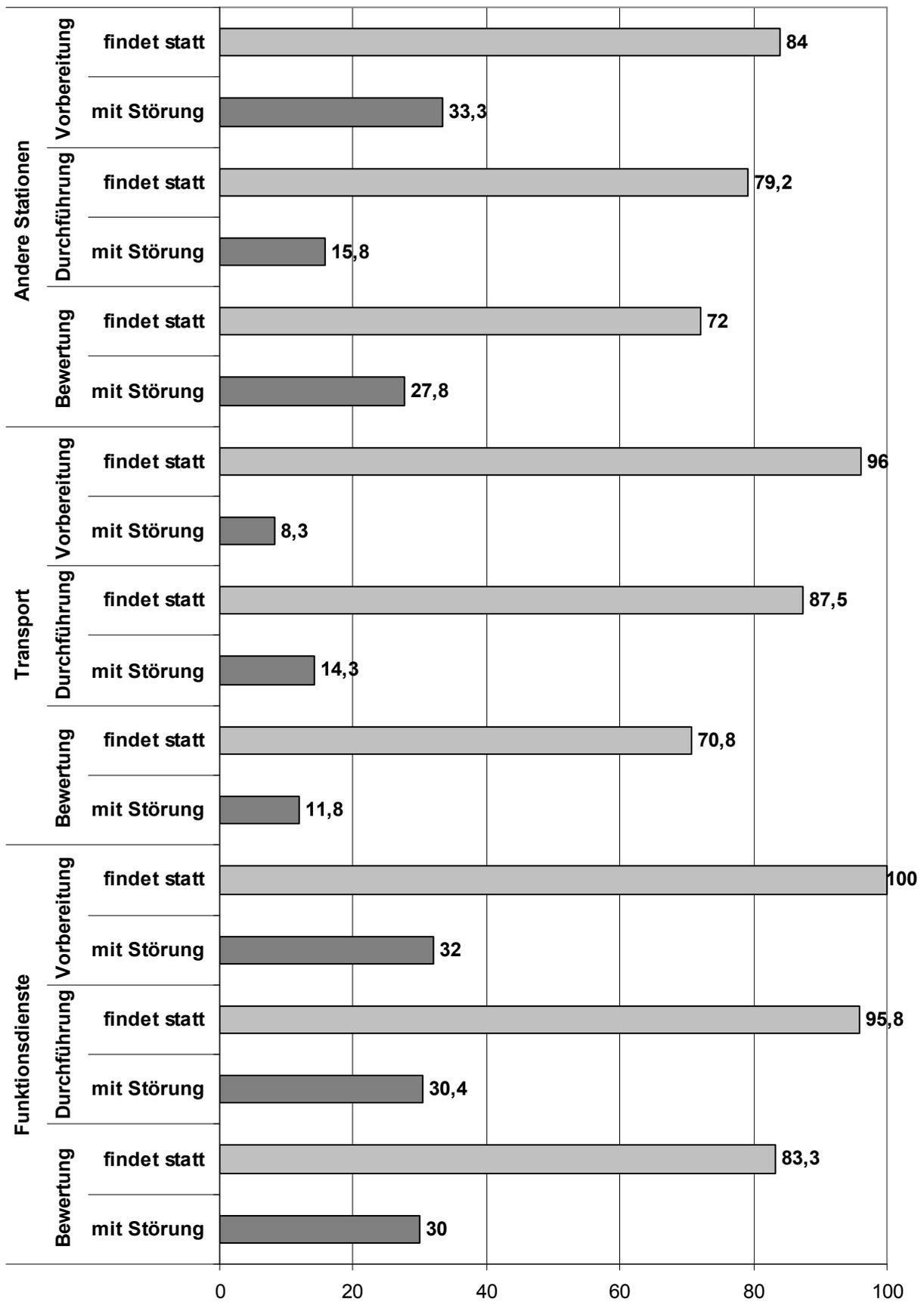


Abb. 3.8 (Fortsetzung)

Abbildung 3.8 verdeutlicht, dass mindestens zwei Drittel der Tageskliniken mit den aufgeführten Diensten zusammenarbeiten. Störungen werden vor allem bei der Zusammenarbeit mit Versorgungsdiensten aber auch mit anderen Stationen angegeben. Ferner nennen über 20 % der Einrichtungen Störungen in der Vorbereitung von Tätigkeiten mit Ergotherapeuten und anderen Therapeuten.

11. Zusammenarbeit im Team

44,4 % der psychiatrischen Tageskliniken nutzen Supervisionen, während weitere 44,4 % der Einrichtungen angeben, Supervisionen nicht durchzuführen. In 7,7 % der Fälle werden Supervisionen inoffiziell durchgeführt.

In 92,6 % der Einrichtungen gibt es Beratungsmöglichkeiten, bei denen sich alle Pflegenden miteinander austauschen können.

In 53,8 % der Tageskliniken erfolgen offizielle Leistungsrückmeldungen, während in 19,3 % der Fälle Leistungsrückmeldungen inoffiziell stattfinden.

Pflegende werden in allen untersuchten Einrichtungen an folgenden Aspekten beteiligt:

- Urlaubs- und Schichtplanung,
- Arbeitsverteilung,
- Arbeitsabläufe,
- Ausstattung der Tagesklinik sowie
- Weiterbildung.

In Bezug auf das Fachgebiet können für folgende Aspekte der Organisation signifikante Unterschiede gefunden werden:

- Pausengestaltung (H-Test: χ^2 [29] = 8.35, $p < .05$),
- Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen (H-Test: χ^2 [31] = 9.70, $p < .01$),
- Informationsübergabe (H-Test: χ^2 [11] = 6.42, $p < .05$),
- Weiterbildung und Arbeitsschutz als Inhalt von Teambesprechungen (H-Test: χ^2 [14] = 6.38, $p < .05$),
- Selbständige Entscheidungsmöglichkeiten der Pflegenden bei Problemen (H-Test: χ^2 [9] = 4.50, $p < .05$),
- Teilnahme der Pflegenden an Therapien (H-Test: χ^2 [23] = 7.96, $p < .05$),
- Selbständige Durchführung der Pflegenden von Therapien (H-Test: χ^2 [24] = 6.27, $p < .05$),
- Störungen bei der Bewertung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem Psychologen (H-Test: χ^2 [16] = 9.00, $p < .05$),
- Störungen bei der Vorbereitung gemeinsamer Tätigkeiten mit den Versorgungsdiensten (H-Test: χ^2 [28] = 11.00, $p < .01$).

In weiterführenden Tests zeigt sich, dass die allgemeine Psychiatrie gegenüber der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Pausengestaltung (U-Test: Z [26] = -2.57, $p_{\alpha \text{ lokal}} < .017$), den Störungen bei der Bewertung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem Psychologen (U-Test: Z [15] = -2.65, $p_{\alpha \text{ lokal}} < .017$) sowie hinsichtlich Störungen bei der Vorbereitung gemeinsamer Tätigkeiten mit den Versorgungsdiensten (U-Test: Z [25] = -2.58, $p_{\alpha \text{ lokal}} < .017$) eine günstigere Organisation aufweist. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie existieren signifikant häufiger Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen als in der allgemeinen Psychiatrie (U-Test: Z [28] = -2.53, $p_{\alpha \text{ lokal}} < .017$). Fer-

⁶ $\alpha \text{ lokal} = .017$ nach Bonferroni-Adjustierung

ner werden in der allgemeinen Psychiatrie gegenüber der Psychosomatik im Rahmen der Teambesprechung signifikant häufiger Weiterbildungsinhalte und Arbeitsschutz thematisiert (U-Test: $Z [9] = -2.83$, $p_{\alpha \text{ lokal}} < .017$), außerdem gibt es signifikant weniger Störungen bei der Bewertung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem Psychologen (U-Test: $Z [11] = -3.16$, $p_{\alpha \text{ lokal}} < .017$). In der Psychosomatik führen im Vergleich zur allgemeinen Psychiatrie Pflegende signifikant häufiger Therapien durch (U-Test: $Z [18] = -2.83$, $p_{\alpha \text{ lokal}} < .017$).

Ferner können signifikante Unterschiede in Abhängigkeit des Bundeslands, in dem die Pflegenden arbeiten gefunden werden. Nachstehende Aspekte werden in Sachsen als signifikant günstiger organisiert identifiziert:

- Pausenzeiten (U-Test: $Z [33] = -2.71$, $p < .01$),
- Zuständigkeitsbereiche der Pflegenden (U-Test: $Z [33] = -3.23$, $p < .001$)
- Störungen bei der Durchführung gemeinsamer Tätigkeiten mit anderen Therapeuten (U-Test: $Z [25] = -2.57$, $p < .05$),
- Störungen bei der Bewertung gemeinsamer Tätigkeiten mit anderen Therapeuten (U-Test: $Z [30] = -2.41$, $p < .05$),
- Störungen bei der Durchführung gemeinsamer Tätigkeiten mit den Funktionsdiensten (U-Test: $Z [21] = -2.06$, $p < .05$),
- Störungen bei der Bewertung gemeinsamer Tätigkeiten mit den Funktionsdiensten (U-Test: $Z [20] = -2.65$, $p < .01$),
- Störungen bei der Vorbereitung gemeinsamer Tätigkeiten mit anderen Stationen (U-Test: $Z [22] = -2.00$, $p < .05$),
- Störungen bei der Bewertung gemeinsamer Tätigkeiten mit anderen Stationen (U-Test: $Z [19] = -2.41$, $p < .05$),
- Störungen bei der Durchführung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem Transport (U-Test: $Z [22] = -2.29$, $p < .05$),
- Störungen bei der Durchführung gemeinsamer Tätigkeiten mit den Versorgungsdiensten (U-Test: $Z [23] = -2.08$, $p < .05$),
- Störungen bei der Bewertung gemeinsamer Tätigkeiten mit den Versorgungsdiensten (U-Test: $Z [23] = -2.08$, $p < .05$),
- Beratungsmöglichkeiten der Pflegenden untereinander (U-Test: $Z [33] = -2.77$, $p < .01$).

Arbeitsorganisatorische Bedingungen in ausgewählten Einrichtungen in Dresden:

Nachstehend werden die Ergebnisse dargestellt, die im Rahmen der Beobachtungsinterviews in sechs Dresdner Tageskliniken erhoben wurden.

Die Korrelation der Beobachtungsdaten der Messzeitpunkte t1 und t2 ergeben ein Gamma von .98. Dementsprechend kann von einer hohen Stabilität der Beobachtungen ausgegangen werden.

Die Ergebnisse der Beobachtungen werden nicht wie die Befragungsergebnisse in Bayern und Sachsen beschreibend dargestellt, sondern die Beobachtungsdaten werden im Hinblick auf Unterschiede geprüft.

Insgesamt unterscheiden sich die Daten, die im Beobachtungsinterview zu organisatorischen Bedingungen psychiatrischer Tageskliniken gewonnen wurden in 29 Items (25,9 %) von den Daten, die im Rahmen der Befragung erhoben wurden.

Im Beobachtungsinterview werden drei Aspekte (10,3 %) der Organisation signifikant besser eingeschätzt als im Rahmen der Befragung:

- Vorhersehbarkeit arbeitsintensiver Tage bei der Dienstplanung (Z [33]= -2.18, $p < .05$),
- Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen (Z [33] = -2.71, $p < .01$),
- Informationsfluss (Z [31] = -2.28, $p < .05$).

Im Beobachtungsinterview werden 26 Aspekte (89,7 %) signifikant schlechter eingeschätzt als im Rahmen der Befragung:

- Flexibler Einsatz von Teilzeitkräften (Z [29] = -2.44, $p < .05$),
- Beteiligung der Pflegenden an der Pflegeanamnese (Z [33] = -3.01, $p < .01$),
- Beteiligung der Pflegenden an der Pflegebewertung (Z [32] = -2.85, $p < .01$),
- Rolle der Pflegenden im Rahmen der Visite (Z [33] = -2.25, $p < .05$),
- Existenz von Übergaben (Z [29] = -3.57, $p < .001$),
- Informationen von Ärzten und Therapeuten (Z [32] = -4.03, $p < .001$),
- Weiterbildung und Arbeitsschutz als Inhalte von Teambesprechungen (Z [31] = -3.37, $p < .001$),
- Entscheidungen der Pflegenden zur Mobilisierung von Patienten (Z [30] = -3.07, $p < .01$),
- Kooperationsmöglichkeiten der Pflegenden untereinander (Z [31] = -3.98, $p < .001$),
- Gemeinsame Durchführung von Tätigkeiten mit dem ärztlichen Dienst (Z [33] = -5.07, $p < .001$),
- Gemeinsame Durchführung von Tätigkeiten mit dem Psychologen (Z [32] = -4.99, $p < .001$),
- Gemeinsame Vorbereitung von Tätigkeiten mit dem Ergotherapeuten (Z [32] = -2.32, $p < .05$),
- Gemeinsame Durchführung von Tätigkeiten mit dem Ergotherapeuten (Z [32] = -5.57, $p < .001$),
- Gemeinsame Vorbereitung von Tätigkeiten mit anderen Therapeuten (Z [33] = -3.10, $p < .01$),
- Gemeinsame Durchführung von Tätigkeiten mit anderen Therapeuten (Z [33] = -4.71, $p < .001$),
- Gemeinsame Durchführung von Tätigkeiten mit Funktionsdiensten (Z [31] = -3.89, $p < .001$),
- Gemeinsame Bewertung von Tätigkeiten mit Funktionsdiensten (Z [31] = -3.62, $p < .001$),
- Gemeinsame Vorbereitung von Tätigkeiten mit anderen Stationen (Z [31] = -3.21, $p < .001$),
- Gemeinsame Bewertung von Tätigkeiten mit anderen Stationen (Z [31] = -2.46, $p < .05$),
- Gemeinsame Vorbereitung von Tätigkeiten mit dem Transport (Z [30] = -3.31, $p < .001$),
- Gemeinsame Durchführung von Tätigkeiten mit dem Transport (Z [29] = -3.15, $p < .01$),
- Gemeinsame Bewertung von Tätigkeiten mit dem Transport (Z [29] = -2.88, $p < .01$),
- Gemeinsame Vorbereitung von Tätigkeiten mit Versorgungsdiensten (Z [31] = -2.04, $p < .05$),

- Gemeinsame Durchführung von Tätigkeiten mit den Versorgungsdiensten (Z [29] = -4.883, $p < .001$),
- Beteiligung an der Ausstattung der Tagesklinik (Z [31] = -3.66, $p < .001$),
- Beteiligung an der Weiterbildung (Z [31] = -4.90, $p < .001$).

Tätigkeitsanforderungen an die Pflege Tätigkeit in psychiatrischen Tageskliniken

Nachstehend werden die Ergebnisse dargestellt, die im Rahmen der Beobachtungsinterviews in sechs Dresdner Tageskliniken erhoben wurden.

Anforderungen an die Pflege Tätigkeit in den untersuchten Einrichtungen:

Die Pflege Tätigkeit in Tageskliniken umfasst verschiedene Aspekte. Es steht nicht nur die psychiatrische Pflege im Vordergrund, sondern eine Vielfalt an verschiedenen Aufgaben, die jede für sich genommen einen wichtigen Teil der Arbeit ausmacht. An dieser Stelle soll nun für jede Dresdner Tagesklinik beschrieben werden, wie ein typischer Arbeitstag der Pflegenden aussieht. Auf diese Weise soll deutlich gemacht werden, welche Aufgaben die Pflegenden erfüllen müssen, also welche Anforderungen an sie gestellt werden.

Tagesklinik Nr. 20:

Für eine Pflegekraft beginnt der Arbeitstag um 7:00 Uhr. Bis zum Eintreffen ihrer Kollegin, kümmert sie sich darum, Tee für die Mitarbeiter vorzubereiten und Büroarbeiten, z. B. Bestellungen, zu erledigen. Um 7:30 Uhr trifft ihre Kollegin zusammen mit den ersten Patienten ein. Die verbleibenden 30 Minuten bis zur Morgenrunde/Stationsversammlung (8:00 Uhr) werden genutzt, um Informationen bezüglich der Patienten untereinander und mit den Ärzten und dem Psychologen auszutauschen. Ist eine Patientenaufnahme geplant, kümmert sich eine Pflegenden um diese Aufgabe. Die Andere nimmt an der Morgenrunde/Stationsversammlung teil. Anschließend wird Blutdruck gemessen, Blut abgenommen und der Puls gemessen. Die ermittelten Daten werden üblicherweise direkt im Anschluss dokumentiert. Gegen 9:00 Uhr finden sich die Pflegenden, Ärzte, der Psychologe und ein Sozialarbeiter zusammen, um in der Cafeteria gemeinsam ein halbe Stunde zu frühstücken. Danach folgen entweder das Erstkontakt- und Anamnesegespräch mit einem neuen Patienten oder aber es werden arbeitsorganisatorische Dinge, wie die Planung diagnostischer Termine, das Prüfen des Medikamentschranks oder die Beantwortung diagnostischer Nachfragen seitens der Patienten, verrichtet. Hinzu kommen außerdem Tätigkeiten der somatischen Pflege, z. B. das Ausgeben und Stellen von Medikamenten. Der Zeitraum bis zur Mittagspause wird außerdem genutzt, um zu dokumentieren. Benötigt ein Patient Hilfe oder hat er ein Problem/Anliegen, das er mit einer Schwester klären möchte, so wird sich auf Nachfrage auch dafür Zeit genommen. Um 12:30 Uhr hat die erste Pflegekraft Feierabend. Nach der Mittagspause, welche gewöhnlich gegen 13:00 Uhr beginnt, findet sich die zweite Pflegekraft im Stationszimmer ein, um arbeitsorganisatorischen Tätigkeiten nachzugehen, aber auch bei bestimmten Patienten ein weiteres Mal Blutdruck zu messen. Zudem wird sich am Nachmittag über Patienten ausgetauscht und teilweise werden Informationen aus Gruppen- und Einzelgesprächen seitens der Therapeuten weitergegeben. Bei Bedarf führt die Pflegenden Patientengespräche durch. Festgesetzte Termine gibt es in der Nachmittagszeit nur selten. Die Patienten verlassen in der Regel um 15:00 Uhr die Tagesklinik, sodass der Arbeitstag der Pflegenden gegen 15:30 Uhr endet.

Abhängig vom Wochentag rücken auch andere Aufgaben in den Vordergrund. Einmal in der Woche ist eine Oberarzt- und alle drei Wochen eine Chefarzt-Visite geplant, an welcher die Pflegenden teilnehmen. Außerdem leitet eine Pflegekraft mittwochs die Walking-Gruppe. Bei Bedarf leistet eine Pflegende in der Back-/Kochgruppe Hilfestellungen. An anderen therapeutischen Maßnahmen, wie Therapiegruppen, nehmen die Pflegenden nicht teil.

Der Patienten-Wochenplan (s. Anh. 15) zeigt die Häufigkeit der Einbindung der Patienten in das Therapieschehen auf. Deutlich erkennbar ist, dass sie gewöhnlich vormittags bis 11:00 Uhr und nachmittags ab 13:30 Uhr in Therapien beschäftigt sind. Damit bleibt den Pflegenden ein Zeitfenster von 2,5 Stunden in denen sie sich umfassend den Patienten zuwenden könnten.

Tagesklinik Nr. 21:

Während des Beobachtungszeitraums war in der betreffenden Tagesklinik nur eine Pflegende tätig, da ihre Kollegin aus gesundheitlichen Gründen für längere Zeit ausfiel und das Krankenhaus keine Aushilfe zur Verfügung stellte.

Der Arbeitstag der Pflegenden beginnt um 7:00 Uhr. Während die ersten Patienten eintreffen, die sie alle persönlich begrüßt, bereitet sie deren Frühstück. Bis zur Morgenbewegung, welche 8:15 Uhr beginnt, kümmert sie sich um dokumentierende Tätigkeiten und gibt Medikamente aus. Im Anschluss an die Morgenbewegung nimmt sie an Patientenrunden, wie Visite und Stationsrunde, teil. Gegen 9:30 Uhr legt sie zusammen mit den Psychologen und dem Stationsarzt eine halbstündige Frühstückspause ein. Danach kümmert sie sich in der Regel um die Essenbestellung, die Annahme von Telefonaten und die Dokumentation. Obendrein achtet sie darauf, dass die Patienten an den Therapien teilnehmen bzw. aktiviert sie. Des Weiteren steht vormittags Zeit zur Verfügung, um neue Patienten aufzunehmen. Dies beschränkt sich jedoch in der Regel auf ein bis zwei Vormittage in der Woche. Üblich ist, dass gegen 12:15 Uhr eine Mittagspause zusammen mit den Psychologen und dem Stationsarzt stattfindet. Direkt nach dem Mittagessen, also in der Regel 12:45 Uhr, findet eine 15-minütige Teambesprechung statt. Hier tauschen die Pflegende, die Psychologen, der Stationsarzt, die Kunsttherapeutin und der Musiktherapeut täglich aktuelle Informationen über die Patienten aus. Im Anschluss daran beginnt die Pflegende, Kaffee für die Patienten vorzubereiten. Hierbei bezieht sie die Patienten mit ein und kann somit aktiv Gespräche mit ihnen führen. Hat sie diese Aufgabe erledigt, widmet sie sich in der Regel Tätigkeiten im Stationszimmer. Dazu gehören u. a. Telefonate bzgl. organisatorischer Absprachen, die Dokumentation und der Informationsaustausch mit anderen Diensten. Wenn die Patienten 15:00 Uhr die Tagesklinik verlassen, verabschiedet sie jeden einzelnen und erfasst auf diese Weise noch einmal die Gemütslage eines jeden Patienten. Sobald der letzte Patient gegangen ist, widmet sie sich Schreivarbeiten, die liegen geblieben sind, z. B. Bestellungen, und sorgt am Ende ihres Arbeitstages dafür, dass die Räumlichkeiten in einem ordnungsgemäßen Zustand hinterlassen werden.

Auf Grund der Tagesstruktur der Patienten (s. Anh. 15) ist es der Pflegenden möglich, häufigen Kontakt zu ihnen aufzunehmen. Sie nimmt jeden Tag an der Morgenbewegung teil und leitet ein Mal in der Woche die Wanderung. Außerdem hat sie das Ritual der täglichen Begrüßung und Verabschiedung eingeführt. Auf diese Weise kann sie einen intensiven Patientenkontakt aufbauen.

Tagesklinik Nr. 22:

Der Arbeitsbeginn – und damit auch das Arbeitsende der Pflegenden – ist gestaffelt: während der Dienst einer Pflegekraft um 6:15 Uhr beginnt, beginnen die beiden anderen Pflegenden um 6:30 und 6:45 Uhr ihren Arbeitstag. Alle drei Pflegenden arbeiten in Vollzeit, also 8 Stunden täglich plus Pausen. Diejenige, die 6:15 Uhr beginnt, ist dafür verantwortlich die Räumlichkeiten herzurichten und das Frühstücksbuffet für die Patienten vorzubereiten. Diese Aufgabe des „Küchendienstes“ wird sie den gesamten Arbeitstag inne haben. Die Vorbereitungen des Frühstücks sind in der Regel abgeschlossen, wenn die letzte Pflegekraft zur Arbeit erscheint. Die restliche Zeit, bis die Patienten in der Tagesklinik erscheinen, wird genutzt, um sich über den vorherigen Arbeitstag und Informationen zu den Patienten untereinander auszutauschen. Wenn notwendig wird in dieser Viertelstunde auch der Ablauf des Tages besprochen. Anschließend widmen sich die Pflegenden Aufgaben im Stationszimmer. Dazu gehören u. a. die Dokumentation, somatische Pflege wie Blutabnahme und Blutdruck messen, die Annahme des Telefons, das Ausgeben und Stellen von Medikamenten und die Bearbeitung von Patientenfragen. Außerdem wird der Vormittag genutzt, um neue Patienten aufzunehmen. Die Pflegenden, welche sich um die Küche kümmern, ist dafür verantwortlich Gesprächskontakte mit den Patienten zu suchen. Gegen 10:00 Uhr haben die Pflegekräfte die Möglichkeit, eine 20- bis 30-minütige Frühstückspause einzulegen. Danach üben sie weiter die oben genannten Tätigkeiten aus, sofern sie nicht am Gruppengespräch teilnehmen, der Visite beiwohnen oder zusammen mit den Patienten Sport treiben. Gegen 13:00 Uhr wird eine halbstündige Mittagspause eingelegt, welche die Pflegenden unter sich abhalten. Generell kann gesagt werden, dass andere Dienste an den Pausen nicht teilnehmen. Nach der Mittagspause bleibt den Pflegenden Zeit, sich weiter um die Patienten zu kümmern und Gespräche zu führen. Hinzu kommen arbeitsorganisatorische und dokumentierende Tätigkeiten sowie Haushaltstätigkeiten. Auf Grund des Arbeitsbeginns, hat die erste Pflegenden um 14:45 Uhr Feierabend. Zu diesem Zeitpunkt verlassen auch die Patienten die Tagesklinik. Die anderen beiden Pflegekräfte nutzen die restliche Arbeitszeit um weitere Schreivarbeiten zu erledigen und die Räumlichkeiten in Ordnung zu bringen.

Die Patienten der Tagesklinik sind in zahlreichen Therapien (s. Anh. 15), verbringen jedoch auch einige Zeit in den Aufenthaltsräumen. Dadurch ist es den Pflegenden häufig möglich, Kontakt zu ihnen aufzunehmen. Hinzu kommt, dass zwei der Pflegekräfte montags zusammen mit allen Patienten schwimmen gehen, was einen regen Austausch mit den Patienten fördert. Da eine Pflegenden einmal in der Woche am Nordic Walking teilnimmt und mit den weiblichen Patientinnen in die Sauna geht, wird auch an dieser Stelle eine intensive psychiatrische Pflege ermöglicht.

Tagesklinik Nr. 23:

Der Arbeitstag der Pflegenden beginnt um 7:00 Uhr. Zunächst ist es Aufgabe, die Familien bei der Zubereitung des Frühstücks zu beobachten und in kritischen Situationen einzugreifen. Da dies jedoch meist ruhig abläuft, nutzen die Pflegenden die Zeit, um sich untereinander, mit der Stationsärztin und dem Ergotherapeuten auszutauschen. Während eine Pflegenden die Morgenrunde moderiert, erledigen die anderen schriftliche Aufgaben, wie die Dokumentation. Im Anschluss daran erteilt jede Bezugspflegenden „ihrer“ Familie eine Aufgabe, die sie bis zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erledigen hat. Während die schulpflichtigen Kinder danach zur Klinikschule gehen, kümmern sich die Pflegenden um die Eltern und leisten Unterstützung bei Problemen. Ist dies nicht notwendig, widmen sie sich arbeitsorganisatorischen Tätig-

keiten. Gegen 9:00 Uhr frühstücken die Pflegenden zusammen mit dem Ergotherapeuten und der Stationsärztin. Sind die Kinder aus der Schule zurück, ist es Aufgabe der Pflegenden, die Familien bei Aktivitäten, wie der Ergotherapie, zu beobachten und anschließend ihr Verhalten auszuwerten und mit ihnen zu besprechen. Alternativ dazu gehen sie auch mit den Familien spazieren und erhalten so die Möglichkeit, zum einen intensiv mit ihnen zu kommunizieren und sie zum anderen in eher alltäglichen Situationen zu erleben. In der Regel wird gegen 12:30 Uhr eine halbstündige Mittagspause abgehalten. Anschließend gehen die Pflegenden hauptsächlich arbeitsorganisatorischen, dokumentierenden und haushaltsüblichen Tätigkeiten nach, da die Familien in Therapien einbezogen sind, an denen die Pflegenden nicht teilnehmen. Ein letzter Patientenkontakt kommt während des Blitzlichts zustande. In dieser Runde sind die Patienten aufgefordert, den Tag zu reflektieren. Etwa eine halbe Stunde nachdem die Familien die Tagesklinik verlassen haben, hat auch die letzte Pflegekraft Feierabend. Ihre Aufgabe ist es bis dahin die Räumlichkeiten auf Ordnung zu überprüfen und letzte Dokumentationen durchzuführen.

Eine Besonderheit dieser Tagesklinik besteht darin, dass eine 1:1 maximal aber eine 1:2 Betreuung gewährleistet ist. Das bedeutet, ein Pflegenden ist nie für mehr als zwei Familien zuständig. Ein Mal alle zwei Wochen gehen die Bezugspflegerinnen zum Hausbesuch, um die alltägliche Umgebung und die häuslichen Bedingungen kennen zu lernen. Die Pflegenden berichten, dass die Patienten oftmals aus den unteren sozialen Schichten kommen. Deshalb wisse man oftmals nicht, was einen erwarte und wo sich kritische Situationen auftun. Aus diesem Grund haben sie auch die Möglichkeit, die Hausbesuche zu zweit durchzuführen. Auf Grund der guten Personalbesetzung können die Pflegenden einen intensiven Kontakt zu den Patienten pflegen und damit die psychiatrische Pflege in den Vordergrund rücken. Die Beobachtungen haben jedoch gezeigt, dass der Kontakt zwar gepflegt wird, die Pflegenden aber auch relativ viel Zeit im Stationszimmer verbringen.

Tagesklinik Nr. 24:

Zwischen 6:45 Uhr und 7:00 Uhr beginnt der Arbeitstag der beiden Vollzeitkräfte. Die ersten Aufgaben bestehen darin, die Räume zu lüften, das Frühstück der Patienten vorzubereiten, die Küche in Ordnung zu bringen und die Patienten zu begrüßen. Von 7:30 bis 8:00 Uhr wird das Patientenfrühstück von ein bis zwei Pflegenden beaufsichtigt. Die beiden Teilzeitkräfte nehmen ihre Arbeit ab 8:00 Uhr auf.

Bevor die Pflegekräfte gegen 9:30 Uhr ihre halbstündige Frühstückspause abhalten, steht Zeit zur Verfügung um Blutdruck zu messen und individuell auf Patientenbedürfnisse einzugehen. Hinzu kommen die Aufgaben, Telefonate zu beantworten und arbeitsorganisatorische Absprachen untereinander sowie mit den Therapeuten zu treffen. Nach dem Frühstück werden die ersten Dokumentationen vorgenommen, diverse Unterlagen sortiert und diagnostische wie auch therapeutische Termine für die Patienten vereinbart. Sind die Jugendlichen aus der Klinikschule zurück, nehmen sich die Pflegenden und teilweise auch Therapeuten bis zum Mittagessen Zeit, um mit ihnen Tischtennis zu spielen.

Ab 13:00 Uhr ist ein Großteil der Patienten in Therapien eingebunden, an denen die Pflegenden in der Regel nicht teilnehmen. Eine Ausnahme bildet die Reittherapie, welche oftmals von der Stationsleitung begleitet wird. Diese Zeit wird genutzt, um patientenbezogene Informationen auszutauschen und zu dokumentieren. Anschließend wird die Vesper vorbereitet und zusammen mit den Patienten abgehalten. Nachdem die Patienten gegen 15:30 Uhr die Tagesklinik verlassen, ist auch der Arbeitstag für die Teilzeitkräfte beendet. Den beiden verbleibenden Pflegenden steht

die restliche Arbeitszeit für Haushaltstätigkeiten und die liegengebliebenen schriftlichen Aufgaben zur Verfügung.

Auch wenn die Patienten jeden Vormittag in der Klinikschule Unterricht haben und nachmittags in Therapien eingebunden sind (s. Anh. 15), bleibt den Pflegenden ausreichend Zeit für die Beziehungsgestaltung und damit auch Zeit für die psychiatrische Pflege.

Tagesklinik Nr. 25:

Eine der Pflegenden mit 100 %-Anstellung trifft morgens um 7:30 Uhr in der Tagesklinik ein und bereitet den Arbeitstag vor. Dazu gehört z. B. das Sortieren von Unterlagen oder aber die Vorbereitung der Unterlagen für die Dokumentation. Die Patienten kommen außerdem zu ihr, um den Blutdruck messen zu lassen und bei Anordnung einen Alkoholttest durchzuführen. Eine halbe Stunde später nimmt die zweite Vollzeit-Pflegekraft ihre Arbeit auf. Zu diesem Zeitpunkt haben sich bereits alle Patienten in der Tagesklinik eingefunden und beginnen mit dem Patientenfrühstück. An diesem nehmen auch die Pflegenden für ca. 10 Minuten teil, um die aktuelle Stimmung und Situation eines jeden Patienten zu erfassen. Anschließend, gewöhnlich um 8:30 Uhr, finden im Stationszimmer die Teambesprechungen statt. Hier ist nun auch die dritte Pflegenden, welche in Teilzeit angestellt ist, anwesend. Bei den Besprechungen wird jeder Patient der beiden Teams A und B kurz mit den Psychologen, Ärzten und Therapeuten besprochen. Dies nimmt pro Team etwa 15 Minuten in Anspruch. Bevor dann gegen 10:00 Uhr eine Frühstückspause eingelegt wird, kümmern sich die Pflegenden um arbeitsorganisatorische Sachverhalte. Nach der Pause steht den Pflegekräften Zeit zur Verfügung, um mit den Patienten Pflegegespräche zu führen oder das Testverfahren „Familienbrett“ durchzuführen. Hier ist es Aufgabe des Patienten, sich selbst und die Personen seiner Umwelt in einem Nähe-Ferne-Verhältnis darzustellen. Dies ist jedoch immer von den Plänen der Patienten (s. Anh. 15) abhängig, welche in der Regel sehr eng geplant sind und selten Platz für die Pflege lassen. Weitere Zeit wird genutzt, um Patienten-Hefter vorzubereiten, Termine für Patienten zu vereinbaren, Untersuchungen und Medikamente vorzubereiten oder Haushaltstätigkeiten nachzugehen. Die Zeit nach der Mittagspause, die oft von 12:15 bis 12:30 Uhr stattfindet, wird mit ähnlichen Aktivitäten ausgefüllt. Findet „Auf zum Lauf“ statt, nimmt die Bezugspflegende des Team B an dieser sportlichen Betätigung teil. Ein Mal wöchentlich ist es außerdem Aufgabe, die Patienten bei der Innen-/Außenaktivität zu begleiten und bei Bedarf Unterstützung zu leisten.

Arbeitsschluss ist für die beiden Vollzeitkräfte in der Regel dann, wenn der letzte Patient die Tagesklinik verlassen hat, also gegen 16:30 Uhr. Die Teilzeitkraft geht meist schon früher, gewöhnlich zwischen 14:00 und 15:00 Uhr.

Qualifikationsniveau und tatsächliche Tätigkeitsanforderungen:

In den untersuchten Dresdner Tageskliniken sind nur Pflegenden beschäftigt, deren Ausbildung mehr als zehn Jahre zurückliegt. Aus diesem Grund wird für Informationen zu den Ausbildungsinhalten nicht das aktuelle Krankenpflegegesetz (KrPflG) aus dem Jahre 2004 berücksichtigt, sondern auf das alte Krankenpflegegesetz von 1985 zurückgegriffen. Weiterqualifizierungen werden nicht berücksichtigt, da nur einzelne Pflegenden eine Weiterbildung zur Fachkrankenschwester bzw. zum Fachkrankenschwester absolviert haben. Das Erlernte im Rahmen der Krankenpflegeausbildung stellt dementsprechend die gemeinsame Grundlage aller Pflegenden dar.

Ziele der Ausbildung waren nach § 4 die sach-/fachkundige, umfassende und geplante Pflege des Patienten; Vorbereitung, Assistenz und Nachbereitung bei der Dia-

gnostik und Therapie; Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten; Erfassung körperlicher/seelischer Zustände der Patienten und Weiterleitung der Beobachtungen an andere an der Pflege, Therapie und Diagnostik beteiligte Personen; lebensnotwendige Maßnahmen einleiten bis ein Arzt eintrifft; Verwaltungsaufgaben. Diese sollen durch verschiedene praktische und theoretische Lehrbereiche (s. Tab. 3.4), welche in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) von 1985 niedergeschrieben sind, erreicht werden.

Um die Anforderungen der Tätigkeit mit der Qualifikationsgrundlage der Pflegenden abzugleichen, werden die beobachteten Tätigkeiten der Pflegenden den Ausbildungsinhalten gegenübergestellt. Der Vergleich erfolgt für jede einzelne Tagesklinik.

Tab. 3.4 Theoretische und praktische Unterrichtsbereiche in der Krankenpflege, basierend auf der KrPflAPrV, 1985

Gebiete des theoretischen und praktischen Unterrichts in der Krankenpflege
01. Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde
02. Hygiene und medizinische Mikrobiologie
03. Biologie, Anatomie, Physiologie
04. Fachbezogene Physik und Chemie
05. Arzneimittellehre
06. Allgemeine und spezielle Krankheitslehre (einschließlich Vorsorge, Diagnostik, Therapie, Epidemiologie)
07. Grundlagen der Psychologie, Soziologie, Pädagogik
08. Krankenpflege
09. Grundlagen der Rehabilitation
10. Einführung in die Organisation und Dokumentation im Krankenhaus
11. Sprache und Schrifttum
12. Erste Hilfe

Tagesklinik Nr. 20:

Zunächst fallen einige Gemeinsamkeiten auf. Die Dokumentation und dokumentierende Tätigkeiten im Allgemeinen nehmen ein Viertel der Arbeitszeit der Pflegenden in Anspruch. Auch in der Ausbildung waren diese Tätigkeiten Gegenstand. Als Ziel der Ausbildung wurde bereits oben das Erfassen körperlicher/seelischer Zustände der Patienten und Weiterleitung der Beobachtungen an andere an der Pflege, Therapie und Diagnostik beteiligte Personen, genannt. Ebenso sind in der Tagesklinik ein Austausch mit anderen Diensten und damit eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unablässig. Gelernte Ausbildungsinhalte müssen damit stetig angewandt werden. In der Tagesklinik findet sich der Anteil interdisziplinärer Zusammenarbeit in dem Punkt informationsbestimmende Tätigkeiten mit 31,3 % wieder.

Ebenfalls wurden Tätigkeiten der somatischen Pflege, wie Blutdruck messen oder Blutabnehmen, in der Ausbildungszeit erlernt und werden nun in der Tagesklinik weiter verfolgt, jedoch in einem weitaus geringerem Maß (7,2 % Anteil an der Gesamtarbeitszeit). So gehören das Bettenmachen, das Waschen oder z. B. Lagern bettlägeriger Patienten nicht mehr zum Arbeitsalltag der Pflegenden dieser Tagesklinik. Die somatische Pflege findet anteilig wenig Anwendung in der Einrichtung.

Die Psychiatrische Pflege nimmt mit 9,6 % einen geringen Teil der Arbeitszeit in Anspruch. Desgleichen kommt in der Ausbildung dieser Aspekt der Pflege eher kurz. Da aber die Pflegenden weder Therapien begleiten noch durchführen müssen, lässt sich keine Diskrepanz zwischen Qualifikation und Anforderungen in dieser Hinsicht

feststellen. Auf Grund der langen Berufserfahrung sind auch Kenntnisse über die Störungsbilder vorhanden, sodass nicht von Schwierigkeiten berichtet wird.

Tagesklinik Nr. 22:

Für die Tagesklinik gelten ähnliche Ergebnisse wie für die Tagesklinik Nr. 20. Auch hier sind die Pflegenden angehalten zu dokumentieren. Wie bereits erwähnt, ist die Dokumentation Gegenstand der Ausbildung. Die somatische Pflege nimmt mit 12,5 % im Vergleich zu den anderen Einrichtungen einen höheren Zeitanteil in Anspruch. Dass dies im Vergleich zur Ausbildung dennoch wenig ist, wurde schon angemerkt. Wie in der Tagesklinik Nr. 20 ist der Austausch mit anderen Diensten und damit eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unablässig. Gelernte Ausbildungsinhalte müssen damit stetig angewandt werden. Informationsbestimmende Tätigkeiten nehmen 19,3 % der Arbeitszeit ein.

Ein Drittel (32,2 %) des Arbeitstages nimmt die psychiatrische Pflege in Anspruch. Aufgabe der Stationsleitung ist es z. B. an der Gruppentherapie teilzunehmen. Da sie jedoch zugleich Fachschwester für Psychiatrie ist, wird von keinen Schwierigkeiten berichtet.

Tageskliniken Nr. 21, Nr. 24 und Nr. 25:

Die drei Tageskliniken zeigen bezüglich der Tätigkeitsanforderungen keine Unterschiede zu den vorherigen beiden Einrichtungen auf und damit auch keine anderen Ergebnisse bezüglich der Diskrepanz Qualifikation und Anforderungen der Arbeit.

Tagesklinik Nr. 23:

In der Familientagesklinik wird keine somatische Pflege durchgeführt. Damit ist ein Großteil der Ausbildung der Pflegenden in der Tagesklinik vollkommen gegenstandslos.

Auf der anderen Seite ist der Anteil der psychiatrischen Pflege mit 38,2 % sehr hoch. Keiner der Pflegenden hat eine fachpsychiatrische Ausbildung genossen, sodass es durchaus zu Schwierigkeiten kommen kann. Die Pflegenden berichten, dass sie bei den Hausbesuchen teilweise überfordert sind. Dies liegt daran, dass sie nicht wissen, wie sie angemessen reagieren, um brenzlige Situationen zu entschärfen.

Auch in der Tagesklinik Nr. 23 spielt die interdisziplinäre Arbeit und damit der Austausch mit anderen Diensten eine sehr große Rolle. Dies spiegelt sich auch in den Anforderungen wieder: 27,3 % der Arbeitszeit wird verwendet, um informationsbestimmenden Tätigkeiten nachzugehen. Hier lässt sich keine Diskrepanz zur Ausbildung feststellen.

Unterschiede in den Tätigkeitsanforderungen innerhalb der Einrichtungstypen:

Die Einzeltätigkeiten wurden im Rahmen des Beobachtungsinterviews erhoben. Im Anhang 16 ist grafisch dargestellt, welche Tätigkeiten von den Pflegenden in den Tageskliniken ausgeführt werden und wie viel Prozent der Gesamtarbeitszeit diese beanspruchen. Die Grafiken bilden die Grundlage für den qualitativen Vergleich der Tageskliniken eines Einrichtungstyps. Da nur die Tagesklinik Nr. 25 dem Bereich der Psychosomatik zuordenbar ist, kann kein Vergleich durchgeführt werden. Dennoch sollen am Ende die Anforderungen kurz beschrieben werden.

Allgemeine Psychiatrie

Die Tageskliniken Nr. 20, Nr. 21 und Nr. 22 lassen sich der Allgemeinen Psychiatrie zuordnen. Die einzelnen Tätigkeitsbereiche der Einrichtungen sollen im Folgenden verglichen werden.

Somatische Pflege:

Den geringsten Anteil an somatischer Pflege leisten die Pflegenden der Tagesklinik Nr. 21 (4,6 %), den höchsten Anteil findet man für die Tagesklinik Nr. 22 (12,5 %). Tagesklinik Nr. 20 findet sich im Mittelfeld wieder (7,2 %). Dass die Pflegenden der Einrichtung Nr. 22 wesentlich mehr somatische Pflege durchführen liegt daran, dass der Umfang der medizinischen Leistungen höher ist. Während in den anderen beiden Tageskliniken lediglich Blutdruck gemessen, Blut abgenommen und Medikamente ausgegeben werden, kommen in der Tagesklinik Nr. 21 Leistungen hinzu wie Alkohol- und Drogentests, Liquor-Punktionen sowie das Anleiten zur Erhaltung des 24-Stunden-Sammelurins.

Psychiatrische Pflege (Interaktion mit den Patienten):

Auch hier fällt auf, dass das Pflegepersonal der Tagesklinik Nr. 22, aber auch der Tagesklinik Nr. 21 mit 32,2 % und 29,4 % wesentlich mehr psychiatrische Pflege leisten als die Pflegenden der Tagesklinik Nr. 20 (9,6 %). Dieser Unterschied kommt dadurch zustande, dass die Pflegenden der Tageskliniken Nr. 21 und Nr. 22 auf Grund der strukturellen Gegebenheiten mehr Patientenkontakt haben. So gehen beispielsweise die Pflegekräfte der Tagesklinik Nr. 22 mit den Patienten schwimmen, zum Nordic Walking und in die Sauna. Außerdem nimmt die Stationsleitung an der Gruppentherapie teil. In der Tagesklinik Nr. 21 sind die Pflegenden nicht nur während der Morgenbewegung mit den Patienten zusammen, sondern nehmen auch an den Stationsrunden teil. Weiter verfolgen sie das Ritual, jeden Patienten morgens persönlich zu begrüßen und am Nachmittag zu verabschieden. Auf diese Weise kommen immer wieder kurze Patientengespräche zustande. Generell konnte beobachtet werden, dass die Pflegenden dieser Tagesklinik oft den Kontakt zu den Patienten suchen. Diese Feststellung ließ sich in der Tagesklinik Nr. 20 nicht machen. Hier nehmen die Pflegenden zwar an der Morgenrunde teil, verbringen aber den Rest des Tages eher im Stationszimmer.

Informationsbestimmende Tätigkeiten:

Zu diesen Tätigkeiten gehören u. a. die Teilnahme an Visiten, Patientenaufnahmen, Kooperationen mit anderen Diensten und der Informationsaustausch im Pflege-team. Die Pflegenden der Tagesklinik Nr. 20 verwenden fast ein Drittel (31,3 %) ihrer Arbeitszeit zur Ausführung informationsbestimmender Tätigkeiten und damit fast zehn Prozent mehr als die anderen beiden Einrichtungen (Tagesklinik Nr. 22: 19,3 %; Tagesklinik Nr. 21: 22,2 %). Ursache dafür ist, dass die Pflegekräfte dieser Tagesklinik an der Therapeutenbesprechung, wie auch an der Oberarzt- und Chefarztvisite teilnehmen. Außerdem führen sie nicht nur das Erstkontaktgespräch mit neuen Patienten durch, sondern nehmen auch an den Anamnesegesprächen teil. Der Anteil informationsbestimmender Tätigkeiten fällt für die anderen beiden Tageskliniken geringer aus, da beispielsweise die Ärzte der Tagesklinik Nr. 22 nur mangelhaft Informationen weitergeben. Auch in der Tagesklinik Nr. 21 gibt es diesbezüglich Schwierigkeiten mit dem Stationsarzt, der nicht ausreichend Informationen weiterleitet. Auf der anderen Seite ist der Kontakt der Pflegenden zu den Psychologen als gut

einzustufen. Die Kommunikation der Pflegekräfte der Tagesklinik Nr. 21 mit der dort angestellten Psychologin ist sogar als sehr gut einzuschätzen.

Dokumentierende Tätigkeiten:

Auch für diesen Bereich lassen sich Unterschiede zwischen den Einrichtungen feststellen, wobei zwischen der Tagesklinik Nr. 20 und den anderen beiden Tageskliniken erneut eine Differenz von 10 % festzustellen ist. In diesen Tätigkeitsbereich fallen Aufgaben wie die Dokumentation und die Pflegeplanung. In der Tagesklinik Nr. 20 wird ein Viertel (24,9 %) der Arbeitszeit mit Tätigkeiten dieser Art verbracht. In der Tagesklinik Nr. 22 sind es 13,6 % und in der Tagesklinik Nr. 21 15,5 %.

Tätigkeiten der Arbeits-/Ablauforganisation:

Die Pflegenden der drei allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken nutzen ähnlich viel Zeit, um Aufgaben dieses Tätigkeitsbereichs auszuführen (Tagesklinik Nr. 20: 19,7 %; Tagesklinik Nr. 22: 14,4 %; Tagesklinik Nr. 21: 19,1 %). Dazu gehören u. a. die Koordination von Arbeitsabläufen, Terminplanung und Koordination diagnostischer und therapeutischer Leistungen, die Bevorratung von Medikamenten sowie Maßnahmen im Zusammenhang mit der Verlegung und Entlassung von Patienten.

Haushaltstätigkeiten:

Auch hier lassen sich keine Unterschiede zwischen den Tageskliniken finden. Das Pflegeteam der Tagesklinik Nr. 20 nutzt 7,2 %, der Tagesklinik Nr. 22 8 % und der Tagesklinik Nr. 21 9,3 % der Arbeitszeit, um Haushaltstätigkeiten – wie die Räumlichkeiten in Ordnung bringen, sich um Wäsche kümmern, das Frühstück der Patienten vorbereiten – auszuüben.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Tagesklinik TKIV und TKV sind kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen. Die einzelnen Tätigkeitsbereiche beider Tageskliniken sollen nun miteinander verglichen werden.

Somatische Pflege:

Während in der Familientagesklinik keine somatische Pflege geleistet wird, macht dieser Tätigkeitsbereich 2,7 % der Arbeitszeit in der Tagesklinik Nr. 24 aus. Die Prozentzahl ist deshalb so gering, weil die Pflegenden bei den Patienten lediglich den Blutdruck messen.

Psychiatrische Pflege (Interaktion mit den Patienten):

Auch für die Psychiatrische Pflege lässt sich kein Unterschied zwischen den Tageskliniken feststellen (Tagesklinik Nr. 23: 38,2 %; Tagesklinik Nr. 24: 33,9 %). Der Anteil dieses Tätigkeitsbereichs ist mit gut einem Drittel je Tagesklinik sehr hoch. In der Tagesklinik Nr. 23 kommt dieser Prozentsatz dadurch zustande, dass die Personalbesetzung eine 1:1, maximal aber eine 1:2-Betreuung ermöglicht. Damit steht den Pflegenden viel Zeit für die psychiatrische Pflege zur Verfügung. Auch die Tagesklinik Nr. 24 ist personaltechnisch mit 4 Pflege-Mitarbeitern gut besetzt. In beiden Tageskliniken nehmen sich die Pflegekräfte ausreichend Zeit für die Patienten, begleiten z. B. auch die Reittherapie.

Informationsbestimmende Tätigkeiten:

Der Anteil der informationsbestimmenden Tätigkeiten ist in der Tagesklinik Nr. 24 mit 34,9 % etwas höher als in der Tagesklinik Nr. 23 (27,3 %). Diese kleine Differenz ergibt sich dadurch, dass sich die Pflegenden in ersterer Tagesklinik etwas mehr untereinander austauschen als in der Nr. 23. In anderer Hinsicht sind beide Einrichtungen durchaus vergleichbar: Die Pflegenden nehmen an Visiten und Supervisionen teil, arbeiten mit anderen Diensten zusammen und führen Dienstbesprechungen durch.

Dokumentierende Tätigkeiten:

Die Pflegekräfte der Tagesklinik Nr. 24 führen doppelt so viele dokumentierende Tätigkeiten (11,3 %) aus wie die Pflegenden der Tagesklinik Nr. 23 (5,5 %). Dies liegt daran, dass zwar beide Pflgeteams angehalten werden, Vorkommnisse und wichtige Informationen zu dokumentieren, in der Tagesklinik Nr. 24 aber mehr Wert darauf gelegt wird als in der Tagesklinik Nr. 23. Hinzu kommt, dass in der Tagesklinik Nr. 23 keine somatische Pflege ausgeführt wird, was den dokumentarischen Aufwand herabsetzt.

Tätigkeiten der Arbeits-/Ablauforganisation:

Hier zeigt sich zwischen den Tageskliniken ein großer Unterschied. Während diese Aufgaben in der Familientagesklinik gut ein Viertel (23,6 %) der Arbeitszeit ausmachen, sind es in der Tagesklinik Nr. 24 6,5 %. Grund für die Differenz kann sein, dass das Team der Tagesklinik Nr. 23 noch relativ jung ist und aus diesem Grund mehr Absprachen getroffen werden müssen. Das Team der Tagesklinik Nr. 24 ist derweil gut eingespielt, sodass grundlegende organisatorische Sachverhalte allen Mitarbeitern klar sind und nicht weiter thematisiert werden müssen.

Haushaltstätigkeiten:

Die Pflegenden der Tagesklinik Nr. 24 führen doppelt so häufig Haushaltstätigkeiten (11,3 %) aus wie das Pflgeteam der Tagesklinik Nr. 23 (5,5 %). Dieser Unterschied kommt dadurch zustande, dass sich die Eltern der Familientagesklinik um die Vorbereitung der Mahlzeiten kümmern und für das Reinhalten der Räume mit verantwortlich sind. In der Tagesklinik Nr. 24 gehören diese Tätigkeiten zum Aufgabenbereich der Pflegenden.

Psychosomatik:

Somatische Pflege: Die somatische Pflege nimmt in der Tagesklinik Nr. 25 16,9 % der Arbeitszeit in Anspruch. Zu den auszuführenden Aufgaben gehören Blutdruck messen, Blut abnehmen, Alkoholtests, das Richten von Medikamenten sowie die Durchführung von Voruntersuchungen.

Psychiatrische Pflege (Interaktion mit den Patienten):

Dieser Tätigkeitsbereich nimmt mit 11,2 % nur relativ wenig Zeit in Anspruch. Grund für diesen eher geringen Aufwand ist in den Wochenplänen der Patienten zu finden. Diese sind so eng gestrickt, dass die Pflegenden die Patienten eher selten in den Aufenthaltsräumen antreffen. Außerdem sind die Pausen der Patienten gewöhnlich zu kurz, um in diesen Pflegegespräche zu führen. In der Regel schaffen es die Pflegenden nur alle zwei Wochen, der Forderung nach den wöchentlichen Gesprächen nachzukommen. Hinzu kommt, dass zum Beispiel keine Morgen- oder Stationsrunden existieren, an denen die Pflegenden teilnehmen können.

Informationsbestimmende Tätigkeiten:

Der Anteil informationsbestimmender Tätigkeiten ist mit 28,1 % im mittleren Bereich einzuordnen. Das Besondere in dieser Tagesklinik ist, dass jeden Morgen eine halbstündige Teamrunde mit allen Diensten statt findet. Hier werden alle Patienten kurz besprochen. Am Nachmittag findet in der Regel eine kurze Nachbesprechung zu den Patienten statt. Außerdem gibt es jede Woche eine große Teambesprechung, die ca. 90 Minuten in Anspruch nimmt. Des Weiteren nimmt das Pflorgeteam an Visiten und Supervisionen teil.

Dokumentierende Tätigkeiten:

In der Tagesklinik Nr. 25 wird mit 22,5 % relativ viel dokumentiert. Dies hängt damit zusammen, dass nicht nur Daten der somatischen Pflege schriftlich festgehalten werden, sondern auch Informationen aus den Pflegegesprächen. Außerdem müssen die Patienten-Hefter vorbereitet werden. In den morgendlichen Teambesprechungen ist es des Weiteren Aufgabe der Pflegenden wichtige Informationen zu dokumentieren.

Tätigkeiten der Arbeits-/Ablauforganisation:

17,5 % der Arbeitszeit wird für diesen Tätigkeitsbereich verwendet. Dazugehörige Aufgaben sind die Koordination der Arbeitsabläufe, Terminvereinbarungen für diagnostische und therapeutische Leistungen und die Beantwortung organisatorischer Nachfragen seitens der Patienten. Außerdem ändern sich die Wochenpläne der Patienten sehr häufig, sodass eine ständige Absprache mit den anderen Diensten gewährleistet werden muss.

Haushaltstätigkeiten:

Mit 3,8 % führen die Pflegenden nur wenige Aufgaben im Haushaltsbereich durch. Eine beobachtete Aufgabe war beispielsweise das Reinigen des Kühlschranks.

Fachgebiete im Vergleich

Werden die Tätigkeitsanteile in Minuten je Arbeitstag und Fachgebiet betrachtet, so wird deutlich, dass diese durch hohe Schwankungen gekennzeichnet sind (s. Tab. 3.5). Beispielsweise differiert die psychiatrische Pflege in der allgemeinen Psychiatrie zwischen den einzelnen Arbeitstagen so extrem, dass die Standardabweichung größer ist als die Dauer im Mittel. Diese Schwankungen entstehen, weil an einigen Tagen besondere Tätigkeiten wie die Durchführung der Chefarztvisite oder auch Fallbesprechungen stattfinden.

Es zeigt sich, dass in der allgemeinen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie Tätigkeiten der psychiatrischen Pflege als auch informationsbestimmende Tätigkeiten den größten Anteil an der Pflege haben, während Tätigkeiten der somatischen Pflege als auch Haushaltstätigkeiten einen geringen Stellenwert einnehmen. In der Psychosomatik hingegen ist der Anteil der somatischen Pflege höher und der Anteil der psychiatrischen Pflege im Vergleich geringer.

Tab. 3.5 Tätigkeitsanteile in Minuten je Arbeitstag und Fachgebiet

Interaktionsart	Allgemeine Psychiatrie n = 9		Kinder- und Jugendpsychiatrie n = 4		Psychosomatik n = 2	
	MW in min/Tag ± SD	%/Tag	MW in min/Tag ± SD	%/Tag	MW in min/Tag ± SD	%/Tag
Somatische Pflege	33,3 ± 29,8	8,5	6,3 ± 7,5	1,7	67,5 ± 10,6	16,8
Psychiatrische Pflege	92,2 ± 117,9	23,5	131,3 ± 85,6	35,5	45,0 ± 21,2	11,3
Informationsbestimmende Tätigkeiten	95,6 ± 63,6	24,3	118,8 ± 81,6	32,1	112,5 ± 74,2	28,1
Dokumentierende Tätigkeiten	71,1 ± 40,7	18,1	33,8 ± 48,0	9,1	90,0 ± 42,4	22,5
Tätigkeiten der Arbeits-/ Ablauforganisation	68,9 ± 46,6	17,5	47,5 ± 37,7	12,8	70,0 ± 77,8	17,5
Haushaltstätigkeiten	31,7 ± 26,5	8,1	32,5 ± 23,6	8,8	15,0 ± 21,2	3,8

Der H-Test nach Kruskal und Wallis zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den Einrichtungstypen für die somatische Pflege (H-Test: $\chi^2 [15] = 7.481$, $p < .5$). Ein nachträglicher Test für Kontraste deckt einen signifikanten Unterschied zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik auf. Die Differenz fällt zugunsten der Psychosomatik aus; hier wird wesentlich mehr somatische Pflege geleistet als in den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen. Signifikante Unterschiede in anderen Tätigkeitsbereichen (z. B. der psychiatrischen Pflege) können zwischen den Einrichtungstypen nicht nachgewiesen werden. Es sind jedoch deutliche Abweichungen zwischen den Fachgebieten erkennbar, z. B. bei den Zeiten, die für psychiatrische Pflegetätigkeiten oder auch dokumentierende Tätigkeiten verwendet werden.

3.2.2 Interaktion

3.2.2.1 Stichprobe

Zur Darstellung der Art, Dauer und Häufigkeiten von Interaktion in psychiatrischen Tageskliniken werden die im Beobachtungsinterview in sechs Dresdner Tageskliniken gewonnenen Daten genutzt. Die Tageskliniken sind in Tabelle 3.1 dargestellt.

3.2.2.2 Material und Vorgehen

Anhand des Beobachtungsinterviews wurde die Art, Dauer und Häufigkeit der von den Pflegenden verrichteten Tätigkeiten protokolliert. Im Rahmen einer Pilotstudie (vgl. Baumbach & Langer, 2008) fand die Erstellung eines Tätigkeitsinventars statt, in welchem alle Tätigkeiten erfasst wurden und die Zuordnung der Einzeltätigkeiten zu Tätigkeitsbereichen erfolgte (s. Anh. 17). Zur Erfassung der interaktiven Anteile der Tätigkeiten wurden die erfassten Einzeltätigkeiten kategorisiert nach „Tätigkeiten oh-

ne Patientenkontakt“, „Tätigkeiten mit Patientenkontakt“ und „Psychosoziale Aktivitäten“.

1. Teiltätigkeiten ohne Patientenkontakt sind sowohl sachbezogene (bspw. hauswirtschaftliche oder dokumentierende) als auch mitarbeiter-/teambezogene (bspw. informierende oder kooperative) Tätigkeiten.
2. Teiltätigkeiten mit Patientenkontakt werden nach Art der Koproduktion noch einmal unterschieden in:
 - a. Aktivitäten am Patienten: Diese Kategorie umfasst Tätigkeiten, bei denen der Patient nur als „Arbeitsgegenstand“ fungiert und keinerlei Koproduktion notwendig ist. Solche Tätigkeiten erfordern vom Patienten allein seine Duldung bzw. Einwilligung. Ein Beispiel dafür wäre das Waschen oder Operieren eines bewusstlosen Patienten.
 - b. Aktivitäten am Patienten, die dessen Koproduktion erfordern: Bei solchen Tätigkeiten übernimmt der Patient eine Doppelrolle – er bleibt „Arbeitsgegenstand“, wird aber zugleich zum Partner der Pflegekraft. Ein Beispiel wäre das Blutabnehmen, welches vom Patienten durch Ballen der Faust erleichtert wird. Diese Kategorie wurde der ursprünglichen Einteilung von Hacker (1993) hinzugefügt, da zunehmend auf die Bedeutung der Mitwirkung des Patienten für eine optimale Ergebnisqualität bei Gesundheitsleistungen im Allgemeinen (Koproduktionsthese, vgl. Badura & Hungeling, 1997), aber auch speziell in der Pflege (vgl. bspw. Weigl, 2006) hingewiesen wird.
 - c. Psychosoziale Aktivitäten gemeinsam mit dem Patienten als Subjekten kooperativer Tätigkeit. Hier wird vom Patienten Koproduktion im Sinne einer Selbstveränderung gefordert, der Pflegende kann nur versuchen, diese anzustoßen. Beispiele solcher Tätigkeiten sind betreuende und übende gemeinsame Aktivitäten, die sogenannten psycho-social care activities.

3.2.2.3 Ergebnisse

Alle Fachgebiete – Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik – sind in den Dresdner Tageskliniken zu finden. Im Folgenden sollen die Fachgebiete hinsichtlich der Interaktionsanteile mit den Patienten verglichen werden. Von Interesse sind dabei Unterschiede zwischen den Fachgebieten. Basis für die Berechnungen bilden die Arbeitstage, an denen die Tätigkeiten schriftlich festgehalten wurden, wodurch sich ein N von 15 ergibt. In der nachstehenden Tabelle sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der interaktiven Anteile der Tätigkeit in Minuten je Tag und Fachgebiet angegeben (s. Tab. 3.6).

Aus der Tabelle geht hervor, dass die Interaktionsanteile zwischen den Fachgebieten und Untersuchungstagen sehr stark schwanken. Ferner ist erkennbar, dass Tätigkeiten ohne Patientenkontakt einen hohen Anteil an der Pfl egetätigkeit in psychiatrischen Tageskliniken haben. In der Psychosomatik liegt der Anteil bei über 70,0 %. Hier ist anzumerken, dass die Anzahl der untersuchten Tage in der Psychosomatik mit N = 2 sehr gering ist. Aufgrund der großen Schwankungen zwischen den Tagen ist der dargestellte Anteil sehr ungenau.

Tab. 3.6 Interaktive Anteile der Tätigkeit in Minuten je Arbeitstag und Fachgebiet

Interaktive Anteile der Tätigkeit	Allgemeine Psychiatrie n = 9		Kinder- und Jugendpsychiatrie n = 4		Psychosomatik n = 2	
	MW in min/Tag ± SD	%/Tag	MW in min/Tag ± SD	%/Tag	MW in min/Tag ± SD	%/Tag
Tätigkeiten ohne Patientenkontakt	230,0 ± 87,4	58,6	190,0 ± 63,2	51,3	295,0 ± 99,0	73,8
Koproduktion	33,9 ± 28,1	8,6	3,8 ± 7,5	1,1	45,0 ± 21,2	11,3
Psychosoziale Zuwendung	128,9 ± 107,5	32,8	176,3 ± 65,4	47,6	60,0	15,0

Die psychosoziale Zuwendung nimmt einen hohen Stellenwert in der teilstationären psychiatrischen Pflege ein, während Koproduktion in allen drei Einrichtungstypen seltener stattfindet. Aktivitäten am Patienten ohne dessen Koproduktion sind in psychiatrischen Tageskliniken nicht zu finden.

Unterschiedstests ergeben für die Interaktion mit den Patienten (Tätigkeiten ohne Patientenkontakt, Tätigkeiten mit Koproduktion, Psychosoziale Aktivitäten) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Fachgebieten.

3.2.3 Qualität des Arbeitserlebens

3.2.3.1 Stichprobe

An der Untersuchung nahmen insgesamt 91 Beschäftigte psychiatrischer Tageskliniken (Sachsen: 77) teil. 87,5 % der Befragten sind weiblich (Sachsen: 90,7 %, Bayern: 69,2 %). Dazu gehören 50 Krankenschwestern/-pfleger (Sachsen: 45), 19 Fachkrankenschwestern/-pfleger (Sachsen: 14), sechs Kinderkrankenschwestern (Sachsen: 5), fünf Heilerziehungspfleger/-innen (Sachsen: 4), zwei Ergotherapeuten (Sachsen: 2), zwei Erzieherinnen (Sachsen: 2) und eine Betreuungsassistentin (Sachsen: 1). Bei sechs Befragten können aufgrund fehlender Angaben keine Aussagen zur Qualifikation getätigt werden.

20,9 % der Befragten waren zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 21 und 35 Jahre alt (Sachsen: 24,7 %, Bayern: 0 %). Über die Hälfte der Probanden (61,1 %) gab an zwischen 36 und 50 Jahren alt zu sein (Sachsen: 55,8 %, Bayern: 92,3 %); 17,8 % waren älter als 50 Jahre (Sachsen: 19,5 %, Bayern: 7,7 %).

Zwölf befragte Personen waren weniger als ein Jahr in der Einrichtung tätig (Sachsen: 8), 33 Probanden waren zwischen einem und fünf (Sachsen: 30) und 38 Probanden waren zwischen 5 und 15 Jahren in der jeweilige Tagesklinik beschäftigt (Sachsen: 34). Sechs Personen gaben ein Arbeitsplatzer Alter von mehr als 15 Jahren an (Sachsen: 4).

77,7 % der befragten Pflegenden waren vor ihrer derzeit ausgeübten Tätigkeit im stationären Bereich beschäftigt (Sachsen: 78,9 %, Bayern: 69,2 %), 3,4 % im ambulanten Bereich (Sachsen: 2,6 %; Bayern: 7,7 %), während 1,1 % der Befragten bereits im teilstationären Bereich arbeiteten (Sachsen: 1,3 %; Bayern: 0,0 %). 18 % ge-

ben ohne weitere Ausführungen sonstige Arbeitsbereiche an (Sachsen: 17,1 %, Bayern: 23,1 %).

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt bei über der Hälfte der Beschäftigten 100 % (55,3 %, Sachsen: 54,2 %, Bayern: 61,5 %). 34,1 % waren zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 75 und 100 % angestellt (Sachsen: 37,5 %, Bayern: 15,4 %), 8,2 % über 50 aber unter 75 % (Sachsen: 6,9 %, Bayern: 15,4 %) und 2,4 % unter 50 % (Sachsen: 1,4 %, Bayern: 7,7 %).

80,2 % der Pflegenden leben mit ihrem Partner zusammen (Sachsen: 82,9 %, Bayern: 76,9 %); 66,3 % haben Kinder in ihrem Haushalt zu betreuen (Sachsen: 76,7 %, Bayern: 50,0 %).

Bei 30 Personen wurde die Befragung wiederholt nach einem Zeitraum von ca. 2 Monaten durchgeführt.

Zwischen den beiden Bundesländern kann ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Geschlechts der Beschäftigten in psychiatrischen Tageskliniken gefunden werden. In Bayern sind signifikant mehr Männer tätig (U-Test: $Z_{\text{Geschlecht}}$ [88] = -2.15, $p < .05$). Ebenfalls existiert ein signifikanter Unterschied zwischen Bayern und Sachsen hinsichtlich der Anzahl im Haushalt lebenden Kindern, wobei in Bayern signifikant mehr Kinder im Haushalt Pflegender leben als in Sachsen (U-Test: Z_{Kinder} [66] = -2.10, $p < .05$). In Bezug auf die Qualifikation, das Alter, das Arbeitsplatzalter, die vorherige Beschäftigung, die wöchentliche Arbeitszeit sowie das Leben in einer Partnerschaft können keine signifikanten Unterschiede identifiziert werden (U-Test: $Z_{\text{Qualifikation}}$ [87] = -.72, $p > .05$; U-Test: Z_{Alter} [90] = -.73, $p > .05$; U-Test: $Z_{\text{Arbeitsplatzalter}}$ [89] = -.51, $p > .05$; U-Test: $Z_{\text{Beschäftigung}}$ [89] = -.74, $p > .05$; U-Test: $Z_{\text{Arbeitszeit}}$ [87] = -.02, $p > .05$; U-Test: $Z_{\text{Partnerschaft}}$ [87] = -.52, $p > .05$).

3.2.3.2 Material und Vorgehen

Im Vorfeld der Untersuchung erhielten alle tagesklinischen Einrichtungen ein Informationsschreiben zum Forschungsvorhaben. Anschließend wurden alle Einrichtungen telefonisch kontaktiert, um das Interesse zu erfragen und gegebenenfalls Vorstellungstermine mit den Leitern zu vereinbaren. In den Gesprächen wurden das Projekt sowie die Instrumente näher erläutert und bestehende Fragen beantwortet. Alle Einrichtungen, die sich bereit erklärten an der Untersuchung teilzunehmen, erhielten die Fragebögen mit weiteren Instruktionen zur Ausgabe und Handhabung. Folgende Verfahren wurden im Rahmen der Befragung eingesetzt:

„Checkliste zur Erfassung der Arbeitsorganisation und des Arbeitserlebens in der teilstationären psychiatrischen Pflege“ (s. Anh. 18):

Diese Checkliste wurde bereits im stationären Setting eingesetzt und in einer vorhergehenden Untersuchung von Baumbach und Langer (2008) für den Einsatz in psychiatrischen Tageskliniken modifiziert.

Grundlage für dieses Instrument bilden das „Orientierende Verfahren zur Erfassung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz“ (Mühlpfordt & Richter, 2003) und das „Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege“ (Belastungsscreening TAA-KH-S, Büssing, Glaser & Höge, 2002). Aus den Verfahren wurden diejenigen Items übernommen, die sich auf Aspekte der Arbeitsorganisation beziehen, welche selbst beeinflusst werden können, und mit der erlebten Belastung mindestens zu $r = .30$ zusammenhängen. Anschließend wurden Ergänzungen und Umformulierungen vorgenommen.

Der Fragebogen besteht aus dem Themenkomplex Arbeitssituation und mögliche Beziehungen zur tätigkeitsspezifischen Beanspruchung (67 Items). Die Items sind in Frageform formuliert (z. B. „Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?“) und können mit Hilfe einer 4-stufigen Ratingskala (nein – eher nein – eher ja – ja) beantwortet werden. Der Verzicht einer neutralen Kategorie verhindert eine Antworttendenz zur Mitte. Die Antworten zur Einstufung der erlebten Beanspruchung sind ebenfalls vorgegeben und umfassen die Kategorien „nein“ und „ja“, wobei die Kategorie „ja“ in „wenig“, „mittel“ und „stark“ untergliedert ist. Zusätzlich werden Angaben zur Person erfragt. Dazu gehören: Alter, Beruf, Berufs- und Arbeitsplatzalter, frühere Tätigkeitsbereiche, Geschlecht, Wochenarbeitszeit, Familienstand und Vertragsart.

BHD-System:

Der Teil Auswirkungen der Arbeit setzt sich aus den beiden BHD-System-Faktoren „reaktives Abschirmen“ (5. Faktor) und „emotionale Erschöpfung“ (1. Faktor) (Hacker, & Reinhold, 1995) zusammen. Dem fünften Faktor lassen sich sechs Items zuordnen, dem ersten Faktor 12 Items. Auch hier sind die Items in Ich-Form verfasst, z. B. „Durch die Arbeit bin ich oft gereizt.“. Die Ratingskala besteht aus den sieben Antwortmöglichkeiten „völlig unzutreffend“, „weitgehend unzutreffend“, „eher unzutreffend“, „teils, teils“, „eher zutreffend“, „weitgehend zutreffend“ und „völlig zutreffen“.

AVEM:

Der Komplex Arbeitsengagement entstammt dem Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM; Schaarschmidt, U. & Fischer, A.W., 2003) und umfasst die drei Skalen „Beruflicher Ehrgeiz“, „Verausgabungsbereitschaft“ und „Perfektionsstreben“, welche aus je sechs Items bestehen. Auch hier wurde die Ich-Form gewählt (z. B. „Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben.“). Die Antwortoptionen reichen von „Die Aussage trifft...: „völlig zu“, über „überwiegend zu“, „teils/teils“, „überwiegend nicht zu“ bis „überhaupt nicht zu“.

SF12:

Ein weiterer Fragebogenteil Beurteilung des Gesundheitszustandes ist dem SF-12 (Bullinger & Kirchberger, 1998), welcher die gesundheitsbezogene Lebensqualität misst, entnommen. Der Proband soll an dieser Stelle seinen allgemeinen Gesundheitszustand beurteilen und angeben, inwiefern er sich beispielsweise beeinträchtigt fühlt (z. B. „Ich habe weniger geschafft als ich wollte.“). Für die 12 Items gibt es teilweise unterschiedliche Antwortmöglichkeiten. Das erste Item wird auf einer 5-stufigen Skala („ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“, „weniger gut“ und „schlecht“) beantwortet. Beim zweiten Item stehen drei Antworten zur Verfügung: „Ja, stark eingeschränkt“, „Ja, etwas eingeschränkt“ und „Nein, überhaupt nicht eingeschränkt“. Vier Items erfordern lediglich eine „Ja“- oder „Nein“-Antwort, drei Items sind mit einer 6-stufigen Ratingskala versehen („immer“, „meistens“, „ziemlich oft“, „manchmal“, „selten“ und „nie“) und die letzten beiden Items können mit Hilfe einer 5-stufigen Skala („immer“, „meistens“, „manchmal“, „selten“ und „nie“) beantwortet werden.

Nordischer Fragebogen:

Im letzten Teil Beschwerden im Muskel-Skelett-System sind verschiedene Bereiche des Muskel-Skelett-Systems aufgelistet. Diese wurden dem Bereich des Nordischen Fragebogens (Kuorinka, Jonsson, Kilbom, Vinterberg, Biering-Sorensen, Andersson,

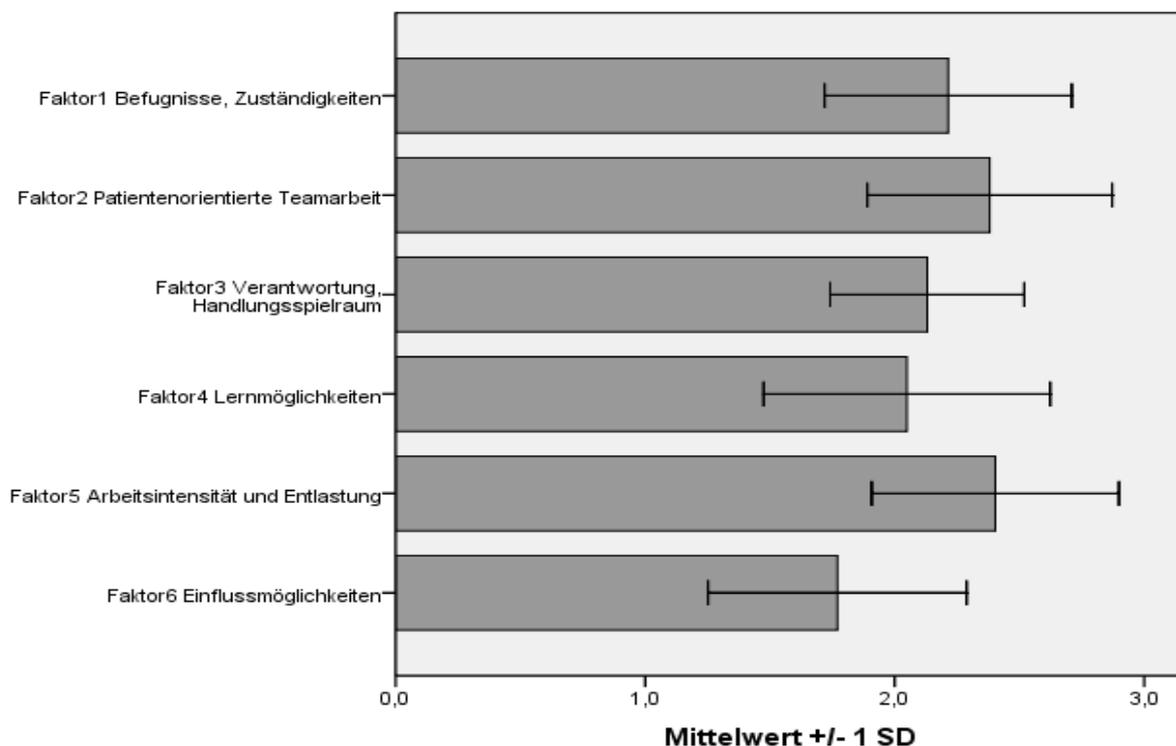
& Jorgensen, 1987) „Allgemeine Angaben zu Beschwerden im Muskel-Skelett-System“ entnommen.

Der Proband soll zunächst einschätzen, ob er in den vergangenen 12 Monaten Schmerzen in einer dieser Regionen hatte (2- bzw. teilweise 4-stufige Ratingskala: „Nein“, „Ja“, „Ja, links“, „Ja, rechts“, „Ja, beidseits“). Kreuzt er irgendeine „Ja“-Antwort an, soll er zunächst angeben, ob er in den letzten 12 Monaten wegen dieser Beschwerden seinen Tätigkeiten nicht nachgehen konnte und anschließend, ob er in den vergangenen sieben Tagen Beschwerden in der betreffenden Region hatte. Die beiden letzten Fragen werden jeweils nur mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet.

3.2.3.3 Ergebnisse

Arbeitserleben und tätigkeitsspezifische Beanspruchung:

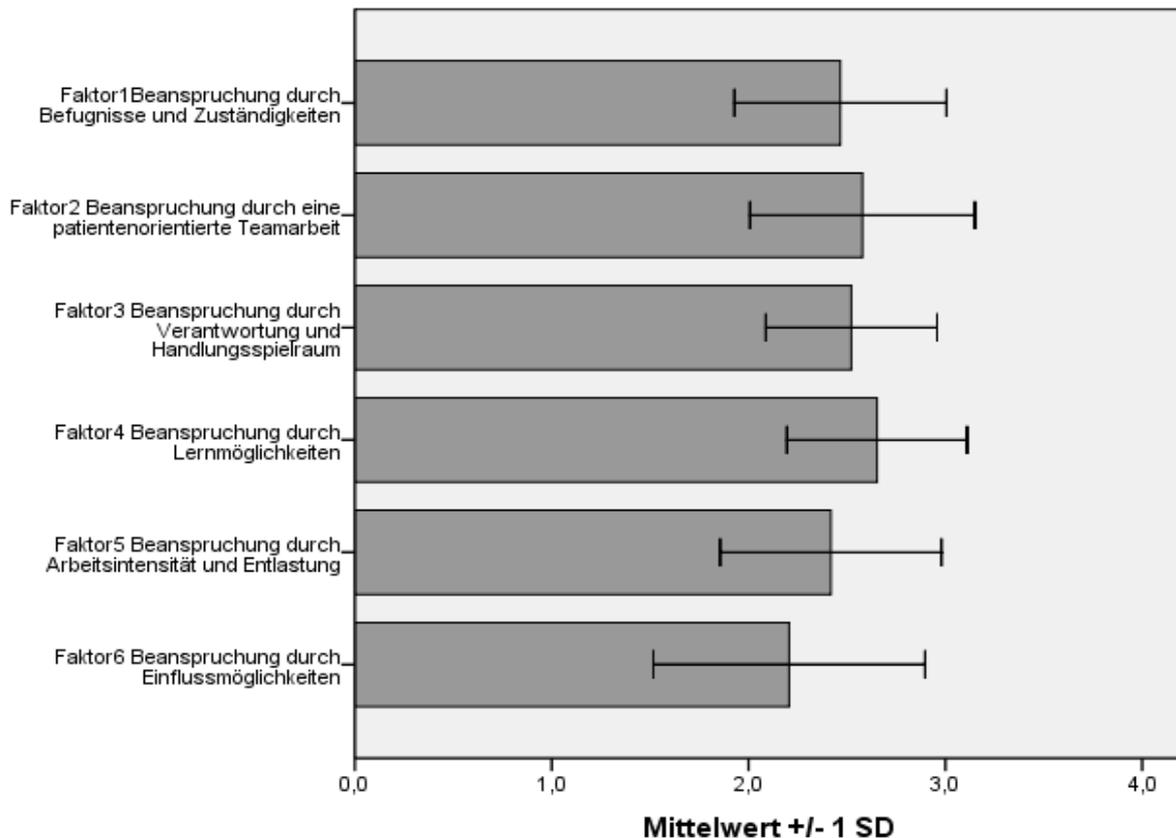
Das Arbeitserleben der Pflegenden in psychiatrischen Tageskliniken liegt im Mittel für die Faktoren 1 ‚Befugnisse und Zuständigkeiten‘, 2 ‚Patientenorientierte Teamarbeit‘, 3 ‚Verantwortung und Handlungsspielraum‘, 4 ‚Lernmöglichkeiten‘ und 5 ‚Arbeitsintensität und Entlastung‘ bei einem Wert größer als 2,0, was einer Einschätzung der Pflegenden von ‚eher vorhanden‘ entspricht. Der Faktor 6 ‚Einflussmöglichkeiten‘ wird mit einem Wert von durchschnittlich 1,7 von den Beschäftigten vergleichsweise ungünstiger eingeschätzt und liegt zwischen einer Bewertung der Pflegenden von ‚eher vorhanden‘ und ‚eher nicht vorhanden‘ (s. Abb. 3.9).



0 = nein (nicht vorhanden), 1 = eher nein (eher nicht vorhanden), 2 = eher ja (eher vorhanden), 3 = ja (vorhanden)

Abb. 3.9 Arbeitserleben der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (Faktorenmittelwerte und Standardabweichung)

Wird das tätigkeitsspezifische Beanspruchungserleben der Pflegenden betrachtet, so ergeben sich für alle 6 Faktoren mittlere Werte größer als 2,0, was einer Einschätzung von ‚wenig beansprucht‘ entspricht (s. Abb. 3.10).



Beanspruchungserleben: 0 = stark, 1 = mittel, 2 = wenig, 3 = nein, 4 = sogar Entlastung

Abb. 3.10 Tätigkeitsspezifisches Beanspruchungserleben der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (Faktorenmittelwerte und Standardabweichung)

Die Faktoren des Arbeitserlebens 1 ‚Befugnisse und Zuständigkeiten‘, 2 ‚Patientenorientierte Teamarbeit‘, 5 ‚Arbeitsintensität und Entlastung‘ und 6 ‚Einflussmöglichkeiten‘ stehen in einem Zusammenhang mit großer Effektstärke zu den entsprechenden Faktoren der tätigkeitsspezifischen Beanspruchung ($R_{s\text{Faktor 1}} [80] = .822$, $p < .001$; $R_{s\text{Faktor 2}} [79] = .647$, $p < .001$; $R_{s\text{Faktor 5}} [85] = .669$, $p < .001$; $R_{s\text{Faktor 6}} [85] = .698$, $p < .001$). Der Faktor 3 ‚Verantwortung und Handlungsspielraum‘ weist einen Zusammenhang mittlerer und der Faktor 4 ‚Lernmöglichkeiten‘ einen Zusammenhang kleiner Effektstärke zum entsprechenden Faktor des Beanspruchungserlebens auf ($R_{s\text{Faktor 3}} [75] = .395$, $p < .001$; $R_{s\text{Faktor 4}} [84] = .280$, $p < .01$).

Hinsichtlich des Fachgebiets kann ein überzufälliger Unterschied im Faktor 5 ‚Arbeitsintensität und Entlastung‘ nachgewiesen werden (H-Test: $\chi^2 [57] = 11.91$, $p < .01$). Ein nachfolgender Test ergibt einen signifikanten Unterschied zwischen der

allgemeinen und der Kinder-/Jugendpsychiatrie zugunsten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (U-Test: $Z [53] = -3.14$, $p_{\alpha \text{ lokal}}^7 < .017$).

Zwischen den Bundesländern Bayern und Sachsen können signifikante Unterschiede im Arbeitserleben als auch im tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserleben gefunden werden. Die Befragten in Sachsen erleben ‚Befugnisse und Zuständigkeiten‘ bei der Arbeit (Faktor 1) als auch die ‚Arbeitsintensität und Entlastung‘ (Faktor 5) signifikant günstiger als ihre bayerischen Kollegen (U-Test_{Faktor 1}: $Z [83] = 12.29$, $p < .001$; U-Test_{Faktor 5}: $Z [86] = 2.09$, $p < .05$). Ebenfalls fühlen sich die Pflegenden in Sachsen im Faktor 1 ‚Befugnisse und Zuständigkeiten‘, Faktor 2 ‚Patientenorientierte Teamarbeit‘, Faktor 3 ‚Verantwortung und Handlungsspielraum‘, Faktor 4 ‚Lernmöglichkeiten‘ und Faktor 5 ‚Arbeitsintensität und Entlastung‘ weniger beansprucht (U-Test_{Beanspruchung Faktor 1}: $Z [81] = 10.81$, $p < .001$; U-Test_{Beanspruchung Faktor 2}: $Z [79] = 9.19$, $p < .01$; U-Test_{Beanspruchung Faktor 3}: $Z [76] = 7.87$, $p < .01$; U-Test_{Beanspruchung Faktor 4}: $Z [84] = 11.17$, $p < .001$; U-Test_{Beanspruchung Faktor 5}: $Z [85] = 13.26$, $p < .001$).

Die männlichen Befragten weisen ein signifikant höheres tätigkeitsspezifisches Beanspruchungserleben in den Faktoren 2 ‚Patientenorientierte Teamarbeit‘, 4 ‚Lernmöglichkeiten‘ und 5 ‚Arbeitsintensität und Entlastung‘ auf, was bedeutet, dass sich die männlichen Befragten hinsichtlich dieser Faktoren signifikant mehr beansprucht fühlen (U-Test: $Z_{\text{Faktor 2}} [75] = -2.16$, $p < .05$; U-Test: $Z_{\text{Faktor 4}} [77] = -2.12$, $p < .05$; U-Test: $Z_{\text{Faktor 5}} [78] = -2.38$, $p < .05$).

Emotionale Erschöpfung:

Der Anteil der beschäftigten Pflegenden mit Ausprägungen kritischer emotionaler Erschöpfung beträgt 15,1 %, während der Anteil Pflegenden, die Ausprägungen neutraler emotionaler Erschöpfung aufweisen bei 51,2 % liegt sowie der Anteil Beschäftigter mit Ausprägungen unkritischer emotionaler Erschöpfung 33,7 % beträgt (s. Abb. 3.11).

Anteil der Mitarbeiter in %

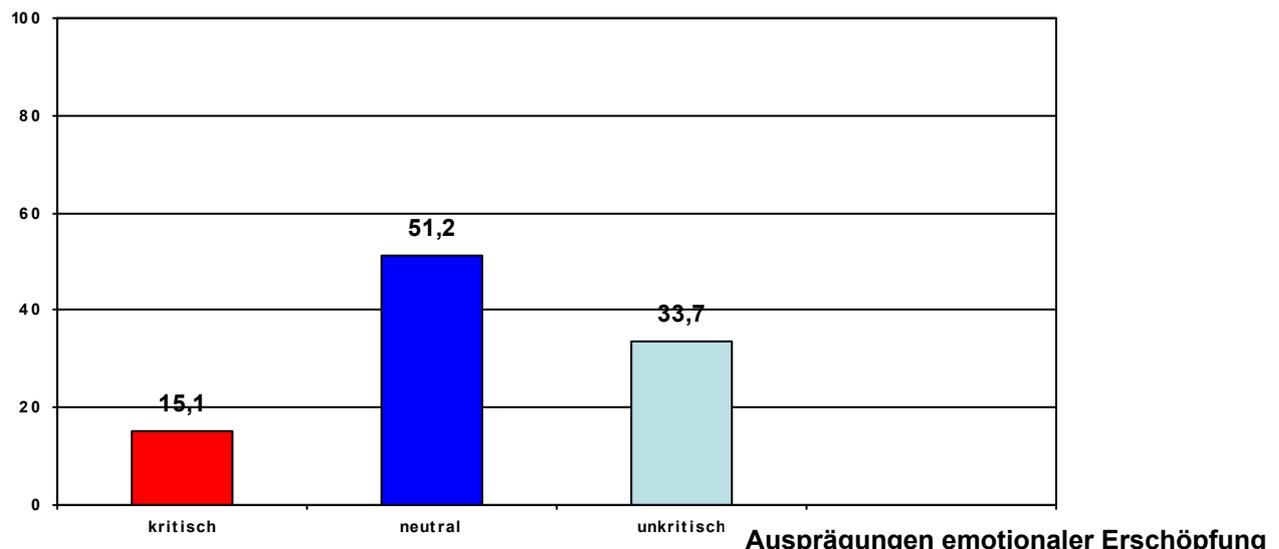


Abb. 3.11 Ausprägungen emotionaler Erschöpfung der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=86)

⁷ $\alpha \text{ lokal} = .017$ nach Bonferroni-Adjustierung

In Bezug auf die emotionale Erschöpfung und dem Fachgebiet, dem die Pflegenden zugehören kann ein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden (H-Test: χ^2 [57] = 11,18, $p < .01$). Im Rahmen von nachfolgenden Tests kann ein signifikanter Unterschied zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der allgemeinen Psychiatrie identifiziert werden. Die Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie weisen signifikant mehr unkritische Werte in der emotionalen Erschöpfung auf (U-Test: Z [53] = -3,23, $p_{\alpha \text{ lokal}}^8 < .017$).

Die Ausprägungen an emotionaler Erschöpfung unterscheiden sich signifikant zwischen den Pflegenden in Bayern und Sachsen. Sachsen weist überzufällig günstigere Erschöpfungswerte auf (U-Test: Z [86] = -2,71, $p < .01$).

Bewältigungsstrategien:

a) Reaktives Abschirmen

Der Anteil der Pflegenden die kritische Werte bezüglich des reaktiven Abschirmens aufweisen, liegt bei 4,6 %, während der Anteil der Pflegenden, die unkritische Ausprägungen im reaktiven Abschirmen aufweisen bei 78,2 % liegt. Für 17,2 % der Beschäftigten können neutrale Werte im reaktiven Abschirmen nachgewiesen werden (s. Abb. 3.12).

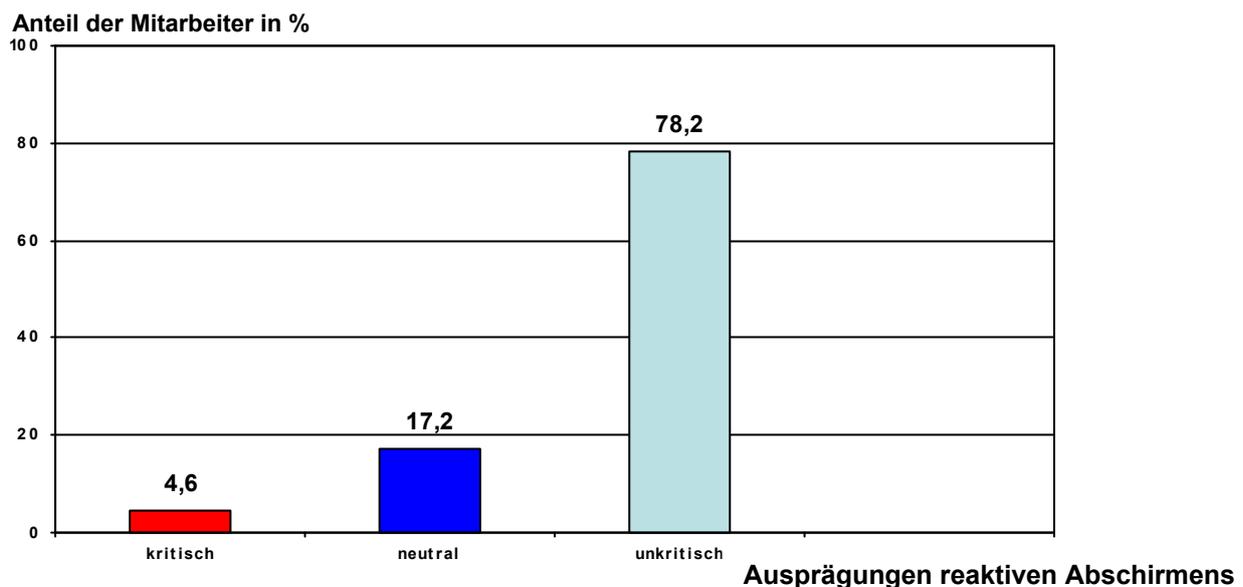


Abb. 3.12 Ausprägungen reaktiven Abschirmens der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=86)

Das Fachgebiet hat keinen Einfluss auf die Fähigkeit des reaktiven Abschirmens (H-Test: χ^2 [57] = 4,23, $p > .05$).

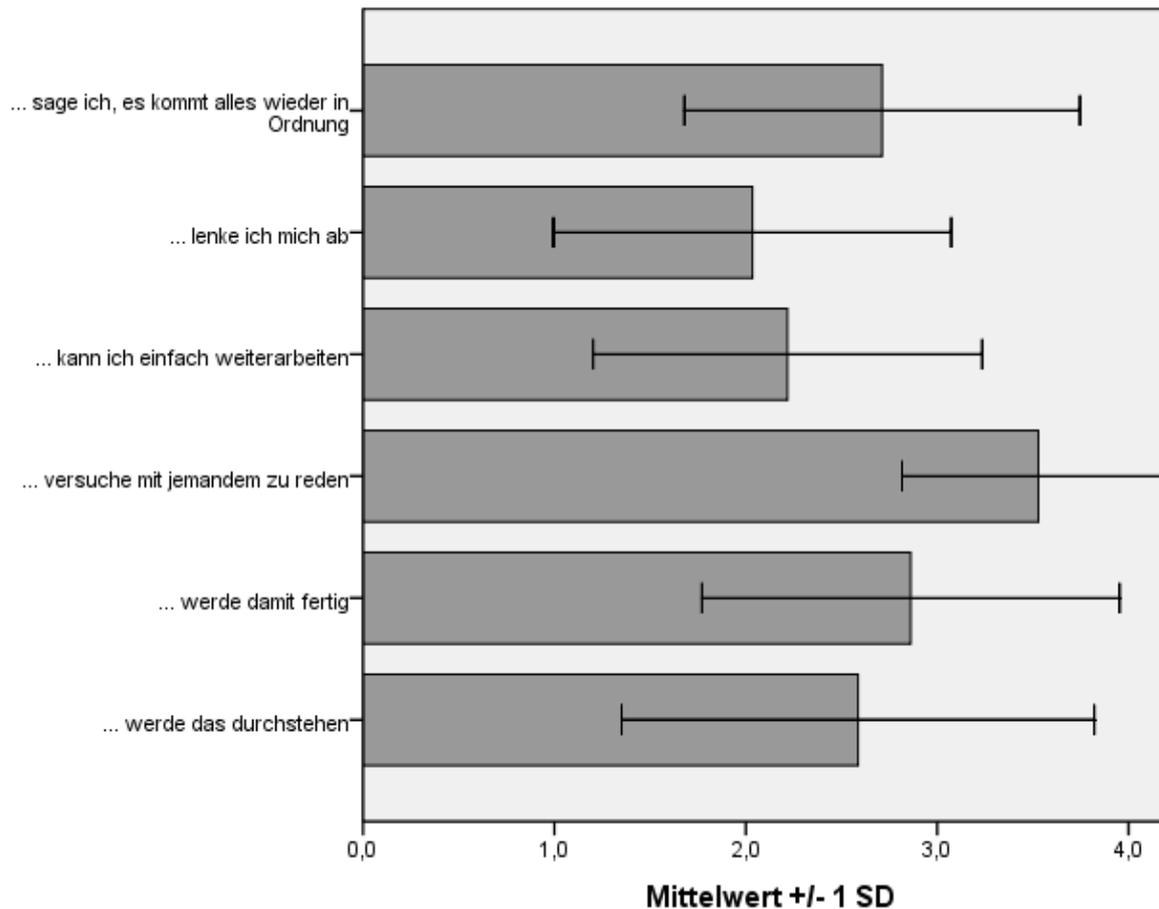
In Sachsen können signifikant günstigere Ausprägungen im reaktiven Abschirmen gefunden werden (U-Test: Z [86] = -3,50, $p < .01$).

b) Umgang mit Belastungen

Im Umgang mit Belastungen scheinen die befragten Pflegenden in der Regel optimistisch zu sein. Im Mittel werden Aussagen wie beispielsweise ‚...sage ich, es kommt alles wieder in Ordnung‘ oder ‚...werde das durchstehen‘ zwischen ‚teils, teils‘

⁸ α lokal = .017 nach Bonferroni-Adjustierung

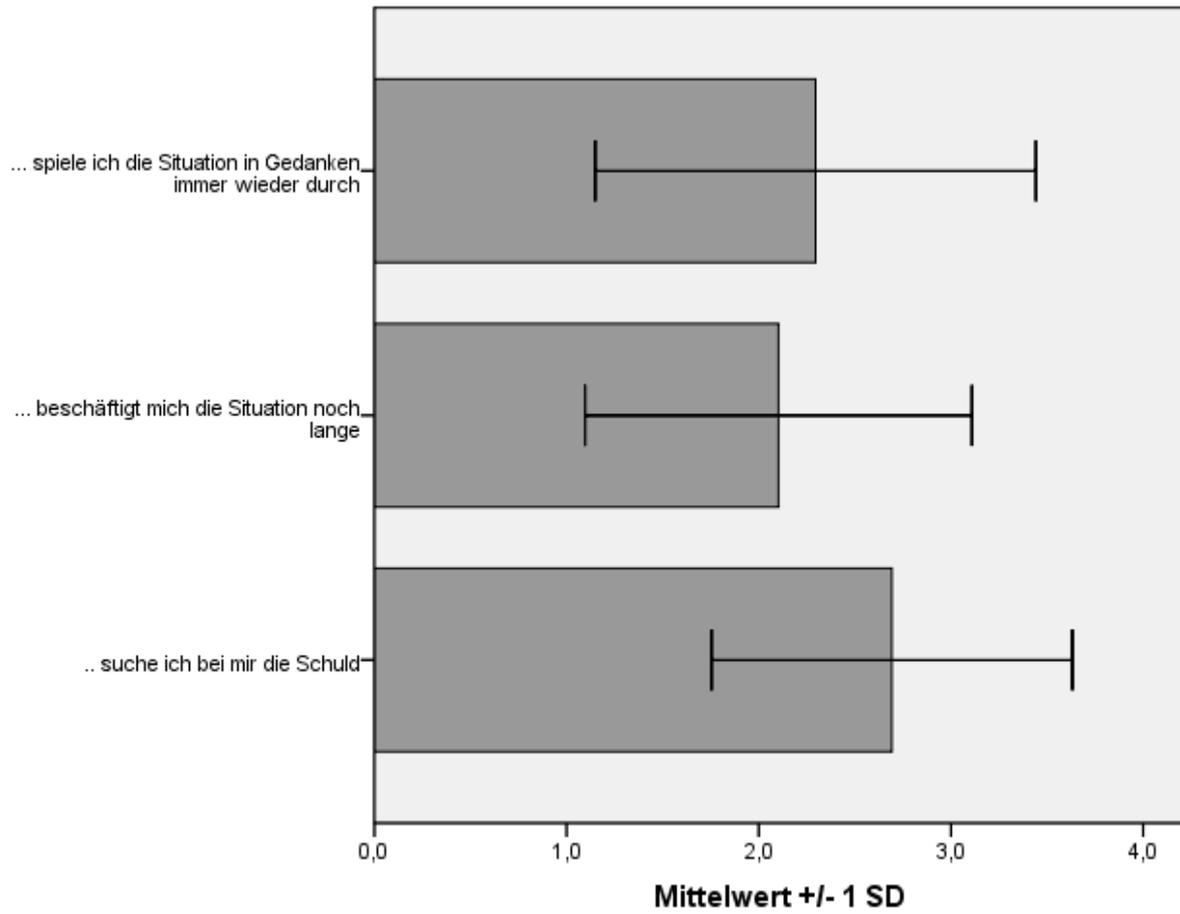
und ‚eher ja‘ beantwortet. Die Aussage ‚...versuche mit jemandem zu reden‘ wird von den beschäftigten Pflegenden im Durchschnitt mit ‚eher ja‘ beantwortet. Vergleichsweise niedrig werden die Aussagen ‚...lenke ich mich ab‘ (MW: 2,1) und ‚...kann ich einfach weiterarbeiten‘ (MW: 2,2) eingeschätzt (s. Abb. 3.13). Auffällig ist, dass die Standardabweichungen außer bei der Aussage ‚...versuche mit jemandem zu reden‘ über einem Wert von 1,0 liegen und damit sehr groß sind.



0 = nein, 1 = eher nein, 2 = teils, teils, 3 = eher ja, 4 = ja

Abb. 3.13 Aussagen zum positiven Umgang mit Belastungen

Aussagen wie ‚...spiele ich die Situation in Gedanken immer wieder durch‘ und ‚...beschäftigt mich die Situation noch lange‘ werden im Mittel zwischen ‚teils, teils‘ und ‚eher nein‘ beantwortet, wobei auch hier wieder die großen Standardabweichungen berücksichtigt werden müssen (s. Abb. 3.14).



