



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Möglichkeiten und Grenzen von Führungskräften in der stationären
Langzeitpflege zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität

verfasst von
Elisabeth Martinek

angestrebter akademischer Grad
Magistra (Mag.)

Wien, Februar 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122
Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft
Betreut durch: Priv. Doz. Mag. Dr. Berta Schrems

Ich danke meinem Vater für seine tatkräftige Unterstützung und meiner Mutter für ihren seelischen Beistand während des Studiums. Ein Dank gilt auch meinen Geschwistern für ihr offenes Ohr und die motivierenden Worte in der Zeit des Schreibens. Meinem Partner ein herzliches Dankeschön für sein Mitsein und für das Verständnis in fordernden Momenten.

Weiters danke ich Dipl. Ing. ETH Manfred Zumtobel für die Inspiration zum Thema und für die einmalige Zeit, in der ich bei ihm lernen konnte.

Ein besonderer Dank gilt Mag. Dr. Berta Schrems für die hervorragende, unkomplizierte Betreuung meiner Arbeit und die wertvollen Anregungen.

Kurzfassung

Grundlage dieser Arbeit bildet die Situation der Langzeitpflege in Österreich. Pflegeheime haben künftig mit fragileren BewohnerInnen zu rechnen, dadurch steigen die Anforderungen an die Qualität der Versorgung. Qualität kann anhand von Indikatoren messbar gemacht werden. Die Erfassung der Qualität mit ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren ist förderlich für eine effiziente Leistungserfassung. Ziel dieser Untersuchung ist es, Verbesserungspotentiale in der Pflege und Betreuung von Menschen in der stationären Langzeitpflege anhand der Möglichkeiten, die Führungskräfte zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität haben, zu eruieren. Um die Steuerbarkeit ergebnisorientierter Indikatoren von Führungskräften sowie die Möglichkeiten und Grenzen von Führungskräften zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität zu vertiefen, werden themenzentrierte Interviews mit sechs Führungskräften von Pflegeheimen durchgeführt. Aus den Ergebnissen des Literaturteils werden im Vorfeld pflegesensitive, ergebnisorientierte Indikatoren definiert.

Ergebnisse der Studie sind, dass Führungskräfte viele Möglichkeiten haben, auf die Ergebnisqualität einzuwirken, die Messung anhand ergebnisorientierter Indikatoren jedoch nicht immer als sinnvoll erachtet wird. Zudem sind nicht alle Indikatoren gleichermaßen geeignet, um die Qualität zu beurteilen. Die Arbeit verdeutlicht die Schwierigkeit der Messung und Beurteilung ergebnisorientierter Indikatoren. Eine hohe Praxisrelevanz hat dabei die Analyse von Ergebnissen und es werden Aspekte aufgezeigt, warum die Arbeit mit Indikatoren wichtig ist. Weiters ergeben sich Kennzeichen ergebnisorientierter Führung und es werden Parallelen zum Magnetkonzept hergestellt. Die Arbeit unterstreicht den Nutzen ergebnisorientierter Leistungserfassung, die hohe Relevanz des Grade- und Skillmix wie auch die damit einhergehende Erweiterung der Führungsebene.

Abstract

Basis for this paper is the description of the long – term care (LTC) situation in Austria. Nursing homes have to expect more elderly and fragile residents, thereby requirements on quality of care increase. The goal of the present study is to find out improvements in elderly nursing and caring, based on the possibilities leaders have to achieve a high quality result. This is measured by the outcome oriented quality indicators which leads to an efficient way to evaluate the performance. To immerse the controllability of outcome oriented indicators by leaders as well as the possibilities and limits of leaders to achieve high outcome quality, six topic specific interviews with leaders in nursing homes were performed. Previously nursing sensitive, outcome oriented indicators were defined due to the literary section.

Results of the study showed that leaders have various possibilities to influence the outcome quality, however the measurement of quality by indicators is not always useful and not all indicators were equally qualified to rate outcome quality. Furthermore, the paper illustrates the complexity of measurements and assessments of outcome oriented indicators. In practice, the analysis of the results has high impacts and reasons shown up, explaining the importance of using indicators. Moreover, characteristics of outcome oriented leadership are a result and similarities in regarding the leadership of the magnet hospital concept are found. The study outlines the benefit of outcome oriented performance measurement, the high relevance of a grade- and skillmix and the associated enlargement of the leadership level.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	1
Abstract.....	2
1. Einleitung und Problemstellung.....	7
2. Ziel der Arbeit und Forschungsfragen.....	9
2.1 Methode und Abgrenzung der Begriffe.....	11
3. Stationäre Langzeitpflege in Österreich.....	12
3.1 Aufbauorganisation und Personalsituation in der stationären Langzeitpflege...	14
3.2.1 Akteurs- und Qualifikationsmix im Pflegeheim.....	16
3.3 Versorgungsqualität in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen.....	18
3.4 Qualitätskontrollen von Langzeitpflegeeinrichtungen	20
4. Führung in der stationären Langzeitpflege	23
4.1 Kennzeichen guter Führung	26
4.2 Führungsstil.....	30
4.3 Führungsverhalten.....	31
4.3.1 Transformationelle Führung.....	32
4.4 Auswirkungen von Führungsstil und -verhalten auf die MitarbeiterInnen und BewohnerInnen.....	33
5. Qualität in der stationären Langzeitpflege	35
5.1 Pflegequalität	36
5.1.1 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	37
5.2 Qualitätsindikatoren der stationären Langzeitpflege.....	39
5.2.2 Kennzahlen	40

5.2.3 Risikoindikatoren.....	42
5.3 Standards.....	43
5.4 Qualitätssicherungssysteme.....	44
5.4.1 E-Qalin.....	45
6. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren.....	46
6.1 Qualitätsaspekte zu Ergebnissen im Prüfraster des Landes Vorarlberg.....	47
6.2 Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“.....	49
6.3 Projekt: Verbesserungen messen: Ergebnisorientierte Indikatoren für Alten- und Pflegeheime: Qualitätsmanagement durch ergebnisorientierte Indikatoren.....	52
7. Herausforderungen von Führungskräften in der stationären Langzeitpflege.....	56
7.1 Wirkung der Führung auf die MitarbeiterInnen in Zusammenhang mit Ergebnisqualität.....	56
7.2 Verantwortung der Führungskraft im Zusammenhang mit ergebnisbeeinflussenden Qualitätsaspekten	59
7.2.1 Nursing Role Effectiveness Model.....	61
7.2.2. Outcome-Messung : Theory- Driven Approach.....	63
7.3 Verantwortungsbereiche der Führungskräfte in der stationären Langzeitpflege	65
8. Zusammenfassung und Ergebnisse des theoretischen Teils	66
8.1 Beantwortung der Forschungsfragen auf Basis bestehender Erkenntnisse.....	67
9. Methodologie und Datenerhebung des empirischen Teils.....	71
9.1 Untersuchungsgegenstand.....	71
9.1.1 Zentrale Forschungsfragen des empirischen Teils.....	72
9.2 Methode: (Experten)–Interview	72
9.3 Der Interviewleitfaden.....	73
9.4 Durchführung und Untersuchungsfeld.....	74
9.5 Methode der Auswertung.....	75
9.6. Gütekriterien	76

10. Ergebnisse.....	77
10.1 Welche ergebnisorientierten Indikatoren sind durch die Führungsqualitäten von Führungskräften beeinflussbar?	78
10.1.1 Verantwortung der Führungskraft und Ergebnisqualität.....	82
10.1.2 Merkmale der Führungskraft.....	83
10.1.3 Aspekte wenig steuerbarer Indikatoren	85
10.1.4 Beitrag der MitarbeiterInnen zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität aus der Sicht der Führungskräfte.....	87
10.2 Welche Möglichkeiten und Grenzen in der Beeinflussung von Ergebnisqualität in Pflegeheimen sehen Führungskräfte?.....	90
10.2.1 Organisationsbezogene Möglichkeiten und Grenzen.....	90
10.2.2 Personelle Möglichkeiten	92
10.2.3 Aufrechterhaltung der Autonomie der BewohnerInnen.....	94
10.2.4 Darstellungsformen der Ergebnisqualität und Zusammenhang mit der Arbeit mit Indikatoren	95
10.3 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse.....	96
 11. Diskussion und Schlussfolgerungen.....	 97
11.1 Ergebnisqualitätsfördernde Aspekte	97
11.1.1 Qualitätsmerkmale der Pflegekräfte mit Führungsaufgaben	97
11.1.2 Personal und Qualität des Arbeitsumfeldes.....	99
11.1.3 Versorgungsqualität und Qualitätssicherung.....	100
11.2 Schlussfolgerungen.....	101
 Literaturverzeichnis	 103
Anhang.....	108
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	108
Interviewleitfaden.....	109
Indikatorenliste.....	111
Lebenslauf.....	112

1. Einleitung und Problemstellung

Die Daten der Bevölkerungsstatistik zeigen, dass sich die Anzahl der Menschen ab 80 Jahre und älter von heute rund 345.000 in den nächsten 25 Jahren verdoppeln wird. Die Anzahl der Hochaltrigen wird von heute 134.000 auf rund 300.000 ansteigen. Für die Langzeitpflege werden für das Jahr 2010 österreichweit 75.000 Wohn- und Pflegeplätze angegeben, davon sind 2.177 im Bundesland Vorarlberg. Bis 2020 wird ein Wachstum von bis zu 91% für die derzeit bestehenden Heimplätze in Vorarlberg prognostiziert (vgl. Hörl, Kolland, Majce, 2008; Connexia, 2010). Dieses Bundesland ist ebenso Bezugspunkt dieser Arbeit.

Die Lebensjahre zwischen 75-80 sind von gravierenden Einschnitten gekennzeichnet: Tod des Partners bzw. der Partnerin, zunehmende gesundheitliche Beeinträchtigung mit Verlust der Selbstständigkeit, steigende Pflegebedürftigkeit und möglicherweise dem Einzug in ein Heim. In Österreich haben etwa 22% der 85- und Mehrjährigen keine lebenden Angehörigen mehr. Beinahe sieben Prozent der alten Menschen (80- und Mehrjährige) in Österreich wohnen in Heimen, wobei das durchschnittliche Eintrittsalter bei 82 Jahren liegt (vgl. Rischaneck, 2008). *„Alte Menschen müssen lernen mit neuen Limits zu leben, diese Limits werden immer enger“* (Böhmer, Frühwald, 2008, S. 313).

Gleichzeitig mit dem Älterwerden der Gesellschaft steigt auch die Anforderung an die Qualität der Pflege und Betreuung, denn Heime haben mit noch fragileren BewohnerInnen zu rechnen als bisher (vgl. Hörl, Kolland, Majce, 2008; Hartmann-Eisele, 2009). Es erfordert fachgerecht ausgebildetes und eingesetztes Personal, um die Förderung, Begleitung und Pflege hochaltriger Frauen und Männer in Pflegeheimen sicherzustellen. Heime stellen für die darin lebenden Menschen einen entscheidenden Entwicklungskontext dar. Jede Lebensphase ist von Verlust und Gewinn geprägt. Für Menschen hohen Alters bzw. HeimbewohnerInnen ist die Bilanz meist recht unausgeglichen, das bedeutet, dass deren Leben von Einbußen gekennzeichnet ist, die sich auf die Verminderung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Mobilität, aber auch auf den Verlust des gewohnten Umfeldes wie auch von nahe stehenden Menschen beziehen.

Im Kontext der alternden Gesellschaft und der steigenden Qualitätsanforderungen wird nach effektiven und effizienten Leistungen verlangt. Abgesehen von den immer knapper werdenden Mitteln bei einem steigenden Bedarf an Gesundheits- und

Pflegeleistungen, wird die Dienstleistungsqualität mit definierten Kriterien an den erreichten Ergebnissen gemessen. Eine systematische Erfassung der Ergebnisqualität anhand von Indikatoren bringt „[...] ein neues Zusammenspiel zwischen internem Qualitätsmanagement und externen Qualitätsprüfungen mit sich“ (Wingenfeld, Kleina, Franz, Engels, Mehlan, Engel, 2011, S. 293). Um die Leistungsqualität sicherstellen zu können, werden Pflegeheime durch die/den Amtssachverständige/n für Gesundheits- und Krankenpflege des jeweiligen Bundeslandes jährlich auf ihre Pflegequalität hin überprüft, wobei ein wesentlicher Teil die Ergebnisqualität betrifft. Ergebnisqualität kann als der Pflegezustand an sich und die Wirksamkeit von Pflegemaßnahmen verstanden werden (vgl. Möller, Zierers, 2010). Die Gesundheit der BewohnerInnen, deren Wohlbefinden und Lebensqualität sind Beispiele für ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren. Durch die genaue Erfassung ergebnisorientierter Indikatoren steigt z.B. die Anforderung an die Genauigkeit der Pflegedokumentation, da ausschließlich erfasste Pflegemaßnahmen einer Messung unterzogen werden können. Im Bereich von Pflegeheimen ist es die Aufgabe der HeimleiterInnen die Qualität der Pflege und folglich die Ergebnisqualität sicherzustellen. Einerseits geschieht dies durch die Bereitstellung von geeignetem Personal zur Pflege und Betreuung der BewohnerInnen, andererseits ist auch der optimale Einsatz der Pflegekräfte ausschlaggebend für eine hohe Qualität der Pflege. Es erfordert gute Führungsqualitäten, um institutionelle Gegebenheiten an den Leistungsbedarf der BewohnerInnen anzupassen. Die Qualität der Führung ist maßgebend dafür, welche Qualität der Pflege garantiert werden kann (vgl. Brandl, 2010). PflegeheimleiterInnen tragen Verantwortung für ein reibungsloses, effizientes Zusammenspiel komplexer Anforderungen. Durch die Bereitstellung von Ressourcen werden Rahmenbedingungen geschaffen, um hochaltrige Menschen mit multimorbiden Zustandsbildern optimal zu versorgen. Die Struktur- und Prozessqualität (Qualität der Infrastruktur, Ressourcen, Personalbereitstellung; Arbeitsabläufe, Tagesstrukturierung) sind durch die HeimleiterInnen entscheidend beeinflussbar. Ergebnisqualität ist das Resultat aus Struktur- und Prozessqualität. Die Qualität der Führung ist ausschlaggebend dafür, welche Pflegequalität durch MitarbeiterInnen garantiert wird und folglich für das Ausmaß der Ergebnisqualität verantwortlich. Gebert und Kneubühler (2001) deuten auf die Schwierigkeit der Messung und Vergleichbarkeit von Ergebnisqualität hin, denn die Wirkung der Pflege spiegelt sich nicht nur im Gesundheitszustand, sondern auch im Wohlbefinden und in

der Zufriedenheit der BewohnerInnen wieder. So stellt sich die Frage, wie Ergebnisqualität erzeugt und gemessen werden kann.

2. Ziel der Arbeit und Forschungsfragen

Hanna Mayer nennt als ein zentrales Element der Pflegeforschung die Wissensvermehrung, „[...] und zwar die Vermehrung des Wissens, das nötig ist, um die Pflege der Patientinnen besser und effektiver gestalten zu können“ (Mayer, 2002, S. 34). Das Ziel dieser Arbeit ist es, das Wissen zu vermehren, welches es den Leitungsfunktionen in der stationären Langzeitpflege möglich macht, den BewohnerInnen effektive und qualitativ hochwertige Pflege zukommen zu lassen. Hierbei wird betont, dass speziell in Heimen „Pflege auf höchstem Niveau: eine ressourcenorientierte Pflege, welche der Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der BewohnerInnen dient“¹ geboten werden sollte.

Mit dieser Arbeit sollen mögliche Verbesserungspotentiale in der Pflege und Betreuung hochaltriger Menschen in Langzeitpflegeinstitutionen, auf welche der/die Führungskraft direkt Einfluss nehmen kann, identifiziert werden. Dazu ist es notwendig, den Einfluss auf die Ergebnisqualität aus der Perspektive der Führungskräfte zu eruieren. Weiters sollen sich daraus wesentliche Möglichkeiten der Führung sowie Führungsqualitäten ergeben, die ausschlaggebend zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität sind. Die Erfassung und Präzisierung ergebnisorientierter Führung soll einen Beitrag zum Wissen über einen optimalen Einsatz von Ressourcen und Personal leisten. Weiters sollen die Erkenntnisse der Arbeit Möglichkeiten und Grenzen der Einflussnahme von Führungskräften in Pflegeheimen auf die Ergebnisqualität aufzeigen.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

1. Welche ergebnisorientierten Indikatoren haben sich zur Abbildung der Ergebnisqualität in Pflegeheimen bewährt?

¹ Zitat: Jansen, G., Amtssachverständige für Gesundheits- und Krankenpflege in Vorarlberg, Fortbildung GuKG Novelle 2009, Sommer 2011

Diese Forschungsfrage zielt darauf ab, die in der pflegewissenschaftlichen Literatur beschriebenen Indikatoren darzustellen, die die Pflegequalität und Lebensqualität der BewohnerInnen widerspiegeln und so den ergebnisorientierten Indikatoren bzw. der Ergebnisqualität zugeordnet werden können. Zu den klassischen Indikatoren zur Erfassung der Risiken zählen zum Beispiel die Anzahl und Schweregrade von Dekubitalgeschwüren der BewohnerInnen, Stürze wie auch Kontrakturen. Österreichweit gibt es keine einheitlichen Indikatoren, um die Qualität der Heime zu messen. Der Maßstab hierfür orientiert sich an länderspezifischen (Gesetzes-) Gegebenheiten. Ein weiterer Aspekt der Frage ist die Steuer- bzw. Beeinflussbarkeit von Indikatoren, deren Verwendung wie auch Eignung für beispielsweise externe Überprüfungen oder Benchmarking.

2. Welche ergebnisorientierten Indikatoren sind durch die Führungsqualitäten von Führungskräften beeinflussbar?

Zentral in dieser Forschungsfrage ist das Festlegen der ergebnisorientierten Indikatoren, die von den Führungskräften steuerbar bzw. beeinflussbar sind. Anhand dessen kann die Position der Führungskraft innerhalb der Einrichtung oder Station eruiert werden, welche den Handlungsspielraum und die Steuerbarkeit bestimmt. Im empirischen Teil wird dieser Frage aus Sicht der Führungskräfte in Vorarlberg nachgegangen. Die Interviews mit den Führungskräften sollen Erkenntnisse liefern, welche führungsimmanente Fertigkeiten und Qualitäten das Steuern bzw. Beeinflussen ergebnisorientierter Indikatoren fördern bzw. ermöglichen.

3. Welche Möglichkeiten und Grenzen in der Beeinflussung von Ergebnisqualität in Pflegeheimen sehen Führungskräfte?

Mit der Beantwortung der dritten Forschungsfrage sollen die Möglichkeiten der Führungskräfte in der stationären Langzeitpflege hervorgehoben werden, die in Bezug mit der Erreichung einer hohen Ergebnisqualität stehen. Weiters sollen dadurch Aspekte, die den Heimaltag einer Führungskraft erleichtern, verbessern oder überhaupt ermöglichen, dargestellt werden. Ziel ist es, den prinzipiellen Rahmen des Handlungsspielraumes der Führungskräfte zur Erreichung einer hohen

Ergebnisqualität festzustellen, um ihn dann entsprechend den Anforderungen erweitern zu können.

Grundlage für die Beantwortung der Forschungsfragen ist die Aufarbeitung des Forschungsstandes zum Thema Führung und Qualität im theoretischen Teil. Die Sichtweisen der Führungskräfte werden mittels Interviews erhoben und im empirischen Teil dargestellt.

2.1 Methode und Abgrenzung der Begriffe

Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden die Datenbanken (CareLit, GEROLIT, CINAHL, PubMed), die Verlagsdatenbanken Thieme, SpringerLink, JonaJournals und HansHuber sowie die Suchmaschinen Subito, Google und scholar.google herangezogen. Nachstehende Begriffe sowie Kombinationen werden für die Literaturrecherche verwendet: Führungsverhalten (leadership), Führungsqualität (leadership skills), Pflegeheim (nursing home), Langzeitpflege (long-term-care), Pflegequalität (quality of care), Lebensqualität (quality of life) und Ergebnisqualität (outcome/ outcome quality/ results). Um eine gründliche Analyse dieses Bereichs zu gewährleisten, werden hierbei sowohl qualitative als auch quantitative Studien miteinbezogen. Gesucht wird nach deutsch- und englischsprachigen Literatur, die sich mit der Thematik der Auswirkungen von Führung(-sverhalten) und Qualität im Kontext des Pflegeheimes auseinandersetzen. Die Ergebnisse zeigten, dass im deutschen Raum wenig wissenschaftlich fundierte Literatur zu Ergebnisqualität im Kontext des Pflegeheimes zu finden ist. Im Gegensatz dazu beziehen sich viele Studien auf die Ergebnisqualität eines Krankenhauses, doch diese sind für die Arbeit nicht geeignet. Letztendlich wurde mit Literatur weitergearbeitet, die sich im Kontext eines Pflegeheimes mit Führung und Qualität auseinandersetzt. Weitere Schwerpunkte dieser Arbeit sind die Situation der Langzeitpflege in Österreich und deren Rahmenbedingungen. Hierfür werden aktuelle Ergebnisse österreichischer Schriften (Berichte, Kongressbänder, Festschriften, Jahrbücher) herangezogen. Für die Recherche wurden folgende Begriffe, auch in kombinierter Form, verwendet: Stationäre Langzeitpflege, Pflegeheime in Österreich und Vorarlberg. Anhand der Literaturarbeit wird die erste Forschungsfrage, welche ergebnisorientierten Indikatoren sich zur Abbildung der

Ergebnisqualität bewähren, beantwortet. Die Indikatoren werden aufgearbeitet und sind Grundlage des empirischen Teils.

3. Stationäre Langzeitpflege in Österreich

Der Begriff stationäre Langzeitpflege umfasst in Österreich Alten- und Pflegeheime, die mit der Aufgabe betraut sind, pflegebedürftige, meist ältere Menschen zu versorgen. Durch das Erbringen pflegerischer Leistungen stellen sie die Betreuung und Versorgung dieser Menschen sicher (vgl. Lingenhel, 2007).

Alten- bzw. Pflegeheime entstanden im Mittelalter und waren in ihrer Funktion ein Abbild des Umgangs der Gesellschaft mit dem Alter (vgl. Heinzelmann, 2004). Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts wurden alte Menschen zusammen mit Armen und Kranken unter einem Dach, so genannten Siechen- oder Armenhäuser (lat. siech = krank), gepflegt. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts kristallisierten sich durch die Separierung von Armen, Kranken und alten Menschen erstmals Heime heraus, die speziell für alt und bedürftig geltende Menschen konzipiert waren (vgl. Heinzelmann, 2004). Die Etymologie des Wortes Heim bezieht sich auf das Mittelhochdeutsche und bezeichnete in der ursprünglichen Form einen Ort, ein Lager, wo man sich niederlässt. Die heute übliche Bezeichnung von Heim ist ein Zuhause, unter dem Aspekt von Sicherheit und Geborgenheit. Aber auch öffentliche Einrichtungen, die zur Unterbringung eines bestimmten Personenkreises gedacht sind, werden Heime genannt (vgl. Duden, 2010). Bis heute stehen Pflegeheime gesellschaftlich für die Marginalisierung des Alters und sind gleichzeitig jene Versorgungsform, die benötigt wird, wenn alle anderen Versorgungsoptionen versagen (Schneekloth, Wahl, 2009, S. 14). Bei der Definition eines Heimes wird in dieser Arbeit Bezug auf Quellen aus Vorarlberg genommen. Nach dem Vorarlberger Pflegeheimgesetz § 2 (1) sind Heime folgendermaßen definiert: *„Pflegeheime im Sinne des Gesetzes sind entgeltlich geführte stationäre Einrichtungen für ältere Menschen, die der Pflege bedürfen. Dazu gehören neben Pflegeheimen auch Pflegestationen in Altenwohnheimen und andere stationäre Pflegeeinrichtungen für Tages- oder Nachtbetreuung“* (Vorarlberger Pflegeheimgesetz, 2010).

Das Leistungsspektrum von Heimen in Österreich ist sehr unterschiedlich. Dies gilt einerseits für die hauswirtschaftliche Versorgung wie auch für das therapeutische,

medizinische, pflegerische und das kulturelle Angebot (vgl. Rischaneck, 2008). Aber auch die Rechtsform und Eigentümerschaft der Altenwohn- und Pflegeheime sind in Österreich unterschiedlich geregelt. So gibt es Altenwohn- und Pflegeheime, die teils vom jeweiligen Bundesland oder den Gemeinden betrieben werden, Vertragsheime der Bundesländer sowie privat und konfessionell geführte Heime. In Vorarlberg haben 26% der Heime eine öffentlich-rechtliche Körperschaft (z. B. Gemeinde), 74% einen privatrechtlichen Träger (z. B. gemeinnützige GmbH). Österreichweit gibt es generell sieben Pflegegeldstufen (Bundespflegegeldgesetz), deren Ausmaß sich an den benötigten Stunden des Pflegebedarfs der betroffenen Person orientiert. Um einen Pflegeplatz in einem Pflegeheim zu erhalten, ist österreichweit generell mindestens die Pflegestufe 3 erforderlich. Jedoch bei z.B. diagnostizierter Demenz, einer prekären Wohnsituation oder Selbst- bzw. Fremdgefährdung kann ein Pflegeplatz bereits ab Stufe 1 erhalten werden. Selbstzahler² haben im Gegensatz zu Sozialhilfeempfängern meist freie Heimwahl und sind auch nicht abhängig von den Pflegestufen. Zu den Selbstzahlern zählen BewohnerInnen die ein Vermögen (z. B. Barvermögen, Sparbuch) besitzen und die Kosten der Versorgung selbst tragen.

Vor dem Heimeintritt werden die Menschen in der Regel zu Hause durch Angehörige betreut, verbringen ihren Alltag in einer betreuten Wohngemeinschaft oder leben alleine mit z.B. Unterstützung durch die Hauskrankenpflege. Eine Untersuchung der stationären bzw. teilstationären Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf in Vorarlberg zeigt, dass körperliche Gebrechen und daraus resultierender erhöhter Betreuungsbedarf und Pflegebedarf, gekoppelt mit dem Fehlen eines Angehörigen bzw. eine fehlende Betreuungs- und Pflegeperson die Hauptgründe für den Einzug in ein Pflegeheim sind (Connexia, 2010).

Vorarlberg verfügt derzeit über 50 Pflegeheime³. Das durchschnittliche Alter der BewohnerInnen bei der Aufnahme liegt zwischen 85 und 89 Jahren. Weiters verfügen die meisten Pflegeheime in Vorarlberg über eine Anmeldeliste zur Aufnahme, die es aber erlaubt, in akuten Fällen BewohnerInnen nach Dringlichkeitsstufe vorzuziehen (vgl. Connexia, 2010). Generell gilt in Vorarlberg als Voraussetzung zum Heimeintritt, dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeheimgesetzes⁴ vorliegt und im Idealfall sollten vorher alle ambulanten Dienste ausgeschöpft sein.

² Laut Information einer Interviewteilnehmerin

³ Stand: Juli 2012

⁴ Laut Auskunft der Vorarlberger Landesregierung per Email, September 2012

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass mit dem Eintritt älterer Menschen in ein Heim eine hohe Pflegebedürftigkeit bzw. Multimorbidität einhergeht (vgl. Hörl, Kolland, Majce, 2008). Dies bedeutet ein gleichzeitiges Auftreten verschiedener Krankheitsbilder, die das Ausmaß der zu leistenden medizinischen bzw. pflegerischen Tätigkeiten durch das Pflegepersonal eines Heimes bestimmen.

3.1 Aufbauorganisation und Personalsituation in der stationären Langzeitpflege

Die Aufbauorganisation in Pflegeheimen folgt einer Ordnung auf zwei bis drei Ebenen und setzt sich aus der oberen Führungsebene (Geschäftsführung/Träger, Heimleitung, Pflegedienstleitung), der mittleren und unteren Führungsebene, die die Leitung über Wohnbereiche bzw. Stationen haben, sowie dem Betreuungs- und Basispersonal zusammen (Flecker, Mairhuber, Vogt, 2008). Das pflegerische Basispersonal unterscheidet sich durch verschiedene Qualifikationen, die ausschlaggebend sind, ob sie eine selbstständige oder assistierende Funktion ausüben. In die Betreuungssituation sind mehrere Berufsgruppen (z.B. unterschiedlich qualifiziertes Personal, Ärzte, Ehrenamtliche, Sachwalter) sowie, wenn vorhanden, die Angehörigen involviert. Ein Miteinander unterschiedlich qualifizierten Berufsgruppen kann zu komplexen Spannungsfeldern im Arbeitsumfeld führen (Ruppi-Lang, Hauska, 2009). Eine positive, unterstützende Arbeitsumgebung braucht es jedoch, um den BewohnerInnen eine gute Versorgung zukommen zu lassen (vgl. Nolting, Grabbe, Genz, Kordt, 2006; Wiskow, Albrecht, Pietro, 2010).

Die Personalsituation in der Altenpflege ist geprägt von einer hohen Fluktuation der Pflegekräfte. Für HeimleiterInnen erweist es sich als schwierig, gut ausgebildetes und qualifiziertes Personal zu finden und auch längerfristig zu halten (vgl. Flecker, Mairhuber, Vogt, 2008). Die hohen Belastungen wie körperliche Anstrengung durch schweres Heben, ständiger Termin- und Leistungsdruck, aber auch unregelmäßige Arbeitszeiten, vollständige und umfassende Dokumentationen und nicht-leistungsbezogene Bezahlung sind Faktoren, die es HeimleiterInnen schwer machen, den erfordernten Personalstand aufrecht zu halten. Weiters fehlt den MitarbeiterInnen oft die Zeit, ihre Arbeit gewissenhaft erledigen zu können, was im Widerspruch zum

eigenen qualitativen Arbeitsanspruch stehen kann (vgl. Flecker et al., 2008; Krajic, Schmidt, Christ, 2010; Bundesdachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, 2010). HeimleiterInnen bzw. Führungskräfte können an der Situation nur wenig ändern, da sie Vorgaben des Trägers bzw. des Landes (z .B. Personalschlüssel) zu halten haben und nur in seltenen Fällen eine zusätzliche Stelle finanziert wird. Das Personal eines Pflegeheimes setzt sich aus Heimleitung, Pflegeleitung und Pflegepersonal mit Berufsberechtigung nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) sowie Betreuungspersonal mit und ohne Berechtigung zur Basisversorgung nach dem GuKG zusammen. Weiters zählen das Hilfspersonal ohne Berufsberechtigung nach dem GuKG und SchülerInnen bzw. PraktikantInnen zum Personal in einem Heim, wie auch die in der Verwaltung, Geschäftsführung und Hauswirtschaft (Reinigung, Küche, Haustechnik, Wäscherei) tätigen Personen sowie die sowie ehrenamtlich Tätige.

In Österreich ist die Anzahl des diplomierten Pflegepersonals im Gesundheitswesen (DGKS/P) in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen, gleichzeitig verzeichnete die Statistik zwischen 1999 und 2009 einen Rückgang bei den PflegehelferInnen um 15 Prozent, welche eine der größten Berufsgruppe in Pflegeheimen darstellen (Statistik Austria, 2009). Der Frauenanteil im Bereich der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege betrug 2009 86,4 Prozent, den höchsten Männeranteil gibt es im psychiatrischen Pflegebereich (45,9 Prozent) (vgl. Statistik Austria, 2010). In Vorarlberg waren 2010 insgesamt 1.671 Personen in der Pflege- und Betreuung beschäftigt. Davon sind 499 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, darunter 87 männliche. Weitere 708 Personen sind PflegehelferInnen, mit einem Männeranteil von 7,8 Prozent (vgl. Connexia, 2010).

Ruth Simsa (2004) untersuchte die Arbeitszufriedenheit und Motivation in der Altenbetreuung und –pflege in Niederösterreich und Wien. Ausgewählte Fragen der Untersuchung wurden mit dem österreichischen Arbeitsklimaindex verglichen, sodass Rückschlüsse auf gesamt Österreich gezogen werden konnten. Hierbei stellte sich heraus, dass für knapp 58 Prozent der Befragten der hohe Zeitdruck eine besondere Belastung darstellt. 44 Prozent der Befragten empfinden die Arbeit in der Altenpflege als eine seelisch belastende und aufreibende Tätigkeit.

Eine Untersuchung zur Beschäftigtenfluktuation bei Pflegenden im stationären Bereich (Krankenhaus) verdeutlichte die entscheidenden Aspekte eines berufs- bzw.

innerberuflichen Arbeitsplatzwechsels. Als äußerst beeinflussend kristallisierte sich die geringe, soziale Unterstützung durch ArbeitskollegInnen heraus, gefolgt von psychosomatischen und sonstigen Beschwerden. Geringer Handlungsspielraum, psychische Arbeitsintensität sowie geringe Unterstützung durch den/die Vorgesetzte/n sind weitere, bedeutende Faktoren, den Arbeitsplatz zu verlassen (vgl. Nolting, Grabbe, Genz, Kordt, 2006).

In der empirischen Untersuchung „Langzeitpflege (K)eine Herausforderung?!“ (Kozon, Schlick, Dorfmeister, Tomaschik, 2007) wurde der Motivation von PflegeschülerInnen in der Langzeitpflege zu arbeiten, nachgegangen. Die zentralen Aussagen der Untersuchung sind, dass das Arbeiten in der Langzeitpflege als Karrieresackgasse, verbunden mit wenigen Erfolgserlebnissen und mangelnder Anerkennung durch die Gesellschaft gesehen wird. Ein weiterer bedeutender Aspekt ist die Arbeitsumgebung. Als besonders wichtig erachtet werden das Team, das Arbeitsklima und natürlich das Gehalt. Empfehlungen dieser Untersuchung sind Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Langzeitpflege, um speziell die Qualität des Berufes aufzuwerten. Denn mit einer fachlich guten Ausbildung, die laufend aktualisiert wird und sich kontinuierlich mit aktuellen, pflegewissenschaftlichen, Entwicklungen auseinandersetzt, stärkt die Eigenverantwortung der Pflegekräfte, die Qualität der Pflege und auch die Anerkennung durch die Gesellschaft (vgl. Kozon et al, 2007; Rappold, Rottenhofer, 2010). Eine Schlussfolgerung ist, dass die Pflege im stationären Langzeitpflegebereich weiter professionalisiert werden muss. Die oben genannten Faktoren (Team, Arbeitsklima) sowie auch die Qualifizierung des Personals liegen im Verantwortungsbereich von Führungskräften eines Pflegeheimes. Dabei besteht eine wesentliche Aufgabe in der Zusammenstellung eines Teams, d.h. in der Schaffung eines passenden Qualifikationsmixes.

3.2.1 Akteurs- und Qualifikationsmix im Pflegeheim

In Pflegeheimen arbeiten verschiedenste Menschen miteinander, die unterschiedliche Rollen einnehmen. Die Rollen umfassen Aufgaben, Sichtweisen, Erwartungen und auch fachliche Kompetenzen. Somit hat das Personal zwar unterschiedliche Interessen, aber innerhalb der Organisation dennoch gemeinsame Ziele zu erreichen. Die Berufsgruppen werden im Anschluss in hierarchischer Ordnung dargestellt:

1. Führungskräfte (Heimleitung)
2. Führungskräfte (PDL)
3. Leitung – mittlere Führungsebene (z.B. WBL)
4. Diplomierte Pflegefachkräfte
5. Diplom-SozialbetreuerIn mit Schwerpunkt Altenarbeit
6. Fach-SozialbetreuerIn mit Schwerpunkt Altenarbeit
7. PflegehelferIn
8. HeimhelferIn
9. sonstiges Betreuungspersonal (Präsenzkräfte)
10. Hauswirtschaft/Küche/ Haustechnik (vgl. Connexia, 2008).

Eine Führungskraft sollte sich der Kompetenzen und des Potentials eines Teams bewusst sein und auch wissen, wie die einzelnen Akteure im Team gefördert werden können. Voraussetzung für ein gelingendes Miteinander ist eine funktionierende Kommunikation aller Beteiligten. Diese beruht auf transparenten Strukturen, klaren Zuständigkeiten, funktionierendem Informationsfluss und einem geregelten Konfliktmanagement. Alle MitarbeiterInnen einer Einrichtung aus verschiedenen Arbeitsbereichen und mit differenzierten Fachkompetenzen müssen untereinander zusammenarbeiten, um eine optimale Versorgung der pflegebedürftigen Menschen sicherzustellen (vgl. Heusinger, Knoch 2009).

Die Aufgabe einer Führungskraft ist es, für den qualifikations- oder kompetenzgerechten Einsatz der MitarbeiterInnen zu sorgen. *„Im jetzigen System ist es oft so, dass Pflegepersonal als eine Art Lückenbüßer einspringt, wenn andere Kräfte fehlen“* (Höflechner, 2011). Hierfür eignet sich der so genannte *Qualifikationsmix*, auch *Grade- and Skillmix*. Skill bezeichnet die Fähigkeiten und Erfahrungen der MitarbeiterInnen, Grade bezieht sich auf die definierten Kompetenzen und Ausbildungen. Der Begriff Grade- and Skillmix ist etwas diffus, denn in der europäischen Region der WHO (World Health Organization) wird die Begrifflichkeit „je nach örtlicher Gegebenheit unterschiedlich bestimmt und verwirklicht“ (Bourgeault, Kuhlmann, Neiterman, Wrede, 2008), und kann daher von Akteuren unterschiedlich aufgefasst werden. Die Definitionen gehen von einer allgemeinen Kombination von Tätigkeiten und Fähigkeiten, die für eine Arbeit innerhalb einer Organisation erforderlich sind, aus. Aber auch der Mix von Qualifikationen und Kompetenzen einer Person, den Stellenschlüssel innerhalb einer

Fachrichtung oder den Personalmix in einem multidisziplinären Team zählen zu den Definitionen von Qualifikationsmix. Alle Initiativen für einen Qualifikationsmix zielen darauf ab, Änderungen der Berufsbilder durch strukturelle Reformen unter Zuhilfenahme von Gesetzgebung, Regulierung des Tätigkeitsbereichs, Zertifizierung, Ausbildung und Schulung, aber auch durch eine modifizierte kollektive Finanzierung und Verwaltung öffentlicher Leistungen zu initiieren. Ausgangspunkt für eine Veränderung in Richtung Qualifikationsmix ist der Bedarf von Reformen im Gesundheits- und Pflegebereich. Mit den Initiativen für einen optimalen Qualifikationsmix sollen Herausforderungen wie Personalmangel und ungleiche Personalverteilung, steigende Kosten der Gesundheitsversorgung und höhere Kostenwirksamkeit bewältigt werden. Aber auch eine Qualitätssteigerung, berufliche Weiterentwicklung und ein besseres Arbeitsleben zählen zu den Zielen, wenn ein Qualifikationsmix optimal umgesetzt wird (Bourgeault, Kuhlmann, Neiterman, Wrede, 2008). Das bedeutet, die richtigen Entscheidungen treffen und passende Maßnahmen zu setzen. Exemplarisch hierfür ist z.B. die Personalknappheit in bestimmten Positionen und Berufsgruppen, welche die Maßnahme erfordert, die vorhandenen Qualifikationen zu ersetzen bzw. die vorhandenen besser zu nutzen, oder auch die Entwicklung neuer Berufsbilder. Ein weiteres Beispiel ist die Versorgungsqualität, um diese zu optimieren braucht es eine bessere Nutzung und Verwendung der Qualifikationen durch einen optimierten Personal- und Aufgabenschlüssel (vgl. Bourgeault et al, 2008).

Ein unterstützendes Arbeitsumfeld ermöglicht den MitarbeiterInnen in der Pflege und Betreuung effektiv zu arbeiten und ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und Kompetenzen in Kombination mit den verfügbaren Mittel adäquat einzusetzen, um eine qualitativ hochwertige Dienstleistung zu erbringen. Hier liegt die Schnittstelle zwischen dem Arbeitsumfeld und der Versorgungsqualität (Wiskow, Albrecht, Pietro, 2010, S. 6).

3.3 Versorgungsqualität in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen

“It is clear that the quality of care cannot be taken for granted. It must be carefully maintained and nurtured” (Donabedian, 1969, S. 1836).

Unter Versorgungsqualität kann die qualitative aber auch quantitative Dienstleistungsqualität eines Pflegeheimes verstanden werden. Auf die Definition von Versorgungsqualität haben folglich viele Faktoren Einfluss. Versorgungsqualität ist nicht statisch und daher ein flexibler Begriff, der sich den demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen, der Verteilungen von Ressourcen, Zeit und Geld wie auch auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Qualitätsanforderungen anpassen und so immer wieder neu definiert werden muss (vgl. Heusinger, Knoch, S. 290).

„Die Qualität ist der Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erwarten ist“ (Donabedian, 1968, zitiert nach Baartmans, Geng, 2000, S. 17). Auf den Kontext eines Pflegeheimes adaptiert bedeutet dies, dass die BewohnerInnen auch die kontinuierliche, individuelle Pflege erhalten, welche ihnen zusteht. Dies wird durch das Pflegeheimgesetz definiert. Versorgungsqualität beginnt auf fachlicher Pflegeebene, bezieht sich hier z. B. auf Assessments, auf die Aktualisierung von Pflegezielen aber auch auf das richtige Maß an Nähe und Distanz des Pflegepersonals zu den BewohnerInnen. Ein weiterer Aspekt der Versorgungsqualität sind die steigenden Anforderungen an die Qualität der Gesundheitsversorgung in einem Pflegeheim. Das höhere Eintrittsalter wie auch die höhere Pflegebedürftigkeit erfordern gut ausgebildetes, hoch qualifiziertes Personal, ein weiteres Merkmal der Versorgungsqualität. *„Das wichtigste Charakteristikum bei einer Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung besteht darin, dass in diesem Fall eine Rundumversorgung durch professionelle Pflegekräfte sowie ein altersgerechtes und entsprechend sicheres Wohnumfeld auf Dauer gewährleistet werden kann“* (Schneekloth, Törne, 2009, S. 110).

Zu den maßgeblichen Einflussfaktoren auf die Qualität der Versorgung zählen die Arbeitsbedingungen in einem Pflegeheim. Besonders der hohe Zeitdruck belastet die Fachkräfte des Gesundheitswesens (vgl. Simsa, 2004). Zusammenfassend sind es fünf Merkmale des Arbeitsumfelds, welche die Versorgungsqualität beeinflussen:

1. Organisatorische Funktionalität, z.B. richtige Information zur richtigen Zeit an die richtige Person weitergeben
2. Individuelle Zufriedenheit, z.B. Unterstützung durch das Management, gesellschaftliche Anerkennung des Berufs
3. Vereinbarkeit von Familie und Arbeit, z.B. Bereitstellung von Kinderbetreuungsleistungen, Reduktion von Bereitschaftsdiensten

4. Personalentwicklung, z.B. Aus-, Weiter- und Fortbildungen
5. Unternehmenskultur, z.B. kompetente Führung und Aufbau von Vertrauen als Kernelement der Arbeitseffektivität (Wiskow, Albrecht, Pietro, 2010, S. 5)

Um die Qualität der Versorgung zu sichern, sind in den Bundesländern Österreichs die jeweiligen Landesbehörden im Rahmen ihrer Aufsichtstätigkeit zuständig. Die Aufsicht in Vorarlberg ist im Pflegeheimgesetz geregelt, wobei das Überprüfungsinstrument der Prüfraster der Amtssachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege ist⁵. Qualitätskontrollen sind Momentaufnahmen, welche über die Effektivität und Effizienz von Versorgungsleistungen Auskunft geben.

3.4 Qualitätskontrollen von Langzeitpflegeeinrichtungen

Generell ist die Qualitätskontrolle ein Prüfvorgang, um festzustellen, ob festgelegte Erfordernisse erreicht wurden. Kontrolliert wird der jeweilige IST-Stand. Kontrolle ist eine Form der Überwachung, durchgeführt von Personen die direkt und indirekt in den Realitätsprozess einbezogen sind (vgl. Gabler Wirtschaftslexikon, 2010). Die Kontrollen können intern z.B. durch den Träger zur Qualitätssicherung, aber auch extern z. B. durch eine zuständige Behörde vorgenommen werden. Pflegeheime werden im Durchschnitt einmal pro Jahr auf ihren IST-Stand überprüft, wobei sich die Frequenz je nach Bundesland unterscheidet. Im Vorarlberger Pflegeheimgesetz § 1 *Allgemeines* wird der Auftrag an die Einrichtung beschrieben, nach welchem die Heime geprüft werden. *„Dieses Gesetz schützt die Rechte und Interessen der Bewohner von Pflegeheimen. Grundsatz ist die Wahrung der Menschenwürde, der Schutz der persönlichen Freiheit, die Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Bewohner und die Sicherung der Pflegequalität“* (Vorarlberger Pflegeheimgesetz, 2010). Da Pflegeheime unter das Sozialgesetz fallen und dieses Bundesländersache ist, erfolgt eine gesetzliche Prüfung im Bereich der Pflege durch die Amtssachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege des jeweiligen Bundeslandes. Die behördliche Kontrolle erfüllt zwei Aufgaben: einerseits die Wahrung oder Verbesserung der Qualität der geleisteten Pflege in Pflegeheimen sowie die Überprüfung der Erfüllung und Wahrung der

⁵ Laut Auskunft der Vorarlberger Landesregierung per Email, September 2012

Rechte der BewohnerInnen analog dem Pflegeheimgesetz. Im Vorarlberger Pflegeheimgesetz ist dies im § 17 *Aufsicht* verankert.

Qualitätsprüfungen und -kontrollen von Pflegeheimen dienen im weitesten Sinne der Qualitätsentwicklung, wenn die Ergebnisse transparent und nachvollziehbar sind. Denn wenn durch die leitenden Pflegekräfte die Verbesserungsmöglichkeiten in die Praxis umgesetzt werden, ist dies ein wichtiger Schritt die Pflege zu professionalisieren (vgl. Bernhard, Walsh, 2000, S. 241).

Im Allgemeinen kommen bei der behördlichen Überprüfung verschiedene Prüfmethode zur Anwendung. Ein Teil der Kontrolle erfolgt auf Basis schriftlicher Unterlagen (Pflegedokumentationen, Standards, Kennzahlen, Personalunterlagen, organisationsbezogene Unterlagen, etc.). Weiters sind Gespräche mit MitarbeiterInnen und BewohnerInnen Bestandteil der Überprüfung sowie auch die Begehung der jeweiligen Einrichtung (vgl. Barthel, P. 2009).

Heime sind laut Vorarlberger Pflegeheimgesetz dazu verpflichtet, die angemessene Pflege des Bewohners zu gewährleisten. *„Sie [angemessene Pflege; Anm. der Autorin] dient der Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Bewohner und ist durch geeignetes Personal zweckmäßig und hygienisch einwandfrei zu erbringen“* (Vorarlberger Pflegeheimgesetz, 2010, § 6 Allgemeine Pflichten des Heimträgers). Dazu zählt beispielsweise die vollständige Dokumentation der ausgeübten Pflege (§ 8 Vorarlberger Pflegeheimgesetz) als auch die Wahrung der Bewohnerrechte (§ 5 Vorarlberger Pflegeheimgesetz) wie unten angeführt (vgl. Connexia, 2008, S. 9).

§ 5

Bewohnerrechte

- (1) Der Träger eines Pflegeheimes hat unter Bedachtnahme auf die Zielsetzung und das Leistungsangebot des Pflegeheimes dafür zu sorgen, dass die Rechte der Bewohner im Pflegeheim beachtet werden und ihnen die Wahrnehmung ihrer Rechte ermöglicht wird.
- (2) Niemand darf gegen seinen Willen in ein Pflegeheim verbracht oder daran gehindert werden, dieses wieder zu verlassen.
- (3) Der Träger eines Pflegeheimes hat durch geeignete Maßnahmen insbesondere sicherzustellen, dass die Bewohner
 - a) entsprechend ihren Bedürfnissen und unter Beachtung ihrer vertraglichen Rechte gepflegt werden,
 - b) respektvoll behandelt werden und ihre Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung gewahrt wird,
 - c) ihren individuellen Lebensrhythmus nach Möglichkeit fortführen können,
 - d) in ihrer Privat- und Intimsphäre geschützt werden,
 - e) jederzeit besucht werden dürfen,
 - f) in Unterlagen, die sie betreffen, Einsicht nehmen können,
 - g) hinsichtlich ihrer persönlichen Angelegenheiten ein Recht auf Vertraulichkeit und
 - h) Zugang zur Informations- und Beschwerdestelle und zur Patientenadvokatur haben.

(Vorarlberger Pflegeheimgesetz, 2010)

Falls bei einer Kontrolle Mängel festgestellt werden, erhält der Träger des Heimes eine Frist, diese zu beseitigen. Wenn ein Heim seinen Pflichten, diese Mängel ordnungsgemäß zu beheben nicht nachkommt und dadurch eine eventuelle Gefährdung der BewohnerInnen besteht, ist die Bezirkshauptmannschaft dazu verpflichtet, den Betrieb eines Pflegeheimes zur Gänze oder teilweise zu untersagen (Vorarlberger Pflegeheimgesetz, 2010, § 17 (4)).

In Vorarlberg steht den Amtssachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege zur Qualitätsprüfung ein Prüfraster mit dem Titel *„Prüfraster der Amtssachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege zur pflegefachlichen Überprüfung im Rahmen der Aufsicht nach dem Vorarlberger Pflegeheimgesetz“* (2010) zur Verfügung. Entlang diesem kann die Kontrolle eines Heimes durchgeführt werden. Der Prüfraster ist so ausgerichtet, dass er sowohl zur Selbst- wie auch zur Fremdkontrolle genutzt werden kann. Er stellt somit ein Instrument zur systematischen Erfassung des Qualitätsstandes eines Heimes dar.

Generell kann die Pflegequalität eines Heimes in die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene unterteilt werden. Für die Beurteilung der Pflegequalität sind auf der Strukturebene neben der Anzahl und der Qualifikation des Personals, ebenso die Größe des Pflegeheimes und die baulichen Strukturen, die Pflege- und Betreuungskonzepte sowie die Führungsstrukturen von Bedeutung. Im Speziellen ist die Führung für die Transparenz der Qualitätspolitik eines Heimes zuständig, wie auch für den hierzu erforderlichen Informationsfluss zwischen allen Beteiligten.

Auf der Prozessebene zählt das Zusammenwirken der auf der Strukturebene beschriebenen Faktoren zur Erreichung der Pflegequalität. Dies umfasst z.B. Stichproben von Bewohnerdokumentationen und die Durchsicht der Dienstpläne. Die Prozessebene bezieht sich auf die Abmachungen bezüglich der Durchführung der Tätigkeit. Auf der Ergebnisebene sind die Kennzahlen zu den vorher definierten Kriterien von Bedeutung. Hierzu zählen z. B. die Anzahl der neu entstandenen Dekubitalulcera oder auch die Anzahl der falsch verabreichten Medikamente.

Im Prüfraster des Landes Vorarlberg wird auf die Schwierigkeit der Beurteilung von Ergebnisqualität hingewiesen, denn diese kann nur vor dem Hintergrund der Bedürfnisse der BewohnerInnen bewertet werden (vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung, 2010, S.6). Bei externen Qualitätsprüfungen wird die

Ergebnisqualität häufig an der Frage festgemacht, ob die gesundheitliche Situation der PatientInnen bzw. Pflegebedürftigen dem entspricht, was von einer fachgerechten Versorgung erwartet werden kann. Dies bezieht sich beispielsweise darauf, ob durch fachliche Versäumnisse eine Gefährdung oder Schädigung des Heimbewohners aufgetreten ist (vgl. Wingefeld, Kleina, Franz, Engels, Mehlan, Engel, 2011).

Der Anstieg der älteren Bevölkerung erhöht den Bedarf an Pflegeheimplätzen. Weiters erfordern das höhere Eintrittsalter und der erhöhte Pflegebedarf der BewohnerInnen mehr Kompetenzen des Personals, denn durch die BewohnerInnen bzw. deren Angehörigen werden immer höhere Anforderungen an die Qualität der Versorgung gestellt. Ein optimierter Qualifikationsmix sichert beispielsweise klare Strukturen im Arbeitsfeld und gleichzeitig die Versorgungsqualität. Diesen Anforderungen gerecht zu werden, diese umzusetzen und einzuführen liegt im Aufgabenbereich der Führungskräfte. Im nächsten Kapitel wird das Thema Führung und deren Auswirkungen erläutert.

4. Führung in der stationären Langzeitpflege

In diesem Abschnitt werden der Begriff und zentrale Konzepte zu Führung vorgestellt, ebenso wird auf den Einfluss der Führungskraft durch deren Führungsverhalten und -stils auf die MitarbeiterInnen eines Pflegeheimes eingegangen. Weiters werden die führungsbezogenen Qualitätsmerkmale von sogenannten Magneteinrichtungen erläutert und in Zusammenhang mit den Anforderungen an eine professionelle Führungskraft in der stationären Langzeitpflege gebracht.

“Becoming a leader is not just a matter of becoming skilled or knowledgeable, but using one’s skills and knowledge in order to make a difference” (McBride et al. zitiert nach Harvath, Swafford, Smith, Miller, Volpin, Sexson, White, Young, 2008).

Der Begriff „Führen“ kommt sprachgeschichtlich vom neuhochdeutschen Wort „leiten“ und impliziert den Gedanken Jemanden oder Etwas zu einem Ziel hin zu

bewegen bzw. eine Richtung vorzugeben (vgl. Duden, 2010; Bernhard, Walsh, 1997). Führung umfasst die Gesamtheit der Führungsqualitäten, die als Fähigkeit, eine Führungsposition auszuüben, definiert sind. Die Führungsqualität beinhaltet die Kombination aus Persönlichkeitsmerkmalen, Verhaltensweisen und Ergebnissen, um vorgegebene Ziele zu erreichen (vgl. Jennings, Scalzi, Rodgers, Keane, 2007). Dabei hat das Führungsverhalten den Zweck der Beeinflussung von Verhaltensweisen der MitarbeiterInnen durch eine planende, kontrollierende und koordinierende Funktion.

Diese Arbeit stützt sich bei der Definition von Führung auf die Situationstheorie bzw. die daraus entstandene Interaktionstheorie, die beide eine anerkannte Führungstheorie darstellen (vgl. Bernhard, Walsh, 1997). Ein bedeutender Aspekt der Situationstheorie ist der Kontext in dem Führung stattfindet, denn das Leitprinzip in dieser Theorie ist die Situation, durch die das Handeln des Führenden bestimmt wird. Bei der Interaktionstheorie werden zusätzlich zum Kontext und den persönlichen Eigenschaften der Führenden, auch die Bedürfnisse und Ziele der Geführten als wichtig erachtet. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Geführten durch den Führenden stimuliert werden und umgekehrt. Dieser Interaktionszyklus setzt sich fort und es wird angenommen, je öfter die Interaktion stattfindet, desto effektiver ist die Erreichung des Führungsziels. Demnach ist *„Führung ein Prozess, eine Gruppe in einer besonderen Situation zu einem bestimmten Zeitpunkt und unter bestimmten Umständen durch die Führung zu beeinflussen, damit die vorher bestimmten Ziele mit Zufriedenheit erreicht werden“* (vgl. Bernhard, Walsh, 1997, S. 72).

In der stationären Langzeitpflege erfordern das höhere Eintrittsalter und die hohe Fragilität der BewohnerInnen nicht nur mehr Kompetenzen von den in der Pflege und Betreuung Beschäftigten, sondern betreffen insbesondere die mittlere und obere Leitungsebene in Bezug auf deren Vorbildfunktion. Pflegerische Interventionen werden durch das diplomierte Personal geplant. Die Maßnahmen müssen durch die Führungskraft kompetenzgerecht koordiniert und delegiert werden. *„Gute Entscheidungen zu treffen ist ein äußerst wichtiger Bestandteil der Führung in der Pflege“* (Bernhard, Walsh, 1997, S. 159). Somit sind besondere Herausforderungen die Gestaltung arbeitsorganisatorischer Strukturen und auch der Umgang mit den

Pflege- und Betreuungskräften. Es ist von großer Bedeutung, Aufgaben kompetenzgerecht zu verteilen und dadurch Über- bzw. Unterforderungen zu vermeiden. Hartmann-Eisele (2009, S. 167) merkt hierzu an, dass Fach- und Hilfskräfte oft die gleiche Arbeit ausführen, was in keinem Verhältnis zu deren Ausbildung steht. Im Speziellen hat das Verhalten der Leitungsfunktion einen erheblichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsatmosphäre. *„Pflegequalität und Wohlbefinden der Pflegeempfänger können nicht losgelöst von der Arbeitsatmosphäre und der (Arbeits-) Zufriedenheit der Pflegenden erzielt werden“* (Hartmann-Eisele, 2009, S. 169).

Führungskräfte nehmen im Idealfall eine aktiv gestaltende Rolle ein, um durch gezielte Personal- und Organisationsentwicklung die Arbeitszufriedenheit zu steigern und dadurch auch die Qualität der Pflege zu sichern (vgl. Hartmann-Eisele, 2009).

Die Verwaltung und Führung von und in Pflegeheimen ist eine komplexe Aufgabe und erfordert eine breit gefächerte Palette an Fähigkeiten. Eine Anforderung ist die Abkehr von traditionellen, hierarchischen Führungsstilen und eine Orientierung zur Vernetzung und zu partizipativen Ansätzen von Management und Führung (vgl. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010). Das bedeutet, dass die vorhandenen Ressourcen auch optimal eingesetzt und somit auch genutzt werden können. Die Unterscheidung von Führung (engl. Leadership) und Management (Steuerung, Unternehmensführung) lässt sich anhand der Kompetenzen und Fähigkeiten, die den Begriffen zugeordnet werden, konkretisieren.

<u>Leadership</u>	<u>Management</u>
1. Personal qualities	1. Interpersonal skills
2. Interspersonal skills	2. Personal skills
3. Thinking skills	3. Thinking skills
4. Setting the vision	4. Management skills
5. Communicating	5. Communicating
6. Initiating change	6. Business skills
7. Developing people	7. Health care knowlege
8. Health care knowledge	8. Human resources
9. Management skills	management
10. Business skills	9. Initiating change
	10. Information management

(vgl. Jennings et al., 2007)

Managen bedeutet organisieren, delegieren und voraussagen durch das Schaffen von Rahmenbedingungen. Im Speziellen durch das Festlegen von operativen Zielen, durch das Herstellen von Aktionsplänen und durch die Zuordnung von Ressourcen, um besonders die Entwicklung der Organisation voranzutreiben. Weitere Aufgabengebiete sind das Lösen von aufkommenden Problemen und die Überwachung von organisationsbezogenen Ergebnissen. Im Gegensatz dazu bezieht sich Führung darauf, Veränderungen einzuleiten und Visionen zu entwickeln. Dies beinhaltet Strategien zu erschaffen, um sich den Visionen zu nähern. Motivation und Inspiration des Personals, ebenso das Kommunizieren der Visionen sind Bestandteile von Führung (vgl. Sellgren-Fransson, Ekvall, Tomson, 2008). Eine weitere zentrale Aufgabe der Führung ist die Vermittlung von Sicherheit und Orientierung bei Veränderungsprozessen (vgl. Schmid, Wolf, Geerts, Krauchthaler 2010). Dieser Sachverhalt deutet darauf hin, dass Führung als ein Zusammenspiel von „Werkzeugen“ konzeptualisiert ist, mit dem Ziel, Veränderungen auf allen Ebenen einer Organisation beeinflussen zu können (vgl. Germain, Cummings, 2010).

4.1 Kennzeichen guter Führung

Beispiele guter Führung finden sich in den so genannten „Magnet Einrichtung“. Dieser Terminus wird zur Bezeichnung einer Einrichtung verwendet, der es gelingt, gut qualifiziertes Pflegepersonal anzuziehen und zu halten. Ein Resultat der Führung in Magnet Einrichtungen ist, dass qualitativ hochwertige Pflege geleistet werden kann. Das Konzept Magnet Einrichtung wurde 1980 von der „American Academy of Nursing“ entwickelt. Sie identifizierten 14 Merkmale, die Magnet Einrichtungen in der Praxis kennzeichnen und fassten diese zu einem Konzept zusammen. Diese Merkmale wurden zu den „American Nurses Credentialing Center (ANCC) Forces of Magnetism“, und stellen einen konzeptionellen Rahmen für den Magnet-Anerkennungsprozess von Einrichtungen dar (vgl. Wiskow, Albrecht, Pietro, 2010).

Die 14 Merkmale/Kräfte des Magnetismus:

- | | |
|---|--|
| 1. Qualität der Pflegekräfte mit Führungsaufgaben | 8. Beratung und Ressourcen |
| 2. Organisationsstruktur | 9. Autonomie |
| 3. Managementstil | 10. Kommune und Gesundheitseinrichtung |
| 4. Personalpolitik und Personalprogramme | 11. Pflegekräfte als Lehrer |
| 5. Fachliche Pflegemodelle | 12. Image der Pflegeberufe |
| 6. Versorgungsqualität | 13. Interdisziplinäre Beziehungen |
| 7. Qualitätsverbesserungen | 14. Berufliche Weiterentwicklung |

(Wiskow, Albrecht, Pietro, 2010, S. 40).

Da in dieser Arbeit die Möglichkeiten und Grenzen der Führung zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität im Pflegeheim im Zentrum stehen, werden die führungsbezogenen Merkmale von Magneteinrichtungen (1. bis 7.) näher erläutert. Die Grundlage dafür bietet das WHO Grundsatzpapier aus dem Jahr 2010 „Wie lässt sich ein attraktives und unterstützendes Arbeitsumfeld für Fachkräfte des Gesundheitswesens schaffen?“ (Wiskow, et al., S. 40).

Ad. 1. Qualität der Pflegekräfte mit Führungsaufgaben:

Pflegekräfte mit Führungsaufgaben sind sachkundig, stark und risikobereit. Die täglichen Pflegeleistungen werden von einer klar formulierten, strategischen und visionären Philosophie untermauert. „Pflegekräfte mit Führungsaufgaben auf allen Ebenen der Einrichtung vermitteln ein starkes Gefühl der Fürsprache und Unterstützung für MitarbeiterInnen und PatientInnen. Die Ergebnisse qualifizierter Führung werden in der Pflegepraxis am Krankenbett offensichtlich“ (Wiskow, et al., 2010, S. 40).

Ad. 2. Organisationsstruktur

Die Einrichtung hat ein funktionierendes und produktives System der gemeinsamen Entscheidungsfindung. In einem Krankenhaus bedeutet das eine starke Vertretung von Pflegekräften auf allen Ebenen. Weiters besteht eine dynamische Organisationsstruktur, die auf Veränderungen reagiert.

Ad. 3. Managementstil

Die Einrichtung des Gesundheitswesens und die Pflegekräfte mit Führungsaufgaben schaffen ein partizipation unterstützendes Umfeld. „Feedback von allen

MitarbeiterInnen auf allen Ebenen der Organisation wird gefördert, geschätzt und ist fest bei ihnen verankert. Pflegekräfte in Führungspositionen sind sichtbar, ansprechbar und setzen sich dafür ein, wirklich mit den MitarbeiterInnen zu kommunizieren“ (Wiskow et al., 2010, S. 40).

Ad. 4. Personalpolitik und Personalprogramme

Kreative und flexible Stellenbesetzungsmodelle unterstützen ein sicheres und gesundes Arbeitsumfeld. Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird ebenso gefördert wie die berufliche Weiterbildung.

Ad. 5. Fachliche Pflegemodelle

Die Pflegekräfte tragen die Verantwortung und Autorität für die direkte Pflege von PatientInnen. Sie sind somit verantwortlich für ihre eigene Tätigkeit und für die Koordination der Pflege. „Die Pflegemodelle (d.h. Grundpflege, Fallmanagement, familienzentriert, auf Bereich bezogen und ganzheitlich) sorgen für Kontinuität über den gesamten Pflegeverlauf“ (Wiskow et al., 2010, S. 41).

Ad. 6. Versorgungsqualität

Qualität ist in den Einrichtungen ein systematischer Antrieb und auch die Pflegekräfte vertreten die Position, den PatientInnen eine hochwertige Versorgung zukommen zu lassen. Die Pflegekräfte in Führungspositionen sind dafür verantwortlich, ein Umfeld zu schaffen, welches die Patientenergebnisse positiv beeinflusst. Dies ist Führungsarbeit und trägt zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität bei.

Ad. 7. Qualitätsverbesserungen

Die Organisation verfügt über Strukturen und Prozesse zur Qualitätsmessung und Programme zur Verbesserung von Versorgungsqualität und Versorgungsleistungen innerhalb der Einrichtung.

Magneteinrichtungen zeichnen sich durch ihre dynamische Organisationsstruktur und durch die hohe Verantwortung seitens der Pflegefachkräfte aus. Die Pflegeleistungen erfolgen im Kontext eines unterstützenden und sicheren Arbeitsumfeldes, geleitet von einer klaren, strategischen und visionären Philosophie.

In Studien zu Magneteinrichtungen konnte festgestellt werden, dass Magnetkriterien in Kombination mit Empowerment [Befähigung, Erteilen einer Vollmacht] am Arbeitsplatz/in der Organisation in enger Verbindung mit der Patientensicherheit und der Arbeitszufriedenheit stehen (vgl. Armstrong, Laschinger, Wong, 2009; ICN, 2007).

In der Arbeit von Wiskow et al. (2010) wird darauf hingewiesen, dass es in Westeuropa, ausgenommen England, bis heute keine Magnetereinrichtung gibt. ExpertInnen im Langzeitpflegebereich aus Österreich empfehlen Best Practice Modelle im Sinne einer „Magnetereinrichtung“ im stationären Langzeitpflegebereich zu implementieren (vgl. Lebenswelt Heim, 2011). Best Practice bedeutet, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen oder Mitteln das bestmögliche Ergebnis zu erzielen.

Der stationäre Langzeitpflegebereich bzw. das Pflegeheim sind gekennzeichnet von hoher Fluktuation und Burnout bei Pflegekräften (vgl. Nolting, Grabbe, Genz, Kordt, 2006; Jenull-Schiefer, 2011). Zur Sicherstellung der Pflegequalität sollten Führungskräfte eine aktiv gestaltende Rolle bei der Personal- und Organisationsentwicklung einnehmen. Eine funktionierende Unternehmenskultur bzw. ein attraktives und unterstützendes Arbeitsumfeld befähigt die Pflegefachkräfte, effektiv zu arbeiten, ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und ihre Kompetenzen bestmöglich einzusetzen. Hier liegt die Schnittstelle zwischen Führungsstil bzw. Führungsverhalten und Versorgungsqualität (vgl. Abb. 1.).

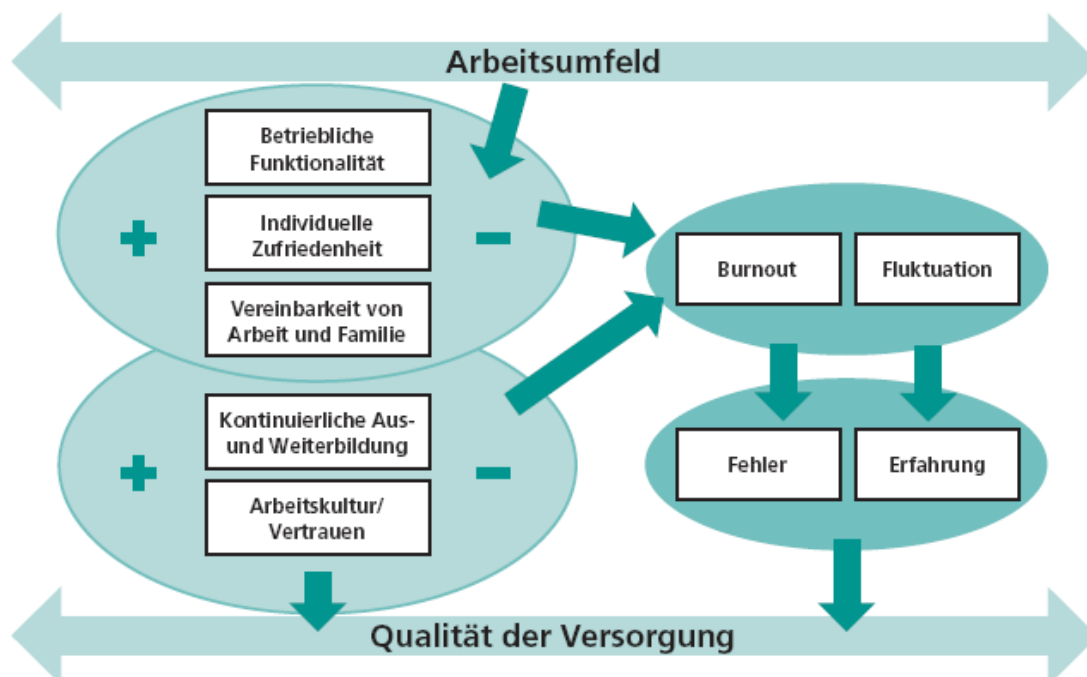


Abb. 1.: Verbindungen zwischen Arbeitsumfeld und Qualität der Versorgung (Wiskow et al., S. 4).

4.2 Führungsstil

Der Führungsstil bezieht sich auf die Form der Handlungsdurchführung. Der Stil charakterisiert eine konstante Handlungsweise oder Methode, in einer bestimmten Situation zu agieren. Der Führungsstil bezieht sich auf das konstante Verhalten der Führungskraft und beschreibt die Form der Verhaltensbeeinflussung der Geführten im Interaktionsgeschehen (vgl. Bernhard, Walsh, 1997). Führungsstile werden von drei Faktoren beeinflusst: Führende, Geführte und Kontext. Diese Faktoren bestimmen den Grad der Kontrolle, die eine Führungskraft durch ihr Verhalten einnimmt, und beruhen primär in der Führungsperson selbst, sekundär in der geführten Gruppe. Der Kontext bezeichnet die Situation in welcher geführt wird. Den einen bestimmenden Führungsstil gibt es nicht. Meist kommen verschiedene Stile in kombinierter Form zum Einsatz. Im Folgenden werden traditionelle Führungsstile beschrieben (vgl. Bernhard, Walsh, 1997).

Der **autokratische Führungsstil** beruht auf der vollen Kontrolle durch die Führungskraft und wird auch *autoritärer* Führungsstil bezeichnet. Die Einzelheiten zur Zielerreichung werden nur schrittweise an die Gruppenmitglieder mitgeteilt. Der autokratische Führungsstil beruht auf der Annahme, dass einzig und allein die Führungskraft die vollständige Kontrolle über die Gruppe hat. Die Führungskraft...

- trifft eine Entscheidung und verkündet sie,
- trifft eine Entscheidung und präsentiert diese und
- stellt Entscheidungen vor und lässt Fragen zu.

Beim **demokratischen Führungsstil** werden alle Gruppenmitglieder über die Situation aufgeklärt, und die Zielerreichung wird Schritt für Schritt erläutert. Dabei werden die Mitglieder dazu ermutigt, ihre Verfahrensweisen selbst zu bestimmen. Die Führungskraft...

- stellt vorläufige Entscheidungen vor, die durch die Gruppe verändert werden können,
- stellt das Problem vor, erhält Input von der Gruppe und entscheidet dann, bittet die Gruppe um eine Entscheidung und definiert Grenzen.

Beinahe völlige Freiheit in ihrer Handlung haben Gruppenmitglieder bei einem **laissez-faire - Führungsstil**. Die Teilnahme der Führung am Geschehen beschränkt sich hier auf das vor Ort sein, bis darum gebeten wird, sich zu beteiligen. Die Führungskraft...

- und die Gruppe treffen die Entscheidung gemeinsam und die Führungskraft
- übergibt der Gruppe die gesamte Verantwortung.

Das europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung empfiehlt die Abkehr von traditionellen, hierarchischen Führungsstilen und eine Orientierung zur Vernetzung und partizipativen Ansätzen von Management und Führung. Gründe hierfür sind die immer komplexer werdende Aufgabe der Heimverwaltung im Kontext von Sozial- und Gesundheitspolitik, die eine „[...] breite Palette von Fähigkeiten erfordert“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010, S. 92). Darunter werden beispielsweise partnerschaftliches Zusammenarbeiten und Vertragsverhandlungen, Innovationsfreudigkeit und Leistungsorientierung verstanden.

4.3 Führungsverhalten

Unter Führungsverhalten wird das aktuelle Verhalten einer Führungskraft gegenüber den Geführten in einer bestimmten Situation verstanden. Weiters kann zwischen einem Aufgaben-, Leistungs-, Beziehungs- und MitarbeiterInnen-orientierten Führungsverhalten differenziert werden. Beeinflusst wird das Führungsverhalten durch die Personenmerkmale des/der Führenden, wie z.B. persönliche Motive, Eigenschaften und Kompetenzen, aber auch durch den Kontext (Organisationsstruktur, Eigenschaften des Pflegepersonals, etc.), in welchem die Führung stattfindet. „Führungskräfte müssen sich selbst und ihre Eigenschaften genau kennen, damit sie ihre Wirkung auf die Gruppe einschätzen können“ (Bernhard, Walsh, 1997, S. 21). Um auf das Verhalten der MitarbeiterInnen Einfluss nehmen zu können, benötigen Führungspersonen hohe, zwischenmenschliche Kompetenzen. Bernhard und Walsh (1997, S. 79) beziehen sich bei der Erläuterung von Führungsverhalten auf Zaleznik (1966), der unter der Annahme, dass Führung ein zielgerichtetes Verhalten sei, drei Verhaltensweisen oder auch *exekutive (ausführende) Funktionen* definierte, deren Funktionen nachfolgend erläutert werden. Die *homöostatische* (stabilisierende) Funktion richtet sich auf die Wahrung der inneren Stabilität einer Organisation und ist aufgrund der zumeist geringen Intervention durch die Führungskraft passiv. Die *mediative* (vermittelnde) Funktion ist aktiv und bemüht sich darum, die Geführten zu organisationsinternen Veränderungen

anzuregen. Dies geschieht meist durch Druck von außen. *Proaktives* Verhalten ist die dritte Funktion und bezieht sich auf Veränderungen durch kreatives Einsetzen organisatorischer Ressourcen. Der Schlüssel zu effektivem Führungsverhalten ist nach Zaleznik die persönliche Motivation von Führungskräften. Deren persönliche Orientierung und Werthaltung sind von großer Bedeutung, denn die Art der Führung wird von ihren subjektiven Zielen und Bedürfnissen wesentlich beeinflusst (vgl. Bernhard, Walsh, 2000).

Führung ist immer ein personenbezogener Prozess der Verhaltensbeeinflussung. Die Motivation der Führungskraft zeigt sich in der Wahrung und Achtung der Bedürfnisse der Geführten. Aber auch in einem MitarbeiterInnen-orientierten Führungsverhalten, wodurch die Geführten Zugang zu den Zielen und Motivationen der Führungskraft und auch der Organisation erhalten.

4.3.1 Transformationelle Führung

Eine besondere Form stellt der transformationelle Führungsstil dar, worunter das Engagement von Führungspersonen für eine gemeinsame Vision verstanden werden kann. Durch Empowerment der Beteiligten wird die Erfüllung der Vision angestrebt. Ziel dieses Führungsstils ist nicht etwas Neues zu schaffen, sondern bereits Bestehendes in etwas Besseres zu verändern und somit „zu transformieren“. In dieser Arbeit wird die transformationelle Führung hervorgehoben, da diese, wenn sie von allen Pflegekräften erlernt und praktiziert wird, der Schlüssel zur Professionalisierung des Pflegeberufs sein könnte (vgl. Bernhard, Walsh, 1997). Die Pflege steht durch den demografischen Wandel, der steigenden Lebenserwartung aber auch durch den immer höher werdenden Anspruch an die Qualität der Versorgung durch die Gesellschaft vor einer großen Herausforderung. Genau darin liegt die Chance dieser Berufsgruppe, nämlich professionell mitgestalten und die Herausforderungen bewältigen. Dieser Führungsstil ist auf die Erhöhung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit der MitarbeiterInnen gerichtet, mit dem Ziel, deren Leistungsbereitschaft zu fördern. *„Transformational leaders strive to elevate the needs of their followers which are congruent with their own goals and objectives through charisma, intellectual stimulation and individual consideration“* (Murphy, 2005). Es wird ein Umfeld geschaffen, welches die Beteiligten dazu

befähigt, kreative Lösungsansätze zu finden. Veränderungen werden als Prozess gesehen, und diese Betrachtungsweise ermöglicht es, komplexen Gegebenheiten tolerant zu begegnen. Die transformationelle Führung zielt darauf ab, Geführte zu Führenden zu machen (vgl. Bernhard, Walsh, 1997).

4.4 Auswirkungen von Führungsstil und -verhalten auf die MitarbeiterInnen und BewohnerInnen

Die Auswirkungen von Führungsstil und -verhalten auf MitarbeiterInnen haben ein breites Spektrum. Dies betrifft einerseits die MitarbeiterInnen in der Art und Weise wie sie ihre Tätigkeit ausüben sowie auch die BewohnerInnen durch die dadurch erfahrene Lebensqualität im Heim (vgl. Hartmann-Eisele, 2009).

Die Kontrolle einer Führungskraft steht in engem Zusammenhang mit dem Vertrauen in die Gruppe. Bei einem hohen Vertrauensgrad werden das Wissen und die Kompetenzen der Gruppenmitglieder bei Entscheidungsprozessen berücksichtigt, und der Gruppe werden „Freiheiten“ gewährt. Bernhard und Walsh (1997) beziehen sich beim Vertrauensgrad der Gruppe in die Führungskraft auf Tannenbaum (1961)

Bei hohem Vertrauen in die Führung sind die Gruppenmitglieder...

- bereit, Verantwortung zu übernehmen,
- zeigen Ambiguitätstoleranz (Fähigkeit, sich in unsicheren Situationen sicher zu fühlen),
- engagieren sich für ein gemeinsames Ziel,
- sind an der Gruppenaufgabe interessiert,
- haben die zur Erledigung der Gruppenaufgabe nötigen Fähigkeiten und
- erwarten die Mitwirkung an Entscheidungsprozessen

(Bernhard, Walsh, 1997, S. 74).

Nicht nur das Vertrauen in die Führungskraft, sondern auch die Gewissheit, sich auf die Gruppenmitglieder verlassen zu können, beeinflusst die Kooperation von Team und Führung. *„Nursing leaders can improve care quality and workplace conditions by paying attention to facilitating genuine and positive relationships with their staff“* (Wong, Laschinger, Cummings, 2010). Der Stil einer Führungskraft bezieht sich auf das Ausmaß des Einflusses auf ihr Handlungsfeld (vgl. Bernhard, Walsh, 1997). Steuerbar bzw. beeinflussbar ist aber nur das, worüber die Führungskraft auch die Verantwortung und die nötigen Ressourcen hat.

Letztendlich wirken sich die Führungsqualitäten auf die Lebensqualität der BewohnerInnen aus, welche wiederum der Maßstab für die Ergebnisqualität sind. Nachstehend werden entscheidende Qualitätsmerkmale guter Führungskräfte angeführt. *„Eine im Sinne einer menschenwürdigen, an den Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichteten Pflege vorbildliche Heimleitung bzw. Führungskraft...*

- *ist ein Kommunikations- und Moderationstalent, das motiviert und mitreißt,*
- *hört zu und fragt nach,*
- *induziert und strukturiert Diskussions- und Arbeitsprozesse,*
- *unterstützt Entscheidungen und sorgt für ihre Durchsetzung,*
- *bindet alle Akteursgruppen in (Planungs-) Prozess ein,*
- *delegiert Arbeit und Verantwortung, damit Selbstverantwortung, Mitdenken und Kreativität gestärkt werden,*
- *hat große eigene Fachkompetenz und schätzt die Expertise anderer,*
- *fürchtet Transparenz und Kompetenz nicht, sondern fördert und schätzt sie,*
- *pflegt einen kooperativen Führungsstil,*
- *kann gut wirtschaften und mit Geldgebern (Pflegesätze) verhandeln,*
- *versteht sich als „Netzwerkerin bzw. Netzwerker“, der bzw. die die Einrichtung mit dem Stadtteil und anderen Akteurinnen und Akteuren vernetzt,*
- *hat ein Konzept zur Erschließung von zusätzlichen Ressourcen“ (Heusinger, Knoch, 2009, S. 332).*

Diese Merkmale verdeutlichen, dass Pflegekräfte gute Vorbilder, klare Vorgaben und verlässliche Rahmenbedingungen brauchen, um eine hochwertige Versorgung durch ihre pflegerische Tätigkeit garantieren können. *„Indifferenz der Heimleitung gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern, Desinteresse an den Problemen der Pflegenden und geringes Engagement für Verbesserungen gehen meist einher mit einem Arbeitsklima, in dem engagierte Pflegekräfte nur punktuell gute Praxis umsetzen können“ (Heusinger, Knoch, 2009, S. 332).* Führungskräfte sind dafür verantwortlich, die Qualität eines Heimes zu sichern, im wesentlichen Sinne aber zu verbessern. Es liegt auch in ihrem Verantwortungsbereich, Instrumente zur Qualitätssicherung bestmöglich einzusetzen, um eine hohe Ergebnisqualität zu erreichen. Diese Themen werden im folgenden Abschnitt behandelt.

5. Qualität in der stationären Langzeitpflege

In diesem Kapitel wird der Begriff Qualität erläutert und ein Überblick der allgemeinen, organisations- und pflegespezifischen Einflüsse auf die Qualität gegeben. Zunächst wird die Pflegequalität dargestellt, die in Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität eingeteilt werden kann. Infolge werden auf die Qualitätsindikatoren der stationären Langzeitpflege, deren Kennzahlen und Risikofaktoren wie auch auf handlungsleitende Instrumente bzw. Standards eingegangen. Die Qualitätssicherungssysteme werden zum Schluss vorgestellt.

Das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN) definiert Qualität folgendermaßen: „... *die Gesamtheit der Eigenschaften und Merkmale einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung und Erfüllung festgelegter Ziele oder vorausgesetzter Erfordernisse bezieht*“ (vgl. Barthel, 2009, S. 21). Eine weitere Bestimmung von Qualität ist nach DIN EN ISO 8402 *„Die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“* (DIN, 2012). Qualität ist nichts Gegebenes, sondern etwas, dass sich aus der Übereinstimmung von Ist-Zustand und Soll-Zustand ergibt (vgl. Barthel, 2009; Gebert, Kneubühler, 2001). Das Hauptproblem in Bezug auf Qualität liegt laut Gebert und Kneubühler bei der Bestimmung des Solls, dem zu erreichenden Mindeststandard, denn dieses kann im Heimbereich keine ontologische Größe sein, sondern *„immer das Resultat einer Vereinbarung auf Zeit“* (2001, S. 300), an welcher mehrere Akteure beteiligt sind. Qualität in der stationären Langzeitpflege vereint alle Leistungen, die sich auf die Lebenssituation der BewohnerInnen eines Heimes auswirken. Somit umfasst Qualität alle Aspekte, die auf die Lebensqualität der BewohnerInnen Einfluss nehmen. Diese Anforderungen an die Beschaffenheit von infrastrukturellen, organisatorischen und fachlichen Aspekten der Pflege und Betreuung, die eine Grundlage für die Lebensqualität bilden, dürfen nicht unterschritten werden (vgl. Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, 2007).

Ausgehend von einem humanistischen Menschenbild, ist Qualität in der stationären Langzeitpflege ein multidimensionales, dynamisches Phänomen. Dieses Menschenbild hebt die Einzigartigkeit des Menschen in seinem Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele hervor, wobei der Fokus auf die Welt, wie das Individuum

sie erfährt, gerichtet ist (vgl. Zimbardo, Gerrig, 2004). Die Kernbereiche aller Definitionen von Qualität in der stationären Langzeitpflege bzw. im Pflegeheim enthalten folgende Werte:

- Individualität
- Menschenwürde
- Autonomie
- Selbstbestimmung
- Sicherheit
- Integration (vgl. Gebert, Kneubühler, 2001).

Davon abgeleitet kann die Pflege in der stationären Langzeitpflege nicht immer mit dem gleichen Ergebnis bei gleicher Maßnahme rechnen, da Qualität in der Langzeitpflege von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird (vgl. Gebert, Kneubühler, 2001). Besonderheiten sozialer und pflegerischer Dienstleistungen in einem Pflegeheim zeichnen sich dadurch aus, dass die/der BewohnerIn die Dienstleistung aufgrund des Gesundheitszustandes nur teilweise bewerten kann. Für BewohnerInnen bestehen weiters wenig Wahl- und Vergleichsmöglichkeiten, um über die Qualität der Dienstleistung Auskunft geben zu können (vgl. Josat, Schubert, Schnell, Köck, 2006). Eine weitere Eigenschaft sozialer Dienstleistungen in einem Pflegeheim ist, dass das Maß an Hilfebedürftigkeit professionell eingeschätzt wird und dadurch eine abwechslungsreiche Alltagsgestaltung und eine höhere Lebensqualität für die BewohnerInnen ermöglicht werden kann (vgl. Engels, Pfeuffer, 2009). Fundamental unterscheidet sich hier das Zusammenwirken professionellen und nicht-professionellen Handelns (z.B. Pflegekräfte und Ehrenamtliche).

5.1 Pflegequalität

„Pflegequalität wird bestimmt durch das Maß der Übereinstimmung der tatsächlichen Pflege mit festgelegten Kriterien anspruchsvoller Pflege“ (Barthel, 2009, S. 21).

Pflegequalität umfasst nach Donabedian (2005) drei Dimensionen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. *„The SPO [structures; process; outcomes] approach also has theoretical underpinnings in that good structure should facilitate good*

process and good process should facilitate good outcomes“ (Castle, Ferguson, 2010). Diese drei Dimensionen bilden das Konstrukt von Qualität in der Pflege und sind voneinander abhängig (vgl. Barthel, 2009).

5.1.1 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Qualität in der Pflege wird in die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität eingeteilt (siehe Tab. 1). Die Strukturkriterien beschreiben nach ANA (American Nurses' Association) das, was von der Organisation gegeben wird (vgl. Gebert, Kneubühler, 2001). Sie umfassen im Speziellen die räumlichen Voraussetzungen der Einrichtung, Fertigkeiten des Pflege- und Betreuungspersonals, Verpflichtung zu Aus-, Fort- und Weiterbildungen für die MitarbeiterInnen sowie das kontinuierliche Vorhandensein einer diplomierten Pflegefachkraft.

Die Kriterien zur Prozessqualität beruhen darauf, was von der Pflegeperson getan wird. *„Process quality indicators may also help pinpoint how to improve quality of care“* (Castle, Ferguson, 2010, S. 431). Sie beziehen sich auf Variablen wie beispielsweise die Anwendung von Pflegestandards und -methoden, eine (bewohnerorientierte) Dienstplanung, die individuelle Pflegeplanung, die Pflegedokumentation und auch den Einbezug Angehöriger.

Merkmale der Ergebnisqualität sind die Erhaltung und Reaktivierung von Selbstversorgungsfähigkeiten, Einhaltung hygienischer Standards, Erhaltung und Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, Bewältigung von Krisensituationen, Unterstützung der Orientierungsfähigkeit, das Ermöglichen und die Teilhabe am sozialen Leben, Wahl- und Mitspracherecht sowie auch der Grad der Zufriedenheit der BewohnerInnen (Josat, Schubert, Schnell, Köck, 2006). Auf der Ergebnisebene wird das Zusammenspiel von Struktur- und Prozessebene deutlich. Maßnahmen die Ergebnisqualität zu verbessern, müssen von der Führungskraft eingeleitet werden.

Strukturebene: ↓ Materielle und personelle Ressourcen einer Organisation	Umfasst notwendige Voraussetzungen zur Erbringung der Pflegeleistung. Hierzu zählen die Rahmenbedingungen der Pflege wie z.B. Organisationsform, Qualifikation und Anzahl des Pflegepersonals, Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebot und räumliche Gegebenheiten.
Prozessebene: ↓ Alle Aktivitäten und Tätigkeiten des Personals und des Patienten	Bezieht sich auf Art und Umfang der pflegerischen Leistungen. Sie hängt wesentlich von den jeweils geltenden Standards, den Stufen der Pflegequalität, den Pflegekonzepten und Pflegemethoden ab.
Ergebnisebene: ↓ Gesundheitszustand und Selbstständigkeit der Patienten	Bezieht sich auf die Wirkung der Pflege. Diese spiegelt sich im Wohlbefinden, in der Zufriedenheit, im Gesundheitszustand und der Selbstpflegefähigkeit des Bewohners wider. Sie steht in engem Zusammenhang mit der Struktur- und Prozessqualität und kann durch gezielte Beobachtung erfasst werden. Die angemessene Pflegequalität ergibt sich aus dem Grad der Übereinstimmung zwischen den zuvor formulierten Kriterien und der tatsächlich erhobenen Pflegequalität.

Tab. 1. Struktur-, Prozess-, Ergebnisebene. Eigene Darstellung.
(vgl. Bernhard, Walsh, 1997; Barthel, 2009)

Die Ergebniskriterien sind aus Sicht der BewohnerInnen mit Sicherheit die wichtigsten Komponenten der Pflegequalität. Gleichzeitig zählen diese Aspekte zu der wohl am schwierigsten zu messenden Dimension bei der Bewertung der Qualität eines Heimes. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Führungskraft durch Spezifizierung der Strukturkriterien in der Lage ist, anzugeben, wie die Pflegefachkräfte durch die Organisation unterstützt werden, um die Prozesskriterien einzuhalten. Prozesskriterien wiederum zeigen an, was die Pflegekräfte unternehmen, damit die BewohnerInnen die geforderten Ergebniskriterien erfüllen (vgl. Bernhard, Walsh, 1997). Um die Qualität der Pflege zu bestimmen, werden bestimmte Kriterien mittels Indikatoren gemessen. Diese werden im folgenden Abschnitt näher beleuchtet.

5.2 Qualitätsindikatoren der stationären Langzeitpflege

Qualität ist keine fixe Einheit oder eine Moment-Aufnahme, sie kann allerdings anhand von Vergleichen der Messwerte von Indikatoren gemessen werden. Diese Messwerte werden als Kennzahlen bezeichnet. Die Erfassung von Qualität durch Qualitätsindikatoren gibt Auskunft über den Verlauf des Qualitätstandes und auch auf mögliche Qualitätsdefizite. Für jeden Qualitätsindikator werden ein bzw. mehrere Kennzahlen definiert wie z. B. Sturzhäufigkeit, Anzahl neu entstandener Dekubitalgeschwüre, freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei BewohnerInnen.

Die Verwendung und Aussagekraft gesundheitsbezogener Indikatoren ist genauso vielfältig wie der Nutzen und deren Einsetzbarkeit (vgl. Wingefeld et al., 2010; Leichsenring, 2010; Castle, Ferguson, 2010) Die Indikatoren...

- (1) ... dienen dazu, Daten regionaler/nationaler Gesundheits- und Pflegeberichterstattung zu erfassen und zu bewerten.
- (2) ... werden vom einrichtungs- oder trägerinternen Qualitätsmanagement erfasst mit dem Ziel, Probleme zu erkennen und auf dieser Grundlage Strukturen und Prozesse zu optimieren. Weiters dienen diese der Überprüfung der Angemessenheit und Effektivität von Versorgungsprozessen in Einrichtungen aber auch Trägergemeinschaften (z. B. Benchmarking). Unter Benchmarking wird das Vergleichen von Prozessen, Managementpraktiken und Dienstleistungen zur Aufdeckung von Leistungsdefiziten, unter vergleichbaren Bedingungen, verstanden.
- (3) ... werden zu Outcomes, den Ergebnissen pflegerischer Versorgung. Outcomes zielen auf die Messung der Wirksamkeit von Versorgungskonzepten oder einzelner pflegerischer Maßnahmen ab, um Erkenntnisse über den Gesundheitszustand oder die Entwicklung des Pflegebedarfs zu gewinnen
- (4) ... dienen der Erfassung von Ergebnisqualität, mit dem Zweck der externen Qualitätsbeurteilung und –bewertung. Es geht darum, die einrichtungsbezogenen Versorgungsergebnisse zu erfassen und zu vergleichen. *„Insbesondere der Gesundheitszustand der Bewohner und die Ausprägung ihrer Pflegebedürftigkeit beeinflussen in hohem Maße die Handlungsmöglichkeiten und Erfolgsaussichten pflegerischer Versorgung“*

(Powell et al, 2003 zitiert nach Wingenfeld et al., 2011, S. 8). Um Vergleichbarkeit herzustellen, ist es daher notwendig, die Ergebnisse einer Einrichtung in Relation zum Risikoprofil ihrer BewohnerInnen zu setzen, die über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bzw. über den Zustand der Person (z.B. Pflegestufe) Auskunft geben (vgl. Wingenfeld et al., 2011).

Weiters können qualitätsbezogene Indikatoren in die Bereiche Struktur, Prozess und Ergebnis unterteilt werden. Indikatoren der Strukturqualität sind beispielsweise „Welche therapeutischen Angebote stehen den Bewohnern und Bewohnerinnen regelmäßig zur Verfügung?“, „Verfügt die Einrichtung über Zweibettzimmer?“ oder auch, ob die Einrichtung über einen geschützten Außenbereich verfügt. Exemplarisch für Indikatoren der Prozessqualität sind die Fragen „Werden strukturelle Abweichungen vom individuell vereinbarten Pflegeplan standardmäßig erfasst?“ oder „Verfügt die Einrichtung über spezielle Programme oder Konzepte zur Einbindung von Angehörigen und Bezugspersonen?“. Indikatoren der Ergebnisqualität sind beispielsweise die Fragen „Wurde in den abgelaufenen zwei Kalenderjahren eine Befragung der Bewohner und Bewohnerinnen durchgeführt?“ (bezüglich Zufriedenheit, interpersonelle Beziehungen...) sowie „Verfügt die Einrichtung über ein standardisiertes Vorgehen zur Einschätzung der Selbstständigkeit und Ressourcen der Bewohner und Bewohnerinnen?“ (vgl. Barthel, 2009; Amt der Vorarlberger Landesregierung, 2010). Die Bewertung bzw. Messung der Indikatoren erfolgt anhand von Kennzahlen, auf welche folgend näher eingegangen wird.

5.2.2 Kennzahlen

Kennzahlen sind Messwerte vorgegebener Indikatoren, die es ermöglichen, einen Teil der Leistungen eines Pflegeheimes abzubilden. Kennzahlen dienen der Quantifizierung eines Phänomens, Zustandes oder Situation, um anhand der gewonnenen Messwerte Vergleiche ziehen zu können. Die Aussagekraft der Kennzahl ist abhängig vom Kontext in welchem sie interpretiert wird, aber auch von ihren Vergleichswerten. *„Eine besondere, meist ungelöste Herausforderung besteht für die Führungskräfte darin, die „richtigen“ Kennzahlen auszuwählen – weshalb oft einfach gar keine verwendet werden“* (Leichsenring, 2010, S. 102). Die Erhebung

von Kennzahlen ist der Ausgangspunkt für Steuerungs- und Verbesserungsprozesse. Als steuerungsrelevant gilt eine Kennzahl dann, „[...] wenn damit geprüft werden kann, wie weit die jeweilige Organisation auf dem Weg zur Erreichung eines von der Führung definierten Ziels ist“ (Leichsenring, 2010, S. 99). Weiters sollten Kennzahlen valide, innerhalb des Kontexts einer Organisation machbar, generalisierbar, vor allem aber quantitativ (numerisch) darstellbar sein. Kennzahlen können zudem als Richtwerte gelten (z.B. Mindestanzahl an diplomiertem Pflegepersonal), ermöglichen Vergleiche auf zeitlicher, organisatorischer oder inhaltlicher Ebene, innerhalb oder auch von Einrichtungen. Allgemein wird zwischen absoluten Kennzahlen, Werten ohne unmittelbaren Bezug zu einer anderen Zahl (z.B. Erfassung personeller Ausstattung), und relativen Kennzahlen unterschieden. Die Bezugsgrößen bei relativen Kennzahlen sind jeweils die in der Einrichtung lebenden BewohnerInnen, z.B. Anteil der BewohnerInnen, die gestürzt sind, die einen Dekubitus haben, etc.

Nicht die Kennzahl ist Ausgangspunkt von Steuerungs- und Verbesserungsprozessen, sondern die Analyse der Resultate und die daraus entwickelten Steuerungsmaßnahmen (vgl. Leichsenring, 2010). Durch eine kritische Analyse können Erfolgsfaktoren identifiziert werden, was im besten Fall im Austausch zwischen der Führungskraft und der Pflegefachkraft geschieht. Dadurch können Strukturen und Prozesse einer Organisation, welche Einfluss auf das Ergebnis haben, analysiert werden. Folgende Voraussetzungen gelten für die Arbeit mit Kennzahlen:

- Ziele sind definiert, operationalisiert und somit beobachtbar
- Leistungsdokumentation erfolgt durch Messgrößen
- Zielverfolgung durch Vergleich von Zielen und Ergebnissen
- Schaffung von transparenten Leistungen
- Frühwarnsystem durch kontinuierliche Beobachtung der Kennzahlen und
- Identifikation von Verbesserungsmöglichkeiten durch interne/externe Vergleiche (vgl. Leichsenring, 2010, S. 101).

Unten anstehend ist ein Auszug eines Kennzahlenerfassungssystems, um die Darstellung zu verdeutlichen (Tab. 2). Bei diesem System erfolgt die Erhebung der Kennzahlen halbjährlich und bezieht sich auf die Anzahl der BewohnerInnen. Beispielsweise wurden hier im zweiten Halbjahr 2011 bei drei BewohnerInnen

Freiheitsentziehende Maßnahmen angewendet. Mit Zahlen alleine kann allerdings noch nichts zur Qualität gesagt werden, denn diese müssen im Kontext interpretiert werden. Um Qualitätsaussagen zu tätigen, ist es nötig Angaben zum Gesundheitszustand der BewohnerInnen und deren Bedürfnislagen ausreichend zu beachten.

Anzahl BewohnerInnen mit...	2011	2011	2012	2012
	1.-6.	7.-12.	1.-6.	7.-12.
Dekubitalulzera	0	2	1	1
Wunden	0	3	2	4
PEG – Sonde	1	0	1	2
Freiheitsentziehenden Maßnahmen	1	3	2	2

Tab. 2. Auszug Kennzahlenerfassung. Eigene Darstellung.

5.2.3 Risikoindikatoren

Risikoindikatoren sind Hinweise, die Auskunft über den Gesundheitszustand von BewohnerInnen geben, jedoch immer vor dem Hintergrund der jeweiligen Situation zu prüfen sind. Mittels Risikoindikatoren wird die Häufigkeit des Auftretens von Pflegephänomens bzw. Risikos erfasst. Sie beziehen sich auf die Pflegequalität und geben Auskunft über die Sicherheit der BewohnerInnen. Von Bedeutung für das Pflegeheim sind beispielsweise Sturz, Schmerz oder Freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Im Allgemeinen orientiert sich die Auswahl der Risikoindikatoren an den pflegesensitiven Outcomekriterien. Als pflegesensitive Outcomekriterien werden jene Ergebnisse bezeichnet, die unmittelbar durch eine pflegerische Handlung erzielt wurden. Sie werden mittels Kennzahlen erhoben. Risikoindikatoren sind durch die MitarbeiterInnen einer Einrichtung beeinflussbar, indem diese erfasst und prophylaktische Maßnahmen gesetzt werden. Durch die Führungskraft sind Risikoindikatoren steuerbar, z. B. durch Schulungen oder Weiterbildungen des Personals. Diese Indikatoren geben Auskunft über die Art und Häufigkeit des Auftretens des Risikos und geben damit auch Hinweise, die sich auf die Lebensqualität der BewohnerInnen eines Pflegeheimes beziehen.

Im Vorarlberger Prüfraster der Amtssachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege werden folgende Risikoindikatoren genannt:

Kontrolle der Seh- und Hörfähigkeit	Herausforderndes Verhalten
und des Zahnstatus	Kontrakturen
Dekubitusprophylaxe und –pflege	Medikamentenverabreichung
Delir	Nosokomiale Infektion
Depressive Symptome	Polypharmazie
Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr	Schmerz
Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	Sturz
Harninkontinenz	

(Amt der Vorarlberger Landesregierung, 2010, S. 11)

Für die Erfassung von Risikoindikatoren sowie den prophylaktischen Maßnahmen werden Standards empfohlen, welche bei komplexen pflegerischen Aufgaben einen Rahmen für die Vorgehensweise bieten. Diese werden im folgenden Abschnitt Thema sein.

5.3 Standards

Standards bzw. standardisierte Vorgehensweisen sind detaillierte Angaben zu den Voraussetzungen (Strukturstandard), zur Ausführung (Prozessstandard) und zum Ergebnis (Ergebnisstandard) einer Handlung. Beispiele hierfür sind Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden oder auch Sturzprophylaxe. „Standards sind gültige und annehmbare Definitionen der Qualität. Sie weisen ein der Patientenpopulation angepasstes Niveau der Leistungsqualität auf und werden von den Behandelnden akzeptiert. Sie sind beobachtbar, erreichbar und messbar. Gültige Standards basieren auf Forschungsergebnissen und berücksichtigen Veränderungen in der Praxis“ (Baartmans, Geng, 2000, S. 28). Die Einrichtungen sind weiters dazu verpflichtet, die Standards den aktuellen, wissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen. Pflegestandards können als ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau gesehen werden, [...] „das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle der Pflege einschließt“ (Moers, Schiemann, 2004). Die Merkmale und Funktionen eines Standards bzw. einer standardisierten Vorgehensweise sind...

- festgeschrieben, nachweisbar und evaluier-/prüfbar und dienen dazu, die Qualität von Dienstleistungen festzulegen.
- strukturiert, einheitlich und in Schritten beschrieben, um den Transfer in die Praxis zu erleichtern.
- konkret und eindeutig nachvollziehbar (vgl. Baartmans, Geng, 2000, S.28).

In Vorarlberg ist eine Pflegeeinrichtung dazu verpflichtet, für gewisse Qualitäts- und Risikoaspekte einheitliche und nachvollziehbare Abläufe nachzuweisen. Die Verwendung von Standards eignet sich bei pflegerischen Problemen und bietet durch genaue Angaben zur Struktur, zum Prozess wie auch zum Ergebnis einen Rahmen für die Vorgehensweise bei komplexen pflegerischen Aufgaben (vgl. Moers, Schiemann, 2004).

Um die Qualität in Einrichtungen zu sichern, werden einerseits interne Qualitätssicherungsinstrumente (z. B. Standards) verwendet, andererseits auch externe wie beispielsweise Qualitätsmanagementsysteme oder Zertifizierungen. Darauf wird im folgenden Abschnitt näher eingegangen.

5.4 Qualitätssicherungssysteme

Für die Sicherung der Qualität in Pflegeheimen sind in Österreich einerseits behördliche Kontrollen durch die Heimaufsicht bzw. Amtssachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege zuständig. Intern können Einrichtungen fakultativ über ein Qualitätsmanagement auf Trägerebene und/oder ein nationales Qualitätszertifikat (NQZ) verfügen. ISO (International Organization for Standardization), QAP (Qualität als Prozess) oder auch E-Qalin sind z. B. Qualitätsmanagementsysteme, die in Österreich angewendet werden. Generell wird unter Qualitätssicherung die Überprüfung der Effektivität und Effizienz gesundheits- und pflegebezogener Dienstleistungen verstanden (vgl. Deutmeyer, Thiekötter, 2009).

In Deutschland wird Qualität einerseits durch die Heimaufsicht der Bundesländer kontrolliert, andererseits durch die Pflegeversicherung bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Der MDK veröffentlicht die Leistungsdaten der Einrichtungen, die nach dem Schulnotensystem bewertet werden. Eine vergleichbare

Initiative für Transparenz der Leistungen eines Pflegeheimes findet sich in den Niederlanden, in England und Schweden (vgl. Nies et al, 2010, zitiert nach Leichsenring, 2011).

Im nächsten Abschnitt wird das Qualitätsmanagement bzw. –sicherungssystem E-Qalin näher erläutert, da es sich hierbei um ein für den Pflegeheimbereich entwickeltes System handelt, mittels dem die Prozesse und Strukturen in Alten- und Pflegeheimen reflektiert, Maßnahmen abgeleitet und folglich die Qualität gesichert werden kann.

5.4.1 E-Qalin

E-Qalin ist ein umfassendes, innovatives und dynamisches Qualitätsmanagementsystem für Alten- und Pflegeheime, das in einigen Ländern Europas, z.B. Österreich, Deutschland, Italien, Slowenien, