

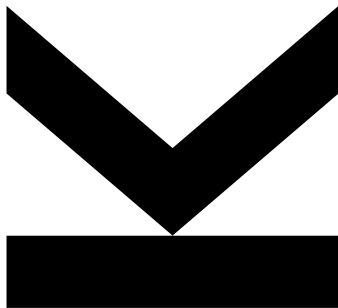
**MINDESTBESETZUNG
IM NACHTDIENST IN
DER STATIONÄREN
LANGZEITPFLEGE
MIT DEM
SCHWERPUNKT
SALZBURG**

Eingereicht von
Norbert Piberger, BSc
01333534

Angefertigt am
**Institut für Recht der sozia-
len Daseinsvorsorge und
Medizinrecht**

Beurteiler
Univ.-Prof. Dr. Walter Pfeil

Monat Jahr
November 2022



Master Thesis
zur Erlangung des akademischen Grades

„MASTER OF LAWS (MEDICAL LAW)“ LL.M.

für den Universitätslehrgang
„Aufbaustudium Medizinrecht“

Eidesstattliche Erklärung

Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die vorliegende Masterarbeit ist mit dem elektronisch übermittelten Textdokument identisch.

Ort, Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Einleitung	6
1. Fachliche Grundlagen zur Nachtdienstbesetzung.....	7
1.1. Stationäre Langzeitpflege.....	7
1.2. Nachtdienst.....	7
1.3. Tätigkeiten im Nachtdienst.....	8
1.3.1. Primärprozesse	8
1.3.2. Sekundärprozesse	9
1.3.3. Zusätzliche Tätigkeiten	9
1.4. Personalbedarfsberechnung im Nachtdienst.....	9
1.5. Organisatorische Personalbesetzung.....	10
1.6. Fachliche Personalbesetzung	10
1.6.1. Positionsunterstützung.....	10
1.6.2. Mobilisierung und Transfer.....	11
1.6.3. Weitere Pflegetätigkeiten	11
2. Interviews.....	12
2.1. Allgemeine Daten.....	12
2.2. Grundlegende Angaben zum Nachtdienst.....	12
2.3. Tätigkeiten im Nachtdienst.....	14
2.4. Pausenregelung.....	15
2.5. Persönliche Anmerkungen	15
2.6. Interpretation.....	16
3. Rechtliche Grundlagen zur Nachtdienstbesetzung	17
3.1. Nachtdienst.....	17
3.2. Pflegestufen	18
3.3. Rechtliche Personalvorgaben.....	19
3.3.8. Burgenland.....	20

3.3.7.	Kärnten	20
3.3.2.	Oberösterreich	21
3.3.5.	Niederösterreich.....	21
3.3.1.	Salzburg.....	22
3.3.3.	Steiermark.....	23
3.3.4.	Tirol.....	23
3.3.9.	Vorarlberg	23
3.3.6.	Wien.....	23
3.4.	Berufe nach dem GuKG	24
3.4.1.	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	24
3.4.2.	Pflegefachassistenz	25
3.4.3.	Pflegeassistenz	26
3.4.4.	Exkurs Sozialbetreuungsberufe.....	28
3.5.	Delegation und Subdelegation	31
3.5.1	Anordnung versus Weisung	32
3.5.2.	Anordnungsverantwortung	33
3.5.3.	Durchführungsverantwortung	35
3.5.4.	Anordnung durch andere Berufsgruppen	36
3.5.5.	Laiendelegation.....	36
4.	Arbeitsrechtliche Aspekte	38
4.1.	Ruhepausen.....	38
4.2.	Fürsorgepflicht	40
4.3.	Treuepflicht	40
4.4.	Haftung	41
4.4.1.	Sachverständigenhaftung.....	41
4.4.2.	Gehilfenhaftung und Dienstnehmerhaftpflichtgesetz	42
4.4.3.	Amtshaftung.....	42
5.	Gefahrenmeldung.....	44
5.1.	Gründe für eine Gefahrenmeldung.....	44
5.2.	Adressat*in.....	44

5.3. Inhalt	45
5.4. Abgrenzung.....	45
6. Conclusio	46
Literaturverzeichnis	49
Onlinequellen.....	51
Rechtsquellen.....	53
Materialien	56
Judikatur.....	57
Tabellenverzeichnis.....	58
Abkürzungsverzeichnis	59
Anhang I – Interviewleitfaden	61

Einleitung

In der stationären Langzeitpflege wird im Nachtdienst häufig eine Stellenplanberechnung angewandt. Das heißt, dass die Personalbesetzung sich nicht nach dem tatsächlichen Aufwand richtet, sondern bedarfsunabhängig quantitativ und qualitativ festgelegt ist. Gerade in kleineren Pflegeheimen kann dies dazu führen, dass während der Nacht nur eine Pflegekraft mit einem Pflegeassistenten-Abschluss anwesend ist.

Fachlich ergeben sich daraus mehrere Problemlagen. Es gibt Pflegehandlungen, welche nur von mehreren Pflegepersonen fachlich korrekt ausgeführt werden können. Außerdem fallen Tätigkeiten mit hoher Priorität – wie die Reaktion auf Notrufe – häufig gleichzeitig an. Berufsrechtlich ist zudem der Tätigkeits- und Entscheidungsbereich der Pflegeassistenten eingeschränkt. Es fallen immer wieder Entscheidungen an, die dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten sind.

Rechtlich sind dazu die folgenden Fragen relevant:

- Welche Qualifikation ist nach den Kompetenzbereichen laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz im Nachtdienst notwendig?
- Welche Tätigkeiten sind (ggf. fernmündlich) delegier- bzw. anordenbar?
- Ist die Anwesenheit einer zweiten ausgebildeten Pflegekraft durchgehend notwendig?
- Welche Rolle spielt bei (vermeintlichen) Defiziten das Instrument der Gefahrenmeldung?

Das methodische Vorgehen stellt sich dabei folgendermaßen dar:

Primär erfolgt eine Erhebung der Tätigkeiten im Nachtdienst aus der pflegerischen Fachliteratur. Diese wird durch strukturierte Interviews mit Pflegepersonen, die Nachtdienste absolvieren, ergänzt. Davon ausgehend erfolgt eine Analyse der Tätigkeiten unter fachlichen und rechtlichen Aspekten. Dabei wird sowohl dargestellt, welche Tätigkeiten fachlich nur mit mindestens zwei Pflegepersonen durchgeführt werden können, als auch die notwendige Besetzung aus rechtlicher Sicht erarbeitet.

1. Fachliche Grundlagen zur Nachtdienstbesetzung

Dieses Kapitel bietet eine kurze Übersicht über die pflegerisch-fachlichen Hintergründe zur Nachtdienstbesetzung. Dabei werden sowohl das Setting erläutert als auch typische Tätigkeiten im Nachtdienst beschrieben. Diese werden anhand der Literatur fachlich dahingehend bewertet, ob sie alleine durchführbar sind.

1.1. Stationäre Langzeitpflege

Unter stationären Pflegeeinrichtungen werden Einrichtungen verstanden, die einer dauerhaften oder vorübergehenden Betreuung und Pflege dienen, wenn der Alltag nicht mehr selbstständig bewältigt werden kann.¹ In dieser Arbeit werden nur Einrichtungen thematisiert, die der dauerhaften Betreuung dienen. Synonym werden in der Literatur auch ‚Altenheim‘, ‚Seniorenheim‘, ‚Seniorenwohnheim‘, ‚Pflegeheim‘ und daraus abgeleitete Begriffe verwendet.

Diese dienen primär der Erbringung pflegerischer Dienstleistungen. Medizinische oder andere Leistungen werden ggf. sekundär erbracht. Im Gegensatz dazu ist in der Akutversorgung wie in einem Krankenhaus die Erbringung der medizinischen Leistung der Primärprozess.²

Eine Legaldefinition für Pflegeeinrichtungen für das Land Salzburg findet sich in § 2 Abs. 2 Salzburger Pflegegesetz. Hier werden Pflegeeinrichtungen als „Einrichtungen, in denen volljährigen Personen, die vorübergehend oder dauernd der Pflege bedürfen, Hilfe- und Betreuungsleistungen angeboten werden“ definiert. In § 17 Abs. 1 Z 1 und 2 leg cit erfolgt eine nähere Definition von Senioren- und Pflegeheimen über die zu erbringenden Grund- und Pflegeleistungen. Hier stehen im Sinne der oben angeführten Primärprozesse die hauswirtschaftlichen Leistungen und Pflegeleistungen klar im Vordergrund.³

1.2. Nachtdienst

Es gibt keine eindeutige pflegfachliche Definition des Begriffes ‚Nachtdienst‘ in Pflege- und Betreuungsberufen. In Österreich wird darunter zumeist die Dienstzeit zwischen 19:00 Uhr und 7:00 Uhr verstanden, wobei Abweichungen von bis zu einer

¹ *Kobbert*, Grundlagen zum Berufsbild Pflege, Pflegeassistenz und Pflegehilfe, in *Thieme* (Hrsg), Pflegeassistenz³ (2020) 19.

² *Walcher*, Prozessmanagement im Krankenhaus (2005) 22.

³ Salzburger Pflegegesetz LGBI 2000/52.

Stunde möglich sind. In anderen deutschsprachigen Ländern sind eher Schichtzeiten von sechs bis acht Stunden üblich, im angloamerikanischen Raum sind es bis zu 16 Stunden.^{4 5} Die arbeitsrechtliche Definition des Begriffes findet sich in Kapitel 3.1.

1.3. Tätigkeiten im Nachtdienst

Aus fachlich-organisatorischer Sicht werden die Tätigkeiten in Primärprozesse, d. h. Kernaufgaben, und Sekundärprozesse eingeteilt.⁶

1.3.1. Primärprozesse

Zu den Primärprozessen in einem Seniorenheim gehört die Durchführung der Pflege im engeren Sinn. Eine Darstellung der Leistungen findet sich sowohl in der einschlägigen Fachliteratur als auch in Musterstellenbeschreibungen für den Nachtdienst. Zu den bedeutendsten Tätigkeiten zählen dabei

- Inkontinenzversorgung,
- Positionsunterstützung,
- Pflegedokumentation,
- Rundgänge,
- Betreuung im weiteren Sinn,
- Getränke reichen,
- Reagieren auf Notrufe,
- Essen reichen,
- Körperpflege,
- Unterstützung bei der Mobilität und
- Sterbebegleitung.⁷

Dies entspricht weitgehend den pflegerischen Kernkompetenzen gemäß §§ 14, 83 Abs. 2 und 83a Abs. 1 Z 1 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz,⁸ wobei hier der Fokus klar auf der Grundversorgung liegt. In der Fachliteratur wird deutlich, dass bei der üblichen Personalbesetzung kaum Zeit für Tätigkeiten vorhanden ist, die über die

⁴ Fischer, Organisation der Pflege, in Menche (Hrsg), Pflege Heute⁵ (2011) 61.

⁵ Kubo/Takahashi/Sallinen/Kubo/Suzumura, How are leisure activity and shiftwork schedule associated with recovery from fatigue in shiftwork nurses, Sangyo Eiseigaku Zasshi 2013, 55.

⁶ Bettig, Steuerungsinstrumente für Einrichtungen: Innovative Ansätze zur Steuerung der Leistungserbringung, in Jacobs (Hrsg), Pflege-Report 2020 (2020) 184.

⁷ Teigeler/Schlarmann/Bienstein, Nachts in deutschen Pflegeheimen, Die Schwester Der Pfleger 2015, 8.

⁸ Gesundheits- und Krankenpflegegesetz BGBl I 108/1997.

absolute Stillung der Grundbedürfnisse hinausgehen. Dafür wurde im deutschen Sprachraum der Begriff der „Warm-satt-sauber-Pflege“ geprägt.⁹

1.3.2. Sekundärprozesse

Als Sekundärprozesse in einem Seniorenheim werden Tätigkeiten nach §§ 15, 83 Abs. 4 und 83a Abs. 2 GuKG bezeichnet. Diese fallen unter die Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie. Im Nachtdienst steht dabei insbesondere die Medikamentengabe im Fokus. Daneben spielen auch die Versorgung von harnableitenden Systemen und die Versorgung venöser Zugänge eine Rolle.¹⁰

1.3.3. Zusätzliche Tätigkeiten

Neben den im Berufsrecht geregelten Tätigkeiten werden von den Angehörigen von Pflegeberufen auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernommen. Dazu gehören unter anderem

- Bettenmachen,
- Austeilen und Abservieren von Essen,
- Betreuung der Teeküche,
- Auffüllen von Wäschewägen und -kästen sowie
- Versorgung von Schmutzwäsche.

Diese Aufgaben können auch durch Hilfspersonal übernommen werden. Traditionell ist dieses aber in den meisten Settings nur unzureichend vorhanden – im Nachtdienst meistens gar nicht. Einige dieser Tätigkeiten sind notwendige Grundlagen für die Pflege im engeren Sinn, müssen also durchgeführt werden. Dadurch fehlt bei einer mangelhaften Personaleinteilung zusätzlich Zeit für die Durchführung der Primär- und Sekundärprozesse.¹¹

1.4. Personalbedarfsberechnung im Nachtdienst

Für den Personaleinsatz im Tagdienst gibt es verschiedene Berechnungsmodelle und rechtliche Grundlagen. Die Besetzung im Nachtdienst erfolgt jedoch durch verschiedene Betreiber von Pflegeeinrichtungen ohne erkennbaren evidenzbasierten

⁹ *Matolycz*, Das Psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm, in *Matolycz* (Hrsg), *Pflege von alten Menschen*² (2016) 235.

¹⁰ *Teigeler/Schlarmann/Bienstein*, Nachts in deutschen Pflegeheimen, *Die Schwester Der Pfleger* 2015, 8.

¹¹ *Edtmayer*, *Hauswirtschaftliche Tätigkeiten in den Pflegeberufen in Österreich*, (Stand 03.10.2020, *pflege-professionell.at*).

Hintergrund. Es gibt Einrichtungen, in denen eine Pflegeperson bis zu 50 Bewohnerinnen und Bewohner alleine versorgen muss. Bei zwei eingeteilten Pflegepersonen können dies bis zu 125 Bewohnerinnen und Bewohner sein.¹²

Die teilweise zusätzlich eingeteilten Rufbereitschaften haben primär berufsrechtliche Aspekte, da bestimmte Entscheidungen nur mit entsprechender Ausbildung getroffen werden dürfen. Darauf wird in Kapitel 1.6. näher eingegangen.

1.5. Organisatorische Personalbesetzung

Neben den berufsrechtlichen Erfordernissen gibt es aber auch organisatorische Notwendigkeiten in der Mindestpersonalbesetzung. Dazu gehört z. B. die bauliche Struktur von vielen Pflegeheimen. Die Wohneinheiten sind meist über mehrere Stockwerke, teilweise über mehrere Gebäude verteilt. Dadurch sind lange Wege zurückzulegen, sodass allein die Wegzeit für Routinetätigkeiten durch eine einzelne Pflegeperson nicht zu bewältigen ist.¹³ Wenn dann noch Notrufe aus verschiedenen Teilen des Gebäudes abgesetzt werden, ist nach *Teigeler/Schlarmann/Bienstein* eine zeitgerechte Reaktion darauf nicht mehr zu gewährleisten.

1.6. Fachliche Personalbesetzung

Zudem gibt es pflegerisch-fachliche Überlegungen zur Mindestpersonalbesetzung. Bestimmte Tätigkeiten können von einer Person nicht oder zumindest nur suboptimal durchgeführt werden.

1.6.1. Positionsunterstützung

Menschen mit eingeschränkter Beweglichkeit benötigen Unterstützung beim Erreichen und Halten einer zum einen physiologisch korrekten und zum anderen für sie angenehmen Position. Diese Position muss in bestimmten Abständen gewechselt werden, um u. a. die Durchblutung besonders belasteter Körperareale zu gewährleisten. Je nach Fähigkeiten und Vorerkrankungen der Menschen kann diese Unterstützung auch durch eine Pflegeperson erfolgen.¹⁴ Hier wird auch von einer Mobilisation im Bett gesprochen. Bei größerem Unterstützungsbedarf gelten die folgenden Ausführungen unter „Mobilisierung und Transfer“ sinngemäß.

¹² *Staflinger*, Personalberechnungen für die stationäre Langzeitpflege, Lebenswelt Heim 2016, 16.

¹³ *Füchtenkord*, Altersmedizin mit Alltagstraining, medAmbiente 2011, 10.

¹⁴ *Weisser*, Sich bewegen, in *Thieme* (Hrsg), Pflegeassistenz³ (2020) 199.

1.6.2. Mobilisierung und Transfer

Die Mobilisierung von Menschen gehört zu den häufigsten Pfllegetätigkeiten. Hierzu gibt es entsprechende Pfllegetechniken, die die Mobilisierung weitgehend durch eine Pfllegeperson ermöglichen. Das verbreitetste Konzept ist das der ‚Kinästhetik‘. Dabei erfolgt die Mobilisierung nach physiologischen Gesichtspunkten unter aktiver Miteinbeziehung der zu unterstützenden Menschen. Verfechter dieses Konzepts gehen von einer weitgehend zeitneutralen Umsetzung, im Gegensatz zur vollständigen Übernahme, aus. Wenn die Unterstützung durch die betroffene Person fehlt bzw. diese sogar aktiv gegen die Maßnahme arbeitet, gerät das Konzept an seine Grenzen. Eine vollständige Übernahme von Bewegungsabläufen ist alleine nur unter entsprechender Kraftanstrengung möglich und häufig mit negativen Folgen für die Wirbelsäule der Pfllegepersonen verbunden.¹⁵

Ein besonderes Thema ist dabei auch die Mobilisierung vom Boden. Stürze sind im hohen Alter immer gefährlich, da potentielle Verletzungen schlechter heilen und damit häufig erhebliche Langzeitfolgen auslösen. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat sich 2014 mit diesem Thema beschäftigt. Die Sturzwahrscheinlichkeit in Heimen ist deutlich höher als im gewohnten häuslichen Umfeld. Demnach stürzen pro Jahr 30 bis 50 Prozent der Personen in Heimen und 40 Prozent stürzen sogar wiederkehrend.¹⁶

Eine Mobilisierung vom Boden ist alleine nur unter erschwerten Bedingungen möglich, falls sie überhaupt gelingt. Menschen, die nach dem Konzept der Kinästhetik mobilisiert werden können, müssen dafür über die entsprechenden physischen und teilweise auch kognitiven Fähigkeiten verfügen. Dies ist gerade in der Langzeitpflege häufig nicht der Fall.

1.6.3. Weitere Pfllegetätigkeiten

Daneben gibt es eine Reihe weiterer Pfllegetätigkeiten, die bevorzugt von zwei Personen durchgeführt werden. Dazu gehört z. B. die Unterstützung bei der Ausscheidung im Bett oder das häufig damit verbundene Wechseln der Bettwäsche.¹⁷

Bei vielen Pfllegetätigkeiten ist ein jederzeitiges Abbrechen nicht möglich. Auf die Problematik gleichzeitig eingehender Notrufe wurde bereits im Kapitel 1.5. „Organisatorische Personalbesetzung“ verwiesen.

¹⁵ Weisser, Sich bewegen, in *Thieme* (Hrsg), *Pfllegeassistenz*³ (2020) 180.

¹⁶ Wilbacher, *Sturzprävention für ältere Menschen*, (Stand 02. 01. 2022, <https://www.sozialversicherung.at>).

¹⁷ Sitzmann, Wach sein und Schlafen, in *Thieme* (Hrsg), *Pfllegeassistenz*³ (2020) 170.

2. Interviews

Im Rahmen dieser Arbeit wurden sechs strukturierte Interviews mit Pflegepersonen durchgeführt, die Nachtdienste in der stationären Langzeitpflege absolvieren. Drei der Interviews wurden als Gruppeninterview durchgeführt. Dabei wurden keine Daten aufgenommen, die eine Identifikation der Interviewpartner*innen ermöglichen. Der Interviewleitfaden befindet sich in Anhang I. Aufgrund der vergleichbaren Ergebnisse, die sich auch in der Literaturrecherche widerspiegeln, und der damit verbundenen Datensättigung wurde auf eine Poweranalyse verzichtet. Die Befragung ist damit nicht repräsentativ, bildet aber in Verbindung mit der Fachliteratur den Tätigkeitsbereich in der stationären Langzeitpflege im Nachtdienst weitgehend ab.

2.1. Allgemeine Daten

Fünf der befragten Personen arbeiten in Seniorenheimen unter der Trägerschaft von Gemeinden oder Gemeindeverbänden, eine Person arbeitet in einem privatwirtschaftlich geführten Seniorenheim. Die für die Tätigkeit der Interviewten relevanten Rechtsgrundlagen sind damit das Salzburger Gemeinde-Vertragsbedienstetengesetz 2001, das Salzburger Magistrats-Bedienstetengesetz und der Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich. Zwei der Befragten verfügen über eine Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und vier Personen sind in der Pflegeassistenten ausgebildet.

2.2. Grundlegende Angaben zum Nachtdienst

Die Nachtdienste dauern in den meisten Fällen von 19:00 bis 7:00 Uhr mit Abweichungen von maximal 30 Minuten bis zu einer Gesamtdauer von 12,5 Stunden. In den Einrichtungen von zwei der Befragten gibt es einen Spätdienst, einmal bis 20:00 Uhr und einmal bis 21:30 Uhr. Dieser Spätdienst steht aber nur fallweise bei entsprechendem Personalstand zur Verfügung.

Die Anzahl der Bewohner*innen variiert von 36 bis 124. Hier ist jedoch keine direkte Vergleichbarkeit gegeben, da größere Seniorenheime teilweise auf mehrere baulich getrennte Häuser aufgeteilt sind. Zudem sind aufgrund der aktuellen generellen Personalsituation im Pflegebereich in den meisten Häusern Betten gesperrt, können also nicht belegt werden. In der Befragung war eine Pflegeperson für die Betreuung von maximal 48 Bewohner*innen in einer Einheit zuständig.

Das Ausmaß der notwendigen Betreuungsintensität variiert stark. In drei Einrichtungen werden einzelne Bewohner*innen mit der Pflegestufe 2 betreut. Überwiegend sind es aber Bewohner*innen mit den Pflegestufen 3 bis 6.

Die Besetzung im Nachtdienst kann quantitativ und qualitativ nicht sinnvoll tabellarisch dargestellt werden, da sie laut den Befragten variiert. Die Anzahl der Bewohner*innen wird gerundet wiedergegeben, um Rückschlüsse auf die jeweilige Einrichtung zu unterbinden. Die folgenden Absätze entsprechen jeweils dem Ergebnis eines Interviews:

- a. Zumeist sind eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson und ein*e Pflegeassistent*in im Nachtdienst für die Betreuung von über 90 Bewohner*innen zuständig. Ungefähr zehn Mal im Jahr sind zwei Pflegeassistent*innen eingeteilt. Dann hat ein*e Angehörige*r des gehobenen Dienstes Rufbereitschaft.
- b. Ein*e Pflegeassistent*in betreut allein über 40 Bewohner*innen. Ein*e Angehörige*r des gehobenen Dienstes ist in Rufbereitschaft.
- c. Ein*e Pflegeassistent*in betreut knapp unter 40 Bewohner*innen. In einem weiteren Gebäude der Einrichtung ist ein*e Angehörige*r des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege eingeteilt.
- d. Über 120 Bewohner*innen werden von zwei Pflegeassistent*innen und einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson betreut.
- e. Für über 30 Bewohner*innen trägt ein*e Pflegeassistent*in oder ein*e Angehörige*r des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Verantwortung. Sollte letztere*r eingeteilt sein, hat sie oder er die fachliche Endverantwortung für über 90 Bewohner*innen in mehreren Gebäuden.
- f. Für beinahe 50 Bewohner*innen ist ein*e Pflegeassistent*in oder selten ein*e Angehörige*r des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege eingeteilt. Falls ein*e Pflegeassistent*in allein im Nachtdienst ist, befindet sich ein*e Angehörige*r des gehobenen Dienstes in Rufbereitschaft.

Als Kernthema der Befragung wurden die Tätigkeiten im Nachtdienst erhoben.

2.3. Tätigkeiten im Nachtdienst

Wie bereits eingangs ausgeführt, ähnelten sich die Antworten bezüglich der Tätigkeiten im Nachtdienst stark. Im Folgenden werden sie paraphrasiert und inhaltlich geclustert mit der Anzahl der Nennungen (n) wiedergegeben.

	Tätigkeit	n
	Routinemedikamente austeilen	5
	Dokumentation	4
	Betreuung von Menschen mit Demenz	4
	Inkontinenzversorgung	4
	Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Putzen, Mistkübel entleeren)	3
	Positionsunterstützung	3
	Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	3
	Reaktion auf Bewegungsmelder und Sensoren	3
	Betreuung nach Stürzen	3
	Mobilisierung (auf die Toilette)	3
	Körperpflege (bei frühen Terminen und für Frühaufsteher)	2
	Kontrollgänge	2
	Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	2
	Sturzprophylaxe	2
	Palliative Betreuung	2
	Organisatorische Tätigkeiten	2
	Betten überziehen	2
	Reaktion auf Rufglocke	2
	Bedarfsmedikamente ausgeben	2
	Medikamente dispensieren	
	Medikamente für Frühdienst vorbereiten	
	Diabetesmanagement (Blutzucker messen, Insulingabe)	
	Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen	
	Antithrombosestrümpfe und Bandagierung	
	Umgang mit Aggression	
	Nachfüllen von Verbrauchsmaterial	
	Kontrolle von medizinischen Geräten	
	Unterstützung für andere Organisationseinheiten (Stöcke)	
	Psychosoziale Betreuung/Gespräche	

Tabelle 1 – Tätigkeiten im Nachtdienst – Norbert Piberger 2022.

Zu einigen Tätigkeiten wurden auch zusätzliche Anmerkungen gemacht. So werden beispielweise teilweise Inkontinenzprodukte in mehreren Lagen angebracht, um die Wechselintervalle zu erhöhen. Diese früher gängige Technik wird heute in der Fachliteratur nicht einmal mehr angeführt und gilt als überholt.

Erwähnt wurde auch, dass nach Sturzereignissen insbesondere von dementen Bewohner*innen sehr schnell die Rettung gerufen wird. Die folgende Abwesenheit dieser Menschen mit hohem Betreuungsbedarf vereinfacht die Betreuung der restlichen Bewohner*innen wesentlich.

Häufig ist es auch notwendig, Bewohner*innen mit Demenz zu suchen oder dafür die Polizei zu kontaktieren.

Als belastend wurde auch angesehen, wenn mehrere Rufglocken gleichzeitig bedient werden. Hier muss eine Priorisierung erfolgen. Ob diese korrekt war, zeigt sich jeweils erst im Nachhinein. Dazu kommen noch Sensorsysteme, die u. a. die Bewegung oder das Aufstehen von Bewohner*innen detektieren, häufig sehr empfindlich eingestellt sind und so laufend aktiviert werden.

Der Aufwand für die ausufernde Dokumentation wird als Belastung erlebt. Auch bei gleichbleibender Situation muss in vielen Einrichtungen zu jeder Bewohnerin beziehungsweise jedem Bewohner ein Eintrag in die Dokumentation pro Schicht erfolgen.

Viele Bewohner*innen haben in der Nacht auch hohen Gesprächsbedarf. Das betrifft insbesondere Menschen mit einem geringeren Betreuungsaufwand und damit verbundenem geringerem Kontakt zum Pflegepersonal.

2.4. Pausenregelung

Alle Interviewten berichten einhellig, dass organisatorisch keine durchgehende Pause geplant oder auch nur möglich ist. Die Zeit des Nachtdienstes wird durchgehend bezahlt.

2.5. Persönliche Anmerkungen

Die Befragten hatten auch die Möglichkeit, persönliche Herausforderungen im Zusammenhang mit Nachtdiensten anzusprechen. Fünf Personen nannten

Schlafprobleme, eine Person sprach sogar von der Notwendigkeit, Schlafmittel einzunehmen. Ein einzelner Nachtdienst wurde generell als unproblematisch erachtet. Der zweite Nachtdienst in Folge wurde als am schlimmsten beschrieben. Hier lässt die Konzentration bereits ab Mitternacht deutlich nach. Es wurde auch das Gefühl der Überforderung angesprochen. Es herrscht die ständige Sorge, dass sich „nicht alles ausgeht“.

2.6. Interpretation

Die für die Beantwortung der Forschungsfragen primär relevanten Ergebnisse der Befragung sind die in Kapitel 2.3. ausgeführten Tätigkeiten im Nachtdienst. Die genannten Punkte entsprechen weitgehend den aus der Fachliteratur bekannten Tätigkeiten im Nachtdienst. Diese wurden in Kapitel 1.4. ausgeführt. Keine angeführte Tätigkeit wurde von allen Befragten genannt. Dies lässt sich mehrfach erklären. Routinetätigkeiten werden als Selbstverständlichkeiten erachtet und oft nicht wahrgenommen. Zudem wurden im Setting des Gruppeninterviews Antworten häufig nicht wiederholt. Wenn körpersprachliche Zustimmung sichtbar war, wurde im Interview nachgefragt. Eine unmittelbare Interpretation einer Auflistung erscheint hier nicht zweckdienlich. Die Ausführungen zu den einzelnen Items hinsichtlich der Forschungsfragen ziehen sich durch die gesamte Arbeit.

3. Rechtliche Grundlagen zur Nachtdienstbesetzung

Das folgende Kapitel behandelt die rechtlichen Überlegungen zur Mindestbesetzung im Nachtdienst. Der Bogen spannt sich dabei von notwendigen Legaldefinitionen über berufsrechtliche Aspekte bis hin zum Arbeitsrecht.

3.1. Nachtdienst

Gemäß 12a Arbeitszeitgesetz gilt als Nacht die Zeit zwischen 22:00 und 05:00 Uhr.¹⁸ Dies entspricht der Definition des § 5a Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz. Gemäß § 1 Abs. 1 Z 11 KA-AZG gilt dieses Gesetz u. a. für die Beschäftigung von Dienstnehmer*innen, die in Organisationseinheiten zur stationären Pflege in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen als Angehörige von Gesundheitsberufen tätig sind [...].¹⁹

Eine Definition von Nachtarbeit befindet sich in Artikel VII Abs. 1 Nachtschwerarbeitsgesetz. Nachtarbeit im Sinne dieses Bundesgesetzes leistet ein Arbeitnehmer, der in der Zeit zwischen 22:00 Uhr und 6:00 Uhr mindestens sechs Stunden arbeitet, sofern nicht in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft fällt.²⁰

Diese Definition wird zum Teil von den einschlägigen Kollektivverträgen übernommen. So normiert § 9 SWÖ-KV wie folgt: „Unter Nachtarbeit versteht man die Arbeitszeit, welche in die Zeit von 22:00 bis 06:00 Uhr fällt.“ Hier gibt es keine Einschränkung bezüglich der notwendigen Stunden. Diesbezüglich gibt es nur Unterschiede in den zu gewährenden Zulagen.²¹ In C.3.2. Kollektivvertrag für Arbeitnehmer und Lehrlinge karitativer Einrichtungen der Katholischen Kirche in Österreich findet sich nur die folgende knappe Formulierung zur Nachtarbeit: „Als Nacht gilt der Zeitraum von 22.00 Uhr bis 06.00 Uhr.“²²

Im öffentlichen Dienst gelten hier teilweise andere Vorgaben. So ist gemäß § 12f Salzburger Landes-Beamtenengesetz 1987 unter Nachtarbeit eine dienstliche Tätigkeit von mindestens drei Stunden in der Zeit zwischen 22:00 und 6:00 Uhr zu verstehen.²³

¹⁸ Arbeitszeitgesetz BGBl 461/1969.

¹⁹ Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz BGBl I 8/1997.

²⁰ Nachtschwerarbeitsgesetz BGBl 354/1981.

²¹ O.A., Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich („SWÖ-KV“) (Stand Juli 2022, <http://www.sozialwirtschaft-oesterreich.at>).

²² O.A., Kollektivvertrag für Arbeitnehmer und Lehrlinge karitativer Einrichtungen der Katholischen Kirche in Österreich (Stand Juli 2022, <http://www.behindertearbeit.at>).

²³ Salzburger Landes-Beamtenengesetz 1987 LGBl 1/1987.

Diese Regelung gilt für Landesvertragsbedienstete gemäß § 22 Salzburger Landes-Vertragsbedienstetengesetz 2000 sinngemäß.²⁴

In anderen Bundesländern wie Tirol und Oberösterreich findet sich die wortgleiche Regelung unmittelbar in den jeweiligen Landesvertragsbedienstetengesetzen.^{25 26}

Auch in § 34 Gemeinde-Vertragsbedienstetengesetz 2001 des Landes Salzburg, das auf viele Bedienstete in der stationären Langzeitpflege anzuwenden ist, findet sich die gleiche Definition.²⁷

3.2. Pflegestufen

In einigen Bundesländern basieren die rechtlichen Personalvorgaben auf der Einstufung nach dem Bundespflegegeldgesetz. Um ein Verständnis der Berechnungen zu ermöglichen, erfolgen hier grundlegende Ausführungen zu den Pflegestufen.

Gemäß § 1 Bundespflegegeldgesetz ist der Zweck des Pflegegeldes, in Form eines pauschalierten Beitrags pflegebedingte Mehraufwendungen abzugelten.²⁸ Dabei handelt es sich um kein Einkommen im engeren Sinn, sondern um eine Geldleistung zur Abgeltung des Sonderbedarfs pflegebedürftiger Personen. Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich dabei nach der Pflegestufe.²⁹ Der für eine Pflegestufe notwendige durchschnittliche Mindestpflegebedarf ist in § 4 Abs. 2 BPGG normiert. Dieser Bedarf ist in Stunden ausgeführt. Für die Stufe 6 bestehen neben der Anforderung von zumindest 180 Stunden noch zusätzliche Bedingungen, etwa zeitlich unkoordinierte Leistungserbringung während Tag und Nacht oder die Notwendigkeit der ständigen Anwesenheit einer Pflegeperson wegen der Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Selbstgefährdung. Für die Stufe 7 wird zusätzlich die Unmöglichkeit der zielgerichteten Bewegung der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung oder ein gleichzeitiger Zustand genannt. In Tabelle 2 werden die Pflegestufen mit ihren jeweiligen Anforderungswerten dargestellt.

²⁴ Salzburger Landes-Vertragsbedienstetengesetz 2000 LGBl 4/2000.

²⁵ Gesetz über das Dienstrecht der Bediensteten des Landes Tirol LGBl 2/2001.

²⁶ Oö. Landes-Vertragsbedienstetengesetz, LGBl 10/1994.

²⁷ Salzburger Gemeinde-Vertragsbedienstetengesetz 2001 LGBl 17/2002.

²⁸ Bundespflegegeldgesetz BGBl. Nr. 110/1993.

²⁹ Greifeneder/Liebhart, Pflegegeld⁴ 4. Kapitel RZ 4.3 (Stand 1.11.2017, rdb.at).

Stufe	Durchschnittlicher Mindestpflegebedarf pro Monat
1	65 Stunden
2	95 Stunden
3	120 Stunden
4	160 Stunden
5	180 Stunden
6	180 Stunden und zusätzliche Kriterien
7	180 Stunden und zusätzliche Kriterien

Tabelle 2 – Pflegestufen – Norbert Piberger 2022.

Die Berechnung der Stundenwerte basiert primär auf dem Aufwand für die Betreuung, der auf der Grundlage von Minutenwerten in der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz näher geregelt ist,³⁰ und auf hauswirtschaftlichen Hilfsverrichtungen. Zudem ist nach § 4 Abs. 5 BPGG in Verbindung mit § 1 Abs. 6 EinstV bei schwerer geistiger oder psychischer Behinderung, insbesondere Demenz, ein Erschwerniszuschlag von 25 Stunden hinzuzurechnen.

Auf weitere Details und Besonderheiten wie die Dauer des Pflegebedarfs von mindestens sechs Monaten, die diagnosebezogene Mindesteinstufung oder die Einstufung von Kindern wird hier nicht näher eingegangen, da sie für das Verständnis der folgenden Ausführungen von untergeordneter Relevanz sind.

Die bei der Einstufung festgestellten Stundenwerte ließen sich direkt auf den Personalbedarf übertragen. In der tatsächlichen Personalbedarfsfestlegung werden die Stunden bestenfalls näherungsweise herangezogen.

3.3. Rechtliche Personalvorgaben

Der Personaleinsatz in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege ist in jedem Bundesland anders geregelt. Da der Pflegebereich im Bundes-Verfassungsgesetz keine ausdrückliche Erwähnung bezüglich der Zuständigkeit findet, liegt die Zuständigkeit gemäß Artikel 15 B-VG im selbstständigen Wirkungsbereich der Länder.³¹

Der Missverständnis-trächtige Begriff ‚Heil- und Pflegeanstalten‘ gemäß Art. 12 B-VG ist historisch bedingt. Er erschließt sich nur aus verschiedenen Zuordnungen wie

³⁰ Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz, BGBl. II Nr. 37/1999.

³¹ Bundes-Verfassungsgesetz BGBl 1/1930.

nach dem Organisationsgrad und den erbrachten Leistungen.³² Eine detailliertere Legaldefinition findet sich in § 1 KAKuG. Unter den Begriff fallen Einrichtungen, die primär der medizinischen Versorgung dienen, also Krankenanstalten im weiteren Sinn. Einrichtungen der stationären Langzeitpflege gehören nicht dazu.³³

3.3.8. Burgenland

§ 13 Burgenländisches Sozialeinrichtungsgesetz normiert, dass die Landesregierung eine Verordnung zu Anzahl und Qualifikation des für die Betreuung notwendigen Personals zu erlassen hat.³⁴ In den §§ 17 ff. Burgenländische Altenwohn- und Pflegeheimverordnung werden die Details zum Personaleinsatz geregelt. Die Berechnung erfolgt dabei nach den festgestellten Pflegeminuten. Es müssen 25 Prozent des Personals aus Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bestehen. Insgesamt ist ein Anteil von 85 Prozent an Fachpersonal verordnet. Für den Nachtdienst wird in § 24 nach der Anzahl der bewilligten Plätze differenziert. Bei bis zu 36 Plätzen muss eine Person im Nachtdienst sein. Ein*e Angehörige*r des gehobenen Dienstes muss dabei zumindest in Rufbereitschaft sein. Ab 37 Plätzen müssen zwei Personen, ab 97 Plätzen drei Personen im Nachtdienst sein. In Einrichtungen ab 37 Plätzen muss zumindest eine Person im Nachtdienst die Qualifikation im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege besitzen.³⁵

3.3.7. Kärnten

§ 7 Absatz 2 Kärntner Heimgesetz normiert, dass die Landesregierung die näheren Bestimmungen zur personellen Ausstattung zu regeln hat.³⁶ Die Kärntner Heimverordnung differenziert dabei zwischen Wohnheimen für alte Menschen bis Pflegestufe 2 gemäß § 1 und Pflegeeinrichtungen gemäß § 14. Erstere haben aus meiner Erfahrung keine Relevanz, da eine kostendeckende Führung einer Einrichtung mindestens einen Durchschnitt der Pflegegeldstufen der Bewohner*innen über 3 voraussetzt. Für beide Arten von Einrichtungen werden in den §§ 11 und 24 Mindeststandards normiert. Quantitativ gibt es jeweils nur eine Festlegung, sodass ab der Pflegegeldstufe 3 keine zahlenmäßig ausgeführte Differenzierung erfolgt. Zumindest 20 Prozent des

³² *Kopetzki*, Verfassungsrechtliche Probleme der Abgrenzung zwischen Ordination und Ambulatorium im Lichte der ärztegesetzlichen Entwicklungen, RdM 2020/278, 238.

³³ *Stöger*, § 1 KAKuG RZ 4, in *Neumayr/Resch/Wallner* (Hrsg), Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht² (2016) 1524.

³⁴ Burgenländisches Sozialeinrichtungsgesetz LGBl. Nr. 71/2019.

³⁵ Burgenländische Altenwohn- und Pflegeheimverordnung LGBl. Nr. 101/2019.

³⁶ Kärntner Heimgesetz LGBl. Nr. 7/1996.

Personals müssen über eine Qualifikation im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege verfügen. Maximal 10 Prozent an Hilfspersonal dürfen herangezogen werden. Zusätzlich gibt es noch weitere Differenzierungen nach der Größe bzw. Art der Einrichtung. Gemäß § 24 Absatz 9 K-HeimVO wird zur zahlenmäßigen Nachtdienstbesetzung folgendes ausgeführt: „Der Nachtdienst ist jedoch mindestens mit Betreuungspersonal im Ausmaß von 2 Vollzeitäquivalenten zu besetzen [...]“. Qualitativ muss mindestens eine Person über die Qualifikation im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege verfügen.³⁷ Sprachlich ergibt die Regelung wenig Sinn, da bei der Besetzung einzelner Dienste nicht von Vollzeitäquivalenten gesprochen wird. Nach mündlicher Auskunft von Gewerkschaftsvertreter*innen aus Kärnten wird die Regelung dahingehend verstanden, dass der Nachtdienst mit zwei Personen zu besetzen ist.

3.3.2. Oberösterreich

Im Gegensatz zu Salzburg gibt es in Oberösterreich detaillierte Regelungen zum Personaleinsatz in der stationären Langzeitpflege. Ausgeführt ist der Personalschlüssel in § 16 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung 2020. Hier ist sowohl die Qualifikation des Personals normiert als auch die quantitative Besetzung bezogen auf die Pflegegeldeinstufung der Bewohner*innen. In Absatz 4 dieser Bestimmung ist die Besetzung im Nachtdienst festgelegt. So muss in Heimen mit bis zu 60 Bewohner*innen zumindest eine Person im Dienst sein, in Heimen mit mehr als 60 Bewohner*innen müssen zumindest zwei Personen Dienst haben. Die Qualifikation dieser Personen ist dabei nicht geregelt. Ziffer 3 normiert nur, dass im Nachtdienst ein Bediensteter oder eine Bedienstete mit der Qualifikation Pflegefachassistenz oder gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege zumindest in Rufbereitschaft zu sein hat.³⁸

3.3.5. Niederösterreich

In § 50 NÖ SHG wird ausgeführt, dass die Landesregierung Vorschriften u. a. über die personellen Voraussetzungen zu verordnen hat.³⁹ § 8 NÖ Pflegeheim Verordnung führt nur aus, dass jederzeit ausreichendes und qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen muss. Eine nähere Quantifizierung wird nicht vorgenommen.⁴⁰

³⁷ Kärntner Heimverordnung LGBl Nr. 40/2005.

³⁸ Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung 2020 LGBl. Nr. 83/2020.

³⁹ NÖ Sozialhilfegesetz 2000 (NÖ SHG) LGBl. Nr. 9200-0.

⁴⁰ NÖ Pflegeheim Verordnung LGBl. 9200/7-0.

3.3.1. Salzburg

In Salzburg sind die entsprechenden Vorgaben zur Besetzung in der stationären Langzeitpflege in § 18 Salzburger Pflegegesetz zu finden. Absatz 1 dieser Bestimmung lautet wie folgt: „Die Träger von Senioren- und Seniorenpflegeheimen haben sicherzustellen, dass ihnen für die Leistungserbringung eine ausreichende Zahl an angestelltem, fachlich qualifiziertem Pflegepersonal und nicht pflegendem Hilfspersonal entsprechend der Anzahl der Bewohner sowie der Art und dem Ausmaß der für diese zu erbringenden Leistungen zur Verfügung steht und dass die Pflegeleistungen durch entsprechend qualifiziertes Personal im Sinn des GuKG erbracht werden.“ Zum Personaleinsatz im Nachtdienst werden keine spezifischeren Regelungen ausgeführt.

Diese ungenauen Vorgaben führen für die Träger von Seniorenheimen zu Rechtsunsicherheiten, insbesondere, da rezente Judikatur zu dieser Thematik fehlt. Eine Anzeige im Jahr 2019 durch die Sozialabteilung des Landes gegen den Bürgermeister von Großmain nach behaupteter Unterschreitung der Mindeststandards wurde zurückgezogen.⁴¹ Ein Verfahren gegen den Bürgermeister von St. Veit im Pongau als Betreiber des Seniorenwohnheimes bei behaupteter Unterschreitung der Mindestpersonalbesetzung wurde 2020 durch das Landesverwaltungsgericht eingestellt.⁴²

Im Rahmen der Plattform Pflege II, einer Arbeitsplattform unter Beteiligung des Landes, der Gemeinden, der Träger von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, der Gewerkschaften und der Arbeiterkammer Salzburg, wurden 2022 Vorschläge für Verbesserungen für die Pflege und Pflegeberufe im Land Salzburg erarbeitet. In einer Pressekonferenz am 04.10.2022 wurde durch die Salzburger Landesregierung u. a. der Punkt „Nachtdienstverstärkungen (zwei Personen/Nacht)“ ausgeführt.⁴³ Details wie die Qualifikation, aber auch die Bereiche, in denen dies umgesetzt werden soll, fehlen noch.

⁴¹ *Minichberger*, Großmain: Land zieht Anzeige gegen Seniorenheim zurück, Salzburger Nachrichten 31.12.2019.

⁴² *Minichberger/Prlić*, Pongauer Bürgermeister gewinnt Verfahren, Geldstrafe wird gestrichen, Salzburger Nachrichten 10.11.2020.

⁴³ O.A., 220 Millionen Euro für die Pflege bis 2027 (Stand 04.10.2022, <https://service.salzburg.gv.at/lkorj/detail?nachrid=67507>).

3.3.3. Steiermark

In § 8 Stmk. Pflegeheimgesetz 2003 wird auf ausreichendes Fach- und Hilfspersonal abgestellt. Gemäß Absatz 2 hat die Landesregierung den Personalschlüssel inklusive der Qualifikationen festzulegen.⁴⁴ In der Steiermärkischen Personalausstattungsverordnung 2017 werden genaue Vorgaben zum Betreuungsschlüssel nach der jeweiligen Pflegegeldstufe gemacht. Der verordnete Anteil von 20 Prozent an Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erscheint gerade für kleinere Heime niedrig angesetzt, insgesamt sind 85 Prozent Fachpersonal gefordert. Für den Nachtdienst gibt es keine speziellen Regelungen.⁴⁵

3.3.4. Tirol

In Tirol wird, was den Detailliertheitsgrad der Regelung betrifft, ein Mittelweg gewählt. Hier erfolgen durch das Land keine zahlenmäßigen Vorgaben. Für Heime mit 50 und mehr zu betreuenden Personen muss jedoch ein entsprechendes Personalkonzept vorgelegt werden.⁴⁶

3.3.9. Vorarlberg

Vorarlberg hat, was die Regelung des Personalstandes betrifft, die Minimalvariante gewählt. Gemäß § 7 Vorarlberger Pflegegesetz hat der Träger eines Pflegeheimes dafür zu sorgen, dass genügend geeignetes Personal zur Verfügung steht.⁴⁷

3.3.6. Wien

Auch in § 9 Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz wird nur auf eine ausreichende Anzahl an fachlich qualifizierten und befugten Personen verwiesen. Zumindest muss gemäß Absatz 2 ein entsprechendes Personalkonzept erstellt werden, das durch die zuständigen Kontrollorgane jederzeit eingesehen werden kann.⁴⁸ In § 30 wird zudem die Verordnungsermächtigung u. a. bezüglich personeller Mindeststandards normiert. §§ 2 ff. der Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz normiert den Personalschlüssel nach den Pflegegeldstufen der Bewohner*innen.

⁴⁴ Stmk. Pflegeheimgesetz 2003 LGBl. Nr. 77/2003

⁴⁵ Stmk. Personalausstattungsverordnung 2017 LGBl. Nr. 99/2017.

⁴⁶ Tiroler Heim- und Pflegeleistungsgesetz LGBl. Nr. 23/2005.

⁴⁷ Vorarlberger Pflegeheimgesetz LGBl. Nr. 16/2002.

⁴⁸ Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz LGBl. Nr. 15/2005.

Qualitativ müssen zumindest 30 Prozent der Beschäftigten über eine Qualifikation im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege verfügen. Insgesamt muss der Anteil an Fachpersonal mindestens 80 Prozent betragen. Es gibt keine speziellen Festlegungen für den Nachtdienst.⁴⁹

Insbesondere die qualitative Personalausstattung ist von den berufsrechtlichen Kompetenzen der zum Nachtdienst eingeteilten Personen abhängig. Die entsprechenden Ausführungen finden sich im folgenden Kapitel.

3.4. Berufe nach dem GuKG

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sind grundsätzlich drei Berufe geregelt. Es handelt sich dabei gemäß § 1 GuKG um den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, die Pflegeassistenz und die Pflegefachassistenz.

Diese Berufe verfügen über unterschiedliche Kompetenzen sowohl im pflegerischen als auch im medizinischen Bereich. In der Folge werden diese Unterschiede bezogen auf die Tätigkeiten im Nachtdienst dargelegt.

3.4.1. Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Der Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege beinhaltet gemäß § 13 GuKG das gesamte Spektrum der in § 14 geregelten pflegerischen Kernkompetenzen, die Kompetenzen bei Notfällen gemäß § 14a GuKG, die Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG, die Weiterverordnung von Medizinprodukten gemäß § 15a GuKG und die Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam gemäß § 16 GuKG. Sowohl bei der Aufzählung der Kernkompetenzen in § 14 Absatz 2 GuKG als auch der Aufzählung der Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie in § 15 Absatz 4 GuKG ist das Wort „insbesondere“ vorangestellt. Daraus lässt sich schließen, dass es sich bei den aufgeführten Tätigkeiten um eine demonstrative Aufzählung handelt. Tätigkeiten mit einem vergleichbaren Schwierigkeitsgrad dürfen also durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ausgeübt werden, sofern sie nicht in den Kompetenzbereich eines anderen Gesundheitsberufes fallen.⁵⁰ Ein Beispiel für eine solche Kompetenzüberschneidung ist die ‚Ernährungsberatung‘. Gemäß § 42 Ziffer 8 GuKG beinhaltet die Ausbildung zum gehobenen Dienst „Ernährung,

⁴⁹ Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz LGBl. Nr. 23/2009.

⁵⁰ Weiss/Lust, GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz⁹ (2021), 162 ff.

Kranken- und Diätkost“. Diese Tätigkeiten sind jedoch umfassender im Berufsbild des Diätendienstes und ernährungsmedizinischen Beratungsdienstes gemäß § 2 Absatz 4 MTD-Gesetz geregelt.⁵¹ Dies führte in der Vergangenheit immer wieder zu interdisziplinären Konflikten und Kompetenzstreitigkeiten. Die Komplexität dieses im Verhältnis zum gesamten Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflege kleinen Themas wurde 2019 von *Gepart* im Detail besprochen. Er führt aus, wie hier nicht nur der Wortlaut des Gesetzes, sondern auch die Inhalte der Ausbildungen und der entsprechenden Ausbildungsverordnungen einbezogen werden müssen.⁵² Dabei bezieht er sich primär auf eine Entscheidung des Obersten Gerichtshofes (OGH) aus dem Jahr 2019, der bestätigt, dass ausschließlich Diätolog*innen „zur Ernährungsberatung in Zusammenhang mit Krankheitsbildern qualifiziert und berechtigt“ sind.⁵³ Dies macht die Beurteilung, welche Tätigkeiten nach dem Wortlaut des Gesetzes dem Tätigkeitsbereich einer Berufsgruppe zugehörig sind, komplex, die Fragestellung, welche Tätigkeiten nach vergleichbarer Schwierigkeit dazugehören, aber ungleich komplexer.

Zudem müssen für die Durchführung über die demonstrativ aufgezählten Tätigkeiten hinaus auch die weiteren materiellen Voraussetzungen vorliegen. Dies sind zum einen die ärztliche Anordnung als auch die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten, die entweder im Wege der Grundausbildung oder der Fortbildung erworben wurden, so *Weiss und Lust*.⁵⁴

3.4.2. Pflegefachassistenz

Der Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenz beinhaltet gemäß § 83a GuKG taxativ, d. h. abschließend aufgezählte Pflegemaßnahmen und Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie. Diese Tätigkeiten haben eigenverantwortlich durchgeführt zu werden. Eigenverantwortlich bedeutet in dieser Konstellation, dass die Pflegefachassistenz für ihre Handlung selbstständig verantwortlich ist. Es bedarf keiner laufenden Kontrolle bzw. Aufsicht durch die anordnende Person. Dennoch ist zu beachten, dass Pflegefachassistent*innen, abgesehen vom Handeln in Notfällen gemäß § § 83a Absatz 1 Ziffer 2 GuKG, nur auf Anordnung tätig werden dürfen. Die Anordnung hat dabei durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und

⁵¹ Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste BGBl. Nr. 460/1992.

⁵² *Gepart*, Ernährungsmanagement in der Langzeitpflege, ÖZPR 2019/5 134.

⁵³ OGH 29. 01. 2019, 4 Ob 154/18b.

⁵⁴ *Weiss/Lust*, GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz⁹ (2021), 163.

Krankenpflege oder eine Ärztin bzw. einen Arzt zu erfolgen.⁵⁵ Die für eine Anordnung relevanten Kriterien werden in Kapitel 3.4. ausgeführt.

Auf Basis der berufsrechtlichen Rahmenbedingungen haben Pflegefachassistent*innen damit ein breites Einsatzfeld, auch ohne die ständige Anwesenheit von Angehörigen des gehobenen Dienstes. Ob sie tatsächlich allein tätig werden können und dürfen, ist aufgrund ihrer berufsrechtlichen Grenzen von den Bedürfnissen der zu betreuenden Personen abhängig.

3.4.3. Pflegeassistentenz

Der Tätigkeitsbereich der Pflegeassistentenz beinhaltet gemäß § 83 GuKG taxativ aufgezählte Pflegemaßnahmen und Tätigkeiten im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie. Die Einsatzmöglichkeiten sind aufgrund der in Absatz 4 ausgeführten Tätigkeiten weniger als bei der Pflegefachassistentenz. Zudem werden Pflegeassistent*innen gemäß Absatz 2 unter Anordnung und Aufsicht tätig. Zum Thema Anordnung sei auf das Kapitel 3.4. verwiesen. Der Begriff der Aufsicht hat jedoch für die Praxis weitreichende Implikationen. Der Gesetzgeber stellt in den Erläuterungen zum Entwurf der Stammfassung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 1997 klar, dass unter ‚Aufsicht‘ nicht die ständige Anwesenheit des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Sinne einer ‚Draufsicht‘ zu verstehen ist. Weiters wird ausgeführt, dass im extramuralen Bereich eine nachfolgende Kontrolle der durchgeführten Tätigkeiten ausreichend ist, wenn sich die anordnungsbefugte Person vorher der Fähigkeiten und Fertigkeiten versichert hat.⁵⁶ Mit der Novelle BGBl. I Nr. 130/2009 wurde der Begriff der Aufsicht weiter relativiert und an die Erfordernisse der Praxis angepasst. Im damaligen § 84 Absatz 5 GuKG, jetzt weitgehend wortgleich im § 83 Absatz 5 GuKG, wird dies wie folgt ausgeführt:

„Die Aufsicht gemäß Abs. 2 und 4 kann in Form einer begleitenden in regelmäßigen Intervallen auszuübenden Kontrolle erfolgen, sofern

1. die Anordnung durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. den Arzt schriftlich erfolgt und deren Dokumentation gewährleistet ist,
2. die Möglichkeit der Rückfrage bei einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Arzt gewährleistet ist und

⁵⁵ Weiss/Lust, GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz⁹ (2021), 391 f.

⁵⁶ ErläutRV 709 BlgNR 20. GP 79.

3. die Kontrollintervalle nach Maßgabe pflegerischer und ärztlicher einschließlich qualitätssichernder Notwendigkeiten durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. durch den Arzt schriftlich festgelegt sind.“

Auf den ursprünglichen Hinweis „sofern der Gesundheitszustand des jeweiligen pflegebedürftigen Menschen dies zulässt“ wurde verzichtet, da mit der Novelle des GuKG 2016 vermehrt auf eine einzelfallbezogene und individuelle Beurteilung der notwendigen Aufsicht abgestellt wurde.⁵⁷ Nach herrschender Lehre muss neben der entsprechenden schriftlichen Anordnung jedenfalls immer die Möglichkeit der Rückfrage beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. bei direkt delegierten medizinischen Tätigkeiten bei der anordnenden Ärztin oder dem anordnenden Arzt gegeben sein.⁵⁸ Diese ständige Erreichbarkeit der anordnungsbefugten Personen muss entsprechend gewährleistet werden. Da Pflegeassistent*innen nur auf Anordnung tätig werden dürfen, muss diese Anordnung auch entsprechend eindeutig sein. In der Praxis stellte sich dabei immer wieder die Frage, ob sogenannte Bedarfsmedikation durch die Pflegeassistent*innen verabreicht werden darf. Diese Medikamente werden nicht in regelmäßigen Abständen, sondern nur in einem definierten Bedarfsfall verabreicht. Ein Beispiel dafür sind Schmerzmittel oder Laxantien.⁵⁹ Ob diese Medikamente ohne weitere Rückversicherung bei anordnungsbefugten Personen durch Pflegeassistent*innen verabreicht werden dürfen, wurde durch das jeweilige für Gesundheitsagenden zuständige Ministerium unterschiedlich beantwortet. Die ursprüngliche Meinung war, dass Pflegeassistent*innen nur Medikamente verabreichen dürfen, die seit längerer Zeit nach einem stabilen Regime gegeben werden.⁶⁰⁶¹ Ab circa 2020 legt das Ministerium die Verabreichung von Medikamenten in § 83 Absatz 4 Ziffer 1 GuKG weiter aus. Die Verabreichung von Bedarfsmedikamenten, deren Bedarf sich auf objektiv messbare Parameter stützt, ist demnach vom Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenz umfasst.⁶²⁶³ Dies hat wesentliche Implikationen auf den Personaleinsatz. Insbesondere in der stationären Langzeitpflege gehörte die Anordnung der Gabe von Bedarfsmedikamenten zu den zentralen Begründungen für die

⁵⁷ ErläutRV 1194 BlgNR 25. GP 9.

⁵⁸ Müller/Falch, § 83 GuKG RZ 5. Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenz in Neumayr/Resch/Wallner, Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht² (Stand 1.1.2022, rdb.at)

⁵⁹ Höfert, Von Fall zu Fall – Pflege im Recht³ (2011), 47 f.

⁶⁰ Weiss/Lust, GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz⁸ (2017), 356.

⁶¹ BMG-92251/0034-II/A/2/2015, Auskunft des BMG aufgrund persönlicher Anfrage.

⁶² Weiss/Lust, GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz⁹ (2021), 379 f.

⁶³ BMASGK-92251/0126-IX/A/2/2019, Auskunft des BMASGK aufgrund persönlicher Anfrage.

Notwendigkeit der permanenten Erreichbarkeit von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.

Dennoch haben die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Interviews klar ergeben, dass nicht jede Eventualität vorweggenommen werden kann. Es treten immer wieder Fragestellungen auf, die weder im medizinischen Verordnungsplan noch in der Pflegeplanung abgebildet sind. Damit ist die Notwendigkeit der Erreichbarkeit von medizinisch und pflegerisch anordnungsbefugten Personen weiterhin gegeben.

3.4.4. Exkurs Sozialbetreuungsberufe

Neben den Pflegeberufen im engeren Sinn existieren auch Sozialbetreuungsberufe auf Basis einer Art. 15a B-VG-Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern. Gemäß Art. 1 Abs. 2 dieser Vereinbarung gelten die folgenden Berufsbilder als Sozialbetreuungsberufe:

1. Diplom-Sozialbetreuer/innen

- a) mit dem Schwerpunkt Altenarbeit (Diplom-Sozialbetreuer/innen A),
- b) mit dem Schwerpunkt Familienarbeit (Diplom-Sozialbetreuer/innen F),
- c) mit dem Schwerpunkt Behindertenarbeit (Diplom-Sozialbetreuer/innen BA),
- d) mit dem Schwerpunkt Behindertenbegleitung (Diplom-Sozialbetreuer/innen BB),

2. Fach-Sozialbetreuer/innen

- a) mit dem Schwerpunkt Altenarbeit (Fach-Sozialbetreuer/innen A),
- b) mit dem Schwerpunkt Behindertenarbeit (Fach-Sozialbetreuer/innen BA),
- c) mit dem Schwerpunkt Behindertenbegleitung (Fach-Sozialbetreuer/innen BB) sowie

3. Heimhelfer/innen soweit in den landesrechtlichen Vorschriften vorgesehen.⁶⁴

Die Ausführungen dazu sind relevant, da einige Bundesländer in den vorgegebenen Personalschlüsseln auch Sozialbetreuungsberufe aufführen. Sowohl die Diplom-Sozialbetreuer*innen mit dem Schwerpunkt Familienarbeit als auch die Fach-Sozialbetreuer*innen mit den Schwerpunkten Altenarbeit und Behindertenarbeit verfügen über die Berufsberechtigung in der Pflegeassistenz. Die Ausbildung im Sozialbetreuungsberuf vermittelt dabei keine zusätzlichen pflegerischen Kompetenzen, sondern

⁶⁴ Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe BGBl. I Nr. 55/2005.

vielmehr die Fertigkeiten, die für eine umfassende, lebensorientierte Begleitung notwendig sind. Dabei handelt es sich jedoch um keine an die Ausbildungen geknüpften Vorbehaltstätigkeiten. Zudem gibt es noch Diplom-Sozialbetreuer*innen und Fach-Sozialbetreuer*innen mit dem Schwerpunkt Behindertenbegleitung. Diese erwerben im Rahmen ihrer Ausbildung die Kompetenzen der Heimhilfe, die es auch als eigenständigen Sozialbetreuungsberuf gibt.⁶⁵

Die Heimhilfe verdient hier nähere Betrachtung, da diese Berufsgruppe im Bereich der stationären Langzeitpflege zunehmend eingesetzt wird. Zwingender Teil der Ausbildung zur Heimhilfe ist gemäß Art. 3 Abs. 3 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe das Ausbildungsmodul ‚Unterstützung in der Basisversorgung‘. Die Verpflichtung zur Absolvierung des Moduls ist im Sinne der Ausführungsgesetzgebung für Salzburg durch § 7 Abs. 1 Z 11 Salzburger Sozialbetreuungsberufegesetz normiert. Die detaillierten Ausführungen zur Ausbildung in der Unterstützung bei der Basisversorgung sind in der Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung geregelt. Gemäß § 1 GuK-BAV sind nur Personen, die eine Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf begonnen oder abgeschlossen haben, und Menschen, die in einem Dienstverhältnis zu definierten Trägern von Einrichtungen der Behindertenbetreuung angestellt sind, zur Ausbildung zuzulassen.⁶⁶ Dafür gibt es nach einer privaten Umfrage, die 2022 im Rahmen der Erstellung dieser Arbeit erfolgte, eine erstaunlich hohe Anzahl an in der stationären Langzeitpflege tätigen Personen, die nur das Ausbildungsmodul ‚Unterstützung bei der Basisversorgung‘ absolviert haben. Diese sind für Tätigkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich angestellt.

Die Berufsberechtigung in der Basisversorgung ist in § 3a GuKG geregelt. Dabei verweist Abs. 1 bezüglich der Tätigkeiten auf Anlage 2 Punkt 3 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe. Demnach sind Absolvent*innen des Moduls zur Durchführung unterstützender Tätigkeiten in folgenden Bereichen berechtigt:

1. Unterstützung bei der Körperpflege,
2. Unterstützung beim An- und Auskleiden,
3. Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme,
4. Unterstützung im Zusammenhang mit Ausscheidungen,
5. Unterstützung und Förderung der Bewegungsfähigkeit,
6. Unterstützung beim Lagern sowie

⁶⁵ *Wegscheider*, Die "neuen" Sozialbetreuungsberufe, ÖJZ 2007/82, 959.

⁶⁶ Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung BGBl. II Nr. 281/2006.

7. Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln.

Diese Tätigkeiten sind noch detaillierter mit Unterpunkten ausgeführt bzw. eingeschränkt. Die vollständige Aufzählung würde über den Umfang dieser Arbeit hinausgehen.

§ 3a GuKG kennt detaillierte Regelungen zu den Tätigkeiten in der Basisversorgung in der Behindertenbetreuung. Für den Einsatz in der stationären Langzeitpflege sind landesgesetzliche Regelungen notwendig.⁶⁷ Für Salzburg sind das Berufsbild und der Tätigkeitsbereich der Heimhilfe in den §§ 6 und 7 S.SBBG geregelt.

In § 7 Abs. S.SBBG findet sich eine demonstrative Aufzählung des Tätigkeitsbereichs der Heimpflege:

1. hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Sorge für Sauberkeit und Ordnung in der Wohnung udgl),
2. Beheizung der Wohnung und Besorgung des Brennmaterials,
3. Unterstützung bei Besorgungen außerhalb des Wohnbereichs (Einkauf, Post, Apotheke, Behörden udgl),
4. Unterstützung bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten,
5. Förderung von einfachen Aktivitäten (Anregung zur Beschäftigung udgl),
6. Förderung von Kontakten im sozialen Umfeld,
7. hygienische Maßnahmen (Wäschegebarung udgl),
8. Beobachtung des Allgemeinzustandes und rechtzeitiges Herbeiholen von Unterstützung durch andere Berufsgruppen,
9. Unterstützung von Pflegepersonen,
10. Dokumentation,
11. Unterstützung bei der Basisversorgung gemäß der Anlage.

Die Tätigkeiten gemäß den Ziffern 1 bis 10 erfolgen dabei gem. Abs. 2 eigenverantwortlich, die Unterstützung bei der Basisversorgung erfolgt gemäß Ziffer 11 unter Anleitung und Aufsicht von Angehörigen der Gesundheitsberufe. Die in Ziffer 11 angeführte Anlage zum Gesetz ist wortgleich mit der bereits ausgeführten Anlage 2 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe. Bemerkenswert ist, dass die Anleitung und Aufsicht von Angehörigen von Gesundheitsberufen zu erfolgen hat. Dies beinhaltet auch die Pflegeassistenzberufe. Die Regelung für den Behindertenbereich in § 3a Abs. 5 GuKG ist hier restriktiver. Sie sieht die schriftliche Anordnung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder durch einen Arzt bzw. eine Ärztin vor. Zu der Frage, welche Pflegeberufe die Anleitung und Aufsicht von

⁶⁷ *Gepart*, Zum Einsatz der Heimhilfe in der stationären Langzeitpflege, ÖZPR 2022/56, 101.

Heimhelfer*innen bei Tätigkeiten gemäß § 3a GuKG übernehmen können, fehlt es an Literatur und Judikatur. Für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist dies nach § 14 Abs. 2 Z 10 eindeutig zu bejahen. Für die taxativ aufgezählten Tätigkeitsbereiche der Pflegeassistenten und Pflegefachassistenten in §§ 83 und 83a GuKG existiert keine diesbezügliche Regelung, wenngleich die Anleitung und Unterweisung von Auszubildenden in den Pflegeassistentenberufen gemäß § 83a Abs. 1 Z 4 GuKG wohl eine vergleichbare Schwierigkeit aufweisen werden. Ich würde daher trotz der Unschärfe der landesgesetzlichen Regelung von einer Einschränkung der Anleitung und Aufsicht auf Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ausgehen.

Der Tätigkeitsbereich der Heimhilfe war in Salzburg lange Zeit auf Menschen ohne kognitive Einschränkungen beschränkt. Dies ergab sich jedoch nicht aus den gesetzlichen Bestimmungen, sondern aus der Kontrollpraxis der Heimaufsicht. Im Verlauf der Covid-19-Pandemie wurde diese Praxis aufgegeben. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat dies zumindest für den Bereich der Behindertenbetreuung bereits 2016 deutlich weiter gesehen. Bei mehrfach bzw. kognitiv behinderten Menschen geht *Lust* davon aus, dass sogar die vollständige Übernahme von Tätigkeiten unter den Begriff Betreuung fallen kann. Von Bedeutung ist hierbei auch, dass die Frage nur für die Tätigkeiten, die pflegerisch-medizinisches Fachwissen voraussetzen, relevant ist. Laintätigkeiten sind davon nicht umfasst.⁶⁸ *Gepart* führt dazu aus, dass unter ‚kognitiv behinderte Menschen‘ auch Menschen mit Demenz subsumiert werden könnten. Dies würde den oben angeführten Einsatz von Heimhelfer*innen in der stationären Langzeitpflege zusätzlich legitimieren.⁶⁹

3.5. Delegation und Subdelegation

Zum tieferen Verständnis der berufsrechtlichen Abhängigkeiten der verschiedenen medizinischen Berufe und Gesundheitsberufe wird in diesem Kapitel näher auf das Thema der Delegation eingegangen.

⁶⁸ BMGF-92251/0095-II/A/2/2016 (Stand: 21.12.2016, https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:4de753be-7e4e-454b-89f1-68e72ea5aaa8/info_durchfuehrg_pflgeg_taetigkeiten_behindertenbereich.pdf).

⁶⁹ *Gepart*, Zum Einsatz der Heimhilfe in der stationären Langzeitpflege, ÖZPR 2022/56, 101.

3.5.1 Anordnung versus Weisung

Dabei sind die Begriffe Anordnung und Weisung zu unterscheiden. Problematisch ist, dass die Begrifflichkeiten in der juristischen Fachliteratur synonym gebraucht werden.⁷⁰ Diese Arbeit folgt der im Gesundheits- und Sozialbereich üblichen Unterscheidung. Demnach wird unter ‚Weisung‘ eine dienst- bzw. arbeitsrechtliche Beauftragung verstanden. Eine ‚Anordnung‘ bezieht sich hingegen auf die berufsrechtliche Übertragung von Tätigkeiten. Wird diese Anordnung an eine Berufsgruppe erteilt, die nicht unmittelbar im eigenen Berufsgesetz geregelt ist, wird von ‚Delegation‘ gesprochen. Die delegierte Tätigkeit selbst kann wiederum an zur Ausführung berechnigte Personen weiterdelegiert – also ‚subdelegiert‘ – werden.⁷¹ Die Delegation ist demnach eine Sonderform der Anordnung.

Die Grenzen einer Weisung sind durch verschiedene Faktoren bestimmt. Da der Fokus dieser Arbeit primär auf den berufsrechtlichen Aspekten liegt, sind die folgenden Ausführungen naturgemäß relativ kurz gehalten.

Durch den Eintritt in ein Dienstverhältnis unterwirft man sich üblicherweise der hierarchischen Struktur des Betriebes. Die Details dazu können in einem Dienstvertrag oder internen Verfahrensvorschriften geregelt sein. Bei einer Weisung stellen sich verschiedene Fragen: Ist die anweisende Person befugt, sie zu erteilen? Ist sie vertraglich abgedeckt? Ist sie rechtlich zulässig?

Als Arbeitnehmer*in wird man sich üblicherweise darauf verlassen, dass Weisungen durch Vorgesetzte sich innerhalb deren Befugnisse bewegen. Welche Person grundlegend befugt ist, Weisungen zu erteilen, ist in einem hierarchischen System innerhalb der eigenen Berufsgruppe zumeist unkompliziert zu beantworten.⁷² Damit ergeben sich bei pflegerischen Tätigkeiten hier auch kaum Fragestellungen. Die ärztliche Betreuung erfolgt in Pflegeheimen jedoch üblicherweise durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Diese sind damit nicht in das hierarchische System der Einrichtung eingebunden. Daraus ergibt sich kein direkter Weisungszusammenhang. Eine Lösung dafür hat das Bundesland Niederösterreich gefunden. Laut einem Bericht des Landesrechnungshofs aus dem Jahr 1999 ist der ärztliche Dienst in den

⁷⁰ Pfeil, § 27 AngG in *Neumayr/Reissner*, Zeller Kommentar zum Arbeitsrecht³ (Stand 1.1.2018, rdb.at).

⁷¹ Alfons, Die Überlastungs-, Gefährdungs-, Strukturmangel-Anzeige oder -Meldung (Stand 23.08.2022, ak-salzburg.at).

⁷² Resch, Rechtswirksamkeit von Weisungen, JAS 2021, 415 ff.

niederösterreichischen Landespflegeheimen gegenüber den Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes weisungsberechtigt.⁷³

Eine Umfrage, die 2022 im Rahmen der Erstellung dieser Arbeit erfolgte, unter öffentlichen und privaten Betreibern, die insgesamt für zehn Seniorenheime in Salzburg zuständig sind, ergab, dass ärztliche Anordnungen „selbstverständlich“ Gültigkeit für das angestellte Personal im Sinne einer Weisung haben. Es existiert dazu aber keine schriftliche Festlegung, d. h. in der Arbeitsrealität werden Anordnung und Weisungen einfach gleichgesetzt.

Weisungen sind nach *Resch* jedenfalls dann nichtig, wenn sie gegen gesetzliche Verbote oder die guten Sitten verstoßen. Dies kann insbesondere dann problematisch sein, wenn strafrechtliche Normen betroffen sind. So kann die Berufung auf eine rechtswidrige Weisung zwar einen Milderungsgrund, aber keinen Schuldausschließungsgrund darstellen.⁷⁴

Ein Grund dafür, dass eine Weisung rechtlich unzulässig ist, kann auch sein, dass ihr Inhalt berufsrechtlich nicht im Tätigkeitsbereich der Empfängerin oder des Empfängers der Weisung enthalten ist. Entsprechend der eingangs ausgeführten Definition handelt es sich dabei um eine Anordnung. Der Umgang mit Anordnungen ist nicht minder komplex. Diese Thematik wird in den folgenden Subkapiteln ausgeführt.

3.5.2. Anordnungsverantwortung

Nach § 2 Abs. 1 Ärztegesetz ist der Arzt zur Ausübung der Medizin berufen. Gemäß Absatz 2 umfasst die Ausübung des ärztlichen Berufes jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird. Die Möglichkeit der Anordnung medizinischer Tätigkeiten im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen ist dabei in § 49 Abs. 3 Ärztegesetz geregelt. Voraussetzung ist, dass die übertragene Tätigkeit vom Tätigkeitsbereich des jeweiligen Gesundheitsberufes umfasst ist.⁷⁵

Ob und wie eine bestimmte Tätigkeit durchzuführen ist, liegt in der Verantwortung der anordnenden Person. Die Anordnung muss mit der entsprechenden Bestimmtheit verfasst werden. Die klassische Indikationsausführung ‚bei Bedarf‘ würde eine

⁷³ O.A., NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheime, ärztl. Versorgung (Stand 25.09.2022, https://www.lrh-noe.at/images/pdf/1999/1999-14_-_aerztliche_versorgung_lp-ph.pdf).

⁷⁴ *Resch*, Rechtswirksamkeit von Weisungen, JAS 2021, 420 f.

⁷⁵ Ärztegesetz 1998 BGBl. Nr. I Nr. 169/1998.

Indikationsstellung delegieren – dies obliegt rein dem ärztlichen Dienst. Die Anordnung muss dabei gemäß §§ 15 Abs. 2, 83 Abs. 4 bzw. 83a Abs. 4 GuKG schriftlich erfolgen. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Pflegefachassistenz üben die Tätigkeiten bei medizinischer Diagnostik und Therapie eigenverantwortlich aus. Bei der Pflegeassistenz besteht gemäß § 83 Abs. 4 eine Aufsichtspflicht. Diese Aufsicht kann aber nach Absatz 5 in Form einer begleitenden, in regelmäßigen Intervallen auszuübenden Kontrolle erfolgen.⁷⁶

Erfolgt die Anordnung gegenüber Pflegeassistent*innen oder Pflegefachassistent*innen, hat die Anordnung gemäß §§ 83 Abs. 3 bzw. 83a Abs. 4 jedenfalls vorab schriftlich zu erfolgen. Gemäß § 15 Abs. 2 und 3 kann die Anordnung an den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege insbesondere in dringenden Fällen auch mündlich erfolgen.

Für alle drei Berufsgruppen besteht die Möglichkeit, dass die Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung erfolgt. Eine mündliche Anordnung muss demnach die Ausnahme darstellen.

Eine der bereits angeführten Voraussetzungen für eine ärztliche Anordnung ist, dass gemäß § 49 Abs. 3 Ärztegesetz die übertragene Tätigkeit vom Tätigkeitsbereich des jeweiligen Gesundheitsberufes umfasst ist. Diesbezüglich trifft die Ärztin oder den Arzt eine entsprechende Prüfpflicht.⁷⁷

In der Praxis erfolgen Anordnungen häufig durch die Eintragung in Fieberkurven oder Anordnungsblätter. Das Problem, dass damit ein weiter Personenkreis mit unterschiedlichen Kompetenzen und allfälligem Aufsichtsbedarf Adressat der Anordnung sein kann, wird in der Literatur bislang nicht besprochen. Die Frage, ob damit eine ausreichende Bestimmtheit der Anordnung gegeben ist, wäre in einer eigenständigen Arbeit der Untersuchung wert.

Die gleiche Anordnungsverantwortung trifft den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, wenn ärztliche Tätigkeiten an Pflegeassistentenberufe weiter-, d. h. subdelegiert werden. Dabei ist zu beachten, dass von der Pflegefachassistenz zur Pflegeassistenz im GuKG keine Subdelegation vorgesehen ist.

⁷⁶ Wallner, § 49 Ärztegesetz RZ 39 ff, in Neumayr/Resch/Wallner (Hrsg), Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht² (2016).

⁷⁷ Fördermayr/Tahic, Kompetenzen und Delegationsmöglichkeiten ausgewählter Personengruppen im Gesundheitsbereich, ÖZPR 2021/3, 70.

Analog dazu erfolgt die Delegation von Pflegemaßnahmen durch den gehobenen Dienst an die Pflegeassistenz gemäß § 83 Abs. 2 bzw. für die Pflegefachassistenz gemäß § 83a Abs. 3 GuKG. Hierbei ist die Notwendigkeit der schriftlichen Anordnung nur für den extramuralen Bereich ausgeführt.

3.5.3. Durchführungsverantwortung

Die Adressat*innen einer Anordnung trifft die Durchführungsverantwortung. Darunter wird die Verantwortung verstanden, die übernommenen Tätigkeiten entsprechend sachgerecht durchzuführen. Insbesondere der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, der angeordnete medizinisch-diagnostische und medizinisch-therapeutische Maßnahmen gemäß § 15 Abs. 1 GuKG eigenverantwortlich durchzuführen hat, hat hier eine entsprechende Verantwortung, selbst zu erkennen, ob er über die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt.⁷⁸ Dass Tätigkeiten einmal gelernt wurden, reicht hier unter Umständen nicht aus, insbesondere, wenn die diesbezügliche Erfahrung fehlt, weil einzelne Maßnahmen lange nicht mehr durchgeführt wurden.

Bei einer Delegation bzw. Subdelegation an Auszubildende in Pflegeberufen ist zudem der jeweilige Kenntnis- und Ausbildungsstand zu berücksichtigen. Sowohl bei der Delegation und Subdelegation an Auszubildende als auch an Pflegeassistent*innen ist ein wesentlicher Teil der Durchführungsverantwortung des gehobenen Dienstes gemäß § 15 Abs. 5 GuKG auch die Vornahme der entsprechenden Aufsicht. *Hausreither* führt dazu aus, dass sowohl Auszubildende als auch Pflegeassistent*innen keine Durchführungsverantwortung im berufsrechtlichen Sinn tragen. Dies gilt nicht für Pflegefachassistent*innen, deren Tätigkeitsbereich gemäß § 83a Abs. 1 Ziffer 1 und 2 die eigenverantwortliche Durchführung der übertragenen Aufgaben beinhaltet.⁷⁹

Als Maßstab für die notwendige Sorgfalt in der Durchführung gilt, insbesondere was einen allfälligen zivilrechtlichen Anspruch auf Schadensersatz betrifft, der Inhalt des § 1299 ABGB – umgangssprachlich ‚die Expert*innenhaftung‘:

„Wer sich zu einem Amte, zu einer Kunst, zu einem Gewerbe oder Handwerke öffentlich bekennet; oder wer ohne Noth freywillig ein Geschäft übernimmt, dessen Ausführung eigene Kunstkenntnisse, oder einen nicht gewöhnlichen Fleiß erfordert, gibt

⁷⁸ *Hausreither*, Kap. III.11.7.3.3. in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht (Stand 1.3.2015, rdb.at).

⁷⁹ *Hausreither*, Kap. III.11.8.3. in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht (Stand 1.3.2015, rdb.at).

dadurch zu erkennen, daß er sich den notwendigen Fleiß und die erforderlichen, nicht gewöhnlichen Kenntnisse zutraue; er muß daher den Mangel derselben vertreten. [...]“⁸⁰

Alfons führt dazu aus, dass eine Anordnung im berufsrechtlichen Sinn als Ermächtigung zu verstehen ist. Die Verpflichtung zur Durchführung ist damit nicht unmittelbar verbunden. Jedenfalls hat eine Rückmeldung zu erfolgen, wenn die Durchführung nicht oder nur teilweise möglich ist. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn zeitlich konkurrierende Tätigkeiten sich ausschließen und die fachliche Priorisierung den Vorrang einer Intervention aus dem Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen ergibt.⁸¹ *Hausreither* erläutert dazu am Beispiel einer Intensivstation, dass eine generelle Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten wie der vollständigen Infusionstherapie einer Einheit aus eben diesen Gründen nicht legitim ist.⁸²

3.5.4. Anordnung durch andere Berufsgruppen

Im Umfeld von Pflege und Betreuung werden eine Vielzahl von Berufsgruppen tätig. Berufsrechtlich ist hier jedoch, abgesehen von den bereits ausgeführten Berufsgruppen, keine gegenseitige berufsrechtliche Anordnungsbefugnis gegeben. Auch die Ausübung der Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam nach § 16 GuKG sind einzig als Einbringen von Expertise zu verstehen. Umgekehrt sind auch die Anregungen anderer Berufe als Empfehlungen zu werten. Unberührt davon bleiben dienstrechtliche Weisungsbefugnisse ohne berufsrechtlichen Bezug.

3.5.5. Laiendelegation

Die Kompetenzbereiche und die damit verbundenen Delegationsmöglichkeiten von Pflege- und Betreuungsberufen wurden bereits in den Unterkapiteln zu 3.4. dargestellt. In Pflegeeinrichtungen sind aber auch Personen tätig, die über keinerlei pflegerische Qualifikation verfügen. Grundsätzlich sieht das GuKG die Möglichkeit der Delegation an Laien vor. Dies ist aber immer an bestimmte Settings gebunden, beispielsweise gemäß § 3b GuKG an Personenbetreuer*innen oder an persönliche

⁸⁰ Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch für die gesammten deutschen Erbländer der Oesterreichischen Monarchie JGS Nr. 946/1811.

⁸¹ *Alfons*, Die Überlastungs-, Gefährdungs-, Strukturmangel-Anzeige oder -Meldung (Stand 23.08.2022, ak-salzburg.at).

⁸² *Hausreither*, Kap. III.11.7.3.8. in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht (Stand 1.3.2015, rdb.at).

Assistent*innen nach § 3c GuKG. § 50a Ärztegesetz normiert zudem die Möglichkeit der Übertragung einzelner Tätigkeiten an

1. Angehörige des Patienten,
2. Personen, in deren Obhut der Patient steht, oder an
3. Personen, die zum Patienten in einem örtlichen und persönlichen Naheverhältnis stehen.

Diese Delegation ist aber, abgesehen von den Einrichtungen gemäß § 3a Abs. 3 GuKG, auf das private Umfeld beschränkt. Zudem ist gemäß § 50a Abs. 2 Ärztegesetz Laien die berufsmäßige Ausübung dieser Tätigkeiten untersagt.⁸³

In der Judikatur wurde das Verbot der Übernahme pflegerischer Tätigkeiten durch Laien insbesondere für den Bereich der Freiheitsbeschränkungen nach dem Heimaufenthaltsgesetz behandelt. Die Voraussetzung von pflegerischem Fachwissen für die fachgerechte Durchführung schließt eine Delegation an pflegerische Laien aus.⁸⁴ So gibt es Entscheidungen des OGH, die die Unterstützung von Wachdienstmitarbeiter*innen bei Freiheitsbeschränkungen ganz klar untersagen. Dies gilt sowohl für Freiheitsbeschränkungen nach dem Unterbringungsgesetz als auch nach dem Heimaufenthaltsgesetz.⁸⁵⁸⁶

Neben den berufsrechtlichen Thematiken gibt es zum Personaleinsatz im Nachtdienst auch allgemeine arbeitsrechtliche Fragestellungen. Diese werden im folgenden Kapitel behandelt.

⁸³ *Lust*, Nachtrag zur Information betreffend die Abgrenzung von Lientätigkeiten und Vorbehaltstätigkeiten der Pflege und Medizin (Stand 30.06.2014, www.sozialministerium.at).

⁸⁴ *Greunz*, Judikaturanalyse zur Anwendung des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG) im Bundesland Salzburg (Stand 01.07.2020, www.ak-salzburg.at).

⁸⁵ OGH 29. 10. 2014, 7 Ob 139/14p.

⁸⁶ OGH 17. 09. 2014, 7 Ob 119/14x.

4. Arbeitsrechtliche Aspekte

Die behandelten arbeitsrechtlichen Themen beschränken sich hinsichtlich der Fragestellungen dieser Arbeit auf die Problemlagen, die sich im Nachtdienst in der stationären Langzeitpflege ergeben. Es besteht kein Anspruch auf eine vollständige Darstellung der skizzierten Thematiken.

4.1. Ruhepausen

So gibt es im Nachtdienst immer wieder Probleme, die Ruhezeiten einzuhalten. Bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden ist gemäß § 11 Abs. 1 Arbeitszeitgesetz eine Ruhepause von mindestens einer halben Stunde einzuhalten. Diese Ruhepausen können mit Zustimmung des Betriebsrates per Betriebsvereinbarung bzw. wenn kein Betriebsrat eingerichtet ist, mit Zustimmung des Arbeitsinspektorats auf zweimal 15 Minuten oder dreimal zehn Minuten aufgeteilt werden. Dazu muss die Aufteilung im Interesse der Arbeitnehmer*innen liegen oder durch betriebliche Notwendigkeit begründet sein.⁸⁷

Bei Arbeiten, die werktags und sonntags einen ununterbrochenen Fortgang erfordern, was in der Langzeitpflege unzweifelhaft der Fall ist, gibt es für Arbeitnehmer*innen, die in Wechselschichten beschäftigt sind, nach § 11 Abs. 3 AZG eine Sonderregelung. Demnach sind anstelle der Pausen nach Absatz 1 Kurzpausen in angemessener Dauer zu gewähren. Diese Pausen stellen laut Absatz 6 Arbeitszeit dar. *Pfeil* geht auch hier von einer Orientierung an der Mindestdauer von zehn Minuten pro Pauseneinheit gemäß Absatz 1 aus.

Pfeil verweist dazu auf die einschlägige Judikatur. Demnach ist der Pausencharakter nur gegeben, wenn die Ruhepause vorhersehbar oder frei wählbar ist.⁸⁸ Insbesondere die Vorhersehbarkeit entspricht der ständigen Rechtsprechung des OGH. Dazu ist folgender Rechtssatz formuliert: „Der Zweck der Ruhepausen ist die Erholung des Arbeitnehmers; eine solche ist nur dann gewährleistet, wenn diese Pausen im Voraus, spätestens bei ihrem Beginn, umfangmäßig feststehen.“⁸⁹

⁸⁷ *Pfeil*, § 11 AZG RZ 7 in *Auer-Mayer/Felten/Pfeil*, AZG⁴ (Stand 1.3.2019, rdb.at).

⁸⁸ OGH 17. 03. 2004, 9 ObA 102/03w.

⁸⁹ OGH 27. 05. 2021, RS0102995 zu § 11 AZG.

Ein wesentlicher Aspekt einer Pause ist laut *Pfeil* auch, dass man für die Dauer von seinen Verpflichtungen befreit ist und über die Zeit beliebig verfügen kann.⁹⁰

Die Versorgung der anvertrauten Bewohner*innen muss zu jeder Tages- und Nachtzeit durchgehend gewährleistet sein. Wenn nur eine Person mit der entsprechenden pflegerischen Qualifikation im Dienst ist, würde die kontinuierliche Versorgung durch eine Pause unterbrochen.

Ein bedeutender Teil der Salzburger Pflegeheime wird direkt von Gemeinden und Gemeindeverbänden betrieben. Gemäß § 1 Abs. 2 Ziffer 1 sind u. a. Arbeitnehmer*innen, die in einem Arbeitsverhältnis zu einer Gebietskörperschaft stehen, von der Anwendung dieses Gesetzes ausgenommen. Es gibt jedoch eine vergleichbare Regelung zu den Ruhepausen in § 32 Salzburger Gemeinde-Vertragsbedienstetengesetz 2001. Demnach ist bei einer Tagesdienstzeit von über sechs Stunden eine Ruhepause von einer halben Stunde einzuräumen, die im Interesse des oder der Bediensteten oder bei dienstlicher Notwendigkeit auf zwei 15-minütige oder drei zehnminütige Pausen aufgeteilt werden kann. Eine wortidentische Formulierung findet sich in § 66 Salzburger Magistrats-Bedienstetengesetz.

Zudem unterliegen viele Bedienstete in der stationären Langzeitpflege den Regelungen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz.⁹¹ § 6 Abs. 1 KA-AZG ist dabei wortidentisch zu § 11 Abs. 1 erster Satz AZG: „Beträgt die Gesamtdauer der Tagesarbeitszeit mehr als sechs Stunden, so ist die Arbeitszeit durch eine Ruhepause von mindestens einer halben Stunde zu unterbrechen.“

Nach § 6 Abs. 3 KA-AZG ist eine Ruhezeit innerhalb der nächsten zehn Kalendertage entsprechend zu verlängern, wenn die Gewährung von Ruhepause aus organisatorischen Gründen nicht möglich ist. Diese Ausgleichsruhezeiten müssen nach den Erläuterungen des Gesetzgebers jedoch gleichwertig sein.⁹² Dabei stützt sich der Gesetzgeber auf die EU-Arbeitszeitrichtlinie 93/104. Diese führt den Begriff der ‚Gleichwertigkeit‘ jedoch nicht näher aus. Eine einfache Verlängerung einer beliebigen anderen Ruhezeit, bringt aber für die oder den Dienstnehmer*in keinen relevanten Benefit. Auch der in der Richtlinie angeführte angemessene Schutz wird im KA-AZG nicht

⁹⁰ *Pfeil*, § 11 AZG RZ 1 in *Auer-Mayer/Felten/Pfeil*, AZG⁴ (Stand 1.3.2019, rdb.at).

⁹¹ *Resch*, § 1 KA-AZG RZ 5. Geltungsbereich in *Neumayr/Resch/Wallner*, Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht² (Stand 1.1.2022, rdb.at).

⁹² ErläutRV 386 BlgNR 20. GP 12.

näher normiert. Daher erscheint es fraglich, ob die Regelung des § 6 Abs. 3 KA-AZG EU-Recht entspricht.⁹³

4.2. Fürsorgepflicht

Der Dienstgeber hat gegenüber seinen Arbeitnehmer*innen eine umfassende, personenbezogene Fürsorgepflicht. Diese arbeitsvertraglichen Nebenpflichten, wie sie in § 1157 ABGB und § 18 Angestelltengesetz ausgeführt sind, dienen primär dem Gesundheitsschutz der Beschäftigten. Der Dienstgeber hat dabei nicht nur die Verpflichtung, für eine entsprechend sichere Ausstattung an Betriebsmitteln zu sorgen, sondern ist auch dazu verpflichtet, die Arbeitsbedingungen dem Schutz von Gesundheit und Eigentum der Dienstnehmer*innen anzupassen.⁹⁴

Vergleichbare Regelungen gibt es auch für Bedienstete im öffentlichen Dienst. Exemplarisch ist hier das Salzburger Bediensteten-Schutzgesetz anzuführen. Die Schutzpflichten des Dienstgebers sind hier teilweise noch weitreichender und detaillierter geregelt als in den entsprechenden Normen des ABGB und Angestelltengesetzes, indem u. a. auch die Evaluierung potentieller Gefahren entsprechend normiert wird.⁹⁵

4.3. Treuepflicht

Das Pendant zur Fürsorgepflicht des Arbeitgebers ist die Treuepflicht des Dienstnehmers oder der Dienstnehmerin. Nach *Brodil und Risak* handelt es sich dabei um eine umfassende Verpflichtung, die betrieblichen Interessen des Arbeitgebers zu schützen. Dabei handelt es sich primär um Verbote, die teilweise direkt normiert sind bzw. aus den Entlassungstatbeständen abgeleitet werden können. Als für den Umgang mit potentiellen Problemen im Rahmen der Pflege herauszustellendes Gebot ist die Beistands- und Anzeigepflicht zu nennen. Diese ist nicht explizit normiert, entspricht aber der herrschenden Lehre und der ständigen Rechtsprechung des OGH: „Der Arbeitnehmer trifft nicht nur eine Pflicht zur Arbeit, sondern auch eine Treuepflicht (Fremdinteressenwahrungspflicht), die ihn dazu verhält, auf betriebliche Interessen des Arbeitgebers entsprechend Rücksicht zu nehmen. Der Arbeitnehmer hat die betrieblichen Interessen zu respektieren und insbesondere alles zu unterlassen, was den

⁹³ *Stärker*, Zu den Ruhepausenregelungen des KA-AZG, RdM 2003/22, 59 ff.

⁹⁴ *Brodil/Risak*, Arbeitsrecht in Grundzügen¹⁰ (2019) RZ 260.

⁹⁵ Salzburger Bediensteten-Schutzgesetz LGBl Nr 103/2000.

unternehmerischen Tätigkeitsbereich, dessen Organisationswert und dessen Chancen beeinträchtigt. Er hat den Arbeitgeber im Rahmen der Beistandspflicht und Anzeigepflicht vor drohenden Schäden zu warnen und zu deren Beseitigung beizutragen.“⁹⁶

Analog gibt es für den öffentlichen Dienst die Verpflichtung, auf Gefahrenmomente adäquat zu reagieren. Beispielhaft ist die Regelung des § 13 Abs. 6 Salzburger Bediensteten-Schutzgesetz heranzuziehen: „Wenn Bedienstete bei unmittelbarer erheblicher Gefahr ihren Vorgesetzten oder die sonst zuständigen Personen nicht erreichen können, sind sie verpflichtet, nach Maßgabe der Festlegungen in den Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumenten, ihrer Information und Unterweisung sowie der zur Verfügung stehenden technischen Mittel selbst die ihnen zumutbaren unbedingt notwendigen Maßnahmen zu treffen, um die anderen Bediensteten zu warnen und Nachteile für Leben oder Gesundheit abzuwenden.“

4.4. Haftung

Im engen Zusammenhang mit potentiellen Gefahren und damit verbundenem Schaden steht die Frage der Haftung. Dieses Kapitel behandelt in der gebotenen Kürze die zivilrechtliche Haftung mit dem Fokus auf die Besonderheiten innerhalb eines Dienstverhältnisses im Pflegebereich.

Die Voraussetzungen für eine Haftung sind ein eingetretener Schaden, rechtswidriges Verhalten und ein Verschulden, d. h. die Vorwerfbarkeit gegenüber dem Verursacher oder der Verursacherin. Das rechtswidrige Verhalten kann sich aus einem Delikt oder aus dem Verstoß gegen einen Vertrag ergeben.⁹⁷ Da die Grundlage der Pflege und Betreuung in der stationären Langzeitpflege ein Betreuungsvertrag ist, wird der Fokus darauf gelegt.

4.4.1. Sachverständigenhaftung

Wie in Kapitel 3.5.3. ausgeführt, gelten für Professionalist*innen im Pflegebereich die Haftungsmaßstäbe des § 1299 ABGB. Hier ist nach *Schaup* jedoch auch der Ausbildungsstand der einzelnen Pflegeperson heranzuziehen. So wird vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mehr Wissen verlangt werden als von

⁹⁶ OGH 25. 05. 2022, RS0021449 zu §§ 1151, 1153 und 1157 ABGB.

⁹⁷ *Schaup*, Auswirkungen der GuKG-Novelle 2016 auf die Haftung, ÖZPR 2017/35, 58.

den Pflegeassistentenberufen. Problematisch wird es vor allem dann, wenn die berufsrechtlichen Kompetenzen überschritten werden.⁹⁸

4.4.2. Gehilfenhaftung und Dienstnehmerhaftpflichtgesetz

Beim Eintritt eines Schadens haftet grundsätzlich die Person, der die Ursache dafür vorwerfbar ist. Im Rahmen eines Dienstverhältnisses greifen bezogen auf zivilrechtliche Haftung jedoch einige Besonderheiten. Nach § 1313a ABGB haftet der Dienstgeber für seine Erfüllungsgehilfen. Der Dienstgeber kann sich aber bei der oder dem Verursacher*in des Schadens regressieren. Diesbezüglich greifen aber die Haftungserleichterungen des Dienstnehmerhaftpflichtgesetzes. Nach § 2 Abs. 1 DHG kann der Regress durch das Gericht, wenn der Schaden durch ein Versehen, das heißt fahrlässig, zugefügt wurde, gemäßigt werden oder bei einem minderen Grad des Versehens ganz erlassen werden.⁹⁹

In § 2 Abs. 2 DHG sind verschiedene Gründe ausgeführt, die bei der Bemessung des Ausmaßes des Verschuldens heranzuziehen sind. Neben der bereits genannten Verantwortung und dem Grad der Ausbildung ist hier vor allem auch die Ziffer 4 relevant. So können auch die „Bedingungen, unter denen die Dienstleistung zu erbringen war“, zu einer Haftungsminderung führen. Dazu ist es unerlässlich, dass der Dienstgeber Kenntnis von Bedingungen erhält, die zu potentiellen Gefahrensituationen führen können. Ein klassisches Problem ist dabei das Fehlen von Personal. Hier ist es, wie in Kapitel 3 ausgeführt, schwierig sich auf landesgesetzliche Regelungen zu berufen, da diese in vielen Bundesländern fehlen oder nicht im nötigen Detailliertheitsgrad ausgeführt sind. Hier bleibt nur die Orientierung an den Mindestmaßstäben anderer Bundesländer und an pflegfachlichen Grundsätzen.¹⁰⁰ Die mögliche Form einer solchen Warnung wird in Kapitel 5 beschrieben.

4.4.3. Amtshaftung

Eine besondere Form der Haftung kommt zum Tragen, wenn Arbeitnehmer*innen als Organe von Körperschaften öffentlichen Rechts hoheitliche Aufgaben übernehmen. Dies ist die Amtshaftung nach § 1 Amtshaftungsgesetz.¹⁰¹ Für den Bereich der Langzeitpflege sind hier insbesondere freiheitsbeschränkende Maßnahmen nach dem Heimaufenthaltsgesetz relevant. Die Haftung und ein allfälliger Rückersatz sind dabei in

⁹⁸ *Schaup*, Auswirkungen der GuKG-Novelle 2016 auf die Haftung, ÖZPR 2017/35, 59.

⁹⁹ Dienstnehmerhaftpflichtgesetz BGBl. Nr. 80/1965

¹⁰⁰ *Schaup*, Zivilrechtliche Haftungsfragen bei Pflegeeinrichtungen, ÖZPR 2018/41, 62.

¹⁰¹ Amtshaftungsgesetz BGBl. Nr. 20/1949.

§ 24 HeimAufG geregelt. Nach Absatz 1 haftet primär der Bund nach Maßgabe des Amtshaftungsgesetzes für den Schaden am Vermögen oder an der Person, den ein Bediensteter oder Beauftragter einer Einrichtung in Vollziehung dieses Bundesgesetzes durch ein rechtswidriges Verhalten wem immer schuldhaft zugefügt hat. Der Träger der Einrichtung haftet nach Absatz 2 gegenüber dem Bund, falls der Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde. Dies gilt insbesondere, wenn ein Organisationsverschulden zugrunde liegt. Nach Absatz 3 iVm. §§ 3 bis 6 Amtshaftungsgesetz kann wiederum der Träger der Einrichtung von der oder dem Bediensteten Rückersatz begehren, sofern der Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde.¹⁰² Nach *Greunz*, die 2020 zur Thematik eine umfassende Judikaturanalyse durchgeführt hat, gibt es zum Rückersatz nach dem Heimaufenthaltsgesetz keine rezente Judikatur.

Der OGH hat 2013 den Anwendungsbereich der Amtshaftung deutlich weiter gesehen. So reicht bereits die Gewährung einer Unterbringung durch Bescheid als nicht frei wählbare Sachleistung in einer Einrichtung der Behindertenhilfe für die Qualifikation als hoheitliche Maßnahme, insbesondere, wenn die Einrichtung per Bescheid genehmigt wird und die Beziehung zwischen Land und Einrichtung durch die jährliche Festsetzung der Pflegegebühren als öffentlich-rechtliches Verhältnis konzipiert ist.¹⁰³ Für den Bereich der Langzeitpflege liegt keine rezente Judikatur vor, wenngleich die Entscheidung des OGH auch hier Auswirkungen haben könnte.

Insbesondere die Fragen der Haftung im Zusammenhang mit der Treupflicht können dazu führen, dass Bedienstete den Dienstgeber vor damit verbundenen Gefahren warnen wollen oder gar müssen.

¹⁰² Heimaufenthaltsgesetz BGBl. I Nr. 11/2004.

¹⁰³ OGH 11. 04. 2013, 1 Ob 19/13w.

5. Gefahrenmeldung

Wenn die Gefahr der Entstehung eines Schadens im Dienstverhältnis eintritt, ist der Dienstgeber davon in Kenntnis zu setzen. Dies wurde im Kapitel 4.3. entsprechend ausgeführt.

Die Form der Mitteilung an den Dienstgeber ist grundsätzlich frei. Aus Gründen der Nachvollziehbarkeit empfiehlt sich jedoch die Schriftform. Eine Möglichkeit ist das Verfassen einer Gefahrenmeldung. Begriffe wie Überlastungs-, Gefährdungs- oder Strukturmangelanzeige oder -meldung werden dabei synonym gebraucht. Dem Wort-sinn nach sind sie ggf. nach dem Grund der Meldung zu unterscheiden.

5.1. Gründe für eine Gefahrenmeldung

Neben der Abwendung von Haftungsansprüchen, wie in Kapitel 4.4. ausgeführt, spielen oft auch intrinsische Gründe eine Rolle, eine Gefahrenmeldung zu verfassen. Die Pflegepersonen wollen im Normalfall den ihnen anvertrauten Menschen Pflege auf dem höchstmöglichen Niveau angedeihen lassen.¹⁰⁴

5.2. Adressat*in

Es gibt in der Privatwirtschaft keine allgemeingültigen Regelungen, an wen eine Gefahrenmeldung zu richten ist. Viele Betriebe haben jedoch interne Vorgaben und Verfahrensanweisungen, an wen die Arbeit betreffende Meldungen zu ergehen haben. Zumeist wird das die oder der unmittelbare Vorgesetzte sein. Bei Gefahr in Verzug ist es auch üblich, sich an die nächste erreichbare Stelle in der Hierarchie zu wenden.

Im öffentlichen Dienst gehört die Einhaltung des Dienstweges zu den gesetzlichen Pflichten der Vertragsbediensteten. So ist beispielhaft in § 23 Abs. 1 Salzburger Gemeinde-Vertragsbedienstetengesetz 2001 geregelt, dass Anbringen, die sich auf das Dienstverhältnis oder auf die dienstlichen Aufgaben beziehen, bei der oder dem unmittelbaren Dienstvorgesetzten einzubringen sind. Diese*r hat das Anbringen unverzüglich an die zuständige Stelle weiterzuleiten. Eine Ausnahme gibt es nach Absatz 2 nur bei Gefahr im Verzug oder der Unzumutbarkeit der Einhaltung des Dienstweges.

¹⁰⁴ Udric, Mitarbeiter*innen Motivation in Nonprofit Unternehmen in der Langzeitpflege (Stand 03.09.2019, <https://www.fh-campuswien.ac.at>).

5.3. Inhalt

An erster Stelle sollte das aktuelle Problem bzw. die Ursache beschrieben werden. Dies kann z. B. das Ansteigen des Pflegebedarfs oder auch eine geänderte Dienst-einteilung sein. Der Kern der Meldung ist der Hinweis auf aus dem Problem potentiell resultierende Gefahren. Häufig wird dies der Hinweis sein, dass die notwendige Pflege nicht mehr gewährleistet werden kann. Wenn aus fachlicher Sicht eine Prio-rierung möglich ist, können hier auch konkrete Pflegehandlungen angeführt werden. In diesem Kontext sollte die verfassende Person auch klarstellen, dass es sich um keine arbeitsrechtlich relevante Verweigerung der Arbeit handelt. Die Pflege wird wei-terhin nach bestem Wissen und Gewissen durchgeführt, soweit es auf Basis der vor-handenen Rahmenbedingungen möglich ist. An dieser Stelle ist auch der Hinweis angebracht, dass für allfällige Schäden, die durch die organisatorischen Gegebenhei-ten resultieren, keine Verantwortung übernommen wird. Selbst wenn kein vollständi-ger Haftungsausschluss möglich ist, kommt es damit zumindest zu einer teilweisen Verschiebung der Verantwortung. Mit Bedacht auf die diesbezügliche Betriebskultur ist es auch möglich, potentielle Lösungsvorschläge anzubringen. Schlussendlich bleibt noch die Fristsetzung für eine Rückmeldung.¹⁰⁵

5.4. Abgrenzung

Keine klassischen Grundlagen für eine Gefahrenmeldung sind in der Person der Ar-beitnehmerin oder des Arbeitnehmers gelegene Gründe. Das wäre z. B. die fehlende Erfahrung bezüglich einzelner Tätigkeiten oder die mangelnde Ausbildung nach Er-weiterungen des Tätigkeitsbereichs durch Novellierungen im Berufsrecht.

¹⁰⁵ Piberger, Gefahrenmeldung² (Stand 01.03.2020, www.ak-salzburg.at).

6. Conclusio

Aus den ausgeführten berufs- und arbeitsrechtlichen Grundlagen sind die in der Einleitung gestellten Fragen weitgehend, wenn auch nicht in jeglicher Hinsicht abschließend beantwortbar.

Alleine um gewisse arbeitsrechtliche Mindeststandards im Sinne der Möglichkeit einer Erholungspause einzuhalten, sind jedenfalls zwei Personen im Nachtdienst notwendig. Anderenfalls wäre die Kontinuität der Pflege und Betreuung nicht gewährleistet. Verstärkt wird dies durch die pflegfachliche Betrachtung der Tätigkeiten im Nachtdienst. Hier gibt es eine Reihe von Tätigkeiten, die alleine nicht bzw. nicht fachlich korrekt durchgeführt werden können. Zudem sind immer wieder Maßnahmen erforderlich, die eine permanente Anwesenheit verlangen. Exemplarisch ist hier die Mobilisation bei erhöhtem Sturzrisiko zu nennen. Für die Dauer der Maßnahme ist keine Reaktion auf Notrufe oder Ähnliches möglich.

Komplexer gestaltet sich die Frage nach den erforderlichen Qualifikationen der Nachtdienstleistenden. Berufsrechtlich liegt die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Damit ist auch nur dieser befugt, Änderungen am Pflegeplan vorzunehmen und damit auf kurzfristige Veränderungen zu reagieren. Selbst ohne Beachtung betriebswirtschaftlicher Aspekte muss pragmatisch festgestellt werden, dass nicht ausreichend Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (DGKP) am Arbeitsmarkt verfügbar sind. Das GuKG sieht hier jedoch die Möglichkeit der Anordnung im Wege automationsgestützter Datenübertragung vor. Die permanente Anwesenheit von DGKP ist damit nicht vorausgesetzt. Zudem gibt es moderne Methoden von Telemetrie- und Videoübertragungen, die die fachliche Einschätzung aus der Ferne erleichtern. Selbst bei sehr guter Dokumentation von Assistenzberufen ist zu empfehlen, dass DGKP intermittierend Nachtdienst leisten, um die Qualitätssicherung und die nachtspezifische Pflegeplanung durchzuführen.

Pflegfachassistent*innen führen die ihnen übertragenen Aufgaben eigenverantwortlich aus. Ihr Berufsbild umfasst alle im nächtlichen Routinebetrieb anfallenden Tätigkeiten. Sie sind damit für den Einsatz in der stationären Langzeitpflege prädestiniert. Bei akuten Veränderungen muss, gleichsam wie bei der Pflegeassistenz, die Möglichkeit der Rückfrage beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. einer Ärztin oder einem Arzt gegeben sein.

Pflegeassistent*innen können auf Basis ihres Berufsbildes eine Vielzahl von Tätigkeiten im Nachtdienst übernehmen. Gerade im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie geraten sie, z. B. bei der Gabe subkutan zu verabreichender Schmerzmittel, an ihre Grenzen. Zudem darf diese Berufsgruppe nur unter Anordnung und Aufsicht tätig werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Aufsicht in Form einer begleitenden, in regelmäßigen Intervallen auszuübenden Kontrolle auch im Tagdienst wahrgenommen werden kann. Zudem können auch dafür bis zu einem gewissen Grad Telemetrie- und Videoübertragungen eingesetzt werden.

Schwieriger lässt sich die Frage nach dem Einsatz von Heimhelfer*innen beantworten. Diese Berufsgruppe darf im Setting der stationären Langzeitpflege nur Betreuung leisten. Damit kommt sie dann sinnvoll zum Einsatz, wenn solche Tätigkeiten in entsprechend hoher Anzahl, isoliert und ohne die Notwendigkeit von Pflegeleistungen anfallen. Das ist weitgehend von der Varianz an Pflegebedarf der Bewohner*innen, aber auch von der Größe der Einrichtung abhängig. In größeren Häusern ist ggf. ein dritter Nachtdienst für Betreuungsleistungen sinnvoll.

Welche Kombinationen von Qualifikationsniveaus Sinn ergeben, ist von den Gegebenheiten im Einzelfall abhängig. Entsprechende Standards zu definieren ist Aufgabe der Pflegewissenschaft. Diese dann für verbindlich zu erklären ist wiederum Angelegenheit der Politik.

Die Pflegepersonalschlüssel in den einzelnen Bundesländern sind höchst unterschiedlich. Insbesondere für den Personaleinsatz im Nachtdienst gibt es kaum Regelungen. Das Salzburger Pflegegesetz sieht nur vor, dass die Träger sicherstellen, dass eine ausreichende Anzahl an angestelltem, fachlich qualifiziertem Pflegepersonal und nicht pflegendem Hilfspersonal entsprechend der Anzahl der Bewohner*innen sowie der Art und dem Ausmaß der diesen zu erbringenden Leistungen zur Verfügung steht und die Pflegeleistungen durch entsprechend qualifiziertes Personal im Sinn des GuKG erbracht werden. Die fachliche Beurteilung, ob ausreichend Personal vorhanden ist, können häufig nur die entsprechend qualifizierten Personen vor Ort treffen. Sollte es hier zu Diskrepanzen in der Einschätzung kommen, die potentiell zu Problemen führen können, sind die Dienstnehmer*innen verpflichtet, den Dienstgeber entsprechend darauf hinzuweisen. Dies sollte schriftlich und strukturiert, z. B. in Form einer Gefahrenmeldung, erfolgen. Kommunizierte und persistente systemische Defizite können im Schadenfall ggf. zu einer Haftungserleichterung führen.

Im Sinne eines positiven Ausblicks bleibt festzuhalten, dass das Problem zumindest in Salzburg bereits auf politischer Ebene erkannt wurde. Als ein Ergebnis der

Pflegeplattform II wurde angekündigt, dass keine Pflegeperson mehr alleine den Nachtdienst übernehmen soll. Jetzt müssen diesbezüglich budgetäre Realitäten geschaffen werden. Parallel ist es an der Zeit, dass verbindliche Richtlinien für den Personaleinsatz definiert werden, denn ‚ausreichend‘ reicht nicht.

Literaturverzeichnis

Brodil/Risak, Arbeitsrecht in Grundzügen¹⁰ (2019).

Födermayr/Tahic, Kompetenzen und Delegationsmöglichkeiten ausgewählter Personengruppen im Gesundheitsbereich, ÖZPR 2021/3.

Füchtenkord, Altersmedizin mit Alltagstraining, medAmbiente 2011.

Gepart, Ernährungsmanagement in der Langzeitpflege, ÖZPR 2019/5.

Gepart, Zum Einsatz der Heimhilfe in der stationären Langzeitpflege, ÖZPR 2022/56.

Höfert, Von Fall zu Fall – Pflege im Recht³ (2011).

Jacobs (Hrsg), Pflege-Report 2020 (2020).

Kubo/Takahashi/Sallinen/Kubo/Suzumura, How are leisure activity and shiftwork schedule associated with recovery from fatigue in shiftwork nurses, Sangyo Eiseigaku Zasshi 2013.

Matolycz (Hrsg), Pflege von alten Menschen² (2016).

Menche (Hrsg), Pflege Heute⁵ (2011).

Minichberger, Großmain: Land zieht Anzeige gegen Seniorenheim zurück, Salzburger Nachrichten 31.12.2019.

Minichberger/Prlić, Pongauer Bürgermeister gewinnt Verfahren, Geldstrafe wird gestrichen, Salzburger Nachrichten 10.11.2020.

Neumayr/Resch/Wallner (Hrsg), Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht² (2016).

Resch, Rechtswirksamkeit von Weisungen, JAS 2021.

Schaup, Auswirkungen der GuKG-Novelle 2016 auf die Haftung, ÖZPR 2017/35.

Schaup, Zivilrechtliche Haftungsfragen bei Pflegeeinrichtungen, ÖZPR 2018/41.

Staflinger, Personalberechnungen für die stationäre Langzeitpflege, Lebenswelt Heim 2016.

Stärker, Zu den Ruhepausenregelungen des KA-AZG, RdM 2003/22.

Teigeler/Schlarmann/Bienstein, Nachts in deutschen Pflegeheimen, Die Schwester Der Pfleger 2015.

Thieme (Hrsg), Pflegeassistenz³ (2020).

Walcher, Prozessmanagement im Krankenhaus (2005).

Wegscheider, Die "neuen" Sozialbetreuungsberufe, ÖJZ 2007/82.

Weiss/Lust, GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz⁸ (2017).

Weiss/Lust, GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz⁹ (2021).

Weisser, Sich bewegen, in *Thieme* (Hrsg), Pflegeassistenz³ (2020).

Onlinequellen

Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht (Stand 1.3.2015, rdb.at).

Alfons, Die Überlastungs-, Gefährdungs-, Strukturmangel-Anzeige oder -Meldung (Stand 23.08.2022, ak-salzburg.at).

Auer-Mayer/Felten/Pfeil, AZG⁴ (Stand 1.3.2019, rdb.at).

Edtmayer, Hauswirtschaftliche Tätigkeiten in den Pflegeberufen in Österreich, (Stand 03.10.2020, pflege-professionell.at).

Greifeneder/Liebhart, Pflegegeld⁴ (Stand 1.11.2017, rdb.at).

Greunz, Judikaturanalyse zur Anwendung des Heimaufenthaltgesetzes (HeimAufG) im Bundesland Salzburg (Stand 01.07.2020, www.ak-salzburg.at).

Lust, Nachtrag zur Information betreffend die Abgrenzung von Laintätigkeiten und Vorbehaltstätigkeiten der Pflege und Medizin (Stand 30.06.2014, www.sozialministerium.at).

Neumayr/Reissner, Zeller Kommentar zum Arbeitsrecht³ (Stand 1.1.2018, rdb.at).

Neumayr/Resch/Wallner, Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht² (Stand 1.1.2022, rdb.at).

O.A., 220 Millionen Euro für die Pflege bis 2027 (Stand 04.10.2022, <https://service.salzburg.gv.at/lkorrij/detail?nachrid=67507>).

O.A., Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich („SWÖ-KV“) (Stand Juli 2022, <http://www.sozialwirtschaft-oesterreich.at>).

O.A., Kollektivvertrag für Arbeitnehmer und Lehrlinge karitativer Einrichtungen der Katholischen Kirche in Österreich (Stand Juli 2022, [http://www. https://www.behinder-tenarbeit.at](http://www.https://www.behinder-tenarbeit.at)).

.

O.A., NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheime, ärztl. Versorgung (Stand 25.09.2022, https://www.lrh-noe.at/images/pdf/1999/1999-14_-_arztliche_versorgung_lpph.pdf).

Piberger, Gefahrenmeldung² (Stand 01.03.2020, www.ak-salzburg.at).

Udric, Mitarbeiter*innen Motivation in Nonprofit Unternehmen in der Langzeitpflege (Stand 03.09.2019, <https://www.fh-campuswien.ac.at>).

Wilbacher, Sturzprävention für ältere Menschen, (Stand 02. 01. 2022, <https://www.sozialversicherung.at>).

Rechtsquellen

Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch für die gesamten deutschen Erbländer der Oesterreichischen Monarchie JGS Nr. 946/1811.

Amtshaftungsgesetz BGBl. Nr. 20/1949.

Angestelltengesetz BGBl. Nr. 292/1921.

Arbeitszeitgesetz BGBl 461/1969.

Ärztegesetz 1998 BGBl. I Nr. 169/1998.

Bundespflegegeldgesetz BGBl. Nr. 110/1993.

Bundes-Verfassungsgesetz BGBl 1/1930.

Burgenländische Altenwohn- und Pflegeheimverordnung LGBl. Nr. 101/2019.

Burgenländisches Sozialeinrichtungsgesetz LGBl. Nr. 71/2019.

Dienstnehmerhaftpflichtgesetz BGBl. Nr. 80/1965

Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz LGBl. Nr. 23/2009.

Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz, BGBl. II Nr. 37/1999.

Gesetz über das Dienstrecht der Bediensteten des Landes Tirol LGBl 2/2001.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz BGBl I 108/1997.

Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung BGBl. II Nr. 281/2006.

Heimaufenthaltsgesetz BGBl. I Nr. 11/2004.

Kärntner Heimgesetz LGBl Nr. 7/1996.

Kärntner Heimverordnung LGBl Nr. 40/2005.

Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz BGBl I 8/1997.

Nachtschwerarbeitsgesetz BGBl 354/1981.

NÖ Pflegeheim Verordnung LGBl. 9200/7-0.

NÖ Sozialhilfegesetz 2000 (NÖ SHG) LGBl. Nr. 9200-0.

Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung 2020 LGBl.Nr. 83/2020.

Oö. Landes-Vertragsbedienstetengesetz, LGBl 10/1994.

Salzburger Bediensteten-Schutzgesetz LGBl Nr 103/2000.

Salzburger Gemeinde-Vertragsbedienstetengesetz 2001 LGBl 17/2002.

Salzburger Landes-Beamtenengesetz 1987 LGBl 1/1987.

Salzburger Landes-Vertragsbedienstetengesetz 2000 LGBl 4/2000.

Salzburger Pflegegesetz LGBl 2000/52.

Stmk. Personalausstattungsverordnung 2017 LGBl Nr. 99/2017.

Stmk. Pflegeheimgesetz 2003 LGBl. Nr. 77/2003.

Tiroler Heim- und Pflegeleistungsgesetz LGBl. Nr. 23/2005.

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe BGBl. I Nr. 55/2005.

Vorarlberger Pflegeheimgesetz LGBl. Nr. 16/2002.

Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz LGBl. Nr. 15/2005.

Materialien

BMASGK-92251/0126-IX/A/2/2019, Auskunft des BMASGK aufgrund persönlicher Anfrage.

BMG-92251/0034-II/A/2/2015, Auskunft des BMG aufgrund persönlicher Anfrage.

BMGF-92251/0095-II/A/2/2016 (Stand: 21.12.2016, https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:4de753be-7e4e-454b-89f1-68e72ea5aaa8/info_durchfuehrg_pflieg_taetigkeiten_behindertenbereich.pdf).

ErläutRV 1194 BlgNR 25. GP 9.

ErläutRV 386 BlgNR 20. GP 12.

ErläutRV 709 BlgNR 20. GP 79.

Judikatur

OGH 17. 03. 2004, 9 ObA 102/03w.

OGH 11. 04. 2013, 1 Ob 19/13w.

OGH 17. 09. 2014, 7 Ob 119/14x.

OGH 29. 10. 2014, 7 Ob 139/14p.

OGH 29. 01. 2019, 4 Ob 154/18b.

OGH 27. 05. 2021, RS0102995 zu § 11 AZG.

OGH 25. 05. 2022, RS0021449 zu §§ 1151, 1153 und 1157 ABGB.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – Tätigkeiten im Nachtdienst – Norbert Piberger 2022.

Tabelle 2 – Pflegestufen – Norbert Piberger 2022.

Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch für die gesamten deutschen Erbländer der Oesterreichischen Monarchie
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
AZG	Arbeitszeitgesetz
BGBI	Bundesgesetzblatt
BlgNR	Beilage(n) zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates
BMASGK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMG	Bundministerium für Gesundheit
BMGF	Bundministerium für Gesundheit und Frauen
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in(nen)
DHG	Dienstnehmerhaftpflichtgesetz
EinstV	Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz
ErläutRV	Erläuterungen zur Regierungsvorlage
f.	folgend
ff.	fortfolgend
ggf.	gegebenenfalls
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuK-BAV	Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
ivm.	in Verbindung mit
KA-AZG	Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz
LGBl	Landesgesetzblatt
Nr.	Nummer
O.A.	Ohne Autor
OGH	Oberster Gerichtshof
ÖJZ	Österreichische Juristen-Zeitung
Oö.	Oberösterreichisch

ÖZPR	Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht
RdM	Recht der Medizin
RZ	Randziffer
S.SBBG	Salzburger Sozialbetreuungsberufegesetz
Stmk.	Steiermärkisch
SWÖ-KV	Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich
u. a.	unter anderem
z. B.	zum Beispiel
Z	Ziffer

Anhang I – Interviewleitfaden

I. Allgemeine Fragen

- > Träger (optional)
- > gesetzliche Grundlage / KV
- > Nachtdienste: JA NEIN

II. Grundlegendes zum Nachtdienst:

- > Dauer
- > Spätdienst
- > Anzahl Bewohner*innen
- > Pflegestufen (Range)
- > PP im Nachtdienst
- > Qualifikationen
- > Rufbereitschaft (bei PA/PFA)

III. Tätigkeiten im Nachtdienst

- > Tätigkeiten im Nachtdienst:
 - Stichworte: Positionsunterstützung, Mobilisierung, parallele Notrufe, Tätigkeiten mit unabhömmlicher Anwesenheit, aggressives Verhalten, Fixierungen
- > Pausenregelung

IV. Persönliche Herausforderungen mit Nachtdiensten generell:

- Stichworte: Unsicherheit, Angst vor Fehlern, Stress, Schlafprobleme