Wertebereich: 0 = ja, 1 = eher ja, 2 = teils, teils, 3 = eher nein, 4 = nein

Abb. 3.14 Aussagen zum negativen Umgang mit Belastungen

Im Hinblick auf das Fachgebiet, in dem die Pflegenden beschäftigt sind, kann ein signifikanter Unterschied im Rahmen der Aussage ‚...kann ich einfach weiterarbeiten‘ identifiziert werden (H-Test: χ^2 [59] = 6.72, $p < .05$). Im Rahmen nachfolgender Tests können jedoch keine signifikanten Gruppenunterschiede gefunden werden.

Die befragten Pflegenden der Bundesländer Sachsen und Bayern unterscheiden sich signifikant in den Aussagen ‚...ich werde das durchstehen‘ und ‚spiele ich die Situation in Gedanken immer wieder durch‘ (U-Test: $Z_{\text{durchstehen}}$ [89] = -2.03, $p < .05$; U-Test: $Z_{\text{Situation durchspielen}}$ [89] = -2.22, $p < .05$). Die Befragten in Sachsen erleben die jeweiligen Aspekte signifikant günstiger.

Geschlechts- und altersspezifische Unterschiede können nicht gefunden werden.

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster:

Bezüglich arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster wie dem ‚Beruflichen Ehrgeiz‘, der ‚Verausgabebereitschaft‘ und dem ‚Perfektionsstreben‘ liegt der Anteil der befragten Pflegenden bei über 90 %, die durchschnittliche und unterdurchschnittliche Ausprägungen aufweisen. Der Anteil unterdurchschnittlicher Ausprägungen liegt bezüglich des beruflichen Ehrgeizes bei 46,3 %, bezüglich der Verausgabebereitschaft bei 54,2 % und bezüglich des Perfektionsstrebens bei 48,2 % (s. Abb. 3.15, 3.16, 3.17).

Anteil der Mitarbeiter in %

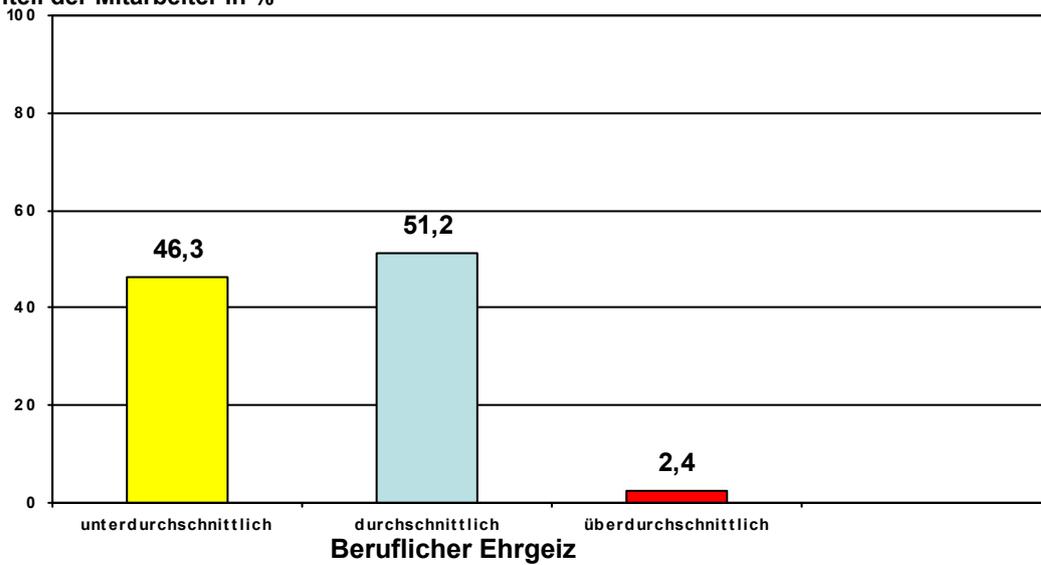


Abb. 3.15 Ausprägungen des beruflichen Ehrgeizes der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=82)

Anteil der Mitarbeiter in %

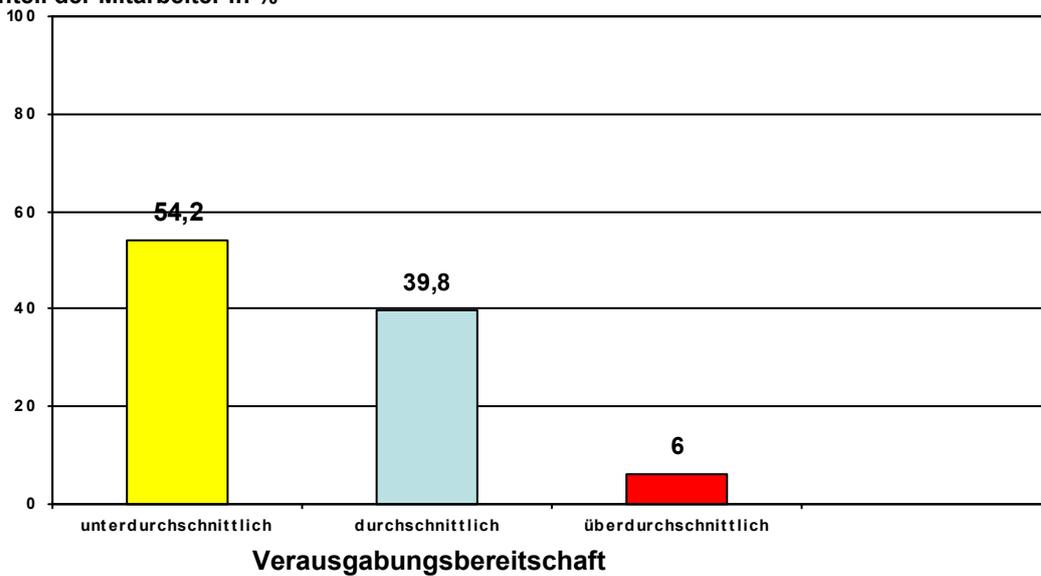


Abb. 3.16 Ausprägungen der Verausgabebereitschaft der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=83)

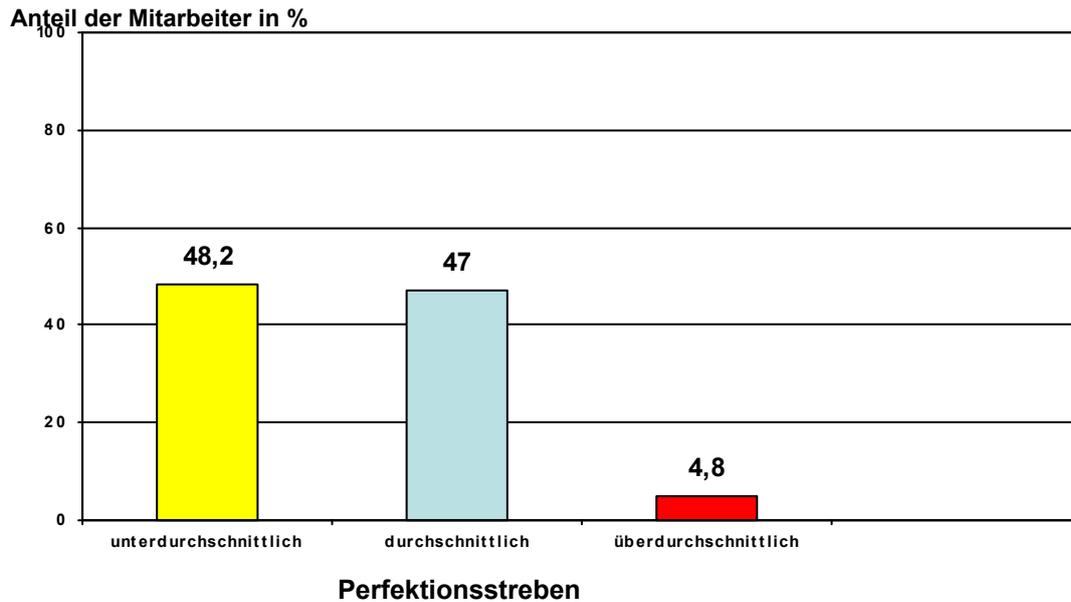


Abb. 3.17 Ausprägungen des Perfektionsstrebens der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=83)

Es können keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf das Fachgebiet gefunden werden (H-Test: $\chi^2_{\text{Beruflicher Ehrgeiz}} [54] = .18, p > .05$; H-Test: $\chi^2_{\text{Verausgabungsbereitschaft}} [55] = 3.22, p > .05$; H-Test: $\chi^2_{\text{Perfektionsstreben}} [55] = .76, p > .05$).

Bayern und Sachsen unterscheiden sich nicht signifikant in den untersuchten Verhaltens- und Erlebensmustern (Exakter Test nach Fisher: $Z_{\text{Beruflicher Ehrgeiz}} [82] = 2.16, p > .05$; Exakter Test nach Fisher: $Z_{\text{Verausgabungsbereitschaft}} [83] = 2.58, p > .05$; Exakter Test nach Fisher: $Z_{\text{Perfektionsstreben}} [83] = 2.13, p > .05$).

Gesundheitszustand:

Der körperliche Gesundheitszustand der befragten Pflegenden liegt im Vergleich zur deutschen Normstichprobe bei 83,5 % im Normbereich. Weichen der psychische und der körperliche Gesundheitszustand vom Normbereich der deutschen Normstichprobe ab, so werden die Abweichungen als unterdurchschnittliche bzw. überdurchschnittliche Ausprägungen bezeichnet. Unterdurchschnittliche Werte gehen mit einem schlechten physischen und psychischen Gesundheitszustand einher, während überdurchschnittliche Werte einen guten physischen und psychischen Gesundheitszustand widerspiegeln. 9,9 % der Pflegenden weisen unterdurchschnittliche und 6,6 % weisen überdurchschnittliche Werte auf (s. Abb. 3.18).

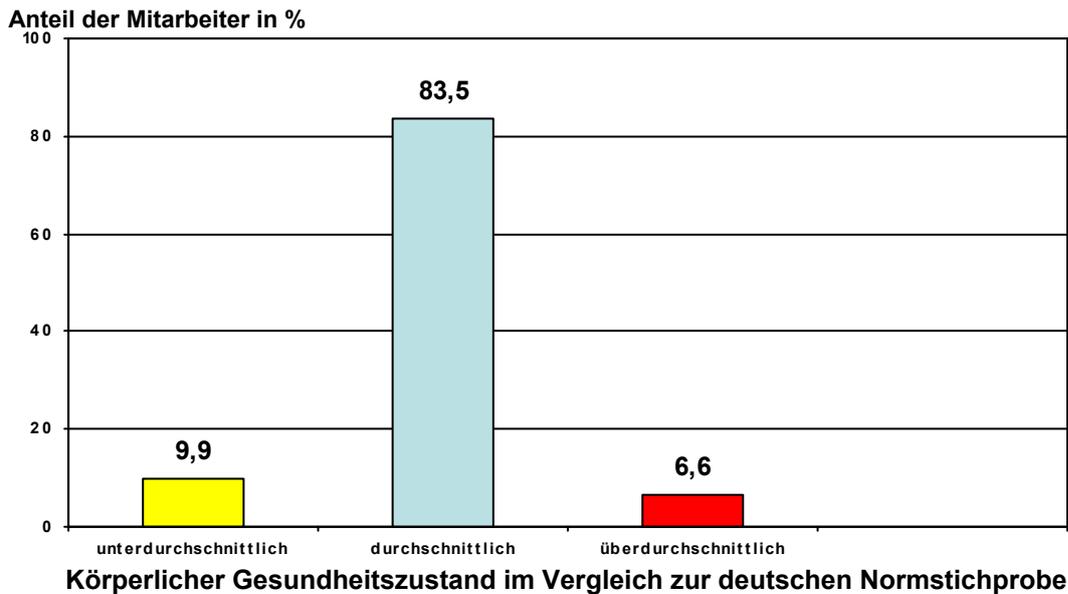


Abb. 3.18 Ausprägungen des erlebten körperlichen Gesundheitszustands der Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=91)

88,5 % der beschäftigten Pflegenden liegen hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustands im Normbereich der deutschen Normstichprobe, während 11,5 % der Befragten unterdurchschnittliche Werte im psychischen Gesundheitszustand aufweisen (s. Abb. 3.19).

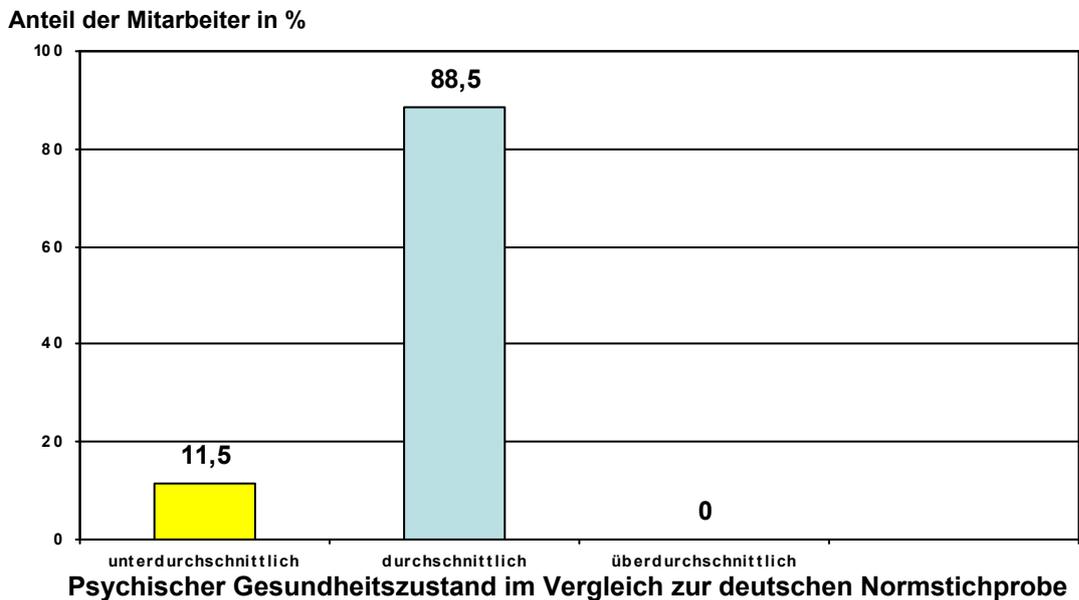


Abb. 3.19 Ausprägungen des erlebten psychischen Gesundheitszustands der Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=87)

Die Zugehörigkeit des Fachgebiets der Pflegenden hat keinen Einfluss auf deren physischen und psychischen Gesundheitszustand (H-Test: χ^2_{physisch} [59] = 3.17, $p > .05$; H-Test: $\chi^2_{\text{psychisch}}$ [56] = 3.72, $p > .05$).

Ferner können keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Zugehörigkeit zum Bundesland Bayern oder Sachsen und dem physischen und psychischen Gesundheitszustand gefunden werden (U-Test: $Z_{\text{physisch}} [91] = -1.82, p > .05$; U-Test: $Z_{\text{psychisch}} [87] = -1.41, p > .05$).

Beschwerden im Muskel-Skelett-System:

Die Pflegenden wurden anhand einer Beschwerdeliste befragt, welche Beschwerden in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind. Am häufigsten werden von den Befragten Schmerzen in der Nackenregion (50 %), im unteren Rücken (44,2 %) und in der Schulterregion (40,7 %) angegeben. 23,8 % der Beschäftigten nennen des Weiteren Beschwerden im oberen Rücken und der Brustwirbelsäule sowie 22,1 % Beschwerden in den Knien. Schmerzen in der Ellenbogenregion (7 %), in Handgelenken und Händen (10,5 %), in Hüften und Oberschenkel (7,1 %) als auch in Knöcheln und Füßen (5,9 %) werden vergleichsweise selten angegeben (s. Abb. 3.20).

Anteil der Mitarbeiter in %

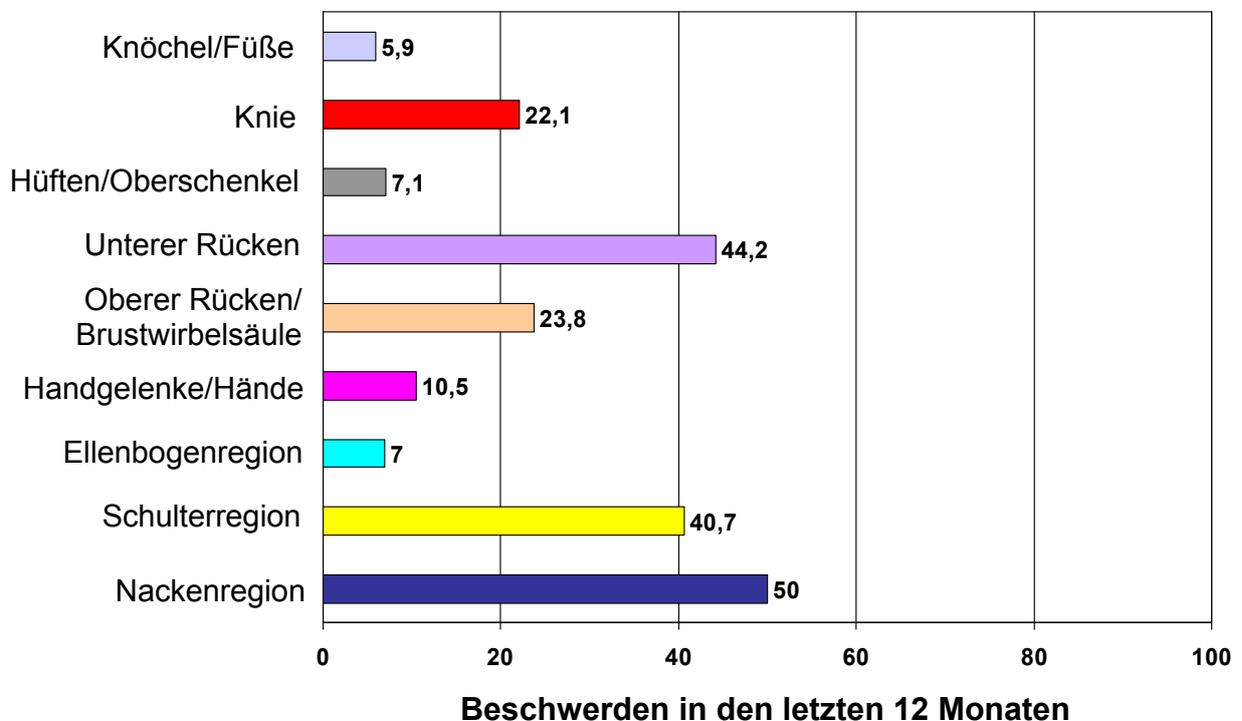


Abb. 3.20 Anteil der angegebenen Beschwerden Pflegender psychiatrischer Tageskliniken in den letzten 12 Monaten

Bezüglich des Fachgebiets und der Angabe von Beschwerden können keine signifikanten Unterschiede gefunden werden (H-Test: $\chi^2_{\text{Nacken}} [56] = 3.16, p > .05$; H-Test: $\chi^2_{\text{Schulter}} [56] = 4.05, p > .05$; H-Test: $\chi^2_{\text{Ellenbogen}} [56] = 1.10, p > .05$; H-Test: $\chi^2_{\text{Handgelenke/Hände}} [56] = 1.10, p > .05$; H-Test: $\chi^2_{\text{oberer Rücken}} [55] = .07, p > .05$; H-Test: $\chi^2_{\text{unterer Rücken}} [57] = 3.30, p > .05$; H-Test: $\chi^2_{\text{Hüften/Oberschenkel}} [56] = 0.27, p > .05$; H-Test: $\chi^2_{\text{Knie}} [56] = 2.32, p > .05$; H-Test: $\chi^2_{\text{Knöchel/Füße}} [55] = 0.27, p > .05$).

In Bezug auf das Bundesland können überzufällige Unterschiede hinsichtlich der Angabe von Beschwerden im unteren Rücken und in den Knien gefunden werden. In Bayern werden sowohl im unteren Rücken als auch in den Knien signifikant häufiger Beschwerden angegeben (Exakter Test nach Fisher: $Z_{\text{Unterer Rücken}} [86] = 6.66, p < .05$; Exakter Test nach Fisher: $Z_{\text{Knie}} [86] = 6.31, p < .05$). Ferner können signifikante Zu-

sammenhänge hinsichtlich der Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder und der Häufigkeit der Nennung von Beschwerden in der Schulterregion, im oberen Rücken bzw. der Brustwirbelsäule, im unteren Rücken und in den Hüften bzw. im Oberschenkel gefunden werden (R_s Schulter = .328, $p < .05$; R_s oberer Rücken = .495, $p < .001$; R_s unterer Rücken = .358, $p < .01$; R_s Hüften = .289, $p < .05$).

Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Organisation, des Arbeitserlebens und der Beanspruchung:

Verschiedene Aspekte der Organisation korrelieren signifikant positiv mit dem Arbeitserleben der Pflegenden, d. h. dass die Mitarbeiter gut gestaltete Merkmale der Arbeitstätigkeit auch günstig erleben. Das betrifft zum Beispiel Aspekte der Dienstplangestaltung (Möglichkeit des flexiblen Einsatzes von Teilzeitkräften, Berücksichtigung von Mitarbeiterwünschen bei der Dienstplangestaltung), Aspekte, die sich auf die Aufnahme und Weitergabe von arbeitsrelevanten Informationen beziehen (Teilnahme der Pflegenden an der Visite, Übergabe von Informationen, Zeitpunkte der Übergaben, Informationen von Ärzten und/oder Therapeuten, regelmäßiges Abhalten von Teambesprechungen), Aspekte der Planbarkeit der Arbeit (Existenz von Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen sowie -unterbrechungen) sowie Aspekte, die auf Zuständigkeiten und die Verteilung von Arbeitsaufgaben zielen (Selbstständige Entscheidungsmöglichkeiten der Pflegenden in Bezug auf die Mobilisation von Patienten, selbstständige Entscheidungsmöglichkeiten der Pflegenden bei Problemen, Existenz zeitnaher Rückfragemöglichkeiten zu Psychologen) als auch Aspekte der Mitarbeiterpartizipation (Existenz von Supervision, s. Anh. 19).⁹

Ferner korrelieren Aspekte der Organisation signifikant negativ mit dem Arbeitserleben der Befragten, was bedeutet, dass die Mitarbeiter Merkmale der Tätigkeit ungünstig erleben. Hierbei handelt es sich um Aspekte der Arbeitsverteilung (Verteilung von Arbeitsaufgaben), Aspekte, die sich auf die Aufnahme und Weitergabe von arbeitsrelevanten Informationen beziehen (Dokumentation der Pflegenden im Rahmen der Visite, Regelungen zur Informationsweitergabe, Teilnahme der Pflegenden an Therapien) und Aspekte, die die Zusammenarbeit mit anderen Diensten betreffen (Vorbereitung gemeinsamer Tätigkeiten mit anderen Stationen, s. Anh. 19).⁹

Werden die Variablen beider Messzeitpunkte betrachtet, so ergeben sich für die Teilnahme der Pflegenden an der ärztlichen Visite und dem Vorhandensein von Supervisionen die folgenden cross-lagged-panel-Korrelationen (s. Abb. 3.21, 3.22).

⁹ Es werden nur Zusammenhänge abgebildet, die eine Korrelation von $> .40$ aufweisen. Es handelt sich hierbei um Korrelationen mittlerer bis großer Effektstärke.

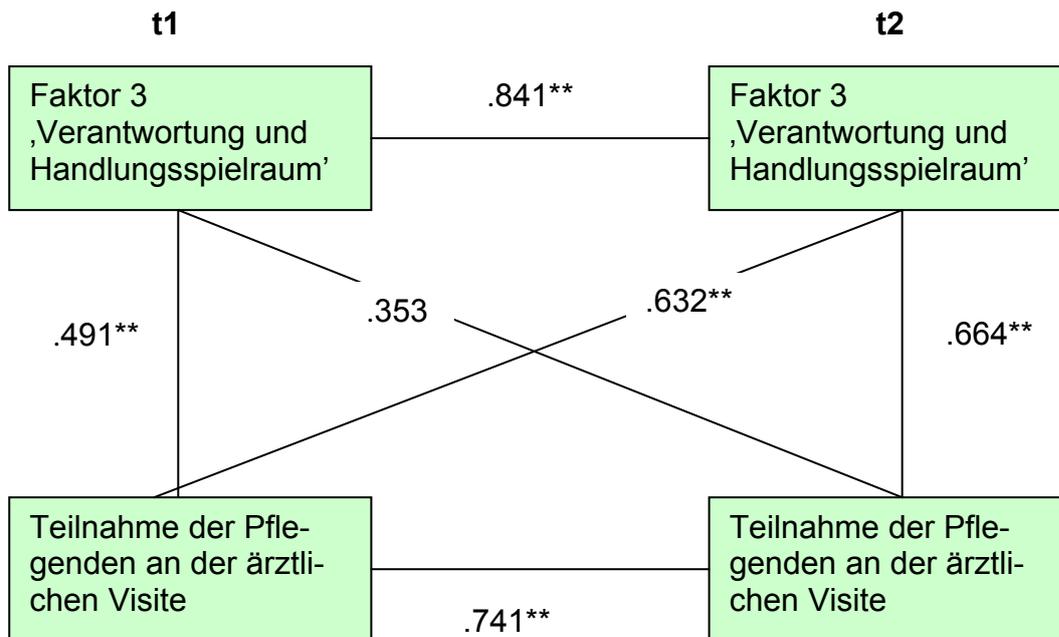


Abb. 3.21 Cross-lagged-panel-Korrelation: Teilnahme an der ärztlichen Visite und ‚Verantwortung und Handlungsspielraum‘

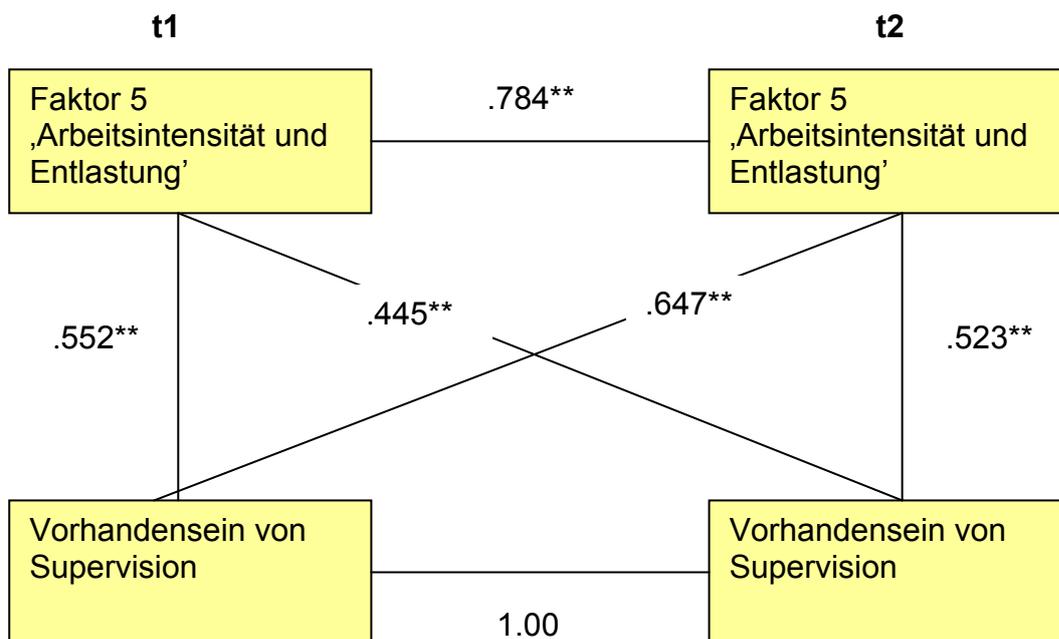


Abb. 3.22 Cross-lagged-panel-Korrelation: Vorhandensein von Supervision und ‚Arbeitsintensität und Entlastung‘

Allerdings unterscheiden sich bei beiden cross-lagged-panel-Korrelationen die „über Kreuz“ verlaufenden Korrelationskoeffizienten nicht signifikant voneinander.

In der nachstehenden Tabelle sind die Korrelationen zwischen dem Arbeitserleben, dem tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserleben sowie der emotionalen Erschöpfung und der Fähigkeit des reaktiven Abschirmens, dem erlebten körperlichen und

psychischen Zustand als auch ausgewählten arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensparametern dargestellt (s. Tab. 3.7).

Tab. 3.7 Korrelationsmatrix zu Zusammenhängen zwischen dem Arbeitserleben, dem tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserlebens sowie der emotionalen Erschöpfung und der Fähigkeit des reaktiven Abschirmens, dem erlebten körperlichen und psychischen Zustand als auch ausgewählten arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensparametern

	Arbeitserleben	Tätigkeitsspezifisches Beanspruchungserleben	Emotionale Erschöpfung	Reaktives Abschirmen	Körperlicher Zustand	Psychischer Zustand	Beruflicher Ehrgeiz	Verausgabungsbereitschaft	Perfektionsstreben
Arbeitserleben	1,000								
Tätigkeitsspezifisches Beanspruchungserleben	,710** 55	1,000							
Emotionale Erschöpfung	,395** 63	,338* 54	1,000						
Reaktives Abschirmen	,537** 62	,430** 56	,479** 84	1,000					
Körperlicher Zustand	,306* 64	,345** 56	,145 86	,316** 87	1,000				
Psychischer Zustand	,158 62	,245 54	,368** 83	,337** 84	,516** 87	1,000			
Beruflicher Ehrgeiz	-,052 60	-,052 53	-,019 78	-,025 79	,123 82	,073 80	1,000		
Verausgabungsbereitschaft	-,237 60	-,327* 53	-,273* 79	-,326** 80	-,197 83	-,318** 81	,339** 81	1,000	
Perfektionsstreben	,067 61	,103 54	-,051 79	-,037 80	,090 83	-,146 81	,444** 81	,412** 82	1,000

Das Arbeitserleben der Mitarbeiter steht in Zusammenhang großer Effektstärke mit dem tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserleben (R_s Arbeitserleben/Beanspruchungserleben [55] = .710, $p < .01$), d. h., dass die Mitarbeiter, die ihre Arbeit als gut gestaltet erleben, günstige Ausprägungen im tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserleben aufweisen. Außerdem besteht ein Zusammenhang mittlerer Effektstärke zwischen dem Arbeitserleben und der emotionalen Erschöpfung (R_s Arbeitserleben/emotionale Erschöpfung [63] = .395, $p < .01$), wonach günstige Werte im Arbeitserleben mit niedrigen Ausprägungen emotionaler Erschöpfung einhergehen. Zwischen dem tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserleben und der emotionalen Erschöpfung besteht ein Zusammenhang mittlerer Effektstärke (R_s Beanspruchungserleben/emotionale Erschöpfung [54] = .338, $p < .05$), dieser wird jedoch durch Auspartialisieren des Arbeitserlebens unbedeutend (R_s Beanspruchungserleben/emotionale Erschöpfung \cdot Arbeitserleben [54] = .042, $p > .05$). Um einen möglichen moderierenden Einfluss des reaktiven Abschirmens auf den Zusammenhang von Arbeitserleben und emotionaler Erschöpfung zu identifizieren, wird überprüft, ob sich Teilstichproben mit unterschiedlicher Fähigkeit reaktiven Abschirmens in der Korrelation zwischen Arbeitserleben und erlebten Beanspruchungsfolgen unterscheiden (s. Tab. 3.8).

Tabelle 3.8 verdeutlicht, dass die Fähigkeit des reaktiven Abschirmens als Moderatorvariable bezüglich des Zusammenhangs Arbeitserleben und emotionale Erschöpfung wirkt.

Ferner steht das reaktive Abschirmen in einem Zusammenhang mittlerer Effektstärke mit dem tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserleben (R_s reaktives Abschirmen/Beanspruchungserleben [56] = .430, $p < .01$); dieser Zusammenhang wird jedoch unter Auspartialisierung des Arbeitserlebens unbedeutend (R_s reaktives Abschirmen/Beanspruchungserleben \cdot Arbeitserleben [52] = .187, $p > .05$).

Tab. 3.8 Vergleich der Korrelationen zwischen dem Arbeitserleben und der erlebten emotionalen Erschöpfung in zwei Teilstichproben mit hoher Fähigkeit reaktiven Abschirmens vs. mittlerer bis geringer Fähigkeit reaktiven Abschirmens

Fähigkeit reaktiven Abschirmens*	N	M ± SE	Korrelation	Signifikanz des Unterschiedes zwischen den Korrelationen
≤ 3 (hoch)	47	2,4 ± 0,5	.481	.019
≥ 4 (mittel bis gering)	14	5,0 ± 1,5	-.261	

* Stanine-Werte

Der Zusammenhang zwischen körperlichem Zustand und Arbeitserleben (R_s Arbeitserleben/körperlicher Zustand [64] = .306, $p < .05$) wird durch Auspartialisieren des tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserlebens unbedeutend (R_s Arbeitserleben/körperlicher Zustand • Beanspruchungserleben [52] = .187, $p > .05$). Das tätigkeitsspezifische Beanspruchungserleben und der körperliche Zustand weisen einen Zusammenhang mittlerer Effektstärke auf (R_s Beanspruchungserleben/körperlicher Zustand [56] = .345, $p < .01$). Mittels Regressionsanalyse wird eine mediierende Wirkung des reaktiven Abschirmens auf den Zusammenhang tätigkeitsspezifisches Beanspruchungserleben und körperlicher Zustand geprüft. Durch Hinzunahme des reaktiven Abschirmens verringert sich das Beta-Gewicht des tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserlebens zur Vorhersage des körperlichen Zustands nicht (.588 vs. .602), sodass von einer partiellen mediierenden Wirkung des reaktiven Abschirmens nicht ausgegangen werden kann. Im Rahmen einer Semipartialkorrelation kann jedoch gezeigt werden, dass ein Großteil der Korrelation des tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserlebens und des erlebten körperlichen Zustands auf den Zusammenhang erlebter körperlicher Zustand und reaktives Abschirmen zurückzuführen ist (R_s Beanspruchungserleben (körperlicher Zustand • reaktives Abschirmen) = .246, $p > .05$). Eine mögliche Interpretation wäre, dass die Fähigkeit des reaktiven Abschirmens maßgeblich das Erleben des körperlichen Zustands beeinflusst, der wiederum das tätigkeitsspezifische Beanspruchungserleben beeinflusst.

Es besteht ein Zusammenhang großer Effektstärke zwischen dem erlebten psychischen und dem erlebten körperlichen Zustand (R_s psychischer Zustand/körperlicher Zustand [87] = .516, $p < .01$). Ebenfalls stehen der erlebte psychische Zustand und die emotionale Erschöpfung in einem Zusammenhang mit mittlerer Effektstärke (R_s psychischer Zustand/emotionale Erschöpfung [83] = .368, $p < .01$). Der Zusammenhang psychischer Zustand und reaktives Abschirmen (R_s psychischer Zustand/reaktives Abschirmen [84] = .337, $p < .01$) wird unter Auspartialisierung der emotionalen Erschöpfung unbedeutend (R_s psychischer Zustand/reaktives Abschirmen • emotionale Erschöpfung [78] = .057, $p < .05$).

Weiterhin steht die Verausgabungsbereitschaft in signifikant negativem Zusammenhang mittlerer Effektstärke mit dem tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserleben (R_s Verausgabungsbereitschaft/Beanspruchungserleben [53] = -.327, $p < .05$) und kleiner Effektstärke mit der emotionalen Erschöpfung (R_s Verausgabungsbereitschaft/emotionale Erschöpfung [79] = -.273, $p < .05$). In beiden Fällen gehen geringe Werte in der Verausgabungsbereitschaft mit unkritischen Werten im Beanspruchungserleben und der emotionalen Erschöpfung einher. Der Zusammenhang reaktives Abschirmen und Verausgabungsbereitschaft wird durch Auspartialisieren des Beanspruchungserlebens und der emotionalen Erschöpfung unbedeutend (R_s Verausgabungsbereitschaft/reaktives Abschirmen • emotionale Erschöpfung, Beanspruchungserleben [47] = .013, $p < .05$).

4 Ergebniszusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Das Projekt „Arbeits- und Gesundheitsschutz in Einrichtungen der teilstationären Pflege“ (F 2224), gefördert durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), hatte das übergeordnete Ziel, Kenntnisse zur Arbeitssituation in der teilstationären Pflege aus arbeitspsychologischer Sicht hinsichtlich Anforderungen, Belastungen, Ressourcen in der Arbeit und in Bezug auf die Gesundheit der Beschäftigten bereit zu stellen sowie erste Gestaltungsempfehlungen abzuleiten. Hierbei wurden besonders die Bedingungen in der teilstationären Altenhilfe und in der teilstationären psychiatrischen Pflege fokussiert. Das Projekt wurde von Dezember 2007 bis November 2009 federführend von der Technischen Universität Dresden durchgeführt.

4.1 Ergebniszusammenfassung und Handlungsempfehlungen für die teilstationäre Altenhilfe

Im Folgenden werden zunächst die wesentlichen Ergebnisse der Studie in der teilstationären Altenhilfe zusammengefasst, diskutiert und – soweit möglich – erste Gestaltungshinweise abgeleitet. Vorab sollen die Vorgehensweise und die Stichproben der Untersuchungen in diesem Segment der teilstationären Pflege in Erinnerung gerufen werden.

4.1.1 Vorgehen und Stichproben in der teilstationären Altenhilfe

In der ersten Projektphase wurden Experteninterviews mit Einrichtungsleitungen, Mitarbeitern aus speziellen behördlichen Fachbereichen, Mitarbeitern bei Trägern von Altentagespflegen sowie bei Kostenträgern durchgeführt, die Expertenwissen in unterschiedlichen Gebieten der teilstationären Pflege aufweisen. Damit wurden erste Erkundungen des in Deutschland noch relativ jungen (1973 gegründeten) Pflege-segments der teilstationären Altenhilfe vorgenommen und Informationen über Angebot, Bedarf und Entwicklungen gesammelt. Insgesamt konnten 16 Experten (je acht in Bayern und Sachsen) befragt werden.

Zudem wurden in Bayern erkundende Beobachtungen in fünf Einrichtungen der teilstationären Altenhilfe durchgeführt, um Arbeitsbedingungen und Interaktion zwischen Pflegekräften und Tagesgästen objektiv zu erfassen. Ergänzend wurden in den Einrichtungen auch Interviews mit den Mitarbeitenden geführt. Die Erkenntnisse aus den Beobachtungsinterviews dienten zudem der Anpassung eines geeigneten Arbeitsanalyseverfahrens für dieses Pflegesegment, das „Screening TAA – Teilstationäre Altenhilfe“.

Im Rahmen einer Bestandsaufnahme wurden eine sachsenweite Internetrecherche zum Angebot teilstationärer Einrichtungen und qualitative Interviews mit Vertretern teilstationärer Einrichtungen der Altenhilfe, Sozialsystemvertretern, Nutzern von teilstationären Einrichtungen und Nichtnutzern durchgeführt, um ein differenzierteres Bild zur Nachfrage und zu Entwicklungschancen von Tagespflegeeinrichtungen zu erhalten. Insgesamt konnten in 29 sächsischen Einrichtungen Mitarbeitende für Interviews gewonnen werden. Darüber hinaus wurden 13 Nutzer, 10 Bevölkerungsvertreter und fünf Sozialsystemvertreter im Rahmen dieser Teilstudie befragt.

Ergänzend wurden in der Hauptphase des Projekts Organisationsscreenings von 145 Einrichtungen der teilstationären Altenhilfe in Bayern und Sachsen sowie eine jeweils bundeslandesweit angelegte schriftliche Mitarbeiterbefragung zu Arbeitsbedingungen und zur psychophysischen Gesundheit der Pflegekräfte durchgeführt. An den Mitarbeiterbefragungen beteiligten sich in Bayern 56 Tagesstätten mit 216 Pflegekräften und in Sachsen 24 Tagesstätten mit 91 Pflegekräften (Gesamtstichprobe: 80 Tagesstätten mit 307 Mitarbeitern).

Schließlich wurde in Bayern eine kleine, exemplarische Befragung von Tagesgästen und Angehörigen zur Dienstleistungsqualität in einer Tagesstätte durchgeführt.

4.1.2 Angebot und Bedarf an teilstationärer Altenhilfe

Einrichtungen in der teilstationären Altenhilfe:

In Deutschland existierten Ende 2007 rund 2.000 Einrichtungen, in Bayern 203. In Sachsen gab es Ende 2005 124 Tagespflegen. Im Rahmen der vorliegenden Studie konnten von den insgesamt 327 Einrichtungen in Bayern und Sachsen 80 Einrichtungen untersucht werden.

Im Vergleich zur stationären Pflege mit deutschlandweit rund 10.000 Einrichtungen und der ambulanten Pflege mit etwa 11.500 Institutionen, nimmt die teilstationäre Pflege in den pflegerischen Versorgungsstrukturen bislang einen geringen Anteil ein. Dabei ist die „potenzielle“ Kundschaft teilstationärer Altenhilfen enorm: 22 % der Pflegebedürftigen in Bayern und 44 % der Pflegebedürftigen in Sachsen werden ambulant versorgt und könnten teilstationäre Leistungen in Anspruch nehmen. Die befragten Experten in dieser Studie unterstützen diese Aussage und erachten den Bedarf als hoch, aber die konkrete Nachfrage sei immer noch zu gering und steige nur langsam an. Die Kostenträger argumentieren, dass die Nachfrage infolge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes ansteigen und ein „Boom“ erwartet werde, da ein „hohes Potenzial“ in der Tagespflege gesehen werde.

Auslastung:

Laut Statistischem Bundesamt (2008) beträgt die Auslastung der verfügbaren Plätze in Deutschland in der Tagespflege 107,3 %. In Bayern beträgt die Auslastung 118,4 %. Diese hohen Auslastungsquoten kommen dadurch zustande, dass mehr Gäste in der Einrichtung angemeldet sind als ausgewiesene Plätze existieren, da nicht alle Gäste täglich in die Tagespflege kommen (z. B. 15 Plätze verfügbar, 20 Personen angemeldet). Gemäß Statistischem Bundesamt (2008) besuchen durchschnittlich ca. 20 Pflegebedürftige eine Tagespflegeeinrichtung.

Trägerschaft:

Die statistischen Daten belegen, dass ein Großteil der teilstationären Altenhilfen in frei-gemeinnütziger Trägerschaft steht, gefolgt von privater und kommunaler Trägerschaft. Öffentliche Träger haben einen vergleichsweise geringen Marktanteil.

Die Verteilung der Einrichtungen, die an der Studie teilgenommen haben, entsprechen diesen Quoten, sodass in Bezug auf die Trägerschaft von einer repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden kann. Die meisten Einrichtungen befinden sich in frei-gemeinnütziger Trägerschaft (73 % in Bayern, 80,3 % in Sachsen). Private Träger unterhalten ca. 1/5 der Einrichtungen (20,3 % in Bayern, 17,9 % in Sachsen), Tagespflegen in kommunaler Trägerschaft sind eher selten (6,7 % in Bayern, 1,8 % in Sachsen).

Anzahl der angebotenen Plätze:

In Deutschland gab es Ende 2007 21.610 Plätze in der Tagespflege und 434 Plätze in der Nachtpflege. In Bayern gab es zum selben Zeitpunkt 2.304 Tages- und nur 28 Nachtpflegeplätze. Im Vergleich liegt die Zahl der stationären Dauerpflegeplätze für ältere Menschen in Bayern bei knapp 95.000. In Sachsen gab es im Jahr 2005 1.601 Tages- und Nachtpflegeplätze gegenüber rund 40.600 vollstationären Betten.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2007) verfügt eine Tagespflegeeinrichtung in Deutschland über durchschnittlich 13,4 Plätze, wobei die Zahl in Abhängigkeit von Standort und Anbindungsform zwischen 10-14 Tagespflegeplätzen variiert. In den befragten Einrichtungen der vorliegenden Studie stehen durchschnittlich 13 Pflegeplätze zur Verfügung, sodass auch bezüglich der Größe der untersuchten Tagespflegen von Repräsentativität ausgegangen werden kann.

Anbindungsform:

Bei den Einrichtungen, die teilstationäre Angebote in der Altenhilfe vorhalten, handelt es sich vor allem um vollstationäre Einrichtungen (v. a. Altenpflegeheime) deren Angebot primär auf die stationäre Dauerpflege auf Pflegestationen ausgerichtet ist und die zusätzlich auch über „eingestreute“ teilstationäre Plätze verfügen. Bei den teilnehmenden Einrichtungen in der vorliegenden Studie sind 34 % der Tagespflegen an stationäre – separat oder eingestreut – oder an ambulante Einrichtungen (35 %) angeschlossen; rund 30 % werden jedoch auch eigenständig betrieben. Einen verschwindend geringen Anteil nimmt die kombinierte Tages- und Kurzzeitpflege mit rund 1 % ein.

Klientel der teilstationären Altenhilfe:

Nach Angaben des Statistischen Bundesamts (2007) besuchten in Bayern im Jahr 2007 insgesamt 2.728 ältere Menschen eine teilstationäre Altenhilfeeinrichtung, davon 1.808 Frauen und 920 Männer. Hierbei dominieren vor allem Pflegebedürftige der Stufen I (1.139 Personen) und II (1.152 Personen), während Pflegebedürftige in Stufe III (327 Personen) vergleichsweise selten in der Tagespflege versorgt wurden. Vergleichbare Daten aus Sachsen sind in der Statistik nicht verfügbar.

Die in der vorliegenden Studie untersuchten Tagespflegeeinrichtungen weisen vergleichbare Quoten auf: Die meisten Gäste sind den Pflegestufen I (durchschnittlich 10,8 Personen pro Einrichtung) und II (durchschnittlich 8,9 Personen pro Einrichtung) zugeordnet, während der Anteil derjenigen, die Pflegestufe III bzw. keine Pflegestufe haben, vergleichsweise gering ist.

Pflegekräfte:

In Deutschland sind insgesamt 573.545 Mitarbeitende im stationären Bereich beschäftigt, davon ca. 78.321 in Bayern und 26.296 in Sachsen. Von den Pflegekräften in Bayern arbeiten 788 ausschließlich in Tagespflegen. In Bezug auf die Ausbildung sind Altenhelfer (33 %), Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (15 %) oder Gesundheits- und Krankenpfleger (1 %) die wichtigsten Abschlüsse.

Von den befragten Mitarbeitenden der teilnehmenden Einrichtungen in der vorliegenden Studie haben die meisten eine Ausbildung als Altenpfleger (33,2 %) und Altenpflegehelfer (20,8 %). Zudem werden die Einrichtungen zu über einem Viertel (28,9 %) von Auszubildenden, Praktikanten und Zivildienstleistenden unterstützt. Diese relativ hohe Zahl ist insofern nachvollziehbar, als teilstationäre Altenhilfen zu etwa einem Drittel an stationäre Einrichtungen angegliedert sind (separate Station oder mit eingestreuten Plätzen).

Im Vergleich der beiden Bundesländer fällt auf, dass die Arbeit in größerem Maße von nicht-qualifiziertem Personal, u. a. Auszubildenden, Zivildienstleistenden und Praktikanten geleistet wird. Dabei ist der Anteil der ehrenamtlich Mitarbeitenden in Sachsen ca. ein Viertel (ca. 25 %), wohingegen in Bayern diese Gruppe nur knapp 10 % ausmachen.

Bundesweit arbeiten in den Pflegeheimen von den überwiegend weiblichen Pflegekräften (ca. 85 %) mehr als 50 % in Teilzeit. In der teilstationären Altenhilfe liegt der Frauenanteil laut vorliegender Studie bei 92,7 % (Bayern 92,6 %, Sachsen 90,9 %). Über die Hälfte der Pflegekräfte (55 %) in den untersuchten Tagespflegen arbeitet in Teilzeit und 29 % in Vollzeit. Zu einem kleineren Teil (ca. 16 %) sind die Pflegekräfte geringfügig beschäftigt. Diese Zahlen spiegeln die typische Verteilung der Arbeitsumfänge im Pflegesektor wider (vgl. Glaser, Lampert & Weigl, 2008, Statistisches Bundesamt, 2008).

4.1.3 Arbeitsbedingungen in der teilstationären Altenhilfe

Arbeitsbelastungen:

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die untersuchten organisationalen, sozialen, aufgabenbezogenen und physischen Stressoren in den teilstationären Altenhilfen in Bayern und Sachsen vergleichsweise gering ausfallen. In der Arbeit mit Gästen und der körperlichen Arbeit bestehen zu einem gewissen Maß Stressoren, die im Vergleich zur stationären Altenhilfe im Niveau jedoch eher moderat ausfallen. Besonders gering sind soziale Stressoren in der Kooperation mit anderen Bezugspersonen und -gruppen ausgeprägt. Der Informationsfluss und die Umgebungsbedingungen in den Tagesstätten sind aus Sicht der Mitarbeiter ebenfalls kaum zu beanstanden.

Aus den Interviews geht weiterhin hervor, dass der Zeitdruck keine große Rolle spielt. Eine Pflegekraft äußerte sich hierzu: „Wir sind dafür da, für unsere Gäste Zeit zu haben.“ Bereits Zimmer und Weyerer (1999) stellten fest, dass die Pflegekräfte in der Tagespflege erheblich zufriedener mit den Arbeitsbedingungen waren als ihre Kollegen in stationären Einrichtungen. In Bezug auf den Vergleich zwischen Bayern und Sachsen, gibt es bis auf eine Ausnahme (Verletzungs-/Erkrankungsrisiken in Sachsen höher) keine signifikanten Unterschiede.

Am stärksten ausgeprägt sind in den beiden Teilstichproben zum einen die gastbezogenen Stressoren. Dieses Ergebnis unterstützt Aussagen von Experten aus den verschiedenen Bereichen, die insbesondere eine hohe psychosoziale Belastung durch den Umgang mit demenzenden Gästen, die große Verantwortung („non-stop“) für die Pflegebedürftigen, den stetigen Abbau des Allgemeinzustandes der Gäste sowie die heterogene Gruppenzusammensetzung von Demenzkranken und Nicht-Demenzkranken betonen. Darüber hinaus bestehe ein hoher Erwartungsdruck seitens Angehörigen und Gästen.

Zum anderen sind Gefährdungen durch Heben, Tragen, Lagern in den untersuchten Bundesländern vergleichsweise stark ausgeprägt. Auch dieser Befund wurde bereits durch die Interviewten nahe gelegt. Sie gaben an, dass die körperliche Belastung durch Hebe- und Tragetätigkeiten hoch sei.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung, dass die Arbeitssituation in den Tagesstätten in Bayern ein etwas höheres Niveau an Arbeitsstressoren aufweist als in den sächsischen Einrichtungen. Es muss jedoch betont werden, dass die Befunde in beiden Bundesländern in einem eher positiven Bereich liegen und die untersuchten organisationalen, sozialen, aufgabenbezogenen und physischen Stres-

soren in den Einrichtungen der teilstationären Altenhilfe vergleichsweise gering ausfallen, sodass keine unmittelbare Gestaltungsnotwendigkeit besteht.

Psychische Anforderungen:

Die Arbeit in den untersuchten Tagesstätten kann insgesamt als lernförderlich bezeichnet werden. Die erworbenen Qualifikationen lassen sich in der täglichen Arbeit gut einsetzen und es bestehen neben geistigen Anforderungen auch Lernerfordernisse und -gelegenheiten.

Ein statistisch bedeutsamer Unterschied lässt sich für die Befunde in Bayern und Sachsen ausmachen: Demnach werden kognitive Anforderungen (Abwechslungsreichtum, Entscheidungserfordernisse) von den Mitarbeitern bayerischer Tagesstätten höher eingestuft als von ihren sächsischen Kollegen. Die Werte in Bayern liegen durchgängig über den Vergleichswerten in Sachsen.

Insgesamt fallen die Befunde aber auch diesbezüglich so positiv aus, dass sie keinen unmittelbaren Gestaltungsbedarf anzeigen. Angesichts der tragenden Rolle, die lebenslanges Lernen heutzutage spielt, wäre dennoch eine bessere Ausprägung der Lernförderlichkeit in der Arbeit in Tagesstätten wünschenswert. Zudem gaben die Experten in den Interviews an, dass zu wenig Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, insbesondere für das immer schwieriger werdende Klientel in den Tagespflegen (demente Gäste).

Ressourcen:

Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung lassen den Schluss zu, dass die Arbeit in Tagesstätten inhaltlich und zeitlich durchschaubar und vorhersehbar ist. Es bestehen moderate Möglichkeiten der Einflussnahme im eigenen Tätigkeitsbereich, während Partizipationschancen – also Einflussmöglichkeiten auf tätigkeitsübergreifende Belange – nur teilweise gegeben sind. Materielle und personelle Ressourcen werden als eher angemessen für die tägliche Aufgabenbewältigung eingestuft, sind aber ebenso wie das Vorgesetztenfeedback und die räumlichen Ressourcen verbesserungsfähig.

Zusammenfassend lässt sich demnach für die Arbeit in Tagesstätten ein befriedigendes Maß an Ressourcen ausmachen. Da die Bedeutung solcher Ressourcen für Mitarbeitergesundheit und Arbeitsqualität kaum unterschätzt werden kann, wären weitere Bemühungen um mehr Partizipation und Einflussnahme der Mitarbeiter und ein noch besseres Feedback durch die Vorgesetzten zu befürworten.

Den Experteninterviews zu Folge, werden zwar zum Teil Supervision und Fördergespräche bereits angeboten, diese und weitere Maßnahmen zur Belastungsreduktion seien allerdings noch wenig zielgerichtet.

Im Hinblick auf die personellen Ressourcen zeigen die Ergebnisse der Befragung, dass die Personalsituation in bayerischen Tagesstätten deutlich günstiger beurteilt wird als in sächsischen Einrichtungen. Die genauere Betrachtung der Relationen von Mitarbeitern und Gästen könnte Erklärungen für diesen Unterschied liefern. Als arbeitspsychologisch gestaltungsbedürftig sind die Partizipationschancen in sächsischen Tagesstätten zu erachten.

4.1.4 Interaktion in der teilstationären Altenhilfe

Interaktionsarbeit:

Die Arbeit in der teilstationären Pflege ist dadurch gekennzeichnet, dass die Pflegekräfte zahlreiche Interaktionen mit unterschiedlichen Personen und Gruppen im Alltag haben. Die wichtigsten und häufigsten Interaktionspartner sind die Tagesgäste.

Den Ergebnissen der Befragung zufolge, sind sehr kurze und kurze Interaktionen selten, Kontakte die kürzer als eine Minute dauern, kommen überhaupt nicht vor. Knapp 70 % der Interaktionen zwischen Pflegekräften und Gästen werden von den Befragten mit einer Dauer von mehr als 30 Minuten angegeben. Der geschätzte Gesamtanteil der Arbeit im direkten Kontakt mit Gästen beträgt 71,6 %. Dies unterstreicht die Aussage, dass die Pflegekräfte dafür da sind, für die Gäste Zeit zu haben. Im Ländervergleich zeigt sich, dass in Sachsen die langen und sehr langen Interaktionen noch etwas häufiger als in Bayern vorkommen.

Eine weitere Gruppe von Interaktionspartnern – die „zweite Zielgruppe“ wie Großjohann (1990) sie bezeichnet – sind die Angehörigen der Tagesgäste. Die Mitarbeiter der Tagespflege fungieren einerseits als Ansprechpartner für Probleme, die im Rahmen der häuslichen Pflege auftreten und andererseits geben sie regelmäßig Rückmeldung an die pflegenden Angehörigen (Kirchen-Peters et al., 1999). Aus den Beobachtungsinterviews im Rahmen der Studie geht hervor, dass die Zusammenarbeit und der gegenseitige Informationsaustausch zwischen Einrichtungen und Angehörigen regelmäßig stattfindet.

Nach Angaben der befragten Pflegekräfte der Hauptstudie beträgt der geschätzte Gesamtanteil der Arbeit im direkten Kontakt mit Angehörigen 12,1 %. Dabei dauern ca. 40 % der Interaktionen bis fünf Minuten. Die meisten Kontakte sind fünf bis 15 Minuten lang, nur ein geringer Prozentsatz (knapp 10 %) dauert länger. Vor dem Hintergrund kurzer Absprachen und Informationen sind diese Zahlen für die Interaktion mit den Angehörigen durchaus nachvollziehbar. Im Ländervergleich wird ersichtlich, dass die Pflegekräfte teilstationärer Altenhilfen in Sachsen tendenziell mehr Zeit mit Angehörigen verbringen.

Weiterhin konnte durch die Beobachtungsinterviews ermittelt werden, dass eine Zusammenarbeit mit Ärzten bzw. Therapeuten in den Einrichtungen nur in Ausnahmefällen bzw. nur für einzelne Tagesgäste stattfindet.

In Bezug auf Interaktionsarbeit spielt der Interaktionsspielraum eine entscheidende Rolle. Dieser ist in den untersuchten teilstationären Altenhilfen durchweg hoch ausgeprägt; es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ländern.

Emotionsarbeit:

Aus der Mitarbeiterbefragung wird deutlich, dass in der teilstationären Altenhilfe „positive“ Gefühle wie Sympathie, Freude und Mitgefühl recht häufig gezeigt werden. Negative Gefühle wie Antipathie, Ekel, Ärger und Angst hingegen werden selten gezeigt. Dies entspricht einer durchaus kundenorientierten Sicht im Sinne der Maxime „der Kunde ist König“. Andererseits betonte eine Pflegekraft im Interview „man muss immer freundlich bleiben“, woraus eine durchaus belastende Seite des Ausdrucks positiver Gefühle erkennbar wird.

Weiterhin gaben die Befragten an, gezeigte positive Gefühle gegenüber den Gästen auch tatsächlich zu empfinden. Dies bedeutet auch, dass emotionale Dissonanz in Bezug auf positive Gefühle wie etwa Mitgefühl gegenüber den Gästen, entsprechend niedrig ist und nur wenig vorgespielt werden muss. Negative Gefühle werden weniger konsonant, d. h. in Einklang zwischen gezeigten und tatsächlichen Emotionen

beurteilt. Dies zeigt sich in einem etwas erhöhten Niveau, erlebte negative Gefühle wie Ärger und Antipathie zu verbergen.

Die ernsthafte Bemühung, erwünschte Gefühle auch tatsächlich zu erleben (Tiefenhandeln, auch „deep acting“), wird in der untersuchten Gesamtstichprobe vermehrt geäußert. Dabei ist das Bemühen, negative Gefühle gegenüber den Gästen nicht zu empfinden, etwas höher ausgeprägt als positive Gefühle tatsächlich zu erleben.

Im Vergleich zwischen Bayern und Sachsen gibt es – bis auf eine Ausnahme – hinsichtlich emotionaler Konsonanz und emotionaler Dissonanz keine statistisch bedeutsamen Unterschiede: Die bayerischen Pflegekräfte erleben weniger Einklang in Bezug auf negative Gefühle gegenüber den Gästen als die Befragten in Sachsen.

4.1.5 Gesundheit der Mitarbeitenden in der teilstationären Altenhilfe

In der schriftlichen Befragung wurden auch Gesundheitsverhaltensweisen erhoben, die in der Stichprobe wie folgt ausfallen: Knapp 29 % der Mitarbeiter rauchen und ca. 49 % trinken Alkohol. Das Krankheitsgeschehen lässt sich mit durchschnittlich 2,7 Krankheitstagen im letzten Quartal und rund einem Arztbesuch pro Mitarbeiter im selben Zeitraum beschreiben. Etwa 74 % der Mitarbeiter berichten über keine Krankstage, zwei Personen geben 90 bzw. 60 Kranktage an (Langzeitkrankheiten, beide in Bayern).

Rund 60 % der befragten Mitarbeiter haben nie über eine Kündigung der jetzigen Arbeitsstelle nachgedacht, über 52 % der Befragten nie darüber, den Beruf zu verlassen. Knapp 7 % der Mitarbeiter denken durchaus öfter darüber nach, die Stelle zu wechseln und etwa 9 % erwägen öfters den Beruf zu verlassen. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind in allen Indikatoren minimal.

Insgesamt zeigt sich ein für den Pflegebereich positives Bild in Bezug auf gesundheitsförderliches Verhalten ohne erkennbare Risiken.

Hinsichtlich kurzfristiger Beanspruchungsfolgen, die mit Hilfe der Irritationsskala von Mohr, Müller und Rigotti (2005) erfasst wurden, ist ersichtlich, dass emotionale Irritation (Gereiztheit) wenig bis kaum auftritt. Kognitive Irritation (nicht abschalten können) zeigt sich deutlich mehr, aber immer noch in vergleichsweise geringem Maße. Die Befunde unterstützen Ergebnisse von Zimber und Weyerer (1999), die feststellten, dass die Fachkräfte in der teilstationären Altenhilfe geringere gesundheitliche Beanspruchungsfolgen aufwiesen als ihre Kollegen in stationären Einrichtungen.

Die Erkenntnisse aus der schriftlichen und mündlichen Befragung verdeutlichen, dass die psychosoziale Belastung in den untersuchten teilstationären Altenhilfen im Durchschnitt gering ausfällt, es aber durchaus einzelne Einrichtungen gibt, in denen sich die Mitarbeitenden stärker überbeansprucht fühlen.

Der mit dem SF-12-Fragebogen von Bullinger und Kirchberger (1999) erfasste Gesundheitsstatus der Mitarbeiter zeigt, dass die Beschäftigten über eine durchschnittlich gute körperliche und psychische Gesundheit verfügen.

Im Vergleich zwischen den Bundesländern finden sich Unterschiede bezüglich der kognitiven Irritation: Die Pflegekräfte in den sächsischen Tagesstätten können weniger abschalten als ihre Kollegen in Bayern. Der ebenfalls erkennbare Unterschied an emotionaler Irritation (Gereiztheit) verfehlt knapp die Signifikanzschwelle. Die kognitive Irritation als Frühindikator einer möglichen gesundheitlichen Fehlentwicklung sollte insbesondere bei den sächsischen Tagesstätten im Blickfeld bleiben.

4.1.6 Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Arbeitsbedingungen und Interaktion in der teilstationären Altenhilfe

Erhöhte Arbeitsstressoren gehen durchgängig mit verstärkter Irritation einher, während die psychische und körperliche Gesundheit (nach SF-12) erwartungsgemäß im negativen Zusammenhang zu Arbeitsstressoren stehen. Arbeitsbezogene Ressourcen in den Tagesstätten hängen mehr mit emotionaler Irritation und psychischer Gesundheit zusammen als mit kognitiver Irritation und körperlicher Gesundheit. Eine Ausnahme hiervon bilden personelle Ressourcen. Transparenz der pflegerischen Aufgaben, Vorgesetztenfeedback, räumliche und materielle Ressourcen zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zur körperlichen Gesundheit. Auffallend ist auch, dass Partizipationschancen in den Tagesstätten keinerlei Zusammenhänge zu den Gesundheitsindikatoren aufweisen. Kognitive Irritation geht zudem nur mit zeitlicher Transparenz, Vorgesetztenfeedback und personellen Ressourcen einher. Insgesamt zeigt sich das salutogene Potenzial der meisten hier untersuchten arbeitsbezogenen Ressourcen.

Die relativ langen Interaktionen (zum Großteil länger als 30 Minuten) mit den Gästen stehen in positivem Zusammenhang mit psychischer Gesundheit der Pflegenden. Auch in Bezug auf die psychische und körperliche Gesundheit (gemessen mit SF-12) wirkt sich eine längere Interaktionsdauer positiv aus.

Vor allem der Ausdruck negativer Gefühle (z. B. Ärger) fördert Irritation (kognitiv und emotional) und verringert das psychische und körperliche Wohlbefinden. Je länger der Kontakt zwischen Pflegekraft und Gast dauert, desto seltener werden negative Gefühle wie Ärger gezeigt. Je mehr Pflegenden in der Tagespflege positive Gefühle vortäuschen (diese also innerlich nicht wirklich empfinden), desto eher treten emotionale Anspannung oder Ärger auf.

Der Interaktionsspielraum als wichtige Ressource im Umgang mit den Tagesgästen weist negative Zusammenhänge mit dem kognitiven und emotionalen Irritationserleben auf. Ein hoher Spielraum scheint demnach sowohl günstig für gedankliches Abschalten nach der Arbeit, wie auch lindernd bezüglich emotionaler Anspannung und Ärger zu sein. Die signifikant positiven Korrelationen zwischen Interaktionsspielraum und psychischem und körperlichem Gesundheitszustand (nach SF-12), legen weiterhin nahe, dass große Freiheitsgrade in der Interaktion mit den Gästen insgesamt gesundheitsförderlich sind.

4.1.7 Handlungsempfehlungen für die teilstationäre Altenhilfe

Bei einem derzeit eher geringen Stellenwert im Vergleich zu stationären und ambulanten Angeboten ist die zukünftige Entwicklung der teilstationären Altenhilfe aus Sicht von Experten durchaus positiv einzuschätzen. Günstigere rechtliche und ökonomische Rahmenbedingungen (Pflegerweiterentwicklungsgesetz) und die damit einhergehende steigende Nachfrage nach teilstationären Leistungen lässt die positive Prognose begründen. Besonders vielversprechend erscheint – basierend auf früheren Untersuchungen wie auch nach Aussagen von Experten in unserer Studie – die Entwicklung für größere Einrichtungen der Tagespflege. Günstig erscheint insbesondere der Betrieb von teilstationären Angeboten, die an eine stationäre Einrichtung (v.a. Altenpflegeheime) angeschlossen sind. Diese scheinen im Vergleich zu solitären Einrichtungen besonders wirtschaftlich zu sein. Empfehlenswert ist, dass Einrichtungen der Tagespflege einen eigenen Fahrdienst betreiben.

Aus den Nutzer-/Nichtnutzerbefragungen wurde deutlich, dass die teilstationäre Altenhilfe bislang wenig bekannt ist. Träger solcher Einrichtungen sollten verstärkt und gezielter Öffentlichkeitsarbeit betreiben, da bislang bei potenziellen Nutzern noch wenig Informationen über die Tagespflege vorliegen. Kooperationen mit Hausarztpraxen, ambulanten Pflegediensten oder Krankenhäusern könnten hierbei behilflich sein.

Wünschenswert wäre ein flexibleres Angebot in Bezug auf Öffnungszeiten wie auch mit Blick auf potenzielle Nutzergruppen. Die fachkundige Betreuung dementer Pflegebedürftiger in der Tagespflege setzt eine entsprechende Qualifikation der Pflegekräfte voraus. Der Fort- und Weiterbildung von Pflegenden bezüglich Demenz und Interaktion mit den Tagesgästen sollte verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt werden. In diesem Zusammenhang ist die gängige Praxis, einen vergleichsweise hohen Anteil an Hilfskräften (Auszubildenden, Praktikanten, Zivildienstleistende) in der Tagespflege einzusetzen, kritisch zu hinterfragen.

Ein Problem stellt die schwankende Auslastung von Tagespflegen dar. Dies lässt sich erneut von Einrichtungen, die an Altenpflegeheime angeschlossen sind, besser kompensieren als von solitären Einrichtungen.

Mit Blick auf die Befunde zur Arbeitssituation in der Tagespflege eröffnen sich Optionen, ältere Pflegekräfte verstärkt in der Tagespflege einzusetzen. Da die Tagespflege – den Ergebnissen unserer Studie zufolge – vergleichsweise geringe körperliche und psychische Belastungen mit sich bringt, könnten gerade ältere Pflegenden, die dem beschwerlicheren Alltag in der stationären Altenpflege (etwa aufgrund hoher körperlicher Belastung) nicht mehr gewachsen sind, in diesem Einsatzfeld der Pflege unterkommen. Gerade in der Interaktion mit Patienten dürften berufserfahrene Pflegekräfte besser geeignet sein als junge, weniger erfahrene Pflegenden.

4.2 Ergebniszusammenfassung und Handlungsempfehlungen für die teilstationäre psychiatrische Pflege

Ziele der vorliegenden Untersuchung sind die Beschreibung des Arbeitsfeldes Psychiatrische Tagesklinik und damit zusammenhängend die Identifikation von Belastungen, Stärken und Ressourcen. Dabei steht die physische wie auch psychische Gesundheit der Pflegenden im Mittelpunkt, von der angenommen wird, dass sie durch verschiedene Arbeitsfaktoren beeinflusst wird. Zusätzlich sollen für die teilnehmenden Dresdner Tageskliniken Gestaltungsempfehlungen gegeben werden.

4.2.1 Vorgehen und Stichproben in der teilstationären psychiatrischen Pflege

Auf der ersten Untersuchungsebene (bayrische und sächsische Tageskliniken) wurden zwei Checklisten eingesetzt, um zum einen die Merkmale der organisatorischen Gegebenheiten psychiatrischer Tageskliniken und zum anderen das Arbeitserleben und das tätigkeitsspezifische Beanspruchungserleben der dort beschäftigten Pflegenden zu erfassen. Zur Erhebung der emotionalen Erschöpfung und des reaktiven Abschirmens, wurden Faktoren des BHD-Systems (Hacker & Reinhold, 1999) eingesetzt. Zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes kamen außerdem Skalen des Nordischen Fragebogens (Kuorinka et al., 1986) und des SF-12 (Bullinger & Kirchberger, 1998) zur Anwendung. Um das Arbeitsengagement zu erheben, wurden Teile des AVEM (Schaarschmidt et al., 2003) verwendet. Mittels standardisiertem Leitfaden wurden auf der zweiten Untersuchungsebene (Dresdner Einrich-

tungen) Beobachtungsinterviews in Form von Ganzschichtbeobachtungen vorgenommen. Auf diese Weise war es möglich, die organisatorischen Gegebenheiten der psychiatrischen Tageskliniken, Anforderungen an die Pfl egetätigkeit, das Qualifikationsniveau der Pflegenden einerseits und die tatsächlichen Tätigkeitsanforderungen andererseits zu untersuchen. Des Weiteren kamen alle personenbezogenen Verfahren zum Einsatz, die auch auf der ersten Untersuchungsebene verwendet wurden. Insgesamt konnten 33 psychiatrische Tageskliniken in die Untersuchung einbezogen und 91 Pflegend e befragt werden.

4.2.2 Strukturen teilstationärer psychiatrischer Pflege

Anzahl der angebotenen Plätze:

Die Anzahl der angebotenen Plätze in den Tageskliniken variiert in Abhängigkeit vom Einrichtungstyp. In den allgemeinpsychiatrischen Einrichtungen werden im Mittel 18,5 Plätze zur Verfügung gestellt, in den Kinder- und Jugendpsychiatrien sind es im Durchschnitt 8,8 Plätze und in der Psychosomatik 20,7 Plätze. Das ergibt einen Mittelwert von 16,5 Plätzen. Im Vergleich mit dem bundesweiten Durchschnitt von 22,3 Plätzen (Bramesfeld, 2003), ist dies als unterdurchschnittlich einzustufen. Mit einer Spanne von 14 bis 120 Tagen liegt die Aufenthaltsdauer der Patienten im bundesweiten Durchschnitt, welcher mit einer Spanne zwischen 10 und 130 Tagen angegeben wird (Kallert et al., 2004).

Klientel der teilstationären psychiatrischen Pflege:

Auch das behandelte Klientel in den untersuchten allgemeinpsychiatrischen und psychosomatischen Tageskliniken ist mit Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, somatoformen Störungen, Zwangs- und Angststörungen mit anderen Tageskliniken vergleichbar (Beine et al., 2007). In den kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken werden Patienten mit Störungen der Aufmerksamkeit und der Aktivität, Störungen des Sozialverhaltens und Lernstörungen behandelt.

Leistungsangebot:

Das diagnostische Angebot ist in allen Tageskliniken ähnlich. Häufig ausgeführte diagnostische Tätigkeiten sind Blutdruck messen, Blut abnehmen und Harnuntersuchungen. Zusätzlich werden bei jedem neuen Patienten ärztliche körperliche Untersuchungen durchgeführt und Anamnesegespräche geführt. Auch der Einsatz diagnostischer psychologischer Fragebögen kann in jeder untersuchten Tagesklinik beobachtet werden. Folgeuntersuchungen, wie MRT, CT, Röntgen und EKG werden zumindest in drei der sechs Einrichtungen organisiert, in denen Beobachtungen durchgeführt wurden. Das therapeutische Angebot ist in Abhängigkeit vom angeschlossenen Krankenhaus unterschiedlich breit. Dennoch gibt es grundlegende Gemeinsamkeiten: Psychotherapie, Pharmakotherapie (ausgenommen Familientagesklinik), Fertigkeiten-, Entspannungstrainings und Ergo- oder Kunsttherapie werden in jeder Tagesklinik angeboten. Welchen sportlichen Aktivitäten die Patienten nachgehen können, ist sehr verschieden.

Anbindungsform:

Alle untersuchten psychiatrischen Tageskliniken sind an ein Krankenhaus angegliedert. Es ist zu erkennen, dass wenige Einrichtungen Fachkrankenhäusern für Psychiatrie angehören. Die meisten Tageskliniken können Allgemeinkrankenhäusern zugeordnet werden, die psychiatrische Fachabteilungen integrieren. Somit erscheint

der Ansatz einer gemeinde-integrierten Akutversorgung weitestgehend umgesetzt (vgl. Zwemer, 2003).

Pflegekräfte:

Die Mehrzahl der in psychiatrischen Tageskliniken beschäftigten Pflegenden sind weiblich, wobei in Bayern ein vergleichsweise hoher Anteil männlicher Pflegekräfte beschäftigt ist. Hier ist allerdings anzumerken – dies betrifft alle Vergleiche die im Rahmen der teilstationären psychiatrischen Pflege durchgeführt wurden – dass die bayrische Stichprobe sieben Tageskliniken in drei Krankenhäusern umfasst. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Vergleich zwischen bayrischen und sächsischen psychiatrischen Tageskliniken verallgemeinerbar ist, deshalb werden Interpretationsversuche vermieden.

Der größte Anteil der untersuchten Pflegenden war zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 30 und 59 Jahre alt. Über 60jährige Pflegende konnten nicht identifiziert werden, auch der Anteil unter 30jähriger ist mit knapp 5 % eher gering. Erklärungsversuche könnten dahingehend unternommen werden, dass junge Pflegende nach der Ausbildung zunächst im stationären Bereich eingesetzt werden und erst später bei Bedarf in den teilstationären Bereich wechseln. Da der Handlungs- und Entscheidungsspielraum in psychiatrischen Tageskliniken sehr groß ist, weil das Pflegeteam sehr klein ist und nur aus wenigen Personen besteht, erscheint ein gewisser Erfahrungsschatz und Handlungssicherheit Voraussetzung für die Arbeit in psychiatrischen Tageskliniken zu sein. Warum Pflegende über 60 Jahren nicht vorgefunden wurden, kann darin begründet sein, dass in der Psychiatrie unter anderem auch mit Aggressionen und Gewalt seitens der Patienten umzugehen ist. Dies ist jedoch nur eine Hypothese, die es zu bestätigen gilt.

4.2.3 Arbeitsorganisatorische Bedingungen

Die arbeitsorganisatorischen Gegebenheiten sind im Mittel als gut gestaltet zu bewerten. Die Pflegenden haben hohe Freiheitsgrade und Handlungs- und Entscheidungsspielräume. Gearbeitet wird immer im multiprofessionellen Team. Aufgrund der Größe des Teams scheinen Störungen und Informationsdefizite gering zu sein. In einem Drittel der untersuchten Einrichtungen werden Störungen mit dem ärztlichen Dienst und mit Funktionsdiensten angegeben. Die Pflegenden werden im teilstationären Bereich häufiger als beispielsweise in der stationären Pflege in die Visite eingebunden und nehmen auch aktiv an der Visite teil (beraten Ärzte zu pflegerischen Gesichtspunkten; vgl. Stab, 2009). Informationen von Ärzten und Therapeuten werden in der Regel an die Pflegenden weitergegeben. Außerdem scheinen Beteiligungsmöglichkeiten wie in der stationären Pflege durch die Größe des Teams nicht von Relevanz zu sein. In einem derartig kleinen Team werden die Aufgaben untereinander aufgeteilt, Absprachen erfolgen in der Regel informell, Entscheidungen werden gemeinsam besprochen. In 88 % der Einrichtungen bearbeiten die Pflegenden gemeinsam die Arbeitsaufgaben. Das ist beispielsweise in der stationären Pflege nicht umsetzbar. Hier wird in der Regel nur bei Tätigkeiten, die Zusammenarbeit erfordern (z. B. das Lagern von Patienten) kooperiert (vgl. Stab, 2009).

Die Daten, die im Rahmen der Beobachtungsinterviews gewonnen wurden, unterscheiden sich in einigen Aspekten signifikant von den Daten, die durch die Befragung der Leitungen der Einrichtungen ermittelt wurden. Die Fremdeinschätzung im Rahmen der Beobachtungen fällt bei den meisten Aspekten ungünstiger aus als die Selbstbewertung durch die Pflegenden. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Pflegenden

die organisatorischen Bedingungen in ihren Einrichtungen als sehr gut gestaltet bewerten.

4.2.4 Beteiligte Berufsgruppen an der Leistungserbringung

Meyer (2006) betont, dass ein multiprofessionelles Team unerlässlich ist, um dem mehrdimensionalen Krankheitskonzept begegnen zu können. Alle an der Untersuchung beteiligten Dresdner Einrichtungen werden dieser Forderung gerecht. So sind überall Ärzte, Psychologen (ausgenommen die Familientagesklinik), Pflegekräfte und Ergo- oder Kunsttherapeuten anzutreffen.

Kallert et al. (2003) geben an, dass in den neuen Bundesländern zwei Pflegende und ein Ergotherapeut pro Tagesklinik beschäftigt sind. Die untersuchten sächsischen Tageskliniken liegen mit 3,5 Pflegenden weit über diesem Durchschnitt. In allen Tageskliniken sind Ergo- bzw. Kunsttherapeuten beschäftigt, die jedoch immer auch für andere Stationen zuständig sind. Damit ist diese Besetzung als durchschnittlich einzuschätzen.

Die ermittelten signifikanten Unterschiede zwischen den Fachgebieten können nicht im Detail geklärt werden, dies bedarf weiterer Untersuchungen. Hier scheint jedoch der Personalschlüssel und das Klientel eine Einflussgröße darzustellen.

4.2.5 Tätigkeitsanforderungen der Pflege Tätigkeit

Um die Tätigkeitsanforderungen beurteilen zu können, wurden Beobachtungsinterviews durchgeführt. Diese zeigen, dass die Pflegenden verschiedener Tageskliniken zwar unterschiedliche Tagesabläufe erleben, aber im Großen und Ganzen ähnliche Aufgaben erledigen. Haushaltstätigkeiten, die somatische Pflege, das Ausgeben und Stellen von Medikamenten, die Dokumentation und die Durchführung von Erstkontaktgesprächen mit neuen Patienten gehören in jeder Tagesklinik, bis auf die Familientagesklinik, zum Aufgabengebiet der Pflegenden – wenn auch in unterschiedlichen Umfängen. Ferner sind sie verpflichtet, ständig Informationen mit Kollegen und anderen Diensten (Ärzte, Psychologen) auszutauschen und in diesem Zusammenhang an Visiten teilzunehmen. Damit wird die Forderung von Kunze et al. (2005), nach einer regelmäßigen und intensiven Abstimmung unter den an Therapien beteiligten Personen wie auch mit anderen Diensten, erfüllt. Sämtlichen Pflegekräften ist gemein, dass sie während des gesamten Arbeitstages hundertprozentig aufmerksam sein müssen – größtenteils auch während der Pausen. Ein kurzer Augenblick von Unaufmerksamkeit kann verheerende Auswirkungen haben. Der Fokus liegt demnach immer auf den Patienten und ihrem Befinden: Da die Pflegenden unmittelbar mit ihnen in Kontakt stehen, sind sie auch diejenigen, die Veränderungen und kritische Situation am frühesten identifizieren und demzufolge am schnellsten eingreifen können und müssen. Es ist ihre Aufgabe, die Patienten zu aktivieren, sodass diese kooperieren und die verschriebenen Medikamente einnehmen oder aber an den Therapien teilnehmen. Damit gehen die erfassten Tätigkeiten mit den von Meyer (2006) genannten Pflegeaufgaben in der Psychiatrie konform. Die Angehörigenarbeit, welcher durch Bischoff et al. (2006) ein hoher Stellenwert eingeräumt wird, nimmt in den untersuchten Tageskliniken allerdings nur eine untergeordnete Rolle ein. Im teilstationären psychiatrischen Bereich wird diesem Feld eher wenig Bedeutung beigemessen – nicht nur von Seiten der Pflegenden, sondern auch von den Angehörigen selbst.

Wie schon von Meyer (2006) hervorgehoben, nehmen die Pflegenden bei der Behandlung der Patienten eine Schlüsselposition ein, da sie auf der Alltagsebene mit

ihnen interagieren. Ebenfalls fällt bei den beobachteten Pflegekräften auf, dass sie immer die ersten Ansprechpartner für die Patienten sind. Schlussfolgernd daraus sind sie aber auch bei Schwierigkeiten/Problemen häufig das Ventil für die Betroffenen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, müssen die Pflegenden über ein umfassendes Wissen um Störungen und menschliche Verhaltensweisen verfügen (Bischkopf et al., 2006).

Die Pflegenden versichern, dass sie während der Beobachtungsinterviews ihren typischen Aufgaben nachgegangen sind und sich durch die Untersuchung nicht behindert gefühlt haben. Dennoch ist eine Beeinträchtigung der Ergebnisse durch Reaktivität nicht vollständig auszuschließen. Die Pflegekräfte wussten, dass die Ergebnisse auch an die Pflegedienstleitungen weitergeleitet werden. Während die einen nicht an eine Veränderung der Situation durch den Untersuchungsbericht glaubten, hofften wiederum andere Einfluss geltend machen zu können. In diesem Zusammenhang kann insgesamt festgestellt werden, dass sich die Pflegenden durch die Untersuchung animiert fühlten, Kritik zu äußern und „Dampf abzulassen“. An dieser Stelle war es Aufgabe der Beobachterin, Objektivität zu bewahren und die Anforderungen realistisch einzuschätzen. Auf Grundlage der Urteilerübereinstimmung kann davon ausgegangen werden, dass sie als Beobachterin geeignet und demnach dazu in der Lage ist.

Alle Probanden berichten, dass sie sich im Verlauf der Untersuchung an die Anwesenheit der betriebsfremden Person gewöhnten und ihre alltäglichen Aktivitäten durchführten. Da sich über die Tageskliniken hinweg ein mehr oder weniger einheitliches Bild bezüglich der auszuführenden Aufgaben und damit der Tätigkeitsanforderungen ergibt, kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse ein realistisches Bild über die Tätigkeitsanforderungen an Pflegenden in psychiatrischen Tageskliniken abgeben.

4.2.6 Qualifikationsniveau und Qualifikationsprofil der Pflegenden teilstationärer psychiatrischer Einrichtungen

Um die Tätigkeitsanforderungen mit den Qualifikationen der untersuchten Pflegekräfte abgleichen zu können, wurden das Krankenpflegegesetz von 1985 und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege aus demselben Jahr herangezogen.

Es gibt mehrere Tätigkeiten, die Gegenstand der Ausbildung waren und nun auch im Arbeitsalltag der Pflegenden eine Rolle spielen. Dazu gehören u. a. die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Dokumentation und Fachkenntnisse zu Medikamenten.

Auffallend ist, dass die somatische Pflege, die einen Großteil der Ausbildung ausmacht, in allen Tageskliniken kaum Anwendung findet. Im Vergleich dazu fällt, wie zu erwarten, der Anteil psychiatrischer Pflege wesentlich höher aus. Diese Art der Pflege findet aber so gut wie keine Berücksichtigung in der Krankenpflege-Ausbildung. Trotz dieses Ergebnisses geben die Pflegenden keine Schwierigkeiten im Umgang mit den Anforderungen an. In diesem Zusammenhang soll erwähnt werden, dass Therapien, wie die Gruppentherapie oder Patientenrunden, in der Regel auch nur von Fachschwestern für Psychiatrie begleitet werden, nicht also von Krankenschwestern oder Heilerziehungspflegerinnen. Außerdem liegt die Ausbildung bei allen Pflegenden mindestens 10 Jahre zurück. Seitdem sind sie in der Regel im psychiatrischen, meist vollstationären Bereich tätig gewesen, bevor sie in die Tagesklinik wechselten. Schlussfolgernd daraus, profitieren die Pflegekräfte von ihren bisherigen Berufserfahrungen und kompensieren auf diese Weise fehlende Ausbildungsinhalte. Ausnahme

bildet die Familientagesklinik (Tagesklinik Nr. 23). Auch hier ist das Pflegepersonal seit langem im Berufsleben. Da aber das Team an sich noch sehr jung ist und den Pflegenden, bis auf eine Ausnahme, Erfahrungen mit Familientherapien fehlen, stehen sie häufiger vor Problemen. Diese betreffen vor allem den Umgang mit den Eltern. So fällt es dem Pflegepersonal in manchen Situationen nicht leicht, angemessen auf das Verhalten der Eltern zu reagieren, fühlt sich teilweise sogar hilflos. Weiterbildungen, in denen soziale und gesprächspsychologische Fertigkeiten vermittelt werden, können Abhilfe schaffen, um diese Schwierigkeiten zu beheben.

Problematisch zu beurteilen ist die Tatsache, dass die somatische Pflege von den Pflegenden kaum noch Anwendung findet. Nach Hacker (2005) kann dies zum Verlernen erlernter Fähigkeiten führen. Folglich wäre es für die Pflegenden äußerst schwierig, eine Tätigkeit im somatischen Bereich aufzunehmen. Es ist zu erwarten, dass große Probleme bei der Erfüllung der dortigen Anforderungen auftreten. Dementsprechend sind die Pflegenden in ihrem beruflichen Werdegang an den psychiatrischen Bereich gebunden. Es soll aber an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Probanden mit Ihrer Arbeit an sich zufrieden waren und niemand die Absicht äußerte, einen solchen Bereichswechsel vorzunehmen.

Zusammenfassend lässt sich keine Diskrepanz zwischen dem Qualifikationsniveau und den Tätigkeitsanforderungen feststellen.

4.2.7 Arbeitsanforderungen in Abhängigkeit zum Fachgebiet

Die Ergebnisse zeigen, dass das Pflegepersonal in Bezug auf das Fachgebiet im Großen und Ganzen vergleichbare Tätigkeiten verrichtet, jedoch zu unterschiedlichen Zeitanteilen.

Für die Allgemeine Psychiatrie zeigt sich, dass die Zeitanteile an arbeitsorganisatorischen Tätigkeiten in den drei untersuchten Tageskliniken vergleichbar sind. Sie liegen zwischen 15 und 20 Prozent. Die Anteile der Haushaltstätigkeiten stimmen ebenso grundsätzlich überein (7-9 %). Die somatische Pflege nimmt in der Tagesklinik Nr. 21 mit 4,6 % am wenigsten Zeit in Anspruch. In der Tagesklinik Nr. 22 ist der Anteil mit 12,5 % fast drei Mal so hoch. Auch im Bereich der psychiatrischen Pflege finden sich große Unterschiede: während in zwei Tageskliniken rund 30 % der Zeit in die psychiatrische Pflege investiert werden, sind es in der Tagesklinik Nr. 20 lediglich 9,6 %. Im Gegensatz dazu, ist ihr Zeitanteil an informationsbestimmenden Tätigkeiten mit 31,3 % um rund zehn Prozent höher als in den Tageskliniken Nr. 21 und Nr. 22. Eine ähnlich hohe Differenz findet sich für dokumentierende Tätigkeiten. Hier bringen die Pflegenden der Tagesklinik Nr. 20 ein Viertel ihrer Arbeitszeit dafür auf. In den anderen beiden Tageskliniken sind es rund 15 %.

Demgemäß werden in der Allgemeinen Psychiatrie zwar dieselben Tätigkeitsgruppen ausgeführt, doch innerhalb dieser existieren durchaus Unterschiede. Das gilt vor allem für die psychiatrische Pflege. Die Frage nach der Ursache für diese Differenz ist schnell beantwortet: Das Pflegepersonal der Tagesklinik Nr. 22 leitet die Koch-/Backgruppe, begleitet die Patienten beim Nordic Walking und zum Schwimmen, wohnt der Gesprächsrunde bei und benennt täglich eine Pflegenden (in der Regel diejenige, die den Küchendienst inne hat), die für die Patientengespräche im Sinne der Beziehungsgestaltung verantwortlich ist. All diese Faktoren zusammen ergeben einen intensiven Patientenkontakt. Das Pflegeteam der Tagesklinik Nr. 21 verfolgt das Ritual, die Patienten einzeln zu begrüßen und zu verabschieden. Es nimmt außerdem an jeder Morgenbewegung und Stationsrunde zumindest eine Pflegekraft teil.

Bei der Vorbereitung von Frühstück und Kaffeepause helfen oftmals Patienten mit, sodass auch hier ein häufiger Kontakt gewährleistet ist. Hinzu kommt, dass die Pflegenden ein Mal in der Woche für zwei Stunden mit den Patienten auf Wanderung gehen und auf diese Weise viele Möglichkeiten bestehen, Gespräche zu führen. Dies alles trifft für die Pflegenden der Tagesklinik Nr. 20 nicht zu. Hier nehmen die Pflegekräfte zwar an den Morgenrunden teil, ein Mal in der Woche führt eine Pflegende auch das Nordic Walking durch, aber sie begleiten weder Therapien, noch nehmen sie an weiteren sportlichen Aktivitäten oder Patientengruppen teil. Während der Außenaktivität sind die Patienten auf sich gestellt, da auch diese von den Pflegenden nicht begleitet wird. Dass der eher geringe Patientenkontakt und die wenige psychiatrische Pflege auf den überfüllten Wochenplan der Patienten zurückzuführen ist, kann nicht bestätigt werden. Vielmehr hängt es häufig von den Einstellungen der Ärzte und Therapeuten ab, inwiefern das Pflegepersonal in Therapien und Aktivitäten einbezogen wird. Ist z. B. die Meinung Programm, dass, wie im Fall der Tagesklinik Nr. 20, die Patienten die Außenaktivität allein meistern müssen, wird den Pflegenden keine aktive Rolle im Therapieprozess zugestanden. Auf der anderen Seite fehlt seitens des Pflorgeteams Eigeninitiative, um die Situation zu verändern.

In die zweite Gruppe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, lassen sich zwei der untersuchten Tageskliniken einordnen. Die Zeitaufwendung für die somatische und psychiatrische Pflege und für informationsbestimmende sowie dokumentierende Tätigkeiten ist in beiden Einrichtungen ähnlich hoch und folglich vergleichbar. Unterschiede in den Zeitanteilen zeigen sich nur für Tätigkeiten der Arbeits-/Ablauforganisation (Tagesklinik Nr. 23: 23,6 %; Tagesklinik Nr. 24: 6,5 %) und für Haushaltstätigkeiten (Tagesklinik Nr. 23: 5,5 %; Tagesklinik Nr. 24: 11,3 %). Schlussfolgernd daraus, unterscheiden sich die Arbeitsanforderungen innerhalb des Einrichtungstyps Kinder- und Jugendpsychiatrie im Allgemeinen nicht. Ursache für die Differenz in den Tätigkeiten der Arbeits-/Ablauforganisation liegt im „Alter“ des Teams der Tagesklinik Nr. 23. Drei der vier Pflegenden sind weniger als ein Jahr in der Tagesklinik beschäftigt; eine Übergabe durch die früheren Mitarbeiter hat nie stattgefunden. Die sich daraus ergebende Konsequenz ist ein wesentlich höherer organisatorischer Aufwand, da beispielsweise die Arbeitsabläufe noch nicht verinnerlicht wurden und damit eine ständige Koordination notwendig wird. Hinzu kommt, dass sich das Pflegepersonal häufig mit den Wochen- und Tagesplänen beschäftigt und diesbezüglich bespricht. Ursache hier ist ein weiteres Mal die Unerfahrenheit der Pflegenden. Dass das Personal der Tagesklinik Nr. 24 hingegen weniger Haushaltstätigkeiten leistet, liegt schlichtweg daran, dass die Eltern aus therapeutischen Gründen Haushaltsaktivitäten nachkommen müssen.

Zusammenfassend kann die Aussage getroffen werden, dass die Tageskliniken eines Einrichtungstyps hinsichtlich der Tätigkeitsanforderungen durchaus vergleichbar sind. Die gefundenen Differenzen sind nicht als gravierend einzuschätzen, sondern durchaus normal, da nicht nur strukturelle Gegebenheiten eine Rolle spielen, sondern auch die zu Grunde liegenden Therapiekonzepte.

Ein durchgeführter H-Test ergibt, dass sich die Einrichtungstypen Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie lediglich bezüglich der somatischen Pflege zufällig unterscheiden: In der psychosomatischen Tagesklinik wird wesentlich mehr somatische Pflege geleistet als in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zu den Einrichtungen der Allgemeinen Psychiatrie sind keine signifikanten Unterschiede feststellbar.

In der Psych-PV (Kunze et al., 2005) zählt die Psychosomatik zum Bereich Erwachsenenpsychiatrie. Die somatische Pflege wird in der Erwachsenen- wie auch Kinder- und Jugendpsychiatrie der speziellen Pflege zugeordnet. Vergleicht man nun die in der Psych-PV festgelegten somatischen Pflegeaufgaben, ist kein Unterschied feststellbar: Für beide Bereiche wird verlangt, dass das Pflegepersonal bei Blutentnahmen, Injektionen und Infusionen mitwirkt, Untersuchungen nachbereitet, Wunden versorgt, Medikamente richtet und ausgibt, diagnostische und therapeutische Maßnahmen begleitet sowie bei der Notfallversorgung und bei Erste-Hilfe-Maßnahmen mitwirkt. Betrachtet man die Ergebnisse der Beobachtungsinterviews, kommen die Pflegenden aller Einrichtungstypen diesen Aufgaben nach. Folglich bestehen die Unterschiede nicht darin, dass sie unterschiedliche Anforderungen erfüllen müssen, sondern lediglich in der Häufigkeit der erledigten somatischen Tätigkeiten. In der Psychosomatik kommt es erheblich häufiger vor, dass Patienten Blut abgenommen wird. Auch das Richten und Ausgeben der Medikamente nimmt hier mehr Zeit in Anspruch, da der Umfang an Medikamenten wesentlich höher ist als in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Während dort außerdem weniger Untersuchungen durchgeführt werden, ist dementsprechend der Zeitanteil an Vor- und Nachbereitungen von Untersuchungen geringer als in der Psychosomatik.

Ein weiterer Unterschied, der sich qualitativ feststellen lässt, ist der Aspekt der Angehörigenarbeit. Während diese Tätigkeit in der Allgemeinen Psychiatrie wie auch in der Psychosomatik einen niedrigen Stellenwert einnimmt, ist sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unerlässlich. Der Grund dafür ist offensichtlich: Die Pflegenden arbeiten mit Minderjährigen zusammen. Bevor Entscheidungen getroffen werden, muss das Einverständnis der Eltern eingeholt werden. Hinzu kommen Hausbesuche, die im direkten Zusammenhang mit der Angehörigenarbeit stehen.

Zusammenfassend wird zwischen den Einrichtungstypen ein Unterschied in den Tätigkeitsanforderungen aufgedeckt. Er besteht darin, dass Pflegenden der Psychosomatik mehr somatische Pflege leisten als ihre Kollegen in Tageskliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auf qualitativer Ebene kann ein weiterer Unterschied unterstrichen werden: Die Angehörigenarbeit spielt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine größere Rolle als in der Allgemeinen Psychiatrie und der Psychosomatik.

Werden die interaktiven Anteile der Tätigkeit in Bezug auf das Fachgebiet betrachtet, so ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Hervorzuheben ist allerdings, dass der Anteil der Tätigkeiten ohne Patientenkontakt sehr hoch ist. Ebenfalls nehmen Tätigkeiten der psychosozialen Zuwendung einen hohen Stellenwert ein, während Kooproduktion eher selten stattfindet. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die Pflegetätigkeit in der teilstationären Pflege durchaus Rückzugsmöglichkeiten aufweist, d. h. dass die Pflegenden nicht wie beispielsweise in der teilstationären Altenpflege den überwiegenden Teil des Tages mit den Tagesgästen verbringen und ausgestalten und dementsprechend einer hohen emotionalen Belastung ausgesetzt sind. Kooproduktion findet in psychiatrischen Tageskliniken selten statt. Diese ist hauptsächlich bei Tätigkeiten der somatischen Pflege (z. B. Blutabnahmen) zu finden. Psychosoziale Aktivitäten finden hingegen häufig statt. Dies ist auf den hohen Anteil von Freizeitgestaltung mit den Patienten, aber auch Gruppengesprächen (z. B. Morgenrunden) und Einzelgesprächen zurückzuführen.

4.2.8 Qualität des Arbeitserlebens

Die Pflegenden erleben ihre Tätigkeit als gut gestaltet und fühlen sich durch die Tätigkeit wenig beansprucht. Der Faktor ‚Einflussmöglichkeiten‘ wird im Mittel geringfügig ungünstiger eingeschätzt. Dieser liegt zwischen einer Bewertung der Pflegenden von ‚eher vorhanden‘ und ‚eher nicht vorhanden‘. Betrachtet man jedoch im Vergleich dazu den entsprechenden Faktor des tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserlebens so können keine kritischen Werte ermittelt werden.

Die männlichen Befragten fühlen sich signifikant mehr beansprucht. Ein Erklärungsansatz dafür kann sein, dass Männer häufiger mit körperlich anstrengenderen Tätigkeiten betreut werden und so auch Patienten betreuen, die ein höheres Aggressionspotential aufweisen. Diese Vermutung kann jedoch anhand der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden. Weitere Untersuchungen sind erforderlich.

Hinsichtlich der emotionalen Erschöpfung als auch des reaktiven Abschirmens kann ein vergleichsweise geringer Anteil von kritischen Ausprägungen gefunden werden. Hacker und Reinhold (1999) zu Folge liegt der Anteil kritischer Ausprägungen in der nichtpflegenden Bevölkerung bei ca. 10 %. Im Rahmen von Studien in der stationären Pflege wird ein höherer Anteil von kritischen Ausprägungsgraden emotionaler Erschöpfung nachgewiesen (vgl. Stab, 2009).

Der Umgang mit Belastungen erfolgt seitens der befragten Pflegenden überwiegend positiv. Besonders die Fähigkeit mit Dritten über Probleme zu sprechen scheint sehr ausgeprägt zu sein.

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster wie der berufliche Ehrgeiz, die Verausgabungsbereitschaft als auch das Perfektionsstreben ist bei der untersuchten Stichprobe sehr unterdurchschnittlich ausgeprägt. Diese Ergebnisse sind sehr schwierig zu interpretieren. Eine Vermutung ist, dass die Beschäftigten nur selten Erfolgserlebnisse erleben und viele Patienten oft wiederkommen und Rückschläge somit oft miterlebt werden. Aussagen von Pflegenden im Rahmen des Beobachtungsinterviews untermauern die Vermutung. Dem könnte begegnet werden, indem Leistungsrückmeldungen eingeführt werden und Fallbesprechungen oder Supervisionen regelmäßig stattfinden.

Der erlebte körperliche und psychische Gesundheitszustand der befragten Pflegenden liegt im Mittel im Vergleich zur deutschen Normstichprobe im durchschnittlichen Bereich.

Gesundheitliche Beschwerden werden vor allem in der Nackenregion, im unteren Rücken und in der Schulterregion angegeben. Auf Grund der Zahlen kann aber nicht geschlussfolgert werden, dass die Pflegenden gefährdeter sind Muskel-Skelett-Erkrankungen zu entwickeln als andere Berufsgruppen. Der Gesundheitsbericht des Bundes (Robert-Koch-Institut, 2006) berichtet beispielsweise, dass circa 65 % der Frauen und rund 58 % der Männer in einem Zeitraum von 12 Monaten über Rückenschmerzen klagen. Demnach ist das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung mit den Zahlen des Robert-Koch-Instituts vergleichbar.

Die Tatsache, dass die Anzahl der im Haushalt lebenden Kindern mit der Häufigkeit der Nennung von Beschwerden in der Schulterregion, im oberen und unteren Rücken und in den Hüften und Oberschenkel signifikant zusammenhängt, ist erklärbar durch die zusätzliche körperliche Belastung, die im Umgang mit Kindern entsteht.

4.2.9 Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Organisation, des Arbeitserlebens und der Beanspruchung

Die Ergebnisse zeigen, dass Merkmale der Arbeitsorganisation mit dem Arbeitserleben in Zusammenhang stehen und dementsprechend die Gestaltung der Tätigkeit von hoher Relevanz ist und auch aufgrund der positiven Darstellung der arbeitsorganisatorischen Gegebenheiten in psychiatrischen Tageskliniken in dieser Untersuchung nicht vernachlässigt werden dürfen. Besonders die Existenz von Supervisionen, aber auch die Möglichkeit der Beteiligung an der ärztlichen Visite scheint das Arbeitserleben zu beeinflussen. Ein kausaler Zusammenhang kann jedoch aufgrund der zu kleinen Stichprobe nicht nachgewiesen werden. Weitere Untersuchungen erscheinen erforderlich.

Das Arbeitserleben steht weiterhin in Zusammenhang mit dem tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserleben und mit der erlebten emotionalen Erschöpfung der Pflegenden, d. h. dass die Mitarbeiter, die ihre Arbeit als gut gestaltet erleben, unkritische Ausprägungen im tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserleben und der emotionalen Erschöpfung aufweisen. Die Fähigkeit des reaktiven Abschirmens scheint dabei moderierend auf den Zusammenhang Arbeitserleben und emotionale Erschöpfung zu wirken, d. h. dass Pflegenden, bei denen die Fähigkeit des reaktiven Abschirmens niedrig ausgeprägt ist, geeignete Trainings und Unterstützungsmaßnahmen zum Erlernen dieser Fähigkeit angeboten werden müssen. Dies untermauert auch der ermittelte Zusammenhang, dass die Fähigkeit des reaktiven Abschirmens maßgeblich das Erleben des körperlichen Zustands beeinflusst. Der erlebte körperliche und psychische Zustand stehen ebenfalls in Zusammenhang. Außerdem kann ein Zusammenhang zwischen der emotionalen Erschöpfung und dem erlebten psychischen Zustand nachgewiesen werden. Geringe Werte der Verausgabungsbereitschaft korrelieren signifikant mit günstigen Ausprägungen in der emotionalen Erschöpfung.

4.2.10 Fazit

Die Untersuchung ermöglicht, ein umfassendes Bild über das Arbeitsfeld „teilstationäre psychiatrische Pflege“ zu erlangen. Dadurch werden nicht nur die Tätigkeitsanforderungen differenziert dargestellt, sondern es wird auch aufgezeigt, dass es innerhalb und zwischen den Fachgebieten Unterschiede in diesen Anforderungen geben kann. Es wird außerdem bestätigt, dass zwischen dem Qualifikationsniveau der Pflegenden und den eigentlichen Tätigkeitsanforderungen Diskrepanzen bestehen, die vor allem in der somatischen und psychiatrischen Pflege liegen.

Ebenso wird gezeigt, dass organisatorische Aspekte das Arbeitserleben und damit einhergehend die Entstehung von Fehlbeanspruchungsfolgen beeinflussen.

Ferner wird der Nachweis erbracht, dass die Pflegenden der teilstationären psychiatrischen Pflege ihre Arbeit überwiegend als günstig erleben und sich wenig bis gar nicht beansprucht fühlen. Diese Einschätzung spiegelt sich in dem guten allgemeinen Gesundheitszustand und den Ergebnissen zu Beschwerden im Muskel-Skelett-System, die mit der Allgemeinbevölkerung vergleichbar sind, wider. Ob es sich bei psychiatrischen Tageskliniken um ein Arbeitsfeld handelt, das besonders für ältere Arbeitnehmer geeignet ist, kann anhand der Untersuchungsergebnisse nicht beantwortet werden. Es erscheint geeignet, jedoch stellt sich die Frage warum über 60jährige Pflegenden im Rahmen der Untersuchung nicht in teilstationären Tageskliniken gefunden werden konnten.

4.2.11 Handlungsempfehlungen für die teilstationäre psychiatrische Pflege

Zur Ableitung von Handlungsempfehlungen werden diejenigen Aspekte der Untersuchung herangezogen, die sich als maßgebend herausgestellt haben:

Zum einen ist es wichtig, dass die Pflegenden ihren Dienstplan mindestens vier Wochen im Voraus erhalten und ihre Wünsche bei der Gestaltung der Arbeitszeiten Berücksichtigung finden. Zum anderen sollte sichergestellt werden, dass mit dem Einsatz der Teilzeitkräfte Arbeitsspitzen abgedeckt werden. Günstig ist es außerdem, wenn das gesamte Pflorgeteam an Visiten teilnimmt, sodass alle Pflegenden denselben Informationsstand bzgl. der Patienten haben. Ratsam ist gleichermaßen, die Arbeit so zu gestalten, dass die Abläufe vorhersehbar sind; dazu gehört auch, dass Pausen störungsfrei abgehalten werden können. Damit können Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen wahrgenommen und getroffen werden. Empfehlenswert ist es zudem, zu gewährleisten, dass der Informationsfluss sichergestellt wird und die Kooperation mit anderen Diensten störungsfrei verläuft. Praktisch bedeutet dies u. a., dass Informationen seitens der Psychologen, Ärzte und Therapeuten weitergeleitet werden, dass es feste Regelungen zur Informationsweitergabe gibt und regelmäßige Teamberatungen stattfinden. Beide Gesichtspunkte der Organisationsgestaltung können bewirken, dass die Arbeit von den Pflegenden als durchschaubar erlebt wird. Supervisionen sollten außerdem zu einem festen Bestandteil der Arbeit in psychiatrischen Tageskliniken werden. Weiterhin sollte darauf geachtet werden, dass den Pflegenden ausreichend Einfluss- und Entscheidungsmöglichkeiten zugestanden werden.

Zur Prävention von Überforderungen durch Anforderungen, die sich nicht mit den Ausbildungsinhalten decken, sollten zumindest Weiterbildungen durchgeführt werden, in denen psychiatrische Kenntnisse vermittelt und vertieft werden. In diesem Rahmen sollte den Pflegenden außerdem vermittelt werden, dass eine Distanzierung vom Arbeitsgeschehen wichtig ist, da es zu einem günstigeren Erleben des körperlichen Zustands und des tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserlebens führt.

Literaturverzeichnis

Arbeiterwohlfahrt (AWO): Förder- und Betreuungsbereich. Online verfügbar unter: <http://www.awowerkstaetten.de/index.php?id=30> (Zugriff: 23.06.2008)

Badura, B.; Hungeling, G.: Personenbezogene Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen - Entwicklungsbedarf und Forschungsperspektiven. In: Bullinger, H.J. (Hrsg.), Dienstleistungen für das 21. Jahrhundert. Gestaltung des Wandels und Aufbruch in die Zukunft. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel, 1997, 461-476

Baumbach, S.; Langer, K.: Arbeits- und Gesundheitsschutz in Einrichtungen der teilstationären Pflege. Bericht zur berufsorientierten Vertiefung im Bereich Occupational Health. Unveröffentlichte Forschungsarbeit, Dresden: Technische Universität, 2008

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung: Statistische Berichte. Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre, und Pflegegeldempfänger in Bayern 2007. München: Bayerisches Landesamt 2008

Beine, K.H.; Küthmann, A.; Engfer, R.: Thesenpapier zur Zukunft tagesklinischer Behandlung bei psychischen Erkrankungen. Psychiatrische Praxis, 34 (2007), 99-111

Bischkopf, J.; Sonntag, A.: Psychologische Grundlagen psychiatrischer Pflege. In: Gaßmann, M.; Marschall, W.; Utschakowski, J. (Hrsg.): Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege – Mental Health Care. Berlin: Springer Medizin Verlag 2006, 363-379

Bortz, J.; Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Humanwissenschaftler. Berlin, Heidelberg: Springer 2002

Bramesfeld, A.: Wie gemeindenah ist die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland? Psychiatrische Praxis, 30 (2003), 265-265

Brotheridge, C.M.; Lee, R.T.: Development and validation of the Emotional Labour Scale. Journal of Occupational and Organizational Psychology 76 (2003), 363-379

Bullinger, M.; Kirchberger, I.: SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe 1998

Büssing, A.; Giesenbauer, B.; Glaser, J.; Höge, T.: Möglichkeiten zur Verbesserung von Interaktionsarbeit in der Altenpflege. Bericht 71 aus dem Lehrstuhl für Psychologie der Technischen Universität München 2003

Büssing, A.; Glaser, J.: Interaktionsarbeit: Konzept und Methode der Erfassung im Krankenhaus. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 53 (1999), 164-173

Büssing, A.; Glaser, J.: Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus – Selbstbeobachtungsversion (TAA-KH-S). Göttingen: Hogrefe 2002

Büssing, A.; Glaser, J.: Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe 2003

Deutsche Hospiz Stiftung: HPCV-Studie: Hospizliche Begleitung und Palliative-Care- Versorgung in Deutschland 2008. Online verfügbar unter: http://www.hospize.de/docs/hib/Sonder_HIB_02_09.pdf
[Zugriff: 23.06.2009]

Diebels, E.; Tschuschke, V.; Benz, C.; Günther, A.; Schmitz, H.J.: Aspekte einer aktuellen Bestandsaufnahme psychiatrisch-tagesklinischer Arbeit in Deutschland. In: Eikermann, B.; Reker, T. (Hrsg.), Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2004, 19-24

Eikermann, B.: „A slow train coming“ – die tagesklinische Behandlung als Beispiel moderner psychiatrischer Therapie. In: Eikermann, B.; Reker, T. (Hrsg.), Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2004a, 1-10

Eikermann, B.: Die psychiatrische und psychotherapeutische Tagesklinik – die organisatorische Perspektive. In: Eikermann, B.; Reker, T. (Hrsg.), Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2004b, 25-29

Eikermann, B.; Reker, T.: Die psychiatrische Tagesklinik – Übersicht über bisherige Erfahrungen und eigener Ergebnisse. Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 61 (1993), 71-76

Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), Soziale Pflegeversicherung, 1995

Gaugler, J.E.; Jarrott, S.E.; Zarit, S.H.; Stephens, M.-A.P.; Townsend, A.; Greene, R.: Adult day service use and reductions in caregiving hours: effects on stress and psychological well-being for dementia caregivers. International Journal of Geriatric Psychiatry, 18 (2003), 55-62

Glaser, J.: Arbeitsteilung, Pflegeorganisation und ganzheitliche Pflege – arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen für Interaktionsarbeit in der Pflege. In: F. Böhle, F.; Glaser, J. (Hrsg.), Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag 2006, 43-58

Glaser, J.; Höge, T.: Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2005

Glaser, J.; Looks, P.: Arbeits- und Gesundheitsschutz in Einrichtungen der teilstationären Pflege. Angebot an die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zur Projektausschreibung F 2224. Unveröffentlichter Projektantrag. TU München, TU Dresden 2007

Glaser, J.; Lampert, B.; Weigl, M.: Arbeit in der stationären Altenpflege. Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität. INQA-Bericht Nr. 34. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2008

GMK (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Baden-Württemberg: Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007

Großjohann, K.: Tagespflege in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer 1990

Haas, V.: Besserung im Pflegegesetz. Online verfügbar unter:
<http://www.suedkurier.de/region/hochrhein/waldshut-tiengen/art372623,3380828>
 [Zugriff: 07.10.2008]

Hacker, W.: Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit. (2., vollständige überarbeitete und ergänzte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber 2005

Hacker, W.: Psychologische Arbeitsanalyse und -bewertung. Kurseinheit 1-4. Hagen: FernUniversität – Gesamthochschule in Hagen, Fachbereich Erziehungs-, Sozial- und Geisteswissenschaften 1993

Hacker, W.; Reinhold, S.: Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen: BHD-System. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services GmbH 1999

Hochschild, A.: Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. The American Journal of Sociology, 85 (1979), 551-575

Hunter, S.: Adult day care – Promoting quality of life for the elderly. Journal of Gerontological Nursing, 18 (1992), 17-20

Junghan, U.M.: Nutzungsmuster psychiatrischer Akutstationen aus einer Systemperspektive: Schlussfolgerungen für die tagesklinische Behandlung. In: Eikelmann, B.; Reker, T. (Hrsg.), Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2004, 55-64

Kallert, T.W.; Schützwohl, M.; Matthes, C.: Struktur- und Prozessqualität psychiatrischer Tageskliniken im Freistaat Sachsen. Krankenhauspsychiatrie, 13 (2002), 92-98

Kallert, T.W.; Schützwohl, M.: Randomisierte kontrollierte Studien zur Effektivität tagesklinischer akutpsychiatrischer Behandlung: Eine Ergebnisübersicht. In: Eikelmann, B.; Reker, T. (Hrsg.), Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2004, 65-72

Kallert, T.W.; Schönherr, R.; Schnippa, S.; Matthes, C.; Glöckner, M.; Schützwohl, M.: Direkte Kosten akutpsychiatrischer tagesklinischer Behandlung: Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie. *Psychiatrische Praxis*, 32(2005), 132-141

Karasek, R.A.: Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (1979), 285-308

Kirchen-Peters S.; Stenger, J.C.A.: Die Tagespflege – zwischen konzeptionellem Anspruch und realer Vielfalt. Saarbrücken 1999

Krüger, U.; Reumschüssel-Wienert, C.; Görgen, W.; Hartmann, R.; Schlanstedt, G.: 2. Bericht zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Freistaat Thüringen. Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit 2002. Online verfügbar unter:
<http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/aktuell/psybericht.pdf>
[Zugriff: 14.06.2008]

Kunze, H.; Kaltenbach, L.: *Psychiatrie-Personalverordnung*. 5. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2005

Kuorinka I.; Jonsson B.; Kilbom, A.; Vinterberg, H.; Biering-Sørensen, F.; Andersson, G.; Jørgensen, K.: Standardized Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergonomics*, 18 (1987), 233-237

Mascha, K.: Staff morale in day care centres for adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20 (2007), 191-199

McCann, J.; Hebert, L.E.; Li, Y.; Wolinsky F.D.; Gilley, D.W.; Aggarwald, N.T.; Miller, J.M.; Evans, D.A.: The effect of adult day care services on time to nursing home placement in older adults with Alzheimer's Disease. *The Gerontologist*, 45(2005), 754-763

Melchinger, H.; Machleidt, W.; Rössler, W.: Psychiatrische Versorgung: Ausgaben auf dem Prüfstand. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (2003), 2850-2852

Meyer, M.: Die Rolle der Pflegenden in der Psychiatrie. In: Gaßmann, M.; Marschall, W.; Utschakowski, J. (Hrsg.), *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege – Mental Health Care*. Berlin: Springer Medizin Verlag 2006, 65-84

Mohr, G.: Fünf Subkonstrukte psychischer Befindensbeeinträchtigungen bei Industriearbeitern: Auswahl und Entwicklung. In: Greif, S.; Bamberg, E.; Semmer, N. (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe 1991, 91-119

Mohr, G.; Müller, A.; Rigotti, T.: Normwerte der Skala Irritation: Zwei Dimensionen psychischer Beanspruchung. *Diagnostica*, 51 (2005), 12-20

Moldenhauer, M.: Die Chancen der Tagespflege in der pflegerischen Versorgung nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. *Pro Alter*, 4 (2008), 7-9

Morris, J.A.; Feldman, D.C.: The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Journal*, 21 (1996), 989-1010

Murray, C.J.L.; Lopez, A.D.: The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press: Cambridge 1996

Pflomm, U.; Thiele, A.: Angehörigenarbeit in der Tagespflege. Manuskripte zur sozialen Gerontologie und Altenhilfe, Bd. 1. Stuttgart: Evangelische Heimstiftung 1993

Plath, H.-E.; Richter, P.: Ermüdung, Monotonie, Sättigung, Stress: Verfahren zur skalierten Erfassung erlebter Beanspruchungsfolgen. BMS. Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum 1984

Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2930), geändert durch Artikel 4 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750). Online verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/psych-pv/BJNR029300990.html#BJNR029300990_BJNG000100308 [Zugriff: 19.06.2008.14.22MEZ]

Raabe, H.: Tages- und Nachtpflege im Auf- oder Abwind? *Pro Alter*, 4 (2008), 6

Reker, T.: Die Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung. In: Eikelmann, B.; Reker, T. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer 2004a, 11-18

Reker, T.: Soziotherapie in der Tagesklinik. In: Eikelmann, B.; Reker, T. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer 2004b, 45-54

Ritchie, L.: Adult day care: Northern Perspectives. *Public Health Nursing*, 20(2003), 120-131

Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gesundheit in Deutschland. Berlin: Agit-Druck GmbH 2006

Schacke, C.; Zank, S.R.: Measuring the effectiveness of adult day care as a facility to support family caregivers of dementia patients. *The Journal of Applied Gerontology*, 25 (2006), 65-81

Schützwohl, M.; Koch, R.; Kallert, T.W.: Zur Effektivität akupsycheiatrischer teilstationärer Behandlung im einjährigen Follow-up-Zeitraum. Ein Vergleich zur vollstationären Behandlung im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Untersuchung. *Psychiatrische Praxis*, 34 (2007), 34-37

Sächsische Staatskanzlei: Übersicht über tagesklinische Plätze in den Fachgebieten Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. *Sächsisches Amtsblatt*, 1 (2007), 12-13

Schaarschmidt, U.; Fischer, A.W.: AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. 2. Aufl. Frankfurt/M.: Swets Test Services 2003

Stab, N.: Form und Wirkung der Arbeitsorganisation in der stationären Pflege. Erfahrungen für die Praxis. Saarbrücken: Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften 2009

Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023651> [Zugriff: 08.08.2008]

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen: Statistische Berichte. Soziale Pflegeversicherung im Freistaat Sachsen. Pflegeeinrichtungen, Beschäftigte und Pflegebedürftige 2005. Kamenz: Statistisches Landesamt Sachsen 2006

Walter, A.: Zur Epidemiologie und Versorgungssituation psychischer Erkrankungen. Psychiatrische Pflege Heute, 9 (2003), 324-329

Ware, J.J.; Sherbourne, D.D.: The MOS 36-item-short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. Medical Care, 30 (1992), 473-483

Weigl, M.: Ko-Produktion in der personenbezogenen Arbeit. Analyse und erste Validierung für die Altenpflege- und Lehrtätigkeit. Berlin: Mensch & Buch Verlag 2006

Weyerer, S.; Schäufele, M.; Schrag, A.; Zimmer, A.: Demenzielle Störungen Verhaltensauffälligkeiten und Versorgung von Klienten in Einrichtungen der Altentagespflege im Vergleich mit Heimbewohnern: Eine Querschnittstudie in acht badischen Städten. Psychiatrische Praxis, 31 (2004), 339-345

World Health Organisation (WHO): The World Health Report. Mental Health. New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organisation 2001. Online verfügbar unter: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf [Zugriff: 20.06.2008]

World Health Organisation (WHO): Mental Health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe 2006. Online verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf> [Zugriff: 20.06.2008]

Wilson, R.S.; McCann, J.J.; Li, Y.; Aggarwal, N.T.; Gilley, D.W.; Evans D.A.: Nursing home placement, day care use, and cognitive decline in Alzheimer's disease. American Journal of Psychiatry, 164 (2007), 910-917

Winter, U.: Tagespflege im Wandel – konzeptionelle Veränderungen. Hannover: Vincentz Network 1999

Wittchen, H.-U.; Jacobi, F.: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt 44, (2001), 993-1000

Zapf, D.: Emotion work and psychological well being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management*, 12 (2002), 237-268

Zimber, A.; Weyerer, S.: Fakten zur Tagespflege. Ergebnisse einer Untersuchung in acht badischen Städten. *Altenheim*, 38 (1999), 34, 37-38, 40-41

Zwemer, W.: Die Aufgaben der Pflege in der gemeindenahen Psychiatrie. Eine Literaturstudie. *Psychiatrische Pflege Heute*, 9 (2003), 123-129

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abb. 2.1	Einrichtungen pro Träger 26
Abb. 2.2	Trichtermodell der einzelnen Teilstichproben 30
Abb. 2.3	Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews (Mayring, 2002) 35
Abb. 2.4	Trägerschaften der Einrichtungen in Prozent (N=62) 37
Abb. 2.5	Anbindungen der Einrichtungen in Prozent (N=62) 37
Abb. 2.6	Leistungsangebote der Einrichtungen im Vergleich zwischen Angaben der Internetpräsenzen (N=62) und Angaben der Einrichtungsmitarbeiter (N=29) in Prozent 39
Abb. 2.7	Veränderung der Nachfrage in teilstationären Einrichtungen (in Prozent) seit der Pflegereform vom 01.07.2008 (N=29) 39
Abb. 2.8	Tatsächliche Inanspruchnahme der teilstationären Pflegeangebote durch betroffene Menschen nach Aussage der Einrichtungen in Prozent (N=29) 40
Abb. 2.9	Bekanntheitsgrad der verschiedenen Pflegeangebote bei älteren Bevölkerungsvertretern in Prozent (N=10) 40
Abb. 2.10	Informationsquellen zur teilstationären Pflege von Bevölkerungsvertretern (N=10) vs. Nutzern (N=13) in Prozent 41
Abb. 2.11	Arten der Bekanntmachung der teilstationären Pflege seitens der Einrichtungen (N=29) in Prozent 41
Abb. 2.12	Prioritäten im späteren Lebensabschnitt ohne Pflege vs. mit Pflege in Prozent (N=10, Teil 1) 42
Abb. 2.13	Prioritäten im späteren Lebensabschnitt ohne Pflege vs. mit Pflege in Prozent (N=10, Teil 2) 42
Abb. 2.14	Verbesserungsvorschläge für teilstationäre Einrichtungen seitens ihrer Nutzer (N=13) in Prozent 43
Abb. 2.15	Vorteile der teilstationären Pflege aus Sicht der Anbieter (N=29) in Prozent 44
Abb. 2.16	Nachteile der teilstationären Pflege aus Sicht der Anbieter (N=29) in Prozent 45
Abb. 2.17	Vorteile der Tagespflege aus Sicht ihrer Nutzer (N=13) in Prozent 45
Abb. 2.18	Nachteile der teilstationären Pflege aus Sicht ihrer Nutzer (N=13) in Prozent 46
Abb. 2.19	Vorteile aus Sicht der Sozialsystemvertreter (N=5) absolut 46
Abb. 2.20	Nachteile der teilstationären Pflege aus Sicht der Sozialsystemvertreter (N=5) absolut 47
Abb. 2.21	Durchschnittliche Interaktionsdauer mit den Gästen der Tagespflege 61
Abb. 2.22	Durchschnittliche Interaktionsdauer mit den Angehörigen der Tagespflege 62

Abb. 2.23	Beurteilung von Dienstleistungsfacetten (MIP) im Perspektivenvergleich	73
Abb. 3.1	Anteil der Pflegenden in Prozent dargestellt für Männer und Frauen nach Altersgruppen	79
Abb. 3.2	Anteil teilstationärer Plätze an der Krankenhausversorgung (GMK, 2007)	81
Abb. 3.3	Berücksichtigung arbeitsintensiver Tage im Rahmen der Personalplanung	88
Abb. 3.4	Existenz der Teiltätigkeiten des Pflegeprozesses in psychiatrischen Tageskliniken	89
Abb. 3.5	Existenz zeitnaher Rückfragemöglichkeiten in psychiatrischen Tageskliniken	92
Abb. 3.6	Ausführung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem ärztlichen Dienst und Vorkommen von Störungen	93
Abb. 3.7	Ausführung gemeinsamer Tätigkeiten mit Psychologen und Vorkommen von Störungen	93
Abb. 3.8	Ausführung gemeinsamer Tätigkeiten mit anderen Diensten und Vorkommen von Störungen	94
Abb. 3.9	Arbeitserleben der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (Faktorenmittelwerte und Standardabweichung)	115
Abb. 3.10	Tätigkeitsspezifisches Beanspruchungserleben der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (Faktorenmittelwer- te und Standardabweichung)	116
Abb. 3.11	Ausprägungen emotionaler Erschöpfung der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=86)	117
Abb. 3.12	Ausprägungen reaktiven Abschirmens der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=86)	118
Abb. 3.13	Aussagen zum positiven Umgang mit Belastungen	119
Abb. 3.14	Aussagen zum negativen Umgang mit Belastungen	120
Abb. 3.15	Ausprägungen des beruflichen Ehrgeizes der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=82)	121
Abb. 3.16	Ausprägungen der Verausgabungsbereitschaft der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=83)	121
Abb. 3.17	Ausprägungen des Perfektionsstrebens der befragten Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=83)	122
Abb. 3.18	Ausprägungen des erlebten körperlichen Gesundheitszu- stands der Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=91)	123
Abb. 3.19	Ausprägungen des erlebten psychischen Gesundheitszu- stands der Pflegenden psychiatrischer Tageskliniken (N=87)	123
Abb. 3.20	Anteil der angegebenen Beschwerden Pflegender psychiatrischer Tageskliniken in den letzten 12 Monaten	124
Abb. 3.21	Cross-lagged-panel-Korrelation: Teilnahme an der ärztlichen Visite und ‚Verantwortung und Handlungsspielraum‘	126
Abb. 3.22	Cross-lagged-panel-Korrelation: Vorhandensein von Supervision und ‚Arbeitsintensität und Entlastung‘	126

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tab. 2.1 Stationäre, ambulante und teilstationäre Einrichtungen nach Trägern in Deutschland, Bayern und Sachsen	14
Tab. 2.2 Einrichtungen nach Trägerschaft in Bayern (N=89)	27
Tab. 2.3 Einrichtungen nach Trägerschaft in Sachsen (N=56)	27
Tab. 2.4 Teilstationäre Einrichtungen nach Anbindungsform (N=144)	27
Tab. 2.5 Pflegebedürftige in der teilstationären Altenhilfe	28
Tab. 2.6 Berufsgruppen in der teilstationären Pflege	28
Tab. 2.7 Beschäftigungsumfang in der teilstationären Pflege	29
Tab. 2.8 Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang der Mitarbeitenden in Sachsen und Bayern	29
Tab. 2.9 Ein- und Ausschlusskriterien für die im Internet ermittelten teilstationären Einrichtungen	31
Tab. 2.10 Stichprobencharakteristika	32
Tab. 2.11 Vergleich zwischen Bedürfnissen und Angeboten in teilstationäre Einrichtungen	48
Tab. 2.12 Vergleich von Angeboten bzw. Intentionen	49
Tab. 2.13 Vergleich der Vor- und Nachteile aus unterschiedlichen Sichtweisen	49
Tab. 2.14 Beobachtungsinterviews in bayerischen Tagespflegeeinrichtungen	50
Tab. 2.15 Arbeitsstressoren in der teilstationären Altenhilfe (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)	53
Tab. 2.16 Arbeitsbelastungen in der teilstationären Altenhilfe – Ländervergleich (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)	54
Tab. 2.17 Psychische Anforderungen in der teilstationären Altenhilfe (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)	55
Tab. 2.18 Psychische Anforderungen in der teilstationären Pflege – Ländervergleich (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)	56
Tab. 2.19 Arbeitsbezogene Ressourcen in der teilstationären Altenhilfe (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)	56
Tab. 2.20 Arbeitsbezogene Ressourcen in der teilstationären Altenhilfe – Ländervergleich (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)	57
Tab. 2.21 Emotionsarbeit bei Pflegekräften in der teilstationären Altenhilfe	63
Tab. 2.22 Psychophysische Gesundheit in der teilstationären Altenhilfe (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)	65
Tab. 2.23 Psychophysische Gesundheit in der teilstationären Altenhilfe – Ländervergleich (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)	66
Tab. 2.24 Arbeitsbedingungen und psychophysische Gesundheit in der teilstationären Altenhilfe (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)	67

Tab. 2.25	Arbeitsbezogene Ressourcen und psychophysische Gesundheit in der teilstationären Altenhilfe (N=307 Pflegekräfte in 80 Tagesstätten)	68
Tab. 2.26	Zusammenhänge zwischen Merkmalen emotionaler Arbeit und psychischen Gesundheitsfaktoren	69
Tab. 2.27	Zusammenhänge zwischen Strategien emotionaler Arbeit und psychophysischen Gesundheitsfaktoren	70
Tab. 2.28	Korrelationen zwischen Interaktionsspielraum und psychischen Gesundheitsfaktoren	71
Tab. 2.29	Beurteilung von Dienstleistungsfacetten (MIP) im Perspektivenvergleich	72
Tab. 3.1	Übersicht über die untersuchten Tageskliniken	77
Tab. 3.2	Betten/Plätze in der stationären Versorgung (Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen) im Jahr 2005 (GMK, 2007)	80
Tab. 3.3	Berücksichtigung arbeitsintensiver Tage im Rahmen der Personalplanung in Bezug zur Möglichkeit Teilzeitkräfte flexibel einzusetzen	88
Tab. 3.4	Theoretische und praktische Unterrichtsbereiche in der Krankenpflege, basierend auf der KrPflAPrV, 1985	104
Tab. 3.5	Tätigkeitsanteile in Minuten je Arbeitstag und Fachgebiet	110
Tab. 3.6	Interaktive Anteile der Tätigkeit in Minuten je Arbeitstag und Fachgebiet	112
Tab. 3.7	Korrelationsmatrix zu Zusammenhängen zwischen dem Arbeitserleben, dem tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserlebens sowie der emotionalen Erschöpfung und der Fähigkeit des reaktiven Abschirmens, dem erlebten körperlichen und psychischen Zustand als auch ausgewählten arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensparametern	127
Tab. 3.8	Vergleich der Korrelationen zwischen dem Arbeitserleben und der erlebten emotionalen Erschöpfung in zwei Teilstichproben mit hoher Fähigkeit reaktiven Abschirmens vs. mittlerer bis geringer Fähigkeit reaktiven Abschirmens	128

Anhang

Anhang 1 Interviewleitfaden zur Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse (Experteninterview)

1. Interviewpartner	
Einrichtung:	
Name des Interviewpartners:	
Funktion:	
Datum:	Interviewer:
2. Bestandsaufnahme, Regulierung, Finanzierung	
Über wie viele Einrichtungen bzw. Plätze mit teilstationärem Angebot verfügt das Land?	
Welche Formen an teilstationärer Pflege umfasst das Angebot?	
An welche Vorgaben/Richtlinien ist das Angebot von teilstationärer Pflege geknüpft, d. h., wer darf teilstationäre Pflege anbieten?	
In welcher Form erfolgen Güte- und Qualitätskontrollen?	
Welche Personengruppen profitieren Ihrer Meinung nach besonders von teilstationären Pflegeangeboten?	
Wie erfolgt die Finanzierung teilstationärer Pflege?	
Welche Berufsgruppen sind im teilstationären Pflegebereich tätig?	
3. Bedarfsanalyse und Entwicklung	
Wie schätzen Sie die derzeitige Nachfrage an teilstationären Pflegeangeboten ein? (Gründe)	
Wie hat sich die Nachfrage in den letzten Jahren entwickelt? (Ursachen für diesen Trend)	
Wird der Bedarf durch bestehende Angebote gedeckt? Wenn nein, was müsste getan werden?	
4. Bewertung	
Welche Vor- und Nachteile sehen Sie in teilstationärer Pflege (Stärken/Schwächen)?	
Welche strukturellen, organisationalen und personellen Bedingungen müssen gegeben sein, um teilstationäre Pflege (vermehrt) anzubieten?	
Was sind Ihrer Meinung nach die größten Belastungen/Schwierigkeiten für Mitarbeiter/-innen in der teilstationären Pflege?	
Wurden bereits entsprechende Maßnahmen zur Belastungsreduktion ergriffen? Welche?	
Inwieweit werden teilstationäre Angebote als mögliche Alternative zu ambulanten bzw. stationären Angeboten vermarktet?	
Was wird das neue Pflegegesetz für die teilstationäre Pflege hervorbringen?	

Anhang 2 Interviewpartner der Expertengespräche (TUM Bayern)

Träger	Adresse	Telefon	Fax	Email bzw. Homepage	Interviewpartner
VDAB – Verband deutscher Alten- und Behindertenhilfe	Im Teelbruch 132 45219 Essen	02054/95 78-0	02054/95 78-40	info@vdab.de	Herr Knieling (Geschäftsführer)
Stiftung Katholisches Familien- und Altenhilfswerk	Rümannstr. 60 80804 München	089/304747	089/55057353	tpschwabing@familienhilfe-altenhilfe.de	Fr. Wabnitz (Leiterin)
Bayerisches Rotes Kreuz	Tagklinik für psychisch Kranke Lindwurmstr. 12/Rgb. 80337 München	089/5442890	089/54428920	www.brk.de	Herr Dr. Miere; Interview mit Pflegefachkraft
Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH	Vockestr. 72 85540 Haar bei München	089/4562-0		www.krankenhaus-haar.de	Fr. Sturwasser (Krankenschwester)
Innere Mission München	Landshuter Allee 40 80637 München	089/540-189-80	089/126991-109	info@im-muenchen.de	Fr. Fürst (Pflegedienstleitung), Fr. Kramer (Altenhelferin)
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	Westendstr. 179 80686 München	089/12 78 99 62	089/12 16 33 36	www.bpa.de	Herr Görtz (Geschäftstellenleiter)
Pro Seniore	Residenz Wittelsbacherhöhe Asamstr. 17 94315 Straubing	09421/930-9	09421/930-899	info@pro-seniore.de	Herr Schwarzfischer (Geschäftsführer)
Landeshauptstadt München	Sozialreferat Orleansplatz 11 81667 München	089/233 25757		sozialreferat@muenchen.de	Fr. Kriegisch (Mitarbeiterin Abtlg. Soziale Sicherheit)
Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen	Winzererstr. 9 80797 München	089/1261-01		www.stmas.bayern.de	Fr. König (Ltd. MR), Herr Liebsch (Mitarbeiter Behinderte)
Bayerischer Hospizverband e.V.	Postfach 11 53 84495 Altötting	08671/9849-550	08671/9849-551	info@bayerischer-hospizverband.de	Fr. Hauptenbucher
Pflegekasse bei der AOK Bayern Die Gesundheitskasse Zentrale Kulmbach	Pestalozzistr. 8 95326 Kulmbach	09221/945-0	09221/945 150	www.aok-gesundheitspartner.de	Hr. Potzler (Mitarbeiter)
Institut aufschwungalt	Auenstr. 60 80469 München	089/500 80 401	089/500 80 402	www.aufschwungalt.de	Fr. Tschainer (Geschäftsführerin)

Anhang 3 Interviewpartner der Expertengespräche (TUD Sachsen)

Träger/Einrichtung	Adresse	Telefon	Fax	Email bzw. Homepage	Interviewpartner
Kommunaler Sozialverband Sachsen	Öffentlichkeitsarbeit Thomasiusstr. 1 04109 Leipzig				
VDAB Landesverband Sachsen e.V.	Freiberger Str. 23 09496 Marienberg	03735/66-30	03735/66-31 11		Geschäftsführer
Tagespflege Vitalis	Königsbrücker Landstr. 6 01109 Dresden				Pflegedienstleitung
Tagespflege Dresden Bühlau	Hegereiter Str. 6 01324 Dresden				Pflegedienstleitung
Sanistance – Tagespflege „Am Blauen Wunder“	Tolkewitzer Str. 20 01277 Dresden				Pflegedienstleitung
Tagespflege „Gräfin Cosel“	Albertstr. 19-21 01097 Dresden				Pflegedienstleitung
Bundesverband privater Anbieter e.V. (bpa)	Landesgruppe Sachsen Geschäftsstelle: Alter Amtshof 2-4 04109 Leipzig	0341/2110530		sachsen@bpa.de	Geschäftsführer

Anhang 4 Anschreiben an die Leitungen der Tagespflegen



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Technische Universität München

Lehrstuhl für Psychologie • Lothstraße 17 • 80335 München



Lehrstuhl für Psychologie
Prof. Dr. Hugo M. Kehr

An die
Leitung der Tagespflege

Lothstraße 17

80335 München

Telefon: +49 89 289-24201/-24200

Telefax: +49 89 289-24202

E-mail: sekretar@wi.tum.de

Internet: <http://www.psy.wi.tum.de>

Bearbeitung	Durchwahl	Telefax	E-mail	Zeichen	Datum
Dipl. Psych. Herms	08152/39 62 888	-24202	herms@wi.tum.de	ih	19.01.2009

Bayernweite Mitarbeiterbefragung zur Arbeitssituation in der Altentagespflege

Sehr geehrte Damen und Herren der Leitung der Tagespflege,

während andere Felder der Pflege (v. a. stationäre Kranken- und Altenhilfe) schon hinreichend erforscht sind und fundierte Erkenntnisse in Politik, Berufsverbände, Pflege- und Bildungseinrichtungen sowie in die Öffentlichkeit geflossen sind, wurde die **teilstationäre Pflege bislang nicht untersucht**. Auch vor dem Hintergrund der aktuellen Bemühungen um eine verbesserte integrierte Versorgung besteht hier ein erhebliches Wissensdefizit.

Im Auftrag der BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) als Oberbehörde des **Bundesministeriums für Arbeit und Soziales** (BMAS) führen wir derzeit ein Projekt durch, in dem wir uns mit der Arbeitssituation der Mitarbeitenden in teilstationären Einrichtungen, vornehmlich der Altentagespflege, beschäftigen.

In diesem Zusammenhang bereiten wir momentan eine schriftliche Befragung aller Altentagespflegen in Bayern vor.

Das **Ziel** dieser Untersuchung besteht darin, eine wissenschaftlich fundierte und bayernweite Datengrundlage über die **Arbeitssituation von Pflegekräften** in der teilstationären Altenhilfe vorzulegen sowie Empfehlungen für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung abzuleiten.

Dabei greifen wir als renommierte Forschungseinrichtung der Technischen Universität München auf über 15 Jahre Erfahrung mit der Arbeitssituation in unterschiedlichen Feldern der Pflege zurück.

Weiterhin wird im Rahmen des Projektes ein Verfahren zum **Screening** von Arbeitsmerkmalen modifiziert und eingesetzt. Dieses Instrument dient in dieser Studie dazu, die aktuelle Arbeitssituation abzubilden. Darüber hinaus soll es zukünftig Sie als Arbeitgeber einer Altentagespflege in die Lage versetzen, Gefährdungen selbst beurteilen zu können und damit Ihrer Pflicht nach dem Arbeitsschutzgesetz nachzukommen.

Nach Beendigung der Studie (voraussichtlich August 2009) erhalten Sie als teilnehmende Einrichtung eine **praxisorientierte Ergebnismeldung**, die den Vergleich Ihrer Tagespflege zu einer landesweiten Stichprobe anderer Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft ermöglicht. Da das Projekt

in Kooperation mit der Technischen Universität Dresden stattfindet, wird außerdem eine Gegenüberstellung zwischen den Bundesländern Sachsen und Bayern angestrebt.

Des Weiteren werden wir der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sowie den Verbänden und Trägern teilstationärer Altenhilfen in Bayern und Sachsen einen Ergebnisbericht vorlegen.

Mit diesem Schreiben erklären wir, dass alle erhobenen Informationen ausschließlich in **anonymisierter** Form an die Öffentlichkeit gelangen, die keine Rückschlüsse auf einzelne Mitarbeitende oder Einrichtungen zulassen.

Die Befragung Ihrer Mitarbeitenden ist selbstverständlich **freiwillig**.

Diese Studie ist vollkommen **unabhängig** von staatlichen Aufsichtsbehörden (z.B. MDK, Heim- oder Gewerbeaufsicht).

Die Befragung richtet sich an Mitarbeitende in der teilstationären Altenhilfe und dient neben der wissenschaftlich begründeten Beurteilung der Arbeitssituation auch der Erhebung weiterer Aspekte wie beispielsweise Arbeitszufriedenheit und positive, fördernde Merkmale der Pflegetätigkeit.

Wir freuen uns, wenn Sie unser Forschungsprojekt befürworten und durch Ihre Teilnahme unterstützen.

Beiliegend erhalten Sie einen Kurzfragebogen. Bitte ergänzen Sie die Angaben für Ihre Einrichtung und faxen Sie uns den Bogen bitte bis **29.01.2009** zurück (**089-289 24202**).

Auf dem Bogen fragen wir zugleich Ihre Bereitschaft, unsere wissenschaftliche Studie zu unterstützen. Bitte faxen Sie uns den Bogen **in jedem Fall** ausgefüllt zurück, auch wenn Sie kein Interesse an der weiteren Befragung haben.

Ergänzend liegt dem Schreiben ein Projektflyer bei. Ihm können Sie weitere Informationen zur Untersuchung entnehmen.

Für Rückfragen stehe ich, Dipl. Psych. Isabel Herms (herms@wi.tum.de; 08152/ 39 62 888), Ihnen gerne zur Verfügung.

Im Voraus möchten wir uns herzlich für Ihre Unterstützung bedanken und verbleiben mit den besten Grüßen aus München,

Isabel Herms

Dipl. Psych. Isabel Herms
(Projektmitarbeiterin)

Anlagen

Kurzfragebogen zur Tagespflege mit Anfrage zur Teilnahme
Flyer zum Projekt

Anhang 5 Organisationscreening

Arbeit und Gesundheit in Einrichtungen der teilstationären Pflege

Organisations-Screening

Sehr geehrte Leiterinnen und Leiter der Tagespflege,
mit diesem Screening möchten wir organisationale Aspekte Ihrer Tagespflege und zugleich Ihre Bereitschaft für die bayernweite Mitarbeiterbefragung erfassen.
Bitte senden Sie diesen Bogen per **Fax (089/289 24202) bis 29.01.2009** in jedem Fall zurück.
Für Rückfragen steht Ihnen Frau Dipl.-Psych. Isabel Herms (herms@wi.tum.de, 08152/39 62 888) gern zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Wie ist die Tagespflege in Ihrer Einrichtung organisiert? (bitte nur ein Kreuz setzen)

- separate Tagespflegestation (in Pflegeheim)
- eingestreute Tagespflegeplätze (in Pflegeheim)
- nur Tagespflege
- Tagespflege angeschlossen an ambulanten Dienst

2. In welcher Trägerschaft befindet sich Ihre Einrichtung?

Privat

- bpa
- sonstiger privater Träger: _____

Frei-gemeinnützig

- Diakonie
- Bayerisches Rotes Kreuz
- Caritas
- Arbeiterwohlfahrt
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- sonstiger frei-gemeinnütziger Träger: _____

Öffentlich

- kommunaler Träger
- sonstiger öffentlicher Träger: _____

3. Wie viele Plätze gibt es in Ihrer Einrichtung? (bitte tragen Sie die entsprechende **Anzahl** in die Kästchen ein)

_____ Plätze für Tagespflege
_____ Plätze für vollstationäre Patienten (*falls vorhanden*)

4. Wie viele Pflegebedürftige werden von Ihrer Einrichtung derzeit versorgt?

(bitte tragen Sie die entsprechende **Anzahl** in die Kästchen ein)

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III (inkl. III+)	bisher keine Zuordnung
Teilstationäre Pflege				
Vollstationäre Pflege (falls vorhanden)				

5. Personal (Stand Januar 2009) in Ihrer Einrichtung (bitte tragen Sie die jeweilige **Anzahl** der Personen in die Kästchen ein, die in der Tagespflege tätig sind)

_____ Frauen _____ Männer

Berufsgruppe	Beschäftigungsverhältnis			
	Vollzeit	Teilzeit		Geringfügig beschäftigt
	100 %	Mehr als 50 %	Weniger als 50 %	Minijob (400 € Job)
Examiniert(-e) Altenpfleger(-in)				
Examiniert(-e) Altenpflegehelfer(-in)				
Examinierte(-r) Krankenschwester/-Pfleger				
Auszubildende				
Praktikanten/Helfer im FSJ				
Zivildienstleistende				
Ehrenamtliche (unbezahlt)				
Langzeitarbeitslose („Ein-Euro-Jobber“)				
Sonstige: _____				

6. Welche Veränderungen gab es in den letzten 12 Monaten in Ihrer Tagespflege?

	Abnahme	Keine Veränderung	Zunahme
Angebot an Plätzen			
Anfrage nach Plätzen			
Sachausstattung			
Personelle Ressourcen			
Sonstiges: _____			

7. Sind Sie bereit, an der bayernweiten Mitarbeiterbefragung in der Tagespflege teilzunehmen?

JA, bitte senden Sie uns _____ Fragebogenexemplare für unsere Mitarbeiter in der Tagespflege zu. (bitte gewünschte Stückzahl der Mitarbeiterbögen eintragen)

Nein

8. Angaben zu Ihrer Einrichtung

Ihre Anschrift (Stempel):

Ansprechpartner/-in: _____

Position: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ @ _____

Anhang 6 Protokoll der Beobachtungsinterviews in Bayern I

	Solitäre Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	An Altenheim angeschlossene Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	Tagespflege und Sozialstation
Beobachtung am	13.10.08	14.10.08	17.10.08	20.10.08	24.10.08
Stadt/Landkreis	München (Stadttrand)	München (Vorort)	München	Lk Weilheim-Schongau	LK Fürstenfeldbruck
Region	Stadt	Stadt	Stadt	Land	Land
Träger	Altentagespflege Aubing	Privat	Innere Mission	Privat	Ökumenische Nachbarschaftshilfe
Infos	ambul. Pflegedienst im Haus; Samstag- und Abendpflegeangebot	seit 4 Jahren, ambul. Pflegedienst im Haus; Hund + Vögel	an Pflegeheim angeschlossen, viel Unterstützung durch Ehrenamtliche	seit Februar 08; Hund	Seit 11 Jahren
Tagespflegeplätze	12	20	12	12	12
Tagesgäste	12	13	6	7	12
Diagnose	Demenz, Alzheimer, Altersschwäche, Parkinson, Schlaganfall				
Pflegestufen	1-2	0-3	1-3	1-2	1-2, wenige 3
Mitarbeiter	3 (Fachkraft, Köchin, Aushilfe), viele 400-Euro-Kräfte	2 Fachkräfte, 1 Aushilfe, 1 Köchin, 2 in Verwaltung	1 PK, Zivi, 1 Kunsttherapeutin	2-3 PKe (nur Fachpersonal in TP tätig)	
Ausstattung	1 Ess-/Gruppenraum mit abtrennbarem Ruhebereich, Küche, WC, Bad, Büro, Garten	1 Ess-/Gruppenraum mit Ruhemöglichkeiten, 2 Ruheräume, Küche, Bad, WC; Garten Wintergarten	1 Ess-/Gruppenraum mit offener Küche, 1 Gruppenraum mit Ruhemöglichkeiten, 1 Beschäftigungsraum (Kunsttherapie), WC, Bad, Terrasse	1 großer Gruppen-/Essraum mit abtrennbarem Ruhebereich, offene Küche, WC	1 Essraum, 1 Gruppenraum, Küche, Ruhebereich, Wintergarten mit Liegesesseln, Bad, WC, Garten
Öffnungszeiten	Mo-Fr 8:30-16:00 Uhr	Mo-Fr 7:30-17:30 Uhr	Mo-Fr 9:00-17:00 Uhr	Mo, Mi, Fr 9:00-16:00 Uhr	Mo-Fr 8:30-16:30 Uhr
Schnittstellen	amb. Dienst, Logopädie, Physiotherapie, Angehörige	amb. Dienst, Logopädie, Physiotherapie, Angehörige	Pflegeheim, Physio- und Logotherapeuten, Angehörige	amb. Dienst, Fußpflege, Friseur, Physiotherapie, Angehörige, Heilpraktikerin (freiberufl.)	amb. Dienst, Fußpflege, Friseur, Physiotherapie, Angehörige
Fahrdienst	- Zivi + Pflegekraft; z. T. kommen Gäste mit amb. Pflegedienst; jeder Mitarbeiter MUSS fahren können	durch ambulanten Dienst, kein extra Fahrdienst für TP	- keiner (wird als großes Manko gesehen); Angebot von Sammeltaxen	vorhanden	vorhanden

	Solitäre Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	An Altenheim angeschlossene Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	Tagespflege und Sozialstation
Frühstück	Vorbereiten, Tisch decken, servieren, Hilfestellung geben (z. B. Semmeln belegen, mundgerecht zubereiten bzw. füttern), Medikamentengabe				
Interaktionen	<p>P->G: Begrüßung des Gastes, Fragen nach Wünschen, „Smalltalk“ in der Gruppe (z. T. mit biografischem Bezug: „Haben Sie eine Führerschein?“)</p> <p>P<->P: Absprache zum Einkauf, Fahrdienst, Gespräch über Tagesgast, Privatgespräch</p> <p>G->P: z. B. Bitte um Kaffee</p> <p>G<->G: kaum Gespräche</p> <p>- „Kindersprache“ (hohe Stimme usw.), viel Lob, sehr höflicher Ton, viel Körperkontakt (z. B. streicheln, Hand auf die Schulter)</p> <p>- Humor</p>	<p>P->G: Begrüßung des Gastes, Fragen nach Wünschen, „Smalltalk“ in der Gruppe</p> <p>P<->P: kurzfristige Absprachen, wer welche Aufgaben übernimmt</p> <p>G->P: kaum Interaktion</p> <p>G<->G: Unterhaltung über aktuelles Geschehen</p> <p>- Gäste werden unterschiedlich angesprochen: geduzt (mit Vornamen), gesiezt</p>	<p>P->G: Begrüßung des Gastes, Fragen nach Wünschen, „Smalltalk“ in der Gruppe</p> <p>„Wenn Sie etwas brauchen oder Sorgen haben, fragen Sie mich, ich gebe Ihnen gerne Auskunft“</p> <p>P<->P: Organisation der Abholung von Gästen von der Pflegestation, die an Gruppenaktivität teilnehmen</p>	<p>P->G: Begrüßung des Gastes, Fragen nach Wünschen („Hier Ihren Kaffee wie dahoam, mit Zucker und vui Milch.“), „Smalltalk“ in der Gruppe</p> <p>P<->P: kurzfristige Absprachen, wer welche Aufgaben übernimmt</p> <p>Gäste werden unterschiedlich angesprochen: geduzt (mit Vornamen), gesiezt</p>	<p>P->G: Begrüßung des Gastes, Fragen nach Wünschen</p> <p>sehr viel Unterstützung durch Pflegekraft (z. T. überflüssig)</p> <p>P<->P: kurze Gespräche zu aktuellem Geschehen</p>
Unterbrechungen	Begrüßung neu ankommender Gäste, Telefonat, Wunsch eines anderen Gastes, Kaffee nachkochen, Medis richten	Begrüßung neu ankommender Gäste	<p>- Probegast -> benötigt besondere Aufmerksamkeit -> verspäteter Beginn der Beschäftigung</p> <p>- Verspätung des Taxis</p> <p>- Telefon</p>	<p>- Kollegin vom amb. Dienst kommt in TP</p> <p>- Hund muss geholt werden</p>	<p>- neu ankommende Gäste</p> <p>- Telefon, Türklingeln</p> <p>- ein Gast soll gebadet werden</p>
Besonderheiten	- eine PK ist ständig am Laufen		PK räumt nebenbei Geschirrspüler weg, bereitet Kaffee/Tee	- Gäste werden zur Selbständigkeit angehalten (z. B. Semmeln belegen)	

	Solitäre Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	An Altenheim angeschlossene Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	Tagespflege und Sozialstation
Beschäftigung	- Zeitungsrunde (PK liest aus der aktuellen Presse) und Rätsel in der Gruppe - Spaziergang	Gedächtnistraining, Sitzgymnastik, Rätsel usw. durch Ehrenamtliche	Sitztanz	- Selbstbeschäftigung (ruhen, Zeitung lesen) - Vorbereitungsarbeiten für Mittag/Kaffee (Kohl schneiden, Äpfel schälen)	Würfelspiel
Pflege	Unterstützung bei Toilettengang, evtl. windeln, Einzeltermine der Gäste (z. B. Physiotherapie, Frisör, Fußpflege), Behandlungspflege (waschen/duschen von Gästen, Messung von Blutzucker), Getränke bereitstellen, Trinkprotokoll führen				
Hauswirtschaft/Orga	- Planungsgespräche über Einkauf, Fahrdienst, Dienstplan, Essenplan - Telefonate	Dokumentation		Einkauf durch PK	eine Pflegekraft ist im Büro (meist Leitung), die anderen sind bei den Gästen
Interaktionen	P->G: liest Zeitung vor, diskutiert mit Gästen darüber, äußert Dinge aus eigenem Leben; gemeinsame Planung eines Ausflugs P<->P: fragt nach Medis G->P: fragt nach Getränk G<->G: Gäste beschwerten sich über anderen störenden Gast	- Großteil der Gruppe nimmt an Beschäftigungsprogramm teil → Interaktion - einzelne Gäste ruhen P->G: Gäste werden animiert zu trinken; Gäste werden gestreichelt/gelobt, wenn sie etwas gut gemacht haben; Gäste werden informiert, wenn und was mit ihnen gemacht wird	P->G: Anwesenheitsliste, Zivi scherzt mit Gästen; PK erklärt die einzelnen Sitztanzübungen und macht sie einzeln vor; in Pause: Anbieten von Getränken, PK erkundigt sich nach Befinden der Gäste und initiiert Gespräch in der Gruppe	P<->G: ein Gast fängt plötzlich an zu weinen, wird von PK getröstet (umarmen, zusprechen) und besonders mit in Küchentätigkeit einbezogen	- Großteil der Gruppe nimmt an Beschäftigungsprogramm teil → Interaktion - einzelne Gäste ruhen P->G: Gäste werden animiert zu trinken
Unterbrechungen	Telefonat, Unklarheit über Medikamentengabe, dementer Gast steht auf und sucht etwas; ein anderer Gast will Medis nicht nehmen, fühlt sich bevormundet	Gäste, die erst später bzw. von Einzeltherapie oder Dusche kommen			

	Solitäre Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	An Altenheim angeschlossene Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	Tagespflege und Sozialstation
Besonderheiten	eine PK beschäftigt die Gäste, eine andere schaut zu und erfüllt Bedürfnisse der Gäste	„kollektive Raucherpause“ im Garten unter PKen		- großes Freiheitsprinzip für alle (Gäste entscheiden, nichts wird aufgezwungen)	
Mittag	Vorbereiten, Tisch decken, servieren, Hilfestellung geben (z. B. mundgerecht zubereiten bzw. füttern), Medikamentengabe				
Interaktionen	P->G: PK erkundigt sich nach Wünschen des Gastes	P->G: PK erkundigt sich nach Wünschen des Gastes („Darf ich Ihnen einen Vorschlag machen?“)	P->G: PK erkundigt sich nach Wünschen des Gastes („Was darf ich Ihnen zu essen geben?“)	G<->G: Gäste füllen sich gegenseitig die Teller	ab Mittag Interview mit Leiterin der TP
Unterbrechungen		PK spricht mit Gast, während ein anderer Gast einen Wunsch äußert	ankommende Telefonate		
Besonderheiten	Gebet vorm Essen; Essen wird von Köchin frisch zubereitet	ein Gast isst separat mit einer PK, weil er oft stört, aufsteht, umherläuft usw.	Mittagessen wird von Pflegeheim gekocht und gebracht	- Essen wird von PK frisch zubereitet - Gäste bekommen nach dem Essen Bier/Wein angeboten	Essen wird von Köchin frisch zubereitet
Mittagsruhe	Toilettengang, Begleiten der Gäste zum Ruhen (Sessel, Couch)				
Hauswirtschaft/Orga	abservieren, einräumen des Geschirrspülers/Küchenarbeit, Pflegedokumentation				
Interaktionen	P->G: PK fragt nach, was Gast machen bzw. wo er ruhen möchte	P<->G: längere Gespräche: oft Wiederholungen, Blickkontakt, Handhalten	kaum	Gespräche zwischen Pflegekräften, kaum zu Gästen	
Unterbrechungen	ein Gast ist weg und wird gesucht				
Besonderheiten					
Nachmittagskaffee	Vorbereiten, Tisch decken, servieren, Hilfestellung geben (z. B. mundgerecht zubereiten bzw. füttern), Medikamentengabe				
Interaktionen	kaum	kaum	P->G: Information über weiteren Ablauf		
Unterbrechungen					
Besonderheiten	kurzfristige Absprache über weiteres Tagesprogramm		es kommen Bewohner des Pflegeheims zu Nachmittagsaktivität		

	Solitäre Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	An Altenheim angeschlossene Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	Tagespflege und Sozialstation
Beschäftigung	Spaziergang mit fitten Gästen, die anderen werden von zweiter PK in der Einrichtung betreut	Tageszeitung, Rätsel	Herbstblätter aus Papier ausschneiden	Spaziergang	
Interaktionen	P<->G: „Smalltalk“ G<->G	zwischen PK und Gast in Bezug auf Beschäftigung	P->G: Ermunterung, etwas zu tun; „Smalltalk“	Unterhaltung mit den Gästen, Hilfestellung beim Laufen	
Unterbrechungen					
Besonderheiten					
Heimfahrt	gegen 16:00 Uhr von Fahrdienst	ab 15:30 Uhr Abholung durch Angehörige, amb. Dienst	ab 15:30 Uhr Abholung durch Angehörige bzw. individuelle Heimreise	ab ca. 15:30 Uhr durch Fahrdienst	

Anhang 7 Protokoll der Beobachtungsinterviews in Bayern II

	Solitäre Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	An Altenheim angeschlossene Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	Tagespflege und Sozialstation
Belastungsgünstigkeit der Dienstplangestaltung					
Eingliederung von Teilzeitkräften	nur in Ausnahmefällen flexibel				flexibel
Planung des Dienstplans	langfristig beeinflussbar	kurzfristig beeinflussbar	mittelfristig beeinflussbar		
MA-Beteiligung bei Dienstplanung	MA-Wünsche werden berücksichtigt				
Vorhersehbarkeit von Arbeitsspitzen	nicht vorhersehbar	teilweise vorhersehbar	vorhersehbar	nicht vorhersehbar	teilweise vorhersehbar
Regeln f. kurzfristige DP-Änderungen	ja (Tausch jederzeit möglich)	nein			ja
Pflegeprinzip					
Tagesablauf	reine patientenzentrierte Pflege				
Pflegeorganisation					
Tätigkeiten der Grundpflege	„Stationspflege“			„Stationspflege“	„Stationspflege“
Tätigkeiten der Behandlungspflege	Behandlungspflege nur von Fachpflegekraft				Behandlungspflege nur von Fachpflegekraft
Betreuungstherapeutische Tätigkeiten	„Stationspflege“				„Stationspflege“
Wird das Prinzip der Bezugspflege umgesetzt?	nein				
Vollständigkeit des Pflegeprozesses insgesamt für examinierte Pfleger (Pflege-Phasen)					
Pflegeanamnese	beteiligt; für alles TGe	eigenständige Tätigkeit; für alle TGe			
Pflegeplanung	beteiligt; für alles TGe	eigenständige Tätigkeit; für alle TGe			
Pflegedurchführung	beteiligt; für alles TGe			eigenständige Tätigkeit; für alle TGe	
Pflegedokumentation					
Pflegebewertung					
schriftliche Fixierung	ja				
Pflegeanamnese	für alle TGe				
Pflegeplanung					
Pflegebewertung					

	Solitäre Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	An Altenheim angeschlossene Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	Tagespflege und Sozialstation
Vollständigkeit informationsbestimmender Tätigkeiten					
Patientenaufnahme	eigenständige Tätigkeit				
Aufnahmegespräch (Pflege)	für alle TGe				für alle TGe
Zielgespräch (Pflege)					
Einführen der Patienten in Tagespflege					
Registrieren von Patientendaten					
Teambesprechung					
aktive Teilnahme	findet nicht statt (eher kurzfristige Absprachen)	für alle TGe (alle 8-12 Wochen) bzw. auch kurzfristig	eigenständige Tätigkeit; für alle TGe		
Dokumentation					
Auswertung					
Therapeutische Tätigkeiten					
Kommen externe Therapeuten in die Tagespflege?	ja		ja, gehören zum festangestellten Personal	ja	ja
Wird das Pflegeteam seitens der Therapeuten regelmäßig über das Befinden/den Therapieverlauf des Patienten informiert?	nur in Ausnahmefällen	nein (eine PK erkundigt sich nach Therapie nach Verlauf und was sie in der TP umsetzen können)	nur für einzelne TGe		nur für einzelne TGe auf Nachfragen der PK
Findet die Pflegeplanung in Kooperation mit den Therapeuten statt?	nur in Ausnahmefällen	nein	nur für einzelne TGe		nur für einzelne TGe auf Nachfragen der PK
Ärztliche Tätigkeiten					
Kommen Ärzte in die Tagespflege?	nein		nur für einzelne TGe (Visite)		nur in Ausnahmefällen
Wird das Pflegeteam seitens der Ärzte regelmäßig über das Befinden/den Therapieverlauf des Patienten informiert?	nein		nur für einzelne TGe		nein
Findet die Pflegeplanung in Kooperation mit den Ärzten statt?	nein		nur für einzelne TGe		nein
Absprachen mit Angehörigen					

	Solitäre Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	An Altenheim angeschlossene Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	Tagespflege und Sozialstation
Wird das Pflegeteam von den Angehörigen zum Befinden der Tagesgäste bzw. zu Vorkommnissen zu Hause informiert?	für alle TGe	für einzelne TGe (kurzfristig beim Bringen oder per Telefon)	für alle TGe		für einzelne TGe
Findet die Pflegeplanung in Kooperation mit den Angehörigen statt?	für einzelne TGe			für alle TGe	
Vorhersehbarkeit (Planbarkeit) des Arbeitsablaufs					
Tagesablauf	gleich bleibender Kernplan bei gästefreundlicher Flexibilität				
Pausen					
Pausenregelung	kein gleich bleibendes Pausenregime		gleich bleibendes Pausenregime mit flexibler Handhabung	kein gleich bleibendes Pausenregime	
Pausengestaltung	meist im Raum mit TGn, da nur eine PK (Pause bezahlt), mit Störungen	kollektive Raucherpause; meist im Raum m. TGn; mit Störungen	einzelnen, mit Störung (nur eine PK)	meist im Raum mit TGn; mit Störungen (wenn jmd. Pause brauch, kurzfristige Absprache mögl.)	meist im Raum mit TGn; mit Störungen
Möglichkeit separater Pausen	ja	nein (nur ein PK)	ja		
Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen zu bestimmten Zeiten	existieren				
Vorkehrungen zur Verhinderung ständiger Arbeitsunterbrechungen	existieren		existieren nicht (Telefon immer dabei, z. T. kommen Kollegen aus anderen Pflegebereichen)	existieren nicht	
Informationsfluss bzgl. Arbeit/Patienten					
Übergabe z. B. für TZ-Kräfte					
Existenz	manchmal		in der Regel ja		
Rahmen	inoffiziell				
Feste Regelungen/Gewohnheiten zur Informationsweitergabe während des Tages	feste und allen bekannte Regelungen	keine Regeln/Gewohnheiten			feste und allen bekannte Regelungen
„Informationskultur“	Hole- u. Bringe-Pflicht				
Dienstbesprechungen bzw. -beratungen					

	Solitäre Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	An Altenheim angeschlossene Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	Tagespflege und Sozialstation
Turnus von Teamberatungen	keine regelmäßigen Beratungen	regelmäßig alle 8-12 Wochen	regelmäßig, wöchentlich		regelmäßig, alle 4 Wochen
Inhalte der Beratungen	allgem. Organisation, Ideen/Probleme der MA			allg. Organisation, Leistungsrückmeldung, Ideen/Probleme der MA	allg. Organisation, Ideen/Probleme der MA
Organisation der Prozesspflegedokumentation	Rahmenfestlegungen in Tagespflege existent; flexible Handhabung (Doku wie im stat. Bereich)				
Selbständige Entscheidungen					
Zuständigkeitsbereich	klar geregelt bei flexibler Aufgabenverteilung				
Verteilung der Arbeitsaufgaben	komplex				
Klare Regelung zur Freizeitgestaltung, Nutzung von Spielzeug, Sportmitteln usw.	Rahmenfestlegung	keine Festlegungen	Rahmenfestlegung	keine Festlegungen	Rahmenfestlegung
Klare Regelung zur zeitlichen Arbeitsorganisation	Rahmenfestlegung				
Klare Regelung zur kooperativen Ausführung von Arbeiten	Rahmenfestlegung				
Besteht eine zeitnahe Beratungsmöglichkeit zu eigenen Entscheidungen					
Ärztlicher Dienst	teilweise	nein	ja		
therapeutische Dienste	ja	teilweise	ja		teilweise
Angehörige	ja				
Andere Pflegende	teilweise		teilweise		nein
Geflogenheiten der Tagespflege zu psychosozialer Zuwendung/Aktivierung					
in Verbindung mit anderen Aktivitäten	ja, stets wenn erforderlich				
Problembewältigung	ja, stets wenn erforderlich				
bei Erfordernis Heranziehen Dritter	ja, stets wenn erforderlich				
Gespräch	ja, stets wenn erforderlich				
Beziehungsgestaltung (intensive Auseinandersetzung mit Gästen)	von Pflegenden und TGen initiiert, ohne feste Regelung				
Auswahl von „Bezugspatienten“	keine Bezugspflege				
Tausch von „Bezugspatienten“ möglich	keine Bezugspflege				
Finden gemeinsame Ausflüge statt?	ja				

	Solitäre Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	An Altenheim angeschlossene Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	Tagespflege und Sozialstation
Geflogenheiten zu gemeinsamer Arbeit/wechselseitiger Unterstützung					
Kooperation	überwiegend				
wechselseitige Unterstützung erfolgt	Hole- u. Bringe-Kooperation				
Organisation und Kooperation mit anderen Diensten					
Ärztlicher Dienst	keine Zusammenarbeit (bei medizin. Notfällen müssen erst Angehörige informiert werden)		Durchführung, Planung, Kontrolle	Durchführung, Planung, Kontrolle	
Kooperation					
Physiotherapeutischer Dienst	Planung	Kontrolle		Durchführung	Durchführung, Planung
Kooperation	ohne Störung				ohne Störung
Ergotherapeuten		Kontrolle			
Kooperation					
Andere Therapeuten	Logotherapeuten; Planung		Kunsttherapeutin; Durchführung, Planung		
Kooperation	ohne Störungen		ohne Störungen		
Transport	Durchführung, Planung, Kontrolle			Planung	Durchführung, Planung, Kontrolle
Kooperation	ohne Störungen				ohne Störung
Versorgungsdienste	Durchführung, Planung, Kontrolle (es kommt Köchin in die Einrichtung)		Planung	Durchführung, Planung, Kontrolle	Durchführung, Planung, Kontrolle
Kooperation	ohne Störungen	mit Störung (Köchin hat keine Kenntnis v. z. B. Diätkost usw.)		ohne Störung	ohne Störung
Teilnahme anderer Dienste an Dienstbesprechung	keine				
Stations-/Teamklima					
Möglichkeiten Probleme/Ideen im Team zu besprechen	offiziell	inoffiziell		offiziell	inoffiziell
Teilung von Anerkennung im Team	offiziell	inoffiziell (oft einseitiges Feedback seitens der PK)		offiziell	inoffiziell
Besprechung von Mängeln/Kritik im Team	offiziell				

	Solitäre Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	An Altenheim angeschlossene Tagespflege	Tagespflege und ambulante Pflege	Tagespflege und Sozialstation
Möglichkeit der Leistungsrückmeldung	offiziell	meist nur Rückmeldung v. Kritik, weniger i. S. der Qualität allg.		offiziell	
findet Supervision bzgl. MA-Angelegenheiten statt?	bei Bedarf	nein	eigentlich ja, wird aber von PK nicht genutzt	nein (PKe sprechen sofort über Probleme/ Schwierigkeiten)	Möglichkeiten bestehen, oft nur Besprechung im Team ohne Supervisor
findet Supervision bzgl. Patientenangelegenheiten statt?	bei Bedarf	nein	inoffiziell		
Geflogenheiten zur MA-Beteiligung bei Führung der Tagespflege	Beteiligung (Urlaub/Schicht, Arbeitsorganisation, Ausstattung, Weiterbildung)	feste Verantwortungsbereiche der MA	Beteiligung (Urlaub/Schicht, Arbeitsorganisation, Abläufe, Ausstattung)	Beteiligung (Urlaub/Schicht, Arbeitsorganisation, Abläufe, Ausstattung, Weiterbildung)	Beteiligung (Urlaub/Schicht, Arbeitsorganisation, Ausstattung, Weiterbildung)
MA erörtern ihre Arbeit miteinander	alle Mitarbeiter		nur einzelne MA	alle Mitarbeiter	
Regelungen zur Integration von Schülern/Praktikanten	ja	nein		nein (bisher keine Schüler/Praktikanten)	ja
Regelungen zur Integration neuer MA	ja	nein		ja	ja
Angehörigenarbeit					
Existenz von Informationsabenden/Diskussionsrunden für Angehörige	ja	ja (unregelmäßig)	ja, regelmäßig	nein (PK stehen in ständigem Kontakt mit Angehörigen)	ja, unregelmäßig
Werden Angehörige bei Ausflügen eingebunden?	ja			nur auf Nachfrage	
Werden Angehörige bei Pflegemaßnahmen eingebunden?	nur auf Nachfrage				
Werden Angehörige pflegerisch beraten?	nur auf Nachfrage				

TG Tagesgast
 PK Pflegekraft (examiniert)
 MA Mitarbeiter

Anhang 8 Anschreiben an die Leitungen der Tagespflegen

Winfried Hacker
Leiter der Arbeitsgruppe

Bearbeiter: Dr. Nicole Stab
Telefon: 0351 463-36848
Telefax: 0351 463-37295
E-Mail: stab@psychologie.tu-
dresden.de

Dresden,

Forschungsvorhaben „Arbeits- und Gesundheitsschutz in der teilstationären Krankenpflege“

Sehr geehrte ,

unsere Arbeitsgruppe an der TU-Dresden hat seitens der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin den Forschungsauftrag bekommen Bedarf und bestehenden Formen der teilstationären Pflege in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens zu untersuchen. Ebenfalls sollen Anforderungen, Belastungen und Ressourcen der Arbeit in teilstationären Einrichtungen systematisch erfasst und im Hinblick auf ihre Wirkungen für die Gesundheit der Beschäftigten wie auch für die Qualität der Interaktion mit den Klienten analysiert werden. Auf dieser Grundlage sollen als Hauptziel des Forschungsvorhabens Gestaltungsempfehlungen abgeleitet und praktische Handlungshilfen entwickelt werden.

Wir würden uns freuen, wenn Sie an unserer Studie teilnähmen, um aussagekräftige Ergebnisse ermitteln sowie nützliche Gestaltungshilfen für die teilstationäre Pflege entwickeln zu können. Als Gegenleistung werden wir Ihnen gerne unsere Untersuchungsergebnisse speziell für jede untersuchte Einheit rückmelden und die entstandenen Instrumente zur Verfügung stellen.

Gerne würden wir Ihnen das Forschungsvorhaben auch persönlich erläutern. Für Terminabsprachen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. N. Stab

Anhang 9 Das Screening TAA – Teilstationäre Altenhilfe

Das Screening TAA – Teilstationäre Altenhilfe kann in Absprache mit dem Autor für Forschungszwecke verwendet werden. Bitte Anfragen an: juergen.glaser@uibk.ac.at

Verfahrensbereich S.1 Anforderungen	MW	SD
Kognitive Anforderungen	3.71	0.78
Meine Arbeit ist abwechslungsreich, weil immer wieder unterschiedliche oder neue Aufgaben auftreten.	3.99	0.93
Meine Arbeit erfordert, immer wieder Verschiedenes abzuwägen, ehe ich Aufgaben erledigen kann.	3.76	0.98
Bei meiner Arbeit treten immer wieder Schwierigkeiten auf, bei denen ich gründlich überlegen muss, wie ich sie lösen kann.	3.11	1.11
Meine Arbeit erfordert, immer wieder auf unvorhersehbare Entwicklungen zu reagieren.	3.99	1.02
Lernerfordernisse	3.88	0.86
Meine Arbeit erfordert immer wieder neues Fachwissen zu erlernen.	4.05	0.94
Meine Arbeit erfordert immer wieder neue soziale Fähigkeiten zu erlernen.	3.95	1.00
Meine Arbeit erfordert immer wieder neue praktische Fertigkeiten zu erlernen.	3.64	1.05
Qualifizierungsmöglichkeiten	3.62	0.89
Ich habe die Möglichkeit, mein Fachwissen über die alltäglichen Arbeitsanforderungen hinaus zu erweitern.	3.65	1.02
Ich habe die Möglichkeit, meine sozialen Fähigkeiten über die alltäglichen Arbeitsanforderungen hinaus zu erweitern.	3.70	0.96
Ich habe die Möglichkeit, meine praktischen Fertigkeiten über die alltäglichen Arbeitsanforderungen hinaus zu erweitern.	3.51	1.02
Passung der Qualifikation	4.37	0.65
Bei der Arbeit kann ich mein Fachwissen gut einsetzen.	4.15	0.92
Bei der Arbeit kann ich meine sozialen Fähigkeiten gut einsetzen.	4.57	0.59
Bei der Arbeit kann ich meine praktischen Fertigkeiten gut einsetzen.	4.39	0.78
Verfahrensbereich S.2 Aufgabenbezogene Ressourcen	MW	SD
Transparenz pflegerischer Aufgaben	4.64	0.47
Ich weiß genau, wozu meine Arbeit dient.	4.82	0.48
Ich weiß genau, wofür ich hier zuständig bin.	4.66	0.63
Ich weiß ausreichend über den Aufgabenbereich der Kollegen Bescheid.	4.43	0.74
Zeitliche Transparenz	4.10	0.69

Ich weiß bereits im Voraus, welche Aufgaben wann erledigt werden müssen.	4.17	0.79
Ich weiß bereits im Voraus, wann Arbeitsspitzen auftreten.	3.96	0.99
Ich weiß bereits im Voraus, welche Aufgabe als nächstes zu erledigen ist.	4.16	0.77
Vorgesetztenfeedback	3.60	1.07
Mein Vorgesetzter gibt mir klare Rückmeldung zu meiner Arbeitsleistung.	3.57	1.13
Mein Vorgesetzter gibt mir klare Rückmeldung zu meinem Arbeitsverhalten.	3.59	1.13
Mein Vorgesetzter gibt mir klare Rückmeldung zu meinen Arbeitsergebnissen.	3.64	1.12
Tätigkeitsspielraum	3.64	0.73
Ich kann selbst festlegen, wie ich meine Arbeit erledige.	3.57	0.93
Ich kann meinen Arbeitsablauf selbst festlegen.	3.40	1.08
Ich kann selbst festlegen, welche Arbeitsmethoden und Arbeitsmittel ich einsetze.	3.67	0.99
Ich kann selbst entscheiden, welche Aufgaben ich zu erledigen habe.	3.19	1.08
Ich kann selbst über die Arbeitsziele entscheiden.	3.25	1.04
Ich habe bei der Festlegung der Aufgaben Möglichkeiten zu eigenen Entscheidungen.	3.77	0.88
Ich kann bei der Erledigung der Aufgaben eigene Vorstellungen umsetzen.	3.94	0.82
Ich kann bei der Erledigung der Aufgaben kreativ sein.	4.18	0.81
Ich kann meine Aufgaben nach eigenen Vorstellungen ausgestalten.	3.83	0.84
Partizipationschancen	3.06	0.99
Ich kann die Erstellung von Dienstplänen mit beeinflussen.	3.50	1.23
Ich kann die Ausstattung (z. B. Räume, Arbeitsmittel) mit beeinflussen.	3.59	1.07
Ich kann Personalentscheidungen mit beeinflussen.	2.53	1.34
Ich kann Entscheidungen über die Arbeitsmenge mit beeinflussen.	2.61	1.17
Verfahrensbereich S.3	MW	SD
Personelle, räumliche und materielle Ressourcen		
Personelle Ressourcen	3.74	0.93
Die personelle Ausstattung mit examinierten Pflegekräften ist hier ausreichend.	3.69	1.19
Die personelle Ausstattung mit nicht-examinierten Pflegekräften ist hier ausreichend.	3.83	1.07
Die personelle Ausstattung mit nicht-pflegerischem Personal ist hier ausreichend.	3.68	1.09
Räumliche Ressourcen	3.48	0.94

Die Aufenthaltsräume für das Personal sind hier ausreichend.	2.78	1.42
Die Aufenthaltsräume für die Gäste sind hier ausreichend.	3.83	1.08
Die sonstigen Räume der Tagespflege sind hier ausreichend.	3.81	1.06
Materielle Ausstattung	3.83	0.79
Die Ausstattung mit Arbeitsgeräten ist hier ausreichend.	3.72	0.93
Die Ausstattung mit Arbeitsmitteln ist hier ausreichend.	3.82	0.86
Die Ausstattung mit Mobiliar ist hier ausreichend.	3.94	0.86
Verfahrensbereich S.4 Organisationale und soziale Stressoren	MW	SD
Organisationale Stressoren	2.46	0.78
Man wird hier immer wieder mit Problemen der Belegung konfrontiert (z. B. Fehlbelegung, Überbelegung)	2.85	1.20
Man wird hier immer wieder mit unsicheren Informationen/Gerüchten konfrontiert.	2.22	1.03
Man wird hier immer wieder mit personellen Änderungen konfrontiert.	2.34	1.07
Man wird hier immer wieder mit organisatorischen Änderungen/ Umstrukturierungen konfrontiert.	2.58	1.05
Man wird hier immer wieder mit Arbeitsplatzunsicherheit konfrontiert.	1.99	1.05
Man wird hier immer wieder mit Personalengpässen konfrontiert (z. B. kurzfristige Abwesenheiten).	2.81	1.10
Soziale Stressoren: intern	1.93	0.58
Die Zusammenarbeit mit den Kollegen ist hier immer wieder belastend.	1.87	0.84
Die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen ist hier immer wieder belastend.	1.58	0.67
Die Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten ist hier immer wieder belastend.	1.99	0.94
Die Zusammenarbeit mit den Gästen ist hier immer wieder belastend.	2.05	0.86
Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist hier immer wieder belastend.	2.14	0.87
Soziale Stressoren: extern	1.87	0.60
Die Zusammenarbeit mit dem Fahrdienst ist hier immer wieder belastend.	2.01	0.91
Die Zusammenarbeit mit Ärzten ist hier immer wieder belastend.	2.08	0.90
Die Zusammenarbeit mit hauswirtschaftlichen Fachkräften bzw. Bereichen (z. B. Koch/Küche, Reinigung) ist hier immer wieder belastend.	1.84	0.81
Die Zusammenarbeit mit anderen Diensten (z. B. Friseur, Fußpflege) ist hier immer wieder belastend.	1.55	0.63

Verfahrensbereich S.5 Aufgabenbezogene Stressoren	MW	SD
Gastbezogene Stressoren	2.76	0.82
Die Arbeit mit Gästen in schlechter geistiger Verfassung (z. B. demente Gäste) ist immer wieder belastend.	2.88	1.04
Die Arbeit mit Gästen in schlechter psychischer Verfassung (z. B. deprimierte Gäste) ist immer wieder belastend.	2.79	0.96
Die Arbeit mit Gästen in schlechter körperlicher Verfassung (z. B. immobile Gäste) ist immer wieder belastend.	2.70	1.02
Die Arbeit bei Gästen mit schlechten Sprachkenntnissen ist immer wieder belastend.	2.27	1.04
Die Arbeit mit fordernden/ungeduldigen Gästen ist immer wieder belastend.	2.95	0.99
Die Arbeit mit aggressiven Gästen ist immer wieder belastend.	2.98	1.12
Zeitliche Überforderung	2.38	0.87
Ich muss mich immer wieder sehr beeilen und werde trotzdem nicht mit meiner Arbeit fertig.	2.26	0.96
Ich habe bei der Arbeit immer wieder zuviel auf einmal zu tun.	2.59	1.00
Ich habe bei der Arbeit wegen kurzfristigen Terminvorgaben immer wieder Zeitdruck.	2.28	0.98
Widersprüchliche Aufträge	2.01	0.72
Ich erhalte immer wieder nicht miteinander zu vereinbarende Arbeitsaufträge.	1.91	0.78
Ich habe immer wieder so viel zu tun, dass die Qualität der Arbeit darunter leidet.	2.22	0.97
Ich erhalte vom Vorgesetzten immer wieder Anweisungen, von denen ich weiß, dass sie nicht zum geforderten Ergebnis führen.	1.85	0.81
Ich muss immer wieder Aufgaben verrichten, für die ich eigentlich nicht zuständig bin.	2.05	.99
Informationsdefizite	1.94	0.71
Für meine Arbeit erforderliche Informationen fehlen immer wieder.	2.06	0.90
Es ist immer wieder unklar, wo man sich für die Arbeit erforderliche Informationen beschaffen kann.	1.84	0.85
Der Informationsfluss in dieser Tagespflege ist immer wieder unzureichend.	1.96	0.89
Ich erhalte bei meiner Arbeit immer wieder so viele Informationen, dass unklar ist, welche wichtig und welche unwichtig sind.	1.90	0.79
Arbeitsunterbrechungen	2.37	0.74
Ich muss die Arbeit immer wieder unterbrechen, um Kollegen auszuweichen.	2.28	0.96
Ich muss die Arbeit immer wieder unterbrechen, weil andere Personen ein Anliegen haben.	2.86	1.04
Ich muss die Arbeit immer wieder unterbrechen, weil das Telefon klingelt.	2.86	1.09

Ich muss die Arbeit immer wieder unterbrechen, weil benötigte Arbeitsmittel/Arbeitsgeräte fehlen oder ausfallen.	1.93	0.78
Ich muss die Arbeit immer wieder unterbrechen, weil benötigte Personen nicht erreichbar sind.	1.93	0.82
Qualitätseinbußen	1.95	0.76
Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man Fehler macht.	1.95	0.82
Man muss sich bei der Arbeit immer wieder über Vorschriften oder Regeln hinwegsetzen, um überhaupt fertig zu werden.	1.82	0.86
Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass die Qualität der eigenen Arbeit darunter leidet.	2.07	0.95
Zusatzaufwand	2.27	0.83
Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man Tätigkeiten wiederholen muss.	1.97	0.83
Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man Tätigkeiten neu beginnen muss.	2.09	0.87
Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man sich besonders konzentrieren muss.	2.59	1.06
Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man sich besonders anstrengen muss.	2.46	1.02
Verfahrensbereich S.6 Physische Stressoren	MW	SD
Ungünstige Arbeitsumgebung	1.99	0.70
Der Grundriss der Räume ist für die tägliche Arbeit ungünstig.	2.20	1.10
Die Einrichtung der Räume ist für die tägliche Arbeit ungünstig.	2.02	1.01
Man ist bei der Arbeit immer wieder Lärm ausgesetzt.	2.01	1.05
Man arbeitet immer wieder unter schlechten Lichtverhältnissen.	1.64	0.81
Man arbeitet immer wieder unter schlechten klimatischen Verhältnissen (z. B. Temperatur, Luftfeuchtigkeit).	2.04	1.03
Man muss bei der Arbeit immer wieder lange Wege zurücklegen.	2.01	0.96
Heben, Tragen, Lagern	2.67	0.98
Man muss immer wieder schwere Gäste heben.	2.87	1.16
Man muss beim Heben von Gästen immer wieder den Oberkörper vorbeugen.	2.99	1.18
Man muss immer wieder Gäste körperfern heben.	2.28	0.94
Man muss beim Heben von Gästen immer wieder den Oberkörper verdrehen.	2.51	1.08
Verletzungs-/Erkrankungsrisiken	2.12	0.76
Bei der Arbeit ist man erhöhten Infektionsgefahren ausgesetzt (z. B. durch septische Wunden, Körpersekrete).	2.38	1.09

Bei der Arbeit besteht eine erhöhte Gefahr, sich Stich- oder Schnittverletzungen zuzufügen (z. B. an Kanülen, Lanzetten).	2.01	0.97
Bei der Arbeit besteht eine erhöhte Gefahr, sich andere Verletzungen zuzufügen (z. B. durch Stolpern, Stürze).	2.01	0.89
Bei der Arbeit ist man erhöhten Dermatosegefahren ausgesetzt (Gefahr von Hauterkrankungen).	2.21	0.96
Bei der Arbeit muss man mit Gefahrenstoffen umgehen.	1.97	0.98

Anhang 10 Leitfaden Internetrecherche

1. Wie lautet der Name der Einrichtung?
2. In welcher Trägerschaft befindet sich die Einrichtung?
3. Ist die Einrichtung an andere Pflegesysteme angebunden?
 - 4.1 Wie viele Stunden ist die Tagespflege am Tag geöffnet?
 - 4.2 Wie viele Tage ist die Tagespflege in der Woche geöffnet?
5. Über wie viele Tagesplätze verfügt die Einrichtung?
6. Wird das Angebot des Fahrdienstes auf der Internetseite genannt und erläutert?
7. Wird Angehörigenarbeit angeboten?
8. Welche Leistungsangebote werden auf der Internetseite genannt?
9. Befindet sich die Tagespflege in einer Stadt oder auf dem Land?
10. Wird die Zielpopulation der Tagespflege näher beschrieben

Anhang 11 Interviewleitfäden

1 Interviewleitfaden Einrichtungen

- 1.1 Seit wann bieten Sie in ihrer Einrichtung die teilstationäre Pflege an?
- 1.2 Welche Leistungen bieten Sie innerhalb der Tagespflege an?
 - 1.3.1 Ist es möglich ihre Gäste hinsichtlich des Alters und des Geschlechts zu charakterisieren?
 - 1.3.2 Haben ihre Gäste eine Pflegestufe?
 - 1.3.3 Wie viel Prozent ihrer Gäste sind dement?
- 1.4 Nehmen ihre Gäste zusätzliche Pflegeangebote in Anspruch?
- 1.5 Ist die Nutzung der Tagespflege für ihre Gäste ohne weitere finanzielle Aufwände möglich?
- 1.6 Ist es für ihre Einrichtung finanziell attraktiv die Tagespflege anzubieten?
- 2.1 Wie hat sich die Nachfrage seit der Pflegereform im Jahr 2008 entwickeln?
 - 2.2.1 Nutzen Personen, die von der Tagespflege profitieren würden, das Tagespflegeangebot?
 - 2.2.2 Findet jeder Betroffene einen Platz in einer Tagespflege, wenn er das möchte?
- 2.3 Wie werden ihre Gäste auf ihre Einrichtung aufmerksam?
- 2.4 Wie bekannt ist ihrer Meinung nach die teilstationäre Pflege in der Öffentlichkeit?
- 3.1 Worin sehen Sie Stärken der Tagespflege?
- 3.2 Worin sehen Sie Nachteile der Tagespflege?
- 4.1 Wie hoch, schätzen Sie, ist der Stellenwert der teilstationären Pflege?
- 4.2 Stellen Sie sich zum Schluss bitte vor, Sie hätten es in der Hand alle Gegebenheiten zu verändern. Was würden Sie sich wünschen bzw. was würden Sie ändern?

2 Interviewleitfaden Nutzer

- 1.1 Seit wann nutzen Sie die Angebote hier im Haus?
- 1.2 Welche Leistungen nutzen Sie?
- 1.3 Was waren ihre Gründe, die Angebote hier in Anspruch zu nehmen?
 - 1.4.1 Wie alt sind Sie?
 - 1.4.2 Haben Sie eine Pflegestufe?
 - 1.4.3 Wie oft kommen Sie in der Woche hierher?
 - 1.4.4 Sind Sie verheiratet?
 - 1.4.5 Haben Sie Kinder?
- 1.5 Nutzen Sie noch andere Hilfsangebote (z. B. Essen auf Rädern, ambulante Pflege etc.)?

- 1.6 Ist die Nutzung der Angebote hier im Haus für Sie ohne weitere finanzielle Aufwände möglich?
- 2.1 Wussten Sie, dass es solche Tagesangebote gibt, bevor Sie diese in Anspruch nahmen?
- 2.2 Wie wurden Sie auf diese Einrichtung aufmerksam?
- 3.1 Was gefällt ihnen hier? Was finden Sie gut?
- 3.2 Gibt es etwas, dass ihnen nicht gefällt? Vermissen Sie hier etwas?
- 3.3 Wenn Sie erneut vor der Entscheidung stünden, Angebote hier im Haus anzunehmen, würden Sie es wieder tun?
- 4.1 Wenn Sie sich etwas wünschen könnten bezüglich der Leistungen hier im Haus, gäbe es da etwas? Was?

3 Interviewleitfaden Bevölkerungsvertreter

- 1. Persönliche Daten
 - 1.1. Wann wurden Sie geboren?
 - 1.2. Haben Sie eine Pflegestufe?
 - 1.3. Leben Sie in einer Lebensgemeinschaft?
 - 1.4. Haben Sie Kinder? Wenn ja, sind ihre Kinder berufstätig?
- 2. Haben Sie sich schon einmal Gedanken zum Thema Pflege im Alter gemacht?
- 3. Welche Pflegeangebote kennen Sie (dennoch)?
- 4. Woher kennen Sie diese Pflegeangebote?
- 5. Nutzen Sie aktuell Hilfsangebote?
- 6. Was sind die Dinge, die Ihnen im Alter wichtig sind?
- 7. Was wäre Ihnen wichtig, falls es mal zu einer Pflegesituation kommen sollte?
- 8. Kennen Sie das Angebot der Tagespflege?
 - 8.1. Was wissen Sie über diese Form der Pflege?
- 9. Wie würden Sie das Angebot der Tagespflege beurteilen und warum?
- 10. Welche Pflegeform käme am ehesten für Sie in Frage?
- 11. Wer würde die Entscheidung für oder gegen eine Pflegeform treffen?

4 Interviewleitfaden Sozialsystemvertreter

- 1.1 Welche Leistungen sollten innerhalb einer Tagespflege angeboten werden?
- 1.2 Ist die Nutzung der teilstationären Pflege (tsP) ohne weitere finanzielle Aufwände für den Klienten möglich?
- 1.3 Ist es für Einrichtungen attraktiv eine teilstationäre Pflege anzubieten?
- 1.4 Sind Sie der Meinung, dass die momentane Finanzierung der tsP geeignet ist, um eine adäquate Versorgung ihrer Klienten zu gewährleisten?
- 2.1 Wie schätzen Sie die Entwicklung der Nachfrage seit der Pflegereform im Jahr 2008 ein?

- 2.2 Wann machen Sie ihre Kunden auf die tsP aufmerksam?
- 2.3 Was schätzen Sie, wie bekannt ist die tsP generell in der Öffentlichkeit?
- 3.1 Worin sehen Sie die Stärken der tsP?
- 3.2 Worin sehen Sie Nachteile der tsP?
- 4.1 Wenn Sie es in der Hand hätten, alle Bedingungen zu herzustellen, die eine optimale Versorgung mit der tsP gewährleisten würden, was würden Sie ändern und wieso?

Anhang 12 Kategoriensystem zur Auswertung der Interviewdaten

1. Kategoriensystem Internetrecherche

1. Name der Einrichtung			
2. Trägerschaft bzw.	<input type="checkbox"/> kirchlich	<input type="checkbox"/> staatlich	<input type="checkbox"/> privat
3. Anbindung	<input type="checkbox"/> solitär	<input type="checkbox"/> Seniorenheim	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> ambulant
4. Öffnungszeiten	< 8 h	8 h	> 8 h
	≤ 5 d	6 d	7 d
5. Anzahl verfügbarer Plätze	< 12	12	> 12
6. Fahrdienst	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
7. Angehörigenarbeit	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
8. Leistungsangebote	<input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Behandlungspflege <input type="checkbox"/> Ausflüge <input type="checkbox"/> geistige und körperliche Mobilisierung <input type="checkbox"/> kreative, musische, kulturelle Angebote		<input type="checkbox"/> Verpflegung <input type="checkbox"/> indiv. Betreuung <input type="checkbox"/> Therapieangebote (Ergo-, Physio-, Logo-, usw.) <input type="checkbox"/> Vermittlung von Fußpflege-, Frisör-0 und Arztterminen
9. Region	<input type="checkbox"/> Stadt		<input type="checkbox"/> Land
10. Zielpopulation	<input type="checkbox"/> ältere Menschen <input type="checkbox"/> behinderte Menschen <input type="checkbox"/> pflegebedürftige/ranke Menschen <input type="checkbox"/> Menschen, die nicht allein sein wollen oder können <input type="checkbox"/> Menschen, die Gesellschaft suchen <input type="checkbox"/> Menschen, deren Angehörigen entlastet werden sollen/möchten		

2. Kategoriensystem Einrichtungen

1. Charakterisierung der Einrichtung/des Klientels			
1.1 Seit wann bieten Sie teilstationäre Pflege an?	<input type="checkbox"/> länger als 10 Jahre	<input type="checkbox"/> länger als ein Jahr, aber weniger als 10 Jahre	<input type="checkbox"/> seit der Pflegereform 07/2008
1.2 Welche Leistungen bieten Sie innerhalb der Tagepflege an?	<input type="checkbox"/> Einzelbetreuung <input type="checkbox"/> Gruppenbetreuung <input type="checkbox"/> Tagesstrukturierung <input type="checkbox"/> Aktivierung	<input type="checkbox"/> Fahrdienst <input type="checkbox"/> Therapieangebote auf ärztl. Verordnung <input type="checkbox"/> Verpflegung	<input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Angehörigenarbeit <input type="checkbox"/> Sonstiges
1.3 Charakterisierung der Gäste der tsP möglich?	<input type="checkbox"/> Alter <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> vorrangig zwischen 60 und 80 <input type="checkbox"/> vorrangig über 80 <input type="checkbox"/> Geschlecht <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mehr Frauen <input type="checkbox"/> mehr Männer <input type="checkbox"/> Pflegestufe <input type="checkbox"/> Demenz		
1.4 Werden bei tsP zusätzliche Pflegeangebote in Anspruch genommen?	Ja <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege <input type="checkbox"/> zusätzl. Pflegeleistungen <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	Nein	
1.5 Ist die Nutzung der tsP ohne weitere finanzielle Aufwände möglich?	Ja <input type="checkbox"/> mit Pflegestufe <input type="checkbox"/> bei zusätzl. Pflegeleistungen	Nein <input type="checkbox"/> U + V wird immer gezahlt <input type="checkbox"/> nicht 5 Tage/Woche <input type="checkbox"/> ohne Pflegestufe <input type="checkbox"/> abhängig von Anzahl der genutzten Leistungen	
1.6 Ist es attraktiv tsP anzubieten?	Ja <input type="checkbox"/> Hemmschwelle für Seniorenheim senken <input type="checkbox"/> echte Alternative zum Altenheim	Nein <input type="checkbox"/> trägt sich finanziell nicht <input type="checkbox"/> kaum Auslastung <input type="checkbox"/> zu hohe Fahrdienstkosten	

	<input type="checkbox"/> Entlastung der Angehörigen	<input type="checkbox"/> zu viele Assoziationen mit Heim <input type="checkbox"/> zu wenig Personal	
2. Bedarf/Nachfrage/Werbung			
2.1 Entwicklung der Nachfrage seit Pflegereform 2008	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> gleich	<input type="checkbox"/> mehr
2.2 Wird der Bedarf gedeckt?	generell (Nutzen Betroffene das Angebot überhaupt?) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	einrichtungsbezogen (Findet jeder Betroffene einen Platz, wenn er das möchte?) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
2.3 Wie werden ihre Klienten auf ihre Einrichtung aufmerksam?	<input type="checkbox"/> Werbung (Zeitungsartikel, Internet, Aufsteller usw.) <input type="checkbox"/> Mund-zu-Mund-Propaganda	<input type="checkbox"/> Kooperation mit anderen Diensten <input type="checkbox"/> Informationsveranstaltungen	
2.4 Wie bekannt ist die tsP generell in der Öffentlichkeit ?	<input type="checkbox"/> gut bekannt	<input type="checkbox"/> wenig bekannt	<input type="checkbox"/> gar nicht bekannt
3. Vor- und Nachteile der tsP			
3.1 Stärken der tsP	<input type="checkbox"/> gesamtgesellschaftliche Finanzeinsparung <input type="checkbox"/> individuelle und ganzheitliche Betreuung <input type="checkbox"/> kognitive und körperliche Forderung und Förderung <input type="checkbox"/> Verhinderung der Vereinsamung/Gesellschaft <input type="checkbox"/> Angstminderung vor Heim → Neukunden <input type="checkbox"/> Patienten bleiben in ihrem häuslichen Umfeld <input type="checkbox"/> Entlastung der Angehörigen		
3.2 Nachteile der tsP	<input type="checkbox"/> finanzielle Situation für Einrichtung wie auch für ihre Gäste <input type="checkbox"/> übertriebene Dokumentation und Pflegeplanung/Bürokratie <input type="checkbox"/> zuviel Qualitätsmanagement → zuwenig Zeit für Gäste <input type="checkbox"/> hohe Anzahl an Demenzpatienten, die sich nur schlecht eingewöhnen <input type="checkbox"/> zu wenig Personal → hohe Fluktuation		

	<input type="checkbox"/> kaum möglich für körperlich labile Gäste <input type="checkbox"/> hohe Fahrtkosten rentieren sich nicht <input type="checkbox"/> Anwendung des Heimgesetzes für den teilstationären Pflegesektor <input type="checkbox"/> hohe psychische und physische Belastungen für Mitarbeiter		
4. Verbesserungsvorschläge			
4.1 Stellenwert der tsP	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> niedrig
4.2 Wunschvorstellung für die Zukunft	<input type="checkbox"/> Unabhängigkeit vom Heimgesetz <input type="checkbox"/> unabhängige Pflegeberatungen generieren <input type="checkbox"/> mehr in den Fokus der Gesellschaft rücken/Öffentlichkeitsarbeit <input type="checkbox"/> weniger bürokratischer Aufwand (QM, Pflegeplanung, Dokumentation) <input type="checkbox"/> stärkere finanzielle Unterstützung <input type="checkbox"/> bessere Räumlichkeiten schaffen <input type="checkbox"/> anderen Personalschlüssel <input type="checkbox"/> Lösungen für Fahrdienstproblematik (Finanzierung, Personal usw.) <input type="checkbox"/> Gleichberechtigung zwischen privaten und anderen Einrichtungen fördern <input type="checkbox"/> mehr kulturelle Angebote (Ausflüge etc.) finanziell tragbar machen <input type="checkbox"/> Entlohnung und Anerkennung für Personal		

3. Kategoriensystem Nutzer

1. Charakterisierung			
1.1 Seit wann nutzen Sie Angebote hier im Haus?	<input type="checkbox"/> seit weniger als 4 Wochen	<input type="checkbox"/> seit weniger als 6 Monaten	<input type="checkbox"/> seit mehr als 6 Monaten
1.2 Welche Leistungen nutzen Sie?	<input type="checkbox"/> Einzelbetreuung <input type="checkbox"/> Gruppenbetreuung <input type="checkbox"/> Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/> Fahrdienst <input type="checkbox"/> Therapieangebote	<input type="checkbox"/> Verpflegung <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Sonstige
1.3 Was waren ihre Gründe, Leistungen hier im Haus anzunehmen?	tsP <input type="checkbox"/> alleine zu Hause <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten im häuslichen Alltag <input type="checkbox"/> Wunsch von Angehörigen <input type="checkbox"/> eigener Wunsch <input type="checkbox"/> sonstige		
1.4 Persönliche Daten	Gäste <input type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> 60 – 80 Jahre <input type="checkbox"/> über 80 Jahre <input type="checkbox"/> Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Pflegestufe <input type="checkbox"/> Häufigkeit der Nutzung der tsP-Angebote <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche <input type="checkbox"/> 3-4x pro Woche <input type="checkbox"/> 5x und mehr pro Woche	Angehörige <input type="checkbox"/> Status <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit	
1.5 Nutzen Sie zusätzliche Angebote des Hauses (z. B. Essen auf Rädern etc.)?	Ja <input type="checkbox"/> ambulante Pflege <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	Nein	
1.6 Ist die Nutzung der Angebote hier für Sie ohne	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

weitere finanzielle Aufwände möglich?		
2. Bedarf/Nachfrage		
2.1 Was glauben Sie? Was ist Ihre Erfahrung?	Wussten Sie, dass es Tagespflege-Angebote gibt, bevor sie hierher kamen? <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.2 Wie wurden Sie auf dieses Haus aufmerksam?	<input type="checkbox"/> Werbung (Flyer, Internet) <input type="checkbox"/> Mund-zu-Mund-Propaganda	<input type="checkbox"/> Angehörige haben sich informiert <input type="checkbox"/> Zufall
3. Vor- und Nachteile der tsP		
3.1 Stärken dieser Leistungsangebote	<input type="checkbox"/> individuelle Betreuung <input type="checkbox"/> gute Pflege <input type="checkbox"/> kurzweilige Beschäftigung/Ausflüge <input type="checkbox"/> Fahrdienst <input type="checkbox"/> Gesellschaft <input type="checkbox"/> freundliches Personal <input type="checkbox"/> gute Räumlichkeiten	
3.2 Nachteile Was vermissen Sie hier?	<input type="checkbox"/> ungünstige Lage <input type="checkbox"/> persönliche Konflikte unter Gästen <input type="checkbox"/> Dauer des Fahrdienstes	
3.3 Wenn Sie erneut vor der Entscheidung stünden, Angebote hier im Haus oder in einem anderen anzunehmen, würden Sie es wieder tun?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Verbesserungsvorschläge		
4.1 Was würden Sie sich bezüglich der Leistungen hier noch wünschen?	<input type="checkbox"/> Tagespflege in der Nähe <input type="checkbox"/> modernere Autos für des Fahrdienst <input type="checkbox"/> Verständnis und Akzeptanz für alte Menschen in der Gesellschaft <input type="checkbox"/> mehr finanzielle Unterstützung für die Einrichtungen <input type="checkbox"/> bessere Beratung <input type="checkbox"/> wunschlos glücklich	

4. Kategoriensystem Bevölkerungsvertreter

1. Persönliche Daten	Klienten <input type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> 60-80 Jahre <input type="checkbox"/> über 80 Jahre alt <input type="checkbox"/> Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Pflegestufe	Angehörige <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Status <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit
2. Haben Sie sich schon mal Gedanken über Pflege im Alter gemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Welche Pflegeangebote kennen Sie (dennoch)?	<input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> ambulante Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> kennt keine Angebote
4. Woher kennen Sie diese Pflegeangebote?	<input type="checkbox"/> von Verwandten/Bekanntem, die diese Angebote nutzen <input type="checkbox"/> Angehörige haben sich bereits informiert <input type="checkbox"/> Presse <input type="checkbox"/> Medien (TV, Internet) <input type="checkbox"/> sonstige	
5. Nutzen Sie bereits Hilfsangebote? (z. B. Essen auf Rädern etc.)?	Ja <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe	Nein
6. Was ist Ihnen im Alter wichtig?	<input type="checkbox"/> Selbstständigkeit <input type="checkbox"/> Gesellschaft <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Geld <input type="checkbox"/> Bewegung/Aktivität im Alter	

7. Was wäre Ihnen wichtig, falls es mal zur Notwendigkeit der Pflege käme?	<input type="checkbox"/> Selbstständigkeit <input type="checkbox"/> Gesellschaft <input type="checkbox"/> Pflege mit Würde <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Geld <input type="checkbox"/> sonstiges - Rundumversorgung - niemandem zur Last fallen - in Häuslichkeit verbleiben	
8. Kennen Sie das Angebot der Tagespflege?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Welche Tagesangebote kennen Sie genau? <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> „Kindergarten für Alte“ <input type="checkbox"/> Ausflüge <input type="checkbox"/> nachts zu Hause sein	<input type="checkbox"/> (Tagespflege erläutern)
9. Wie würden Sie dieses Pflegeangebot beurteilen? Warum?	gut <input type="checkbox"/> Gesellschaft <input type="checkbox"/> Ausflüge <input type="checkbox"/> Betreuung	weniger gut <input type="checkbox"/> kein Bedarf <input type="checkbox"/> Gruppierung alter Menschen <input type="checkbox"/> wenn Pflege, dann richtig und komplett (vollstationär)
10. Welche Pflegeangebot käme wahrscheinlich am ehesten für Sie in Frage?	<input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> ambulante Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> gar keins	
11. Wer würde die Entscheidung für ein Pflegeangebot fällen?	<input type="checkbox"/> Ich selbst <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Angehörige und ich <input type="checkbox"/> andere	

5. Kategoriensystem Sozialsystemvertreter

1. Charakterisierung der „Zielpopulation“			
1.1 Welche Leistungen sollten innerhalb einer tsP angeboten werden?	<input type="checkbox"/> Einzelbetreuung <input type="checkbox"/> Gruppenbetreuung <input type="checkbox"/> Tagesstrukturierung <input type="checkbox"/> Aktivierung	<input type="checkbox"/> Fahrdienst <input type="checkbox"/> Therapieangebote <input type="checkbox"/> Verpflegung <input type="checkbox"/> Pflege	
1.2 Ist die Nutzung der tsP ohne weitere finanzielle Aufwände möglich?	Ja <input type="checkbox"/> mit günstiger Konstellation des staatlichen Zuschusses	Nein <input type="checkbox"/> V + U <input type="checkbox"/> Fahrdienst	
1.3 Ist es für Einrichtungen attraktiv tsP anzubieten?	Ja <input type="checkbox"/> klientelgebunden <input type="checkbox"/> Kopplung mit anderen Pflegeangeboten	Nein <input type="checkbox"/> Anteil der Kassen zu klein	
1.4 Glauben Sie, dass die momentane Finanzierung der tsP geeignet ist, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten?	Ja	Nein <input type="checkbox"/> Fahrdienst sehr teuer <input type="checkbox"/> Tagesgelder zu klein <input type="checkbox"/> Pflegestufe ist schwer zu bekommen <input type="checkbox"/> hoher Personalaufwand <input type="checkbox"/> Erwartungen der Gäste zu hoch	
2. Bedarf/Nachfrage/Werbung			
2.1 Einschätzung der Entwicklung der Nachfrage seit Pflegereform 2008	<input type="checkbox"/> weniger	<input type="checkbox"/> gleich	<input type="checkbox"/> mehr
2.2 Wann machen Sie ihre Kunden auf die tsP aufmerksam?	<input type="checkbox"/> erst bei Anfrage seitens des Kunden	<input type="checkbox"/> von allein (Flyer zusenden etc.)	
2.3 Wie bekannt ist die tsP generell in der Öffentlichkeit?	<input type="checkbox"/> gut bekannt	<input type="checkbox"/> wenig bekannt	<input type="checkbox"/> gar nicht bekannt

3. Vor- und Nachteile der tsP	
3.1 Stärken der tsP	<input type="checkbox"/> Unterhaltung/Gesellschaft <input type="checkbox"/> wirtschaftlicher als vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Gast bleibt in eigener Häuslichkeit <input type="checkbox"/> Angehörige bleiben arbeitsfähig und werden entlastet <input type="checkbox"/> gut geeignet für Demenzpatienten
3.2 Nachteile der tsP	<input type="checkbox"/> Zwischensystem → seltenere Nutzung <input type="checkbox"/> < 5 Tage in der Woche nicht sinnvoll <input type="checkbox"/> komplizierte Finanzierung <input type="checkbox"/> Heimgesetz zu fest für tsP <input type="checkbox"/> zu unbekannt
4. Verbesserungsvorschläge	
4.1 Wenn Sie es in der Hand hätten alle Bedingungen herzustellen, die eine optimale Versorgung mit der tsP gewährleisten würden, was würden Sie verändern und wieso? („Wunschvorstellung“)	<input type="checkbox"/> Medien → mehr Öffentlichkeitsarbeit <input type="checkbox"/> mehr Transparenz in Pflegeversicherung etc. <input type="checkbox"/> weniger Bürokratie → Pflege aus einer Hand <input type="checkbox"/> regionale Unterschiede kompensieren <input type="checkbox"/> finanzielle Erleichterungen (Fahrdienst etc.) <input type="checkbox"/> Kopplung von tsP mit anderen Pflegeangeboten <input type="checkbox"/> Heimgesetz für tsP lockern <input type="checkbox"/> Pflege auch für junge Leute ermöglichen

Anhang 13 **Checkliste zur Erfassung organisatorischer Gegebenheiten in der teilstationären psychiatrischen Pflege**



**Checkliste zur Erfassung organisatorischer
Gegebenheiten in der teilstationären
psychiatrischen Pflege**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen für die Teilnahme an dieser Studie. Sie wird von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gefördert und hat zum Ziel, einen Überblick über die Beanspruchungssituation von Krankenschwestern/-pflegern in der teilstationären psychiatrischen Pflege zu geben.

Uns interessiert insbesondere unter welchen organisatorischen Bedingungen es Ihnen möglich ist, gesund und leistungsfähig das Rentenalter zu erreichen. Sehr viele Pflegende scheiden nicht zuletzt auch auf Grund der hohen Belastungen vorzeitig aus dem Arbeitsleben aus.

Wir würden uns freuen, wenn Sie an diesem Projekt teilnehmen, sodass wir aussagekräftige Ergebnisse ermitteln können.

Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Alle Daten werden nur in anonymisierter Form und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet.

Und so geht es:

Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen Kästchen an. Bitte achten Sie darauf, dass Sie **jede Frage beantworten**. Falls keine der Antworten auf Ihre Tagesklinik zutrifft, setzen Sie bitte ein Kreuz in das Kästchen „**Sonstiges**“ und beschreiben kurz den Zustand für Ihre Tagesklinik. Für Fragen und Anmerkungen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung!

Nicole Stab
Technische Universität Dresden
Fachrichtung Psychologie, Arbeitsgruppe „Wissen-Denken-Handeln“
Objekt „Falkenbrunnen“
01062 Dresden
Tel.-Nr.: 0351/ 463 36848
Fax: 0351/ 463 37295
E-Mail: stab@psychologie.tu-dresden.de

Allgemeine Angaben

1. Welchem Fachgebiet gehört Ihre Tagesklinik an?

2. Wie viele Plätze gibt es in Ihrer Tagesklinik?

2.1 Wie viele Plätze sind im Durchschnitt belegt?

2.2. Wie lange bleiben die Patienten im Durchschnitt in Ihrer Tagesklinik?

3. Wie viel Personal arbeitet während des Tages in Ihrer Tagesklinik?

4. Wie viele Mitarbeiter arbeiten pro Funktion in Ihrer Tagesklinik?

Funktion	Anzahl der Mitarbeiter
Stationsleitung/-vertretung	.../...
Krankenschwester/-pfleger	.../...
Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie	.../...
Heilerziehungspfleger/-in	.../...
Hilfspfleger/-in	.../...
Sonstige. Welche?	.../...
	.../...
	.../...

5. Wie viele Pflegenden arbeiten pro Altersgruppe in Ihrer Tagesklinik?

	männlich	weiblich
20-29 Jahre
30-39 Jahre
40-49 Jahre
50-59 Jahre
60-64 Jahre

6. Wie viele Ihrer Pflegenden haben einen Teilzeitvertrag?

7. Wie lange sind die Pflegenden Ihrer Tagesklinik insgesamt durchschnittlich beschäftigt?

Dienstplangestaltung

8. Wann erhalten die Pflegenden ihren Dienstplan?

unterschiedlich
 etwa 2 Wochen vorher
 etwa 1 Monat vorher
 etwa 2-3 Monate vorher
 Sonstiges

9. Können Sie Mitarbeiterwünsche bei der Dienstplanung berücksichtigen?

ja
 teilweise
 nein
 Sonstiges

10. Können Sie bereits bei der Dienstplanung arbeitsintensive Tage absehen und mehr Personal einplanen?

ja
 teilweise
 nein
 Sonstiges

11. Können Sie die Teilzeitkräfte flexibel einsetzen?

ja
 teilweise
 nein
 Sonstiges

Arbeitsverteilung

12. Wie sind die Aufgaben in Ihrer Tagesklinik verteilt?

	Überwiegend funktionsorientiert, d. h. jeder Pflegende hat ein anderes Aufgabengebiet (z. B. einer kocht mit den Patienten, der andere geht mit ihnen spazieren)	Mischform zwischen funktions- und patientenorientierter Pflege	Überwiegend patientenorientiert, d. h. jeder Pflegende ist für alle Aufgaben am Patienten zuständig, keine Arbeitsteilung	Sonstiges
Tagesablauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

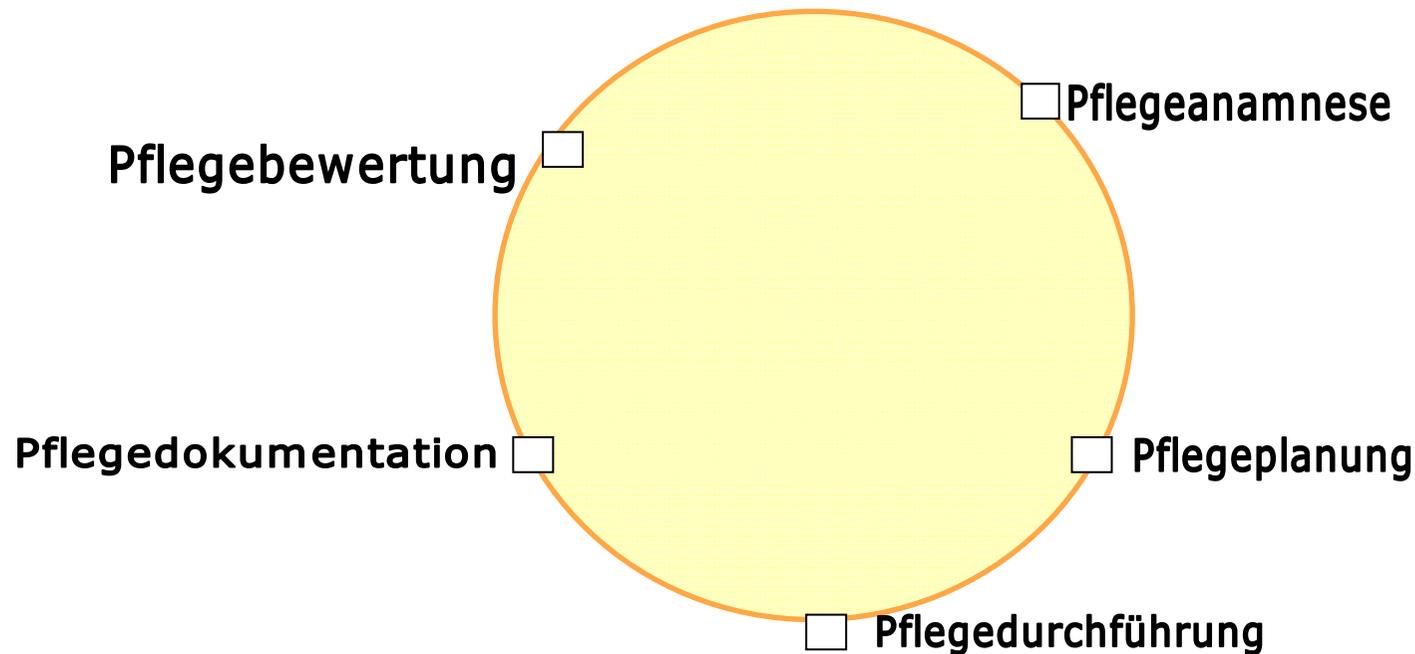
Organisation der Pflege

13. Für wie viele Patienten sind die Pflegenden zuständig?

	Alle Pflegenden sind für alle Patienten zuständig. (Stationspflege)	Ein Pfleger ist für die Betreuung einzelner Patienten bzw. für eine Gruppe von Patienten zuständig. (Gruppenpflege)	Die Pflegenden sind für jeweils einige wenige Patienten, ca. 1-3 Patienten, zuständig. (Individualpflege)	Sonstiges
somatische Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
psychiatrische Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der Pflegeprozess

14. An welchen Tätigkeiten sind die Pflegenden beteiligt? Bitte kreuzen Sie an.



Informationen für die Tätigkeit

15. Inwieweit nehmen die Pflegenden an der Visite teil?

<input type="checkbox"/> Keine Teilnahme (da bspw. nicht erwünscht).	<input type="checkbox"/> Teilnahme einzelner Pflegenden (z. B. nur die Leitung).	<input type="checkbox"/> Teilnahme der Bezugspfleger.	<input type="checkbox"/> Alle Pflegenden nehmen teil.	<input type="checkbox"/> Sonstiges
--	--	---	---	------------------------------------

16. Welche Rolle nehmen die Pflegenden bei der Visite ein? (mehrere Kreuze sind möglich)

<input type="checkbox"/> Aktive Teilnahme (z. B. Informationen werden aktiv eingebracht).	<input type="checkbox"/> Dokumentation während der Visite.	<input type="checkbox"/> Auswertung der Visite.	<input type="checkbox"/> Ausführung der Anweisungen.	<input type="checkbox"/> Sonstiges
---	--	---	--	------------------------------------

Planbarkeit der Arbeit - Bitte vervollständigen Sie die folgenden Aussagen.

17. Der Tagesablauf in unserer Tagesklinik ist...

<input type="checkbox"/> ...nicht vorhersehbar.	<input type="checkbox"/> ...vorhersehbar, aber mit häufigen Wartezeiten und überflüssigen Wegzeiten verbunden.	<input type="checkbox"/> ...vorhersehbar, aber wenig patientenfreundlich organisiert.	<input type="checkbox"/> ...vorhersehbar und in Abhängigkeit von Patientenbedürfnissen organisiert.	<input type="checkbox"/> Sonstiges
---	--	---	---	------------------------------------

18. Pausen...

<input type="checkbox"/> ...finden unregelmäßig oder gar nicht statt.	<input type="checkbox"/> ...werden zu festen Zeiten abgehalten.	<input type="checkbox"/> ...werden in Abhängigkeit von Patientenbedürfnissen geplant, aber finden in einem Zeitraum statt z. B. zwischen 9:00 und 11:00 Uhr.	<input type="checkbox"/> Sonstiges
---	---	--	------------------------------------

19. Pausen...

<input type="checkbox"/> ...werden einzeln und nacheinander abgehalten.	<input type="checkbox"/> ...werden in der Gruppe (meistens 2 Gruppen) abgehalten.	<input type="checkbox"/> ...werden gemeinsam abgehalten.	<input type="checkbox"/> Sonstiges
---	---	--	------------------------------------

20. Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen (bspw. Kooperationsmöglichkeiten)...

<input type="checkbox"/> ...existieren nicht.	<input type="checkbox"/> ...sind teilweise vorhanden. Welche? _____	<input type="checkbox"/> ...existieren. Welche? _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
---	---	---	---

21. Vorkehrungen zur Verhinderung ständiger Arbeitsunterbrechungen (bspw. Festlegungen zum Telefon)...

<input type="checkbox"/> ...existieren nicht.	<input type="checkbox"/> ...sind teilweise vorhanden. Welche? _____	<input type="checkbox"/> ...existieren. Welche? _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
---	---	---	---

Informationsfluss bezüglich Arbeit/Patienten - Bitte vervollständigen Sie die folgenden Aussagen.

22. In unserer Tagesklinik existieren Übergaben (z. B. für Teilzeitkräfte)...

<input type="checkbox"/> ...nicht.	<input type="checkbox"/> ...manchmal.	<input type="checkbox"/> ...in der Regel.	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
------------------------------------	---------------------------------------	---	---

23. Die Übergaben finden...

<input type="checkbox"/> ...zu eher unregelmäßigen Zeiten statt.	<input type="checkbox"/> ...eher regelmäßig, jedoch zu festen Zeiten statt.	<input type="checkbox"/> ...eher regelmäßig statt, aber die Zeiten sind flexibel.	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
--	---	---	---

24. Die Informationsübergabe erfolgt...

<input type="checkbox"/> ...von dem Schichtleiter.	<input type="checkbox"/> ...von den Pflegenden.	<input type="checkbox"/> ...von einem interdisziplinären Team.	<input type="checkbox"/> Sonstiges
		Wer ist beteiligt?	
		<hr/>	<hr/>

25. Wichtige Informationen aus Aufnahme-/Einzelgesprächen werden von den Ärzten bzw. Therapeuten...

<input type="checkbox"/> ...nie zur Verfügung gestellt.	<input type="checkbox"/> ...manchmal, aber meistens nur nach Nachfrage, zur Verfügung gestellt.	<input type="checkbox"/> ...gewöhnlich zur Verfügung gestellt.	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<hr/>			

26. Feste Regelungen zur Weitergabe von Informationen während des Tages...

<input type="checkbox"/> ...gibt es in unserer Tagesklinik keine.	<input type="checkbox"/> ...sind in unserer Tagesklinik vorhanden.	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Welche?		
<hr/>		<hr/>

27. Pflegende unserer Tagesklinik sind verpflichtet, ...

<input type="checkbox"/> ...sich erforderliche Informationen selbst zu beschaffen.	<input type="checkbox"/> ...wichtige Informationen an Kollegen bzw. Vorgesetzte weiterzuleiten.	<input type="checkbox"/> ...sich erforderliche Informationen selbst zu beschaffen sowie wichtige Informationen weiterzuleiten.	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<hr/>			

28. Teamberatungen finden in unserer Tagesklinik...

<input type="checkbox"/> ...nicht regelmäßig statt.	<input type="checkbox"/> ...regelmäßig statt, aber ohne feste Tagesordnung bzw.	<input type="checkbox"/> ...regelmäßig statt, mit fester Tagesordnung und Protokollen.	<input type="checkbox"/> Sonstiges
---	---	--	------------------------------------

nachlesbare Protokolle.

29. Inhalte der Teamberatungen: (mehrere Kreuze möglich)

- | | | | | |
|---|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urlaub, Vertretung, An-
kündigungen | <input type="checkbox"/> Weiterbildung, Arbeits-
schutz | <input type="checkbox"/> Leistungsrückmel-
dungen | <input type="checkbox"/> Probleme und
Ideen der Mitar-
beiter | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|---|--|--|---|------------------------------------|

Zuständigkeiten und Arbeitsaufgaben

30. Sind die Zuständigkeitsbereiche abgegrenzt?

- | | | | |
|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein, es gibt keine klare Festle-
gung der Aufgabenbereiche. | <input type="checkbox"/> Ja, die Aufgabenbereiche sind
strikt abgegrenzt. | <input type="checkbox"/> Ja, die Aufgabenbereiche sind
klar geregelt, aber Umvertei-
lungen sind jederzeit möglich. | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|--|--|---|------------------------------------|

31. Können die Pflegenden selbst entscheiden, bei welchen Problemen sie den Arzt/Therapeut informieren?

- | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nicht geregelt. | <input type="checkbox"/> Nein, es gibt feste Regelungen ab
wann der Arzt/Therapeut hinzuzu-
ziehen ist. | <input type="checkbox"/> Ja, die Pflegenden können auf
Grund ihrer Qualifikation selbst
entscheiden. | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|--|---|--|------------------------------------|

32. Können die Pflegenden Entscheidungen zur Mobilisierung von Patienten (z. B. Teilnahme an Aktivitäten) selbst treffen?

- | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nicht geregelt. | <input type="checkbox"/> Nein, der Arzt bzw. Thera-
peut legt das fest. | <input type="checkbox"/> Ja, die Pflegenden können auf
Grund ihrer Qualifikation selbst ent-
scheiden. | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|--|--|--|------------------------------------|

33. Können die Pflegenden Entscheidungen zur Arbeitsorganisation selbst treffen?

- | | | | |
|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nicht geregelt. | <input type="checkbox"/> Nein, die Leitung legt das
fest. | <input type="checkbox"/> Ja, die Pflegenden können auf
Grund ihrer Qualifikation selbst ent- | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|--|--|---|------------------------------------|

scheiden.

34. Nehmen die Pflegenden an Therapien teil?

- Ja, an allen.
 Nur an einigen. Welche?
 Nein, gar nicht.
 Sonstiges

35. Führen die Pflegenden selbst Therapien durch?

- Ja, einige. Welche?
 Nein, gar nicht.
 Sonstiges

36. Bestehen zeitnahe Rückfragemöglichkeiten zu eigenen Entscheidungen auf Station?

	Nein	teilweise: Rückfragemöglichkeiten sind vorhanden, aber nicht immer wenn nötig verfügbar.	Ja	
Ärztlicher Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Stationsleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges	
therapeutische Dienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges	
andere Pflegenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges	

Zuwendung zu den Patienten

37. Wenden sich die Pflegenden den Patienten in Verbindung mit anderen Tätigkeiten zu?

- Nein, keine Zeit.
 Ja, wenn Zeit vorhanden.
 Ja, immer wenn erforderlich.
 Sonstiges

38. Leisten die Pflegenden Hilfe für Konflikte/Sorgen der Patienten, die nichts mit dem Krankheitsbild zu tun haben?

- Nein, keine Zeit.
 Ja, wenn Zeit vorhanden.
 Ja, immer wenn erforderlich.
 Sonstiges

39. Führen die Pflegenden mit den Patienten auch Gespräche, die sich nicht auf die psychische Störung und die Pflege beziehen?

- Nur auf Nachfrage seitens der Patienten.
 Ja, wenn Zeit vorhanden.
 Ja, immer wenn erforderlich.
 Sonstiges

Gegenseitige Unterstützung im Pflorgeteam

40. Können die Pflegenden der Tagesklinik gemeinsam arbeiten?

- Nein, Alleinarbeit ist die Regel.
 Die Pflegenden können bei Bedarf zusammen arbeiten, jedoch wird Alleinarbeit vorgezogen.
 Die Pflegenden können immer wenn nötig zusammen arbeiten.
 Sonstiges

41. Wann bekommen die Pflegenden Unterstützung von anderen Pflegenden?

- Überhaupt nicht, Alleinarbeit wird bevorzugt.
 Auf Bitte.
 Durch Hilfsangebote von Kollegen.
 Sowohl durch Hilfsangebote als auch auf Bitte.
 Sonstiges

Zusammenarbeit mit anderen Diensten

42. Welche Möglichkeit der Zusammenarbeit besteht für die Stationsleitung/das Stationsteam mit anderen Diensten?
Funktioniert diese Zusammenarbeit mit oder ohne Störungen?

	Zusammenarbeit bei der Vorbereitung			Zusammenarbeit bei der Durchführung			Zusammenarbeit bei der Bewertung			
	mit Störung	ohne Störung	findet nicht statt	mit Störung	ohne Störung	findet nicht statt	Mit Störung	ohne Störung	findet nicht statt	
Ärztlicher Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsdienste (z. B. EKG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Stationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgungsdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teamklima

43. Finden in Ihrer Tagesklinik Supervisionen statt?

- Nein.
 Eher inoffiziell (einige Mitarbeiter unter sich)
 Ja.
 Sonstiges

44. Beraten sich die Pflegenden Ihrer Tagesklinik miteinander?

- Überhaupt nicht. Ja, aber nur einzelne Pflegenden. Ja, alle Pflegenden. Sonstiges

45. Erhalten die Pflegenden Rückmeldungen bezüglich ihrer Leistungen (bspw. in Mitarbeitergesprächen?)

- Nein. Eher inoffiziell (einige Mitarbeiter unter sich) Ja. Sonstiges

46. Inwiefern werden die Pflegenden bei der Stationsführung beteiligt? (mehrere Kreuze sind möglich)

- keine Beteiligung Beteiligung bei:
- Urlaubs-/Schichtplanung
 - Arbeitsverteilung
 - Arbeitsabläufe
 - Ausstattung der Tagesklinik
 - Weiterbildung
- Pflegenden haben feste Verantwortungsbereiche Sonstiges

Vielen Dank!

Anhang 14 Leitfaden: Kategoriensystem „Organisation psychiatrischer Tageskliniken“

1 Belastungsgünstigkeit der Dienstplangestaltung				
1.1 Eingliederung von Teilzeitkräften	Unflexibel <i>[Einteilung starr, z. B. nur früh, nur mittags]</i>	Nur in Ausnahmefällen flexibel <i>[nur in Ausnahmefällen veränderte Einteilung]</i>		Flexibel <i>[je nach Bedarf wechselnde Arbeitszeiten, um Arbeitsspitzen abzupuffern]</i>
1.2 Planung des Dienstplans ist ...	Nicht beeinflussbar <i>[liegt nicht im Ermessen der (Stations-)Leitung]</i>	Kurzfristig beeinflussbar <i>[liegt den Pflegenden ca. 1 bis 2 Wochen vorher vor]</i>	Mittelfristig beeinflussbar <i>[liegt den Pflegenden ca. 1 Monat vorher vor]</i>	Langfristig beeinflussbar <i>[liegt den Pflegenden ca. 2 bis 3 Monate vorher vor]</i>
1.3 Schichtplanung	Mitarbeiterwünsche werden nicht berücksichtigt <i>[Pfleger haben keinen Einfluss auf arbeitsfreie Tage sowie auf die Dienstplangestaltung für einzelne Tage]</i>	Mitarbeiterwünsche werden teilweise berücksichtigt <i>[Pfleger können nur in Ausnahmefällen arbeitsfreie Tage sowie die Dienstplangestaltung für einzelne Tage mitbestimmen]</i>		Mitarbeiterwünsche werden berücksichtigt <i>[Pfleger können arbeitsfreie Tage sowie die Dienstplangestaltung für einzelne Tage mitbestimmen]</i>
1.4 Vorhersehbarkeit von Arbeitsspitzen	Nicht vorhersehbar <i>[arbeitsintensive Tage sind bei der Dienstplangestaltung nicht absehbar]</i>	Teilweise vorhersehbar <i>[arbeitsintensive Tage sind bei der Dienstplangestaltung teilweise absehbar, sodass Möglichkeiten zur Reduktion erhöhten Arbeitsaufwands bestehen]</i>		Vorhersehbar <i>[arbeitsintensive Tage sind bei der Dienstplangestaltung absehbar, sodass eine gezielte Personalplanung zur Vermeidung von erhöhtem Arbeitsaufwand möglich wird]</i>
1.5 Regeln für kurzfristige Dienstplanänderungen (aufgrund von Ausfällen bzw. akutem Personalmangel)	Nein <i>[Es gibt keine klaren und allen bekannten Regeln für Notfälle/Sonderbelastungen]</i>		Ja <i>[Es gibt klare Regeln für Notfälle/Sonderbelastungen, z. B. flexiblere Arbeitsverteilung]</i>	
2 Pflegeprinzip (Sequentielle Arbeitsteilung)				
	Reine Funktionspflege (FP) <i>[meist Abarbeitung nur einer (zweier) Tätigkeitsgruppen aller an einem Patienten anfallenden Tätigkeiten durch einen Pflegenden]</i>	Vorwiegend Funktionspflege <i>[meist Abarbeitung weniger Tätigkeitsgruppen aller anfallenden Tätigkeiten von einer/einem Pflegenden]</i>	Vorwiegend patientenzentrierte Pflege <i>[meist Abarbeitung mehrerer/der meisten Tätigkeitsgruppen aller anfallenden Tätigkeiten von einer/einem Pflegenden]</i>	Reine Patientenzentrierte Pflege (PP) <i>[meist Abarbeitung (fast) aller anfallenden Tätigkeiten von einer/einem Pflegenden]</i>
Tagesablauf				

3 Pflegeorganisation						
	Stationspflege <i>[Pfleger für Gesamtstation und alle Patienten zuständig]</i>	Gruppenpflege <i>[Pfleger jeweils für einzelne Patienten zuständig, Betreuung von einer Gruppe von Patienten, z. B. der Hälfte aller Patienten]</i>	Individualpflege <i>[Pfleger jeweils für einige wenige Patienten zuständig, Betreuung von 1 bis 3 Patienten]</i>			
Tätigkeiten der somatischen Pflege						
Tätigkeiten der psychiatrischen Pflege						
4 Vollständigkeit des Pflegeprozesses insgesamt für examinierte Pfleger (Pflege-Phasen)						
<i>[Grad, zu welchem Pfleger berechtigt sind die folgenden Tätigkeiten selbstständig durchzuführen]</i>	findet nicht statt	Keine Beteiligung	Nur beteiligt (z. B. im interdisziplinären Team)		Eigenständige Tätigkeit	
			<i>Für alle Patienten</i>	<i>Nur für Bezugspatienten</i>	<i>Für alle Patienten</i>	<i>Nur für Bezugspatienten</i>
4.1 Pflegeanamnese (Erfassung notwendiger Informationen als Grundlage für die Pflegeplanung)						
4.2 Pflegeplanung						
4.3 Pflegedurchführung						
4.4 Pflegedokumentation						
4.5 Pflegebewertung						
<i>[Schriftliche Fixierung]</i>	Wird nicht schriftlich fixiert		Wird schriftlich fixiert			
			<i>Für alle Patienten</i>	<i>Nur für Bezugspatienten</i>		
4.6 Pflegeanamnese						
4.7 Pflegeplanung						
4.8 Pflegebewertung						

5 Vollständigkeit informationsbestimmender Tätigkeiten								
5.1 Patientenaufnahme <i>[Grad, zu welchem Pflegende berechtigt sind, die folgenden Tätigkeiten selbstständig durchzuführen]</i>	Examierte Pflegekraft							
	findet nicht statt	Keine Beteiligung	Nur beteiligt (z. B. im interdisziplinären Team)			Eigenständige Tätigkeit		
			<i>Für alle Patienten</i>	<i>Für einige Patienten</i>	<i>Nur für Bezugspatienten</i>	<i>Für alle Patienten</i>	<i>Für einige Patienten</i>	<i>Nur für Bezugspatienten</i>
5.1.1 Aufnahmegespräch (Pflege)								
5.1.2 Zielgespräch (Pflege)								
5.1.3 Einführen der Patienten in Tagesklinik								
5.1.4 Registrieren von Patientendaten (Kurven anlegen, usw.)								
5.1.5 Vereinbaren von Diagnostik/Untersuchungen (Anmeldung, Termine, usw.)								
5.2 Visite/ Sprechstunde <i>[Grad, zu welchem Pflegende berechtigt sind, die folgenden Tätigkeiten selbstständig durchzuführen]</i>	Examierte Pflegekraft							
5.2.1 Ausmaß der Beteiligung der Pflegenden an der Visite	Keine Teilnahme (erwünscht)		Teilnahme einzelner Pflegenden (z. B. nur Leitung)		Teilnahme der Bezugspflegenden		Teilnahme aller Pflegenden	
Visite	Keine Beteiligung		findet nicht statt		Eigenständige Tätigkeit			
					<i>Für alle Patienten</i>	<i>Für einige Patienten</i>	<i>Nur für Bezugspatienten</i>	
5.2.3 aktive Teilnahme (aktives Einbringen von Informationen, usw.)								
5.2.4 Dokumentation <i>[gemeint ist jegliche Form der Niederschrift während der Visite]</i>								
5.2.5 Auswertung <i>[Ableitung pflegerischer Aufgaben aus Visitedokumentation]</i>								
5.2.6 Ausführung ärztlicher Anordnungen								
5.2.7 Weitergabe der Information aus der Visite	Informationen werden nicht weitergegeben		ledigliches Verweisen auf Aufzeichnungen, Dokumentation der Visite		kurze, resümierte (mündliche) Bekanntmachung der Visiteninhalte und -festlegungen (z. B. bei der Übergabe)		umfassende (mündliche) Bekanntmachung der Visiteninhalte und -festlegungen (z. B. bei der Übergabe)	

5.2.2 Ausmaß der Beteiligung der Pflegenden an der Chefarztvisite	Keine Teilnahme (erwünscht)	Teilnahme einzelner Pflegender (z. B. nur Leitung)	Teilnahme der Bezugspflegenden	Teilnahme aller Pflegenden
Chefarztvisite	Keine Beteiligung	findet nicht statt	Eigenständige Tätigkeit	
			<i>Für alle Patienten</i>	<i>Nur für Bezugspatienten</i>
5.2.3 aktive Teilnahme (aktives Einbringen von Informationen, usw.)				
5.2.4 Dokumentation [<i>gemeint ist jegliche Form der Niederschrift während der Visite</i>]				
5.2.5 Auswertung [<i>Ableitung pflegerischer Aufgaben aus Visitedokumentation</i>]				
5.2.6 Ausführung ärztlicher Anordnungen				
5.2.7 Weitergabe der Information aus der Visite	Informationen werden nicht weitergegeben	ledigliches Verweisen auf Aufzeichnungen, Dokumentation der Visite	kurze, resümierte (mündliche) Bekanntmachung der Visiteninhalte und -festlegungen (z. B. bei der Übergabe)	umfassende (mündliche) Bekanntmachung der Visiteninhalte und -festlegungen (z. B. bei der Übergabe)
5.2.2 Ausmaß der Beteiligung der Pflegenden an der Chefarztvisite	Keine Teilnahme (erwünscht)	Teilnahme einzelner Pflegender (z. B. nur Leitung)	Teilnahme der Bezugspflegenden	Teilnahme aller Pflegenden
5.3 Teambesprechung <i>[multidisziplinäres Treffen zur Besprechung der einzelnen Patienten]</i>	Examierte Pflegekraft			
5.3.1 Ausmaß der Beteiligung der Pflegenden in der Teambesprechung	Keine Teilnahme (erwünscht)	Teilnahme einzelner Pflegender (z. B. nur Leitung)	Teilnahme der Bezugspflegenden	Teilnahme aller Pflegenden
	Keine Beteiligung	findet nicht statt	Eigenständige Tätigkeit	
			<i>Für alle Patienten</i>	<i>Nur für Bezugspatienten</i>
5.3.1 aktive Teilnahme (aktives Einbringen von Informationen, usw.)				
5.3.2 Dokumentation <i>[gemeint ist jegliche Form der Niederschrift während der Teambesprechung]</i>				
5.3.3 Auswertung <i>[Ableitung pflegerischer Aufgaben aus Teambesprechung]</i>				
5.3.4 Ausführung von Anordnungen				
5.2.7 Weitergabe der Information aus der Teambesprechung	Informationen werden nicht weitergegeben	ledigliches Verweisen auf Aufzeichnungen, Dokumentation der Visite	kurze, resümierte (mündliche) Bekanntmachung der Visiteninhalte und -festlegungen (z. B. bei der Übergabe)	umfassende (mündliche) Bekanntmachung der Visiteninhalte und -festlegungen (z. B. bei der Übergabe)

6 Vorhersehbarkeit [Planbarkeit] des Arbeitsablaufs				
6.1 Schichtablauf	kein Kernplan <i>[Schichtablauf nicht vorherzusehen, ständig wechselnde Arbeitsaufgaben]</i>	gleich bleibender unrationeller Kernplan <i>[Schichtablauf vorhersehbar, gleich bleibende Arbeitsaufgaben, aber Verlust-/Wartezeiten, überflüssige Wegzeiten]</i>	gleich bleibender Kernplan ohne Flexibilität <i>[Schichtablauf vorhersehbar, gleich bleibende Arbeitsaufgaben, aber patientenunfreundlich]</i>	gleich bleibender Kernplan bei patientenfreundlicher Flexibilität <i>[Schichtablauf vorhersehbar, gleich bleibender Arbeitsaufgaben in Abhängigkeit von Patientenbedürfnissen]</i>
6.2 Pausen 6.2.1 Pausenregelung	kein gleich bleibendes Pausenregime <i>[Pausen finden überwiegend unregelmäßig oder gar nicht statt, ebenfalls existiert kein fester Zeitrahmen]</i>	gleich bleibendes Pausenregime ohne Flexibilität <i>[Pausen werden zu festem Zeitpunkt abgehalten, z. B. 9:00 bis 9:30 Uhr]</i>	gleich bleibendes Pausenregime mit flexibler Handhabung in Abhängigkeit von Pflegebedarf <i>[Pausen werden überwiegend in Abhängigkeit von Patientenbedürfnissen geplant und innerhalb eines festen Zeitrahmens (z. B. zwischen 9:00 und 11:00 Uhr) abgehalten]</i>	
6.2.2 Pausengestaltung <i>[gemeint sind hier die Hauptpausen]</i>	Einzel <i>[Pausen werden von den Pflegenden einzeln/nacheinander abgehalten]</i>	In Gruppen <i>[Pausen werden von den Pflegenden in der Regel in zwei Gruppen abgehalten, nicht pausierende Gruppe übernimmt Aufgaben/Patienten der pausierenden Gruppe]</i>	Im Kollektiv <i>[Pausen werden gemeinsam abgehalten]</i>	
	Pause mit Störung <i>[Pause kann nicht ohne größere Unterbrechungen durchgeführt werden, Pflegenden müssen häufiger den Pausenraum verlassen]</i>		Pause ohne Störung <i>[Pause kann ohne größere Unterbrechungen durchgeführt werden, Pflegenden werden maximal durch kleinere Störungen (z. B. Nachfragen) belastet, müssen aber den Pausenraum nicht verlassen; Störquellen sind weitestgehend begrenzt z.B. Telefon in Pausenraum umgestellt]</i>	
6.3 Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen zu bestimmten Zeiten	Existieren nicht <i>[Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen wie z. B. flexiblere Arbeitsverteilung, Kooperationsmöglichkeiten nicht vorhanden]</i>	Existieren teilweise <i>[Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen zwar vorhanden, bleiben jedoch wirkungslos]</i>	Existieren <i>[Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen wie z. B. flexiblere Arbeitsverteilung, Kooperationsmöglichkeiten vorhanden, Interventionen wirkungsvoll]</i>	
6.4 Vorkehrungen zur Verhinderung ständiger Arbeitsunterbrechungen (zur Störungsminimierung)	Existieren nicht <i>[Gepflogenheiten/Regelungen zur Verhinderung von Arbeitsunterbrechungen wie z. B. Festlegungen zum Telefon, feste Besuchszeiten etc. nicht vorhanden]</i>	Existieren teilweise <i>[Gepflogenheiten/Regelungen zur Verhinderung von Arbeitsunterbrechungen zwar vorhanden, bleiben jedoch wirkungslos]</i>	Existieren <i>[Gepflogenheiten/Regelungen zur Verhinderung von Arbeitsunterbrechungen wie z. B. Festlegungen zum Telefon, feste Besuchszeiten etc. vorhanden, Interventionen wirkungsvoll]</i>	

7 Informationsfluss bzgl. Arbeit/Patienten [„Durchschaubarkeit“]			
7.1 Übergabe z. B. für Teilzeitkräfte			
7.1.1 Existenz	Nein, nie	manchmal	in der Regel ja
7.1.2 Rahmen	inoffiziell		offiziell
7.1.3 Stattfinden	eher unregelmäßige Zeiten	Eher regelmäßig, jedoch feste Zeiten	Eher regelmäßige, jedoch flexible Zeiten
7.1.4 Teilnahme anderer Dienste (Arzt, Psychologe, usw.)	Nein, nie	manchmal	in der Regel ja
7.1.5 Übergebende der Information an den Nachfolgedienst	Schichtleiter	Pflegende	Interdisziplinäres Team
7.1.6 Art der Informationsübergabe	Verweis auf Dokumentation	Verweis auf Dokumentation und gelegentliche Zusatzinformationen zu einem/einigen Patienten	Verweis auf Dokumentation und jedes Mal Zusatzinformationen zu jedem Patienten
7.1.7 Umfang der Schichtübergabe	Nicht ausreichende Infos durch Schichtübergabe (auch nicht durch Eigenaktivität aufzulösen)	Nicht ausreichende Infos durch Schichtübergabe, aber durch Eigenaktivität auflösbar	Ausreichende Infos durch Schichtübergabe (wenig/keine Eigenaktivität notwendig)
7.2 Wichtige Informationen aus Aufnahme-/Einzelgesprächen werden seitens der Ärzte bzw. Therapeuten zur Verfügung gestellt (z. B. Kurzbericht verfassen)	Nein, nie	Manchmal, meistens nur auf Nachfrage seitens des Pflegenden	Ja, Arzt/Therapeut informiert gewöhnlich
7.3 Feste Regelungen/Gewohnheiten zur Informationsweitergabe während des Tages	Keine Regeln/Gewohnheiten <i>[keine Regelungen/Gewohnheiten zur Informationsübergabe vorhanden]</i>		Feste und allen bekannte Regelung <i>[feste Regelungen/Gewohnheiten zur Informationsübergabe vorhanden, z. B. Terminübersichten, vorgefertigte Pläne, Meldepflichten]</i>
7.4 „Informationskultur“	Hole-Pflicht erforderlicher arbeitrelevanter Information <i>[Pflegende sind verpflichtet, sich erforderliche Informationen von Betreffenden zu beschaffen („kannst mich ruhig fragen, wenn du was wissen willst“)]</i>	Bringe-Pflicht von arbeitsrelevanter Information an Kollegen/Vorgesetzte <i>[Pflegende sind verpflichtet arbeitsbezogene Informationen an zuständige Kollegen bzw. Vorgesetzte weiterzuleiten]</i>	Hole- und Bringe-Pflicht <i>[Pflegende sind verpflichtet sich erforderliche arbeitsbezogene Informationen zu beschaffen und ebenfalls wichtige Informationen weiterzuleiten]</i>
7.5 Dienstbesprechungen bzw. -beratungen 7.5.1 Turnus von Teamberatungen	Keine regelmäßigen Beratungen	Regelmäßige Beratungen, aber ohne feste Tagesordnung und nachlesbare Protokolle	Regelmäßig, feste Tagesordnung, regelmäßige Protokolle

7.5.2 Inhalte der Beratungen	Nur allgemeine Organisation <i>[Inhalte der Beratung betreffen in der Regel Urlaub, Vertretung, Ankündigungen]</i>	Weitere Inhalte		
		Weiterbildung, Arbeitsschutz <i>[In den Beratung werden medizinische/pflegerische Themen, sowie Inhalte zum Arbeitsschutz aufgegriffen]</i>	Leistungsrückmeldungen <i>[Einschätzung der Arbeitsqualität der Mitarbeiter]</i>	Probleme und Ideen der Mitarbeiter <i>[Besprechung von Mitarbeitervorstellungen zu stationsorganisatorischen Aspekten und gemeinsame Lösungsfindung bzw. Umsetzung]</i>
7.6 Organisation der Pflegeprozessdokumentation	Keine konkreten Festlegungen auf Station bekannt	Strikte Festlegungen <i>[alles präzise und eindeutig geregelt, kein Ermessensspielraum existent]</i>	Rahmenfestlegungen auf Station existent, jedoch flexible Handhabung durch die Pflegenden in einem Ermessensspielraum möglich	
		Ort <i>[z. B. im Personalaufenthalt, am Patientenbett]</i>	Ort <i>[z. B. im Personalaufenthalt, am Patientenbett]</i>	
		Hilfsmittel <i>[genutzte Dokumentationserleichterungen wie z. B. Kreuzelschemata, Übersichten, Softwarelösungen, sog. „Reiter“]</i>	Hilfsmittel <i>[genutzte Dokumentationserleichterungen wie z. B. Kreuzelschemata, Übersichten, Softwarelösungen, sog. „Reiter“]</i>	
		Zeitfenster <i>[Dokumentation muss zu bestimmten Zeitpunkt durchgeführt werden, beispielsweise am Ende der Schicht]</i>	Zeitfenster <i>[Ermessensspielraum vorhanden, z. B. zeitnahe Dokumentation vs. Dokumentation am Ende der Schicht]</i>	
8 Selbstständige Entscheidungen (hierarchische Arbeitsteilung)				
8.1 Zuständigkeitsbereich	Keine Abgrenzung <i>[Keine klare Festlegung der Aufgabenbereiche der Pflegenden]</i>	Strikt abgegrenzt <i>[Präzise Festlegung der Aufgabenbereiche der Pflegenden, keine veränderte Handhabung vorgesehen]</i>	Klar geregelt bei flexibler Aufgabenverteilung <i>[Aufgabenbereiche der Pflegenden klar geregelt, jedoch Umverteilung jederzeit möglich]</i>	
8.2. Verteilung der Arbeitsaufgaben	Arteilung <i>[Pflegende sind für einzelne pflegerische Tätigkeiten im Laufe eines Tages zuständig]</i>		Komplexität <i>[Pflegende sind für alle erforderlichen Pflegeaufgaben im Laufe eines Tages zuständig]</i>	
8.3 Klare Regelungen zu Arzt-Kontakt: 8.3.1 Bei welchen äußeren Anzeichen oder ab welchen Vitalwerten Arzt und/oder Therapeuten zu informieren sind	Keine Festlegung <i>[Pflegende müssen selbst entscheiden]</i>	Strikte Festlegung <i>[keine eigene Entscheidung der Pflegenden möglich, Entscheidungsbefugnis von Arzt/Therapeuten]</i>	Rahmenfestlegung <i>[Pflegende haben Entscheidungsbefugnisse in einem Ermessensspielraum]</i>	

8.3.2 Art und Umfang der Mobilisierung von Patienten (z. B. Aufstehen, Aktivierung, Beteiligung an der Tagesgestaltung, etc.)	Keine Festlegung <i>[Pfleger müssen selbst entscheiden]</i>	Strikte Festlegung <i>[keine eigene Entscheidung der Pflegenden möglich, Entscheidungsbefugnis von Arzt/Therapeuten]</i>	Rahmenfestlegung <i>[Pfleger haben Entscheidungsbefugnisse in einem Ermessensspielraum]</i>
8.4 Klare Regelung zur Freizeitgestaltung, Nutzung von Spielzeug, Sportmitteln	Keine Festlegung <i>[Pfleger müssen selbst entscheiden]</i>	Strikte Festlegung <i>[keine eigene Entscheidung der Pflegenden möglich, Entscheidungsbefugnis von Leitung, Therapeuten, Pflegestandards]</i>	Rahmenfestlegung <i>[Pfleger haben Entscheidungsbefugnisse in einem Ermessensspielraum]</i>
8.5 Klare Regelung zur zeitlichen Arbeitsorganisation	Keine Festlegung <i>[Pfleger müssen selbst entscheiden]</i>	Strikte Festlegung <i>[keine eigene Entscheidung der Pflegenden möglich, Entscheidungsbefugnis von Leitung, Pflegestandards]</i>	Rahmenfestlegung <i>[Pfleger haben Entscheidungsbefugnisse in einem Ermessensspielraum]</i>
8.6 Klare Regelung zur kooperativen Ausführung von Arbeiten	Keine Festlegung <i>[Pfleger müssen selbst entscheiden]</i>	Strikte Festlegung <i>[keine eigene Entscheidung der Pflegenden möglich, Entscheidungsbefugnis von Leitung, Pflegestandards]</i>	Rahmenfestlegung <i>[Pfleger haben Entscheidungsbefugnisse in einem Ermessensspielraum]</i>
8.7 Besteht zeitnahe Beratungsmöglichkeit zu eigenen Entscheidungen 8.7.1 Ärztlicher Dienst	Nein <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten sind nicht gegeben]</i>	Teilweise <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten sind im Prinzip gegeben, aber nicht zeitnah/nicht immer wenn nötig verfügbar]</i>	Ja <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten bestehen jederzeit]</i>
8.7.2 Psychologe	Nein <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten sind nicht gegeben]</i>	Teilweise <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten sind im Prinzip gegeben, aber nicht zeitnah/nicht immer wenn nötig verfügbar]</i>	Ja <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten bestehen jederzeit]</i>
8.7.3 Stationsleitung	Nein <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten sind nicht gegeben]</i>	Teilweise <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten sind im Prinzip gegeben, aber nicht zeitnah/nicht immer wenn nötig verfügbar]</i>	Ja <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten bestehen jederzeit]</i>
8.7.4 therapeutische Dienste (z. B. Ergo-, Physiotherapeut)	Nein <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten sind kaum gegeben]</i>	Teilweise <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten sind im Prinzip gegeben, aber nicht zeitnah/nicht immer wenn nötig verfügbar]</i>	Ja <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten bestehen nahezu jederzeit]</i>
8.7.5 Andere Pfleger	Nein <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten sind nicht gegeben]</i>	Teilweise <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten sind im Prinzip gegeben, aber nicht zeitnah/nicht immer wenn nötig verfügbar]</i>	Ja <i>[Beratungs-/Rückfragemöglichkeiten bestehen jederzeit]</i>

9 Gepflogenheiten der Station zu psychosozialer Zuwendung/Aktivierung (PSZ)				
	Nein, auch nicht wenn erforderlich	Ja, sofern Zeit zu erübrigen	Ja, stets wenn erforderlich	
9.1 In Verbindung mit anderen Aktivitäten				
9.2 Problembewältigung (Hilfestellung für Konflikte, Sorgen der Patienten, die nichts (direkt) mit dem Krankheitsbild zu tun haben)				
9.3 Bei Erfordernis Heranziehen Dritter (z. B. Angehörige, Psychologe)				
9.4 Gespräch	Nur auf Nachfrage	Ja, sofern Zeit zu erübrigen	Ja, stets wenn erforderlich	
9.5 Beziehungsgestaltung (intensive Auseinandersetzung mit Patienten)	Nur auf Nachfrage seitens der Patienten	Von den Pflegenden initiiert, ohne feste Regelung	Von den Pflegenden initiiert, nur für Bezugspatienten	
9.6 Auswahl von Bezugspatienten	Keine Bezugspflege existent	Feste Zuordnung	Partizipative Zuordnung <i>[Mitbestimmung der Pflegenden]</i>	
9.7 Tausch von Bezugspatienten möglich	Keine Bezugspflege existent	Nein	Nur in Ausnahmefällen	Ja
10 Gepflogenheiten zu gemeinsamer Arbeit/wechselseitiger Unterstützung				
10.1 Kooperation	Kaum möglich <i>[Pfleger sind verpflichtet allein zu arbeiten]</i>		Überwiegend <i>[Pfleger sollen vorzugsweise in Kooperation arbeiten]</i>	
10.2 Wechselseitige Unterstützung erfolgt	Kaum <i>[wechselseitige Unterstützung nicht existent]</i>	Hole-Kooperation <i>[Kooperationen entstehen überwiegend durch Bitte der Pflegenden]</i>	Bringe-Kooperation <i>[Kooperation entstehen durch Hilfsangebote anderer Pflegenden]</i>	Hole- und Bringe-Kooperation <i>[Kooperation entstehen sowohl durch Hilfsangebote anderer Pflegenden als auch durch Aufforderung anderer Pflegenden zur Hilfe]</i>
10.4 Arbeit im multi-professionellen Team (aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit, um gemeinsame Aufgabe/ gemeinsames Problem zu lösen; gemeinsam und aus verschiedenen Blickwinkeln)	nein		ja	

werden therapeutische Behandlungsmöglichkeiten gesucht/vereinbart, Informationen gesammelt etc.)			
11 Organisation der Kooperation mit anderen Diensten			
11.1 Ärztlicher Dienst	Durchführungskooperation	Planungskooperation	Kontrollkooperation
Kooperation ...	Mit Störungen		Ohne Störungen
11.2 Psychologischer Dienst	Durchführungskooperation	Planungskooperation	Kontrollkooperation
Kooperation ...	Mit Störungen		Ohne Störungen
11.3 Ergotherapeuten	Durchführungskooperation	Planungskooperation	Kontrollkooperation
Kooperation ...	Mit Störungen		Ohne Störungen
11.3 Andere Therapeuten (Physio-, Musik-, Arbeitstherapie) und Sozialarbeiter	Durchführungskooperation	Planungskooperation	Kontrollkooperation
Kooperation ...	Mit Störungen		Ohne Störungen
11.4 Funktionsdienste (z.B. Labor, EKG)	Durchführungskooperation	Planungskooperation	Kontrollkooperation
Kooperation ...	Mit Störungen		Ohne Störungen
11.5 Anderer Stationen	Durchführungskooperation	Planungskooperation	Kontrollkooperation
Kooperation ...	Mit Störungen		Ohne Störungen
11.6 Transport	Durchführungskooperation	Planungskooperation	Kontrollkooperation
Kooperation ...	Mit Störungen		Ohne Störungen
11.7 Versorgungsdienste (z. B. Verpflegung, Reinigung)	Durchführungskooperation	Planungskooperation	Kontrollkooperation
Kooperation ...	Mit Störungen		Ohne Störungen
11.8 Teilnahme anderer Dienste an Dienstbesprechungen	Keine Teilnahme	Unregelmäßige Teilnahme	Teilnahme bei Bedarf Immer Teilnahme
12 Stationsklima/Teamklima			
12.1 Möglichkeiten Probleme/Ideen im Team zu besprechen	Nein	Inoffiziell <i>[nur einige Mitarbeiter untereinander]</i>	Offiziell

12.2 Teilung von Anerkennung im Team (von Patienten etc.)	Nein	Inoffiziell <i>[nur einige Mitarbeiter untereinander]</i>	Offiziell			
12.3 Besprechung von Mängeln/Kritik im Team (sachl./organisatorisch)	Nein	Inoffiziell <i>[nur einige Mitarbeiter untereinander]</i>	Offiziell			
12.4 Möglichkeit der Leistungsrückmeldung (Mitarbeitergespräche)	Nein	Inoffiziell <i>[nur einige Mitarbeiter untereinander]</i>	Offiziell			
12.4 findet Supervision bez. MA-Angelegenheiten statt	Nein	Inoffiziell <i>[nur einige Mitarbeiter untereinander]</i>	Offiziell			
12.4 findet Supervision bez. Patientenangelegenheiten statt	Nein	Inoffiziell <i>[nur einige Mitarbeiter untereinander]</i>	Offiziell			
12.5 Gepflogenheiten zur Mitarbeiterbeteiligung bei der Stationsführung * mehrere Kreuze mgl.	keine Beteiligung	Beteiligung bei			feste Verantwortungsbereiche der MA <i>[Leitung überträgt Pflegenden feste Aufgabenbereiche]</i>	
		Urlaubs-, Schichtplanung usw.	Arbeitsverteilung	Arbeitsabläufe	Ausstattung der Station	Weiterbildung auf Station
12.6 Mitarbeiter erörtern ihre Arbeit miteinander (beraten sich, geben sich Hinweise)	Überhaupt nicht <i>[Mitarbeiter erörtern ihre Arbeit nicht miteinander]</i>	nur einzelne Mitarbeiter <i>[Einzelne Mitarbeiter erörtern ihre Arbeit miteinander, jedoch Mitarbeitergebunden]</i>			alle Mitarbeiter <i>[Alle Mitarbeiter erörtern ihre Arbeit miteinander]</i>	
12.7 Regelungen zur Integration von Schülern/Praktikanten	Nein <i>[Es gibt keine klaren Regeln für die Integration von Schülern/Praktikanten]</i>	Ja <i>[Es gibt klare Regeln für die Integration von Schülern, z. B. Schülertutorensysteme]</i>				
12.8 Regelungen zur Integration neuer Mitarbeiter	Nein <i>[Es gibt keine klaren Regeln für die Integration von neuen Mitarbeitern]</i>	Ja <i>[Es gibt klare Regeln für die Integration von neuen Mitarbeitern, z. B. Einarbeitungspläne/-strukturen von neuen Mitarbeitern]</i>				

Anhang 15 Patienten-Wochenpläne in 6 psychiatrischen Tageskliniken

Patienten-Wochenplan – Tagesklinik Nr. 20

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8:00 Morgenrunde	8:00 Stationsversammlung	7:30 Morgenrunde	9:30 – 11:00 Gruppenpsychotherapie	7:30 Morgenrunde
	8:35 – 9:00 Gymnastik	8:35 – 9:00 Gymnastik	8:35 – 9:00 Gymnastik	8:35 – 9:00 Gymnastik
8:30 – 9:00 Patientenfrühstück	9:00 – 9:30 Patientenfrühstück	9:00 – 9:30 Patientenfrühstück	9:00 – 9:30 Patientenfrühstück	9:00 – 9:30 Patientenfrühstück
9:00 – 12:00 Wanderung (Pat. allein)	10:15 – 11:45 Körpertherapie	8:00 – 9:00 Selbstsicherheitstraining	9:30 – 10:30 <i>Chefarztvisite</i> <i>(alle 3 Wo)</i>	8:00 – 9:00 Selbstsicherheitstraining
		10:00 – 11:30 Kunsttherapie		10:45 – 11:30 Tanz
		11:00 – 12:30 Walking		
12:00 – 13:30 Mittagspause	12:00 – 13:30 Mittagspause	12:00 – 13:30 Mittagspause	12:00 – 13:00 Mittagspause	
13:30 – 14:30 PMR	13:30 – 15:00 Gruppenpsychotherapie	13:30 – 14:30 PMR	13:00 – 14:00 Psychoedukation Psychose	
13:30 – 15:30 Kunsttherapie	14:00 – 15:00 Skills-Training	13:30 – 15:30 Kunsttherapie	13:30 – 15:00 Körpertherapie	
16.:0 – 17:30 konzentratve Entspannung	14:00 – 15:00 Psychoedukation	16:30 – 17:30 konzentratve Entspannung		

Patienten-Wochenplan – Tagesklinik Nr. 22

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7:30 Frühstück	07:30 Bewegungstherapie anschl. Frühstück	7:30 Frühstück	07:30 Bewegungstherapie anschl. Frühstück	7:30 Frühstück
8:00 Oberarzt-Visite		8:00 Visite		8:00 Visite
10:30 – 12:00 Ergotherapie	10:30 – 12:00 Ergotherapie	Vormittags Gruppentherapie		10:30 – 12:00 Ergotherapie
12:00 Mittagessen	12:00 Mittagessen	12:00 Mittagessen	12:00 Mittagessen	12:00 Mittagessen
13:30 – 15:00 Schwimmen	13:30 – 14:45 Ergotherapie	13:30 – 14:45 Ergotherapie	13:30 – 14:45 Ergotherapie	13:30 – 14:30 Patientennachmittag

Vormittags wie nachmittags werden viele weitere Gruppen angeboten (Psychosegruppe, Nordic Walking, Entspannung, Cog-Pack, Suchtgruppe, Fitness, Bipolare Gruppe, etc.), an denen die Patienten nach Bedarf und nach ärztlicher Anweisung teilnehmen.

Patienten-Wochenplan – Tagesklinik Nr. 21

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7:45 – 8:15 Frühstück	7:45 – 8:15 Frühstück	7:45 – 8:15 Frühstück	7:45 – 8:15 Frühstück	7:45 – 8:15 Frühstück
8:15 – 8:30 Morgenbewegung	8:15 – 8:30 Morgenbewegung	8:15 – 8:30 Morgenbewegung	8:15 – 8:30 Morgenbewegung	8:15 – 8:30 Morgenbewegung
8:30 – 9:30 Visite	8:30 – 9:30 Stationsgruppe	8:30 – 9:30 Chefarzt-Visite	8:30 – 9:30 Ergotherapie	8:30 – 9:30 Ergotherapie oder Skillgruppe
10:00 – 10:30 Gruppentherapie	10:00 – 12:00 Wandern	10:00 – 10:30 Sport und Bewegung	9:45 – 11:00 Gruppengespräch	10:00 – 11:00 Visite
10:45 – 12:00 KBT		11:15 – 12:00 Ergotherapie	11:15 – 12:00 Regulative Musiktherapie	11:15 – 12:00 aktive Musiktherapie
12:00 Mittagessen	12:00 Mittagessen	12:00 Mittagessen	12:00 Mittagessen	12:00 Mittagessen
13:00 – 13:30 PMR	13:00 – 13:30 Autogenes Training oder Imagination	13:00 – 13:30 PMR		13:00 – 13:30 Autogenes Training
13:30 – 14:00 Kaffee	13:30 – 14:00 Kaffee	13:30 – 14:00 Kaffee	Behördentag	13:30 – 14:00 Kaffee (Wochenabschluss)
14:00 – 14:10 Patientenrunde	14:00 – 15:00 Ergotherapie	14:00 – 15:00 Gruppenergothérapie		
14:10 – 15:00 Nordic Walking				

Patienten-Wochenplan – Tagesklinik Nr. 23

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7:45 Frühstück	7:45 Frühstück		7:45 Frühstück	7:45 Frühstück
8:00 – 8:30 Morgenrunde	8:00 – 8:30 Morgenrunde		8:00 – 8:30 Morgenrunde	8:00 – 8:30 Morgenrunde
8:30 – 10:15 Schule	8:30 Schulaufgaben	alle 2 Wochen Heimatschule und Hausbesuch, die anderen Wochen Kochen und „Selbst- organisation“ Ausflug	8:30 Schule	8:30 Schule
8:45 – 10:15 Elternbeschäftigung	8:45 – 10:15 Visite		8:45 – 10:15 Elternbeschäftigung	8:45 – 10:15 Elternbeschäftigung
10:15 – 11:15 Montagsrunde	10:15 – 11:15 Gespräche, Aufgaben, Ergo- therapie		10:15 – 11:15 Gespräche, Aufgaben, Er- gotherapie	10:15 – 12:30 Familienergotherapie
11:15 – 12:30 Eltern-/Kindergruppe	11:15 – 12:30 Bewegungsgruppe		11:15 – 12:30 Eltern-/Kindergruppe	
12:30 – 13:15 Mittagessen	12:30 – 13:15 Mittagessen			12:30 – 13:15 Mittagessen
13:15 – 14:30 Gespräche, Aufgaben, Ergo- therapie	13:15 – 14:30 Gespräche, Aufgaben, Ergo- therapie, Reiten		13:15 – 14:30 Gespräche, Aufgaben, Er- gotherapie	12:45 Freitagsrunde
14:30 – 14:45 Blitzlicht	14:30 – 14:45 Blitzlicht		14:30 – 14:45 Blitzlicht	

Patienten-Wochenplan – Tagesklinik Nr. 24

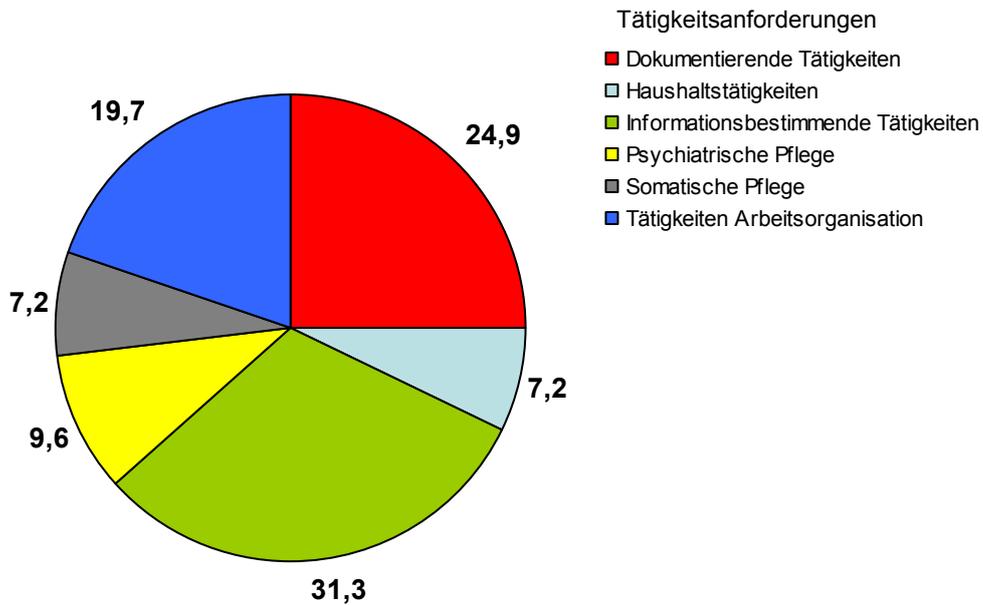
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7:30 – 8:00 Frühstück	7:30 – 8:00 Frühstück	7:30 – 8:00 Frühstück	7:30 – 8:00 Frühstück	7:30 – 8:00 Frühstück
8:30 – 9:30 Stationsversammlung	8:05 – 8:15 Morgenrunde	9:20 – 10:55 Klinikschule	8:05 – 8:45 Morgenrunde	8:30 – 10:05 Klinikschule
10:10 – 11:45 Klinikschule	8:30 – 10:05 Klinikschule	11:15 – 12:00 Physiotherapie	8:30 – 10:45 Klinikschule	Zeit für Wochenrückblick
	11:00 – 12:00 therapeutische Gruppe	11:15 – 12:00 Entspannung	11:15 – 12:00 therapeutische Körperarbeit mit Tanz und Bewegung	11:00 – 12:00 Sportgruppe
			10:15 – 12:30 Koch-/Backgruppe	
			11:00 – 12:00 Ergotherapie	
			11:15 – 12:15 Physiotherapie	
12:30 – 13:00 Mittagessen	12:30 – 13:00 Mittagessen	12:30 – 13:00 Mittagessen	12:30 – 13:00 Mittagessen	12:30 – 13:00 Mittagessen
13:00 – 14:00 soziales Kompetenztraining Gr.1	13:00 – 15:00 Gruppenaktivität	13:00 – 15:30 therapeutisches Reiten	13:00 – 14:00 soziales Kompetenztraining Gr.2	13:00 – 13:45 Ergotherapie Gr.2
13:00 – 13:45 Physiotherapie Gr.2		13:00 – 14:00 Ergotherapie/Kunstgruppe		
14:15 – 15:00 Ergotherapie/Kunstgruppe		14:00 – 15:00 Ergotherapie/Kunstgruppe Gr.1	14:00 – 15:00 Ergotherapie/Kunstgruppe Gr.1	13:45 – 14:45 Stationsversammlung
14:15 – 15:00 Physiotherapie Gr.1				15:00 Aufräumen
15:00 Vesper, Aufräumen	15:00 Vesper, Aufräumen	15:00 Vesper, Aufräumen	15:00 Vesper, Aufräumen	

Patienten-Wochenplan – Tagesklinik Nr. 25

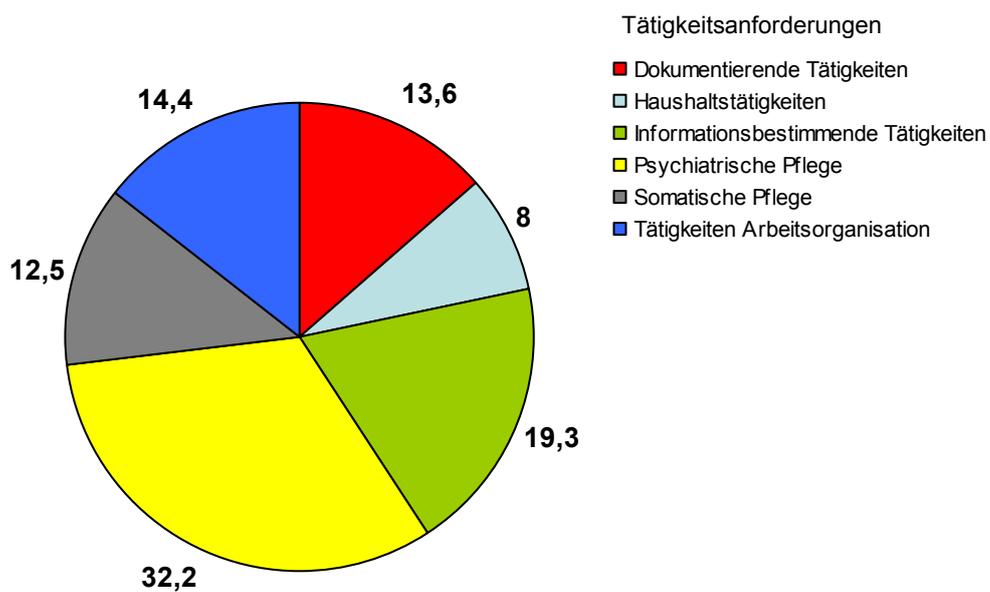
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8:00 – 8:30 Frühstück	8:00 – 8:30 Frühstück	8:00 – 8:30 Frühstück	8:00 – 8:30 Frühstück	8:00 – 8:30 Frühstück
8:30 – 8:45 Frühbesprechung	8:30 – 8:45 Frühbesprechung	8:30 – 8:45 Frühbesprechung	8:30 – 8:45 Frühbesprechung	8:30 – 8:45 Frühbesprechung
9:00 – 10:15 Fertigkeitentraining	9:00 – 10:15 interaktionelle Gruppe	9:00 – 10:15 Psychoedukation/ Orientierungsfokus	9:00 – 10:00 Musiktherapie	9:00 – 10:15 interaktionelle Gruppe
10:30 – 11:00 Plenum	10:30 – 11:30 Entspannungstherapie	10:30 – 11:15 Bewegungstherapie	10:30 – 11:15 regulative Musiktherapie	11:00 – 11:30 ärztliche Visite
		Kochen alle 14 Tage	11:30 – 12:30 Fokus	11:30 – 12:30 „auf zum Lauf“
12:30 – 13:00 Mittagessen	12:30 – 13:00 Mittagessen	12:30 – 13:00 Mittagessen	12:30 – 13:00 Mittagessen	12:30 – 13:00 Mittagessen
14:00 – 14:30 ärztliche Visite	13:00 – 14:00 „auf zum Lauf“	13:00 – 14:00 Psychotherapie Treff	13:15 – 14:30 Fertigkeitentraining	13:15 – 14:30 soziale Kompetenz
14:15 – 15:00 regulative Musiktherapie		14:00 – 16:00 Außen-/Innenaktivität		15:00 – 15:20 Zielerunde
15:00 – 16:00 Musiktherapie	15:15 – 16:30 Bewegungstherapie		15:00 – 16:15 Bewegungstherapie	15:30 – 16:00 Abschlussrunde

Anhang 16 Beobachtete Tätigkeiten in den einzelnen Tageskliniken

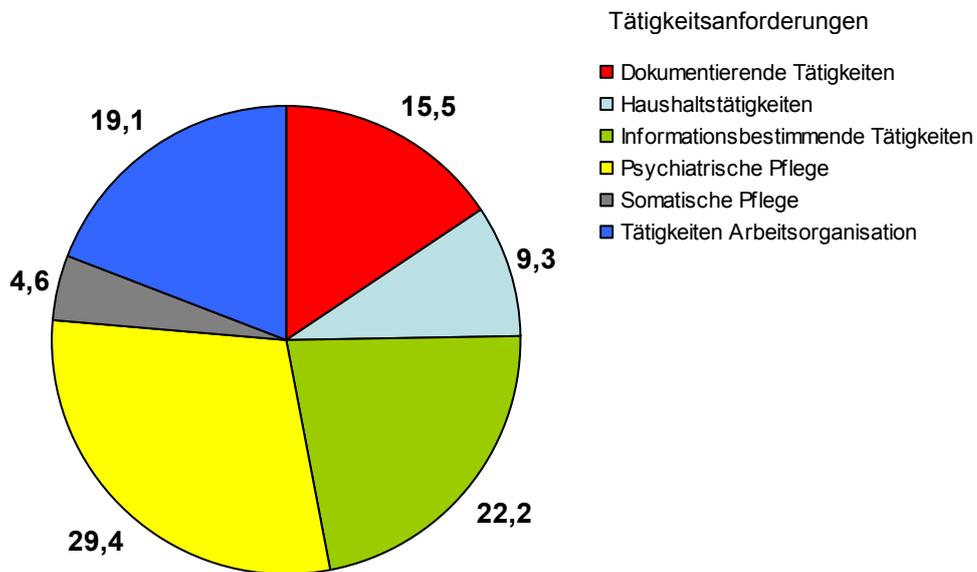
Tätigkeiten der Pflegenden in der Tagesklinik Nr. 20
(Anteil der Tätigkeitsgruppen an der Gesamtarbeitszeit in %):



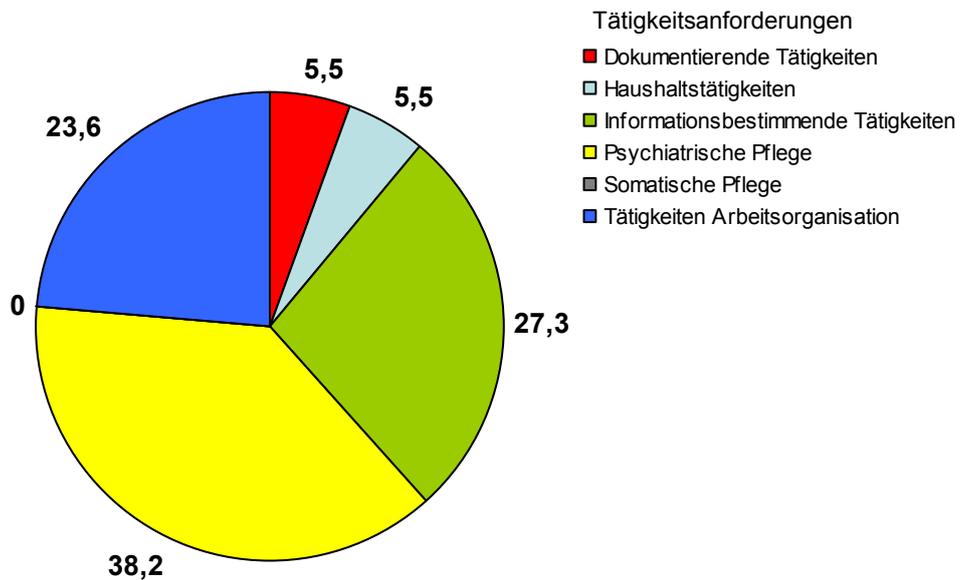
Tätigkeiten der Pflegenden in der Tagesklinik Nr. 22
(Anteil der Tätigkeitsgruppen an der Gesamtarbeitszeit in %):



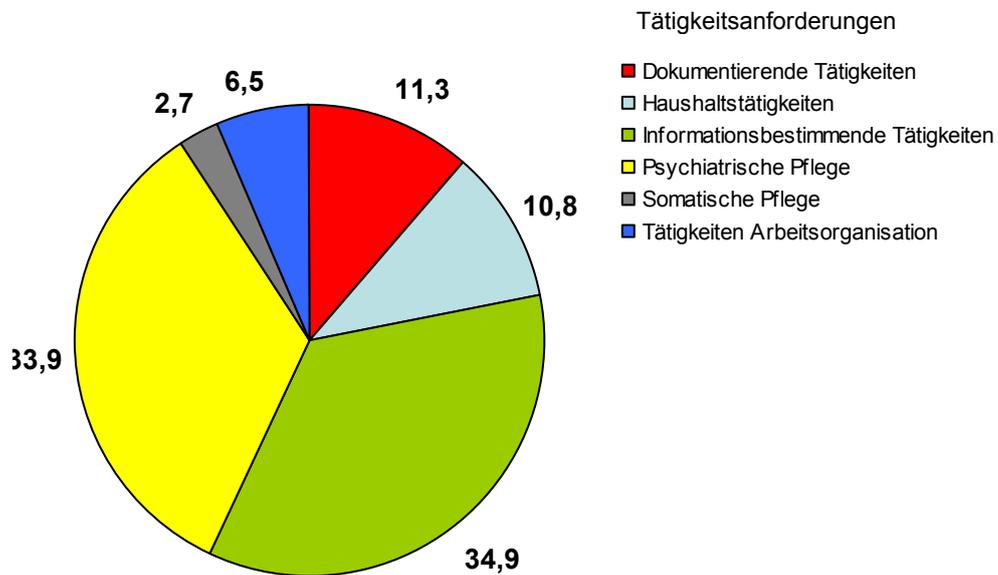
Tätigkeiten der Pflegenden in der Tagesklinik Nr. 21
(Anteil der Tätigkeitsgruppen an der Gesamtarbeitszeit in %):



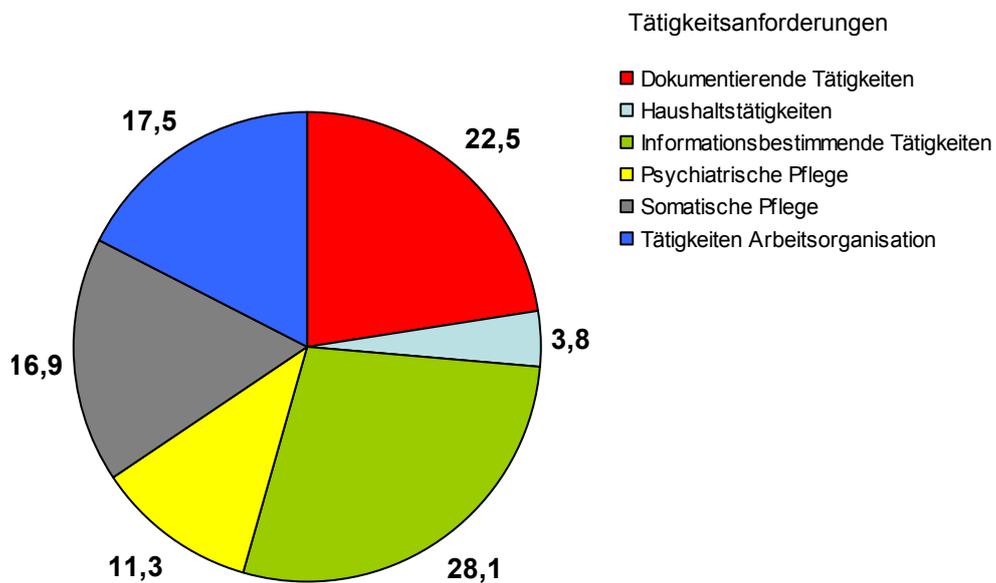
Tätigkeiten der Pflegenden in der Tagesklinik Nr. 23
(Anteil der Tätigkeitsgruppen an der Gesamtarbeitszeit in %):



Tätigkeiten der Pflegenden in der Tagesklinik Nr. 24
(Anteil der Tätigkeitsgruppen an der Gesamtarbeitszeit in %):



Tätigkeiten der Pflegenden in der Tagesklinik Nr. 25
(Anteil der Tätigkeitsgruppen an der Gesamtarbeitszeit in %):



Anhang 17 Auswertungsschema zur Einordnung beobachteter Tätigkeiten in der teilstationären psychiatrischen Pflege

[Erfassung der Episodedauer und -häufigkeit für Tätigkeiten mit und Tätigkeiten ohne Patienteninteraktion bzw. psychosoziale Zuwendung]

(1) Somatische Pflege:

Allgemeine Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Vitalzeichenkontrolle (z. B. Temperatur, Puls, Blutdruck, Atmung) • Durchführung prophylaktischer Maßnahmen (z. B. Pneumonie-, Kontraktur-, Soor-, Dekubitus-, Thromboseprophylaxe) • Mobilisation von Kranken (z. B. Lagern bettlägeriger Kranker, Unterstützung beim Gehen bei der Benutzung von Gehhilfen und Rollstühlen) • Anleitung und Hilfe bei der Eigenhygiene (z. B. Aufstehen, Körperpflege, Waschen, Urin- und Stuhlentleerung) • Sicherstellung bei der Nahrungsaufnahme (z. B. Vorbereiten und Verteilen der Mahlzeiten, Anleitung und Hilfe beim Essen) • Bettenmachen und Anleitung der Patienten beim Beziehen von Betten • Sicherstellen hygienischer Maßnahmen (z. B. Bett, Nachttisch) • Urinkontrolle • Betreuung Sterbender, Versorgung Verstorbener
Spezielle Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkung bei oder Durchführung von Blutentnahmen, Injektionen und Infusionen, Blutzuckermessung, Katheterismus und anderen medizinischen Verordnungen • Richten von Medikamenten • Ausgeben von Medikamenten • Mitwirkung bei der Notfallversorgung und Maßnahmen der Ersten Hilfe • Begleitung zu diagnostischen Maßnahmen (z. B. Labor, Konsiliarärzte) • Vor- und Nachbereiten von Untersuchungen • Wundversorgung

(2) Psychiatrische Pflege

Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> • Einführen des Patienten in die Station • Pflegeplanung und -bewertung • Fortwährende Betreuung und ständige Beobachtung von Kranken, tagesweise Einzelbetreuung in Krisensituationen, Krisenintervention in Gefährdungssituationen • Entlastende und orientierungsgebende Gesprächskontakte, Anlaufstelle für Patienten • Allgemeine Gesprächskontakte mit Patienten • Gespräche mit Angehörigen über Patient (auch telefonische Kontakte) • Trainingsmaßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses und Mithilfe bei der Bewältigung des Tagesablaufs
--	---

- Mitwirkung bei Einzel- und Familientherapien
- Teilnahme an Einzel- und Familientherapien
- Begleitung bei Hausbesuchen, Vorstellungsterminen in sonstigen Einrichtungen und Institutionen
- Durchführung von bzw. Mitwirkung an speziellen psychotherapeutischen Maßnahmen (z. B. Imagination)
- Hilfe beim Umgang mit persönlichem Eigentum

Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

- Durchführung von bzw. Mitwirkung an Versammlungen einschließlich „Morgenrunden“
- Teilnahme an Versammlungen „Morgenrunden“
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten, Sozialtraining, Aktivitätsgruppen im Rahmen des therapeutischen Stationsmilieus, Planung, Gestaltung und Durchführung von Aktivitäten außerhalb der Station (z. B. Spaziergänge, Ausflüge, Freizeitangebote)
- Durchführen von bzw. Mitwirken in speziellen Therapiegruppen (z. B. Gesprächspsychotherapie, Rollenspiel, Bewegungstherapie, Beschäftigungstherapie)
- Teilnahme an speziellen Therapiegruppen (z. B. Gesprächspsychotherapie, Rollenspiel, Bewegungstherapie, Beschäftigungstherapie)

(3) Informationsbestimmende Tätigkeiten

- Visiten des Arztes: Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung
- Übergaben (z. B. Informationsübergabe an Teilzeitkräfte)
- Patientenaufnahme, Pflegeanamnese
- Einarbeiten in Patientenakte
- Teilnahme an Therapiekonferenzen, Konzeptbesprechungen im interdisziplinären Team
- Teilnahme an stationsübergreifenden Dienstbesprechungen
- Teilnahme an stationsbezogener Supervision, Balintgruppen
- Hausinterne Fort- und Weiterbildung
- Besprechungen im Pflorgeteam
- Informelle (inoffizielle) Gespräche über Patienten, Arbeit (alle Berufsgruppen betreffend)
- Kooperation mit anderen Abteilungen, Hausarzt, Archiv, Kurier (z. B. zur Befundermittlung)

(4) Dokumentierende Tätigkeiten

- Visiten, Teamsitzung
- Psychiatrische Pflege (Gespräche mit Patienten)

- Therapien
- Somatische Pflege
- Pflegeplanung/-bewertung

(5) Tätigkeiten der Arbeits-/Ablauforganisation

- Erstellung von Wochen- bzw. Tagesplänen
- Beantwortung organisatorischer Nachfragen seitens der Patienten
- Koordination der Arbeitsabläufe, Einsatz der pflegerischen Mitarbeiter, Dienstplanung
- Externe und interne Terminplanung und Koordination diagnostischer und therapeutischer Leistungen (z. B. Abarbeitung, Auswertung von Anordnungen, Abheften von Befunden)
- Interne Disposition, Bevorratung von Medikamenten, Pflegehilfsmitteln und sonstigen Materialien und andere Verwaltungsaufgaben (Statistiken etc.)
- Anleitungs- und Unterweisungsaufgaben, z. B. von neuen Mitarbeitern, Krankenpflegeschülern, Praktikanten und Zivildienstleistenden
- Maßnahmen in Zusammenhang mit Verlegung und Entlassung
- Verteilung von Aufgaben/Verantwortlichkeiten an Patienten
- Sonstiges (z. B. Abrechnungen)

(6) Haushaltstätigkeiten (Auffüllarbeiten, Säuberungsarbeiten)

Anhang 18 Checkliste zur Erfassung der Arbeitsorganisation und des Arbeitserlebens in der teilstationären psychiatrischen Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen für die Teilnahme an dieser Studie. Sie wird von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gefördert und hat zum Ziel, einen Überblick über die Beanspruchungssituation von an der Pflege beteiligten Berufsgruppen in der teilstationären psychiatrischen Pflege zu geben. Diese Studie wird sachsenweit durchgeführt.

Sehr viele Pflegende scheiden nicht zuletzt auch auf Grund der hohen Belastungen vorzeitig aus dem Arbeitsleben aus. Deshalb interessiert uns, unter welchen organisatorischen Bedingungen es Ihnen möglich ist, gesund und leistungsfähig das Rentenalter zu erreichen. Daher ist es für uns wichtig, dass sie diese Checkliste zum jetzigen Zeitpunkt ausfüllen. Wir bitten Sie ein weiteres Exemplar auch ein zweites Mal auszufüllen und zwar in einem Monat. Dies ist sehr wichtig, denn auf diese Weise können wir zuverlässige Ergebnisse ermitteln.

Wir freuen uns, dass Sie an diesem Projekt teilnehmen und natürlich sollen auch Sie davon profitieren. Sie erhalten eine Rückmeldung über die ermittelten Ergebnisse: zum einen umfasst dies die Zusammenfassung der Ergebnisse **aller** Einrichtungen und zum anderen erhalten Sie die Resultate **Ihrer** Tagesklinik. Die Rückmeldung wird so erfolgen, dass ein Rückschluss auf Ihre Person **nicht** möglich ist. Wir werden Ihnen außerdem Empfehlungen geben, wie Sie Ihre Arbeit gesünder gestalten können.

Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Alle Daten werden nur in **anonymisierter** Form und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet.

Bitte beantworten Sie die Fragen **allein**.

Um die Auswertbarkeit der Daten zu gewährleisten, füllen Sie bitte folgende Codierung aus:

1. Erster Buchstabe des Vornamens des Vaters	1.
2. Erster Buchstabe des Vornamens der Mutter	2.
3. Letzter Buchstabe des Vornamens der Mutter	3.
4. Datum des <u>Geburtstages</u> der Mutter (z. B. „12“ für 12. Mai)	4.

Zum Beispiel:

1. Erster Buchstabe des Vornamens des Vaters, z. B. Kurt	1. K
2. Erster Buchstabe des Vornamens der Mutter, z. B. Helga	2. H
3. Letzter Buchstabe des Vornamens der Mutter, z. B. Helga	3. A
4. Datum des <u>Geburtstages</u> der Mutter (z. B. „12“ für 12. Mai)	4. 12

Für Fragen und Anmerkungen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung!

Ansprechpartner: Nicole Stab

Technische Universität Dresden

Fachrichtung Psychologie, Arbeitsgruppe „Wissen-Denken-Handeln“

01062 Dresden

E-Mail: stab@psychologie.tu-dresden.de

Datum (bitte angeben):

Angaben zu Ihrer Person:

Wie alt sind Sie?	<input type="checkbox"/> < 21 Jahre	<input type="checkbox"/> zwischen 36 und 50 Jahren
	<input type="checkbox"/> zwischen 21 und 35 Jahren	<input type="checkbox"/> > 50 Jahre
Was sind Sie von Beruf?	<input type="checkbox"/> Krankenschwester/-pfleger	<input type="checkbox"/> HeilerziehungspflegerIn
	<input type="checkbox"/> Fachschwester/-pfleger für Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Sonstiges Was?
Wie lange arbeiten Sie schon in der Pflege?	<input type="checkbox"/> < 1 Jahr	<input type="checkbox"/> zwischen 5 und 15 Jahren
	<input type="checkbox"/> zwischen 1 und 5 Jahren	<input type="checkbox"/> > 15 Jahre
Wie lange arbeiten Sie schon in dieser Tagesklinik?	<input type="checkbox"/> < 1 Jahr	<input type="checkbox"/> zwischen 5 und 15 Jahren
	<input type="checkbox"/> zwischen 1 und 5 Jahren	<input type="checkbox"/> > 15 Jahre
Wo waren Sie vorher beschäftigt?	<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Teilstationäre Pflege
	<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Welches Geschlecht haben Sie?	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Derzeitige wöchentliche Arbeitszeit?	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> mehr als 50% aber unter 75%
	<input type="checkbox"/> mehr als 75% aber unter 100%	<input type="checkbox"/> unter 50%
Familienstand?	<input type="checkbox"/> mit Partner lebend	Anzahl der im Haushalt lebender Kinder? _____ Kinder
	<input type="checkbox"/> ledig	
Art des Arbeitsvertrags	<input type="checkbox"/> Vollzeit	Wenn Teilzeit: Der Vertrag umfasst _____ Wochenstunden.
	<input type="checkbox"/> Teilzeit	

Arbeitssituation und mögliche Beziehungen zum tätigkeitsspezifischen Beanspruchungserleben

So geht es:

Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen Kästchen an. Bitte achten Sie darauf, dass Sie **pro Zeile** jeweils **zwei Kreuze** setzen.

Bitte 2 Kreuze setzen: - Ist-Zustand: X - Beziehung zu Belastung: X	nein	eher nein	eher ja	ja	Fühlen Sie sich dadurch belastet?			
					nein	ja		
						wenig	mittel	stark
<u>Beispiel:</u> Kann ohne Zeitdruck gearbeitet werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ist-Zustand?		Belastung für Sie?			

Bitte 2 Kreuze setzen: - Ist-Zustand: X - Beziehung zu Belastung: X	nein	eher nein	eher ja	ja	Fühlen Sie sich dadurch belastet?		
					nein	ja	
						wenig	mittel
Bietet Ihnen Ihre Arbeit Chancen, Ihr Fachwissen über die unmittelbaren Arbeitsanforderungen hinaus zu erweitern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bietet Ihnen Ihre Arbeit Chancen, Ihre sozialen Fähigkeiten über die unmittelbaren Arbeitsanforderungen hinaus zu erweitern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bietet Ihnen Ihre Arbeit Chancen, Ihre praktischen Fertigkeiten über die unmittelbaren Arbeitsanforderungen hinaus zu erweitern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Was sind die 3 bedeutendsten Entlastungen/Unterstützungen bei Ihrer Arbeit?

Was sind die 3 stärksten Belastungen bei Ihrer Arbeit?

Umgang mit Belastungen

Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen Kästchen an.

Bitte 1 Kreuz setzen.	nein	eher nein	teils, teils	eher ja	ja
Wenn ich bei meiner Arbeit durch eine belastende Situation mit einem Patienten, den ich pflege, beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin, dann...					
...sage ich mir, dass ich das durchstehen werde.	<input type="checkbox"/>				
...sage ich mir, du kannst damit fertig werden.	<input type="checkbox"/>				
...versuche ich, mit jemandem über das Problem zu reden.	<input type="checkbox"/>				
...suche ich bei mir selbst die Schuld.	<input type="checkbox"/>				
...beschäftigt mich die Situation hinterher noch lange.	<input type="checkbox"/>				
...spiele ich die Situation nachher in Gedanken immer wieder durch.	<input type="checkbox"/>				
...bin ich froh, dass ich einfach weiterarbeiten kann.	<input type="checkbox"/>				
...tue ich etwas, was mich davon ablenkt.	<input type="checkbox"/>				
...sage ich mir, es kommt alles wieder in Ordnung.	<input type="checkbox"/>				

Arbeitsengagement

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Zeichen an:

Bitte beachten:
Voller Kreis heißt, dass Sie der Aussage völlig zustimmen, leerer Kreis heißt, dass Sie überhaupt nicht zustimmen.

Aussage ...	trifft überhaupt nicht				
	überwiegend völlig zu	überwiegend teils/teils	teils/teils	nicht	trifft überhaupt nicht
	↓	↓	↓	↓	↓
	●	◐	◑	◒	○
1. Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben.	●	◐	◑	◒	○
2. Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung.	●	◐	◑	◒	○
3. Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein.	●	◐	◑	◒	○
4. Berufliche Karriere bedeutet mir wenig.	●	◐	◑	◒	○
5. Bei der Arbeit kenne ich keine Schonung.	●	◐	◑	◒	○
6. Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als dass ich fehlerhafte Arbeitsergebnisse abliefere.	●	◐	◑	◒	○
7. Was meine berufliche Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig.	●	◐	◑	◒	○
8. Ich arbeite wohl mehr als ich sollte.	●	◐	◑	◒	○
9. Bei meiner Arbeit habe ich den Ehrgeiz, keinerlei Fehler zu machen.	●	◐	◑	◒	○
10. Ich strebe nach höheren beruflichen Zielen als die meisten anderen.	●	◐	◑	◒	○
11. Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten.	●	◐	◑	◒	○
12. Was immer ich tue, es muss perfekt sein.	●	◐	◑	◒	○
13. Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen.	●	◐	◑	◒	○
14. Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt.	●	◐	◑	◒	○
15. Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin.	●	◐	◑	◒	○
16. Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel.	●	◐	◑	◒	○
17. In der Arbeit verausgabe ich mich stark.	●	◐	◑	◒	○
18. Es widerstrebt mir, wenn ich eine Arbeit abschließen muss, obwohl sie noch verbessert werden könnte.	●	◐	◑	◒	○

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes:

	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?					

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
mittelschwere Tätigkeiten , z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen			
mehrere Treppenabsätze steigen			

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	Ja	Nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte		
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun		

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	Ja	Nein
Ich habe weniger geschafft als ich wollte		
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten		

	überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
Inwieweit haben Sie Schmerzen <u>in den letzten 4 Wochen</u> bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?					

Wie oft waren Sie in den letzten vier Wochen ...

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
...ruhig und gelassen?						
...voller Energie?						
...entmutigt und traurig?						

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den letzten 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt.					

Allgemeine Angaben zu Beschwerden im Muskel-Skelett-System

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten zu irgendeiner Zeit Beschwerden oder Schmerzen in folgenden Körperregionen?	Diese beiden Spalten sind nur zu beantworten, wenn die Fragen in der 1. Spalte (links) mit „Ja“ beantwortet wurden.			
	Waren sie wegen der Beschwerden in den letzten 12 Monaten irgendwann nicht in der Lage, ihre normale Arbeit zu tun (beruflich, zu Hause oder Freizeitbeschäftigungen)?		Hatten Sie während der letzten 7 Tage irgendwann Beschwerden?	
1. Nackenregion <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
2. Schulterregion <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, rechts <input type="checkbox"/> Ja, links <input type="checkbox"/> Ja, beidseits	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
3. Ellenbogenregion <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, rechts <input type="checkbox"/> Ja, links <input type="checkbox"/> Ja, beidseits	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4. Handgelenke/Hände <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, rechts <input type="checkbox"/> Ja, links <input type="checkbox"/> Ja, beidseits	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
5. Oberer Rücken/Brustwirbelsäule <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
6. Unterer Rücken (Kreuz) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
7. Ein oder beide Hüften/Oberschenkel <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
8. Ein oder beide Knie <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
9. Ein oder beide Knöchel/Füße <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Anhang 19 Korrelationen des Arbeitserlebens und der organisationalen Gegebenheiten in psychiatrischen Tageskliniken

- Flexibler Einsatz von Teilzeitkräften
($R_{s \text{ Faktor } 2} [34] = .482, p < .01$; $R_{s \text{ Faktor } 3} [34] = .346, p < .05$; $R_{s \text{ Faktor } 4} [41] = .381, p < .05$),
- Teilnahme der Pflegenden an der Visite
($R_{s \text{ Faktor } 2} [37] = .541, p < .001$; $R_{s \text{ Faktor } 3} [35] = .491, p < .01$; $R_{s \text{ Faktor } 4} [43] = .317, p < .05$; $R_{s \text{ Faktor } 5} [43] = .391, p < .01$),
- Übergabe von Informationen
($R_{s \text{ Faktor } 1} [34] = .401, p < .05$; $R_{s \text{ Faktor } 2} [28] = .509, p < .01$; $R_{s \text{ Faktor } 4} [35] = .444, p < .01$; $R_{s \text{ Faktor } 6} [35] = .5481, p < .001$),
- Zeitpunkte der Übergaben
($R_{s \text{ Faktor } 2} [21] = .598, p < .01$; $R_{s \text{ Faktor } 3} [22] = .473, p < .05$),
- Informationen von Ärzten und/oder Therapeuten
($R_{s \text{ Faktor } 1} [36] = .454, p < .01$; $R_{s \text{ Faktor } 4} [39] = .410, p < .05$),
- Selbstständige Entscheidungsmöglichkeiten der Pflegenden in Bezug auf die Mobilisation von Patienten
($R_{s \text{ Faktor } 2} [36] = .512, p < .001$; $R_{s \text{ Faktor } 3} [34] = .355, p < .05$),
- Berücksichtigung von Mitarbeiterwünschen bei der Dienstplangestaltung
($R_{s \text{ Faktor } 3} [35] = .490, p < .01$),
- Vorausschauende Planung von Personal in Bezug auf die Arbeitsintensität
($R_{s \text{ Faktor } 5} [43] = .381, p < .05$),
- Pflegeanamnese
($R_{s \text{ Faktor } 1} [40] = .347, p < .05$),
- Existenz von Vorkehrungen gegen Arbeitshäufungen
($R_{s \text{ Faktor } 5} [43] = .425, p < .01$),
- Existenz von Vorkehrungen gegen Arbeitsunterbrechungen
($R_{s \text{ Faktor } 5} [43] = .407, p < .01$),
- Regelmäßigkeit von Teambesprechungen
($R_{s \text{ Faktor } 5} [43] = .469, p < .01$),
- Weiterbildungen und Arbeitsschutz als Inhalte von Teambesprechungen
($R_{s \text{ Faktor } 1} [38] = .365, p < .05$),
- Selbstständige Entscheidungsmöglichkeiten der Pflegenden bei Problemen
($R_{s \text{ Faktor } 3} [23] = .479, p < .05$),
- Zeitnahe Rückfragemöglichkeiten zu Psychologen
($R_{s \text{ Faktor } 5} [43] = .453, p < .01$),
- Möglichkeit Konflikte/Sorgen mit Patienten zu besprechen
($R_{s \text{ Faktor } 5} [43] = .360, p < .05$),
- Unterstützungsmöglichkeiten im pflegerischen Team
($R_{s \text{ Faktor } 5} [43] = .311, p < .05$),

- Vorbereitung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem ärztlichen Dienst (R_s Faktor 5 [43] = .360, $p < .05$),
- Durchführung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem ärztlichen Dienst (R_s Faktor 2 [37] = .341, $p < .05$),
- Durchführung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem Psychologen (R_s Faktor 2 [37] = .341, $p < .05$),
- Vorbereitung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem Ergotherapeuten (R_s Faktor 2 [33] = .361, $p < .05$),
- Vorbereitung gemeinsamer Tätigkeiten mit anderen Therapeuten (R_s Faktor 1 [40] = .382, $p < .05$),
- Durchführung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem Funktionsdienst (R_s Faktor 1 [37] = .379, $p < .05$; R_s Faktor 4 [40] = .316, $p < .05$),
- Bewertung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem Funktionsdienst (R_s Faktor 1 [37] = .379, $p < .05$; R_s Faktor 4 [40] = .316, $p < .05$),
- Existenz von Supervisionen (R_s Faktor 5 [40] = .552, $p < .001$; R_s Faktor 6 [39] = .458, $p < .001$).
- Verteilung von Arbeitsaufgaben (R_s Faktor 1 [40] = -.415, $p < .01$; R_s Faktor 2 [37] = -.432, $p < .01$),
- Dokumentation der Pflegenden im Rahmen der Visite (R_s Faktor 6 [42] = -.430, $p < .01$),
- Regelungen zur Informationsweitergabe (R_s Faktor 5 [43] = -.387, $p < .01$),
- Teilnahme der Pflegenden an Therapien (R_s Faktor 3 [22] = -.458, $p < .05$),
- Zeitnahe Rückfragemöglichkeiten zu anderen Pflegenden (R_s Faktor 3 [33] = -.395, $p < .05$; R_s Faktor 6 [40] = -.353, $p < .05$),
- Durchführung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem ärztlichen Dienst (R_s Faktor 5 [43] = -.326, $p < .05$),
- Durchführung gemeinsamer Tätigkeiten mit dem Psychologen (R_s Faktor 5 [43] = -.326, $p < .05$),
- Vorbereitung gemeinsamer Tätigkeiten mit anderen Therapeuten (R_s Faktor 5 [43] = -.314, $p < .05$),
- Vorbereitung gemeinsamer Tätigkeiten mit anderen Stationen (R_s Faktor 5 [40] = -.412, $p < .01$),
- Bewertung gemeinsamer Tätigkeiten mit Versorgungsdiensten (R_s Faktor 5 [40] = -.331, $p < .01$),
- Rückmeldungen bezüglich der Leistungen (R_s Faktor 6 [42] = -.346, $p < .01$),
- Beteiligung an der Stationsführung (R_s Faktor 4 [39] = -.348, $p < .01$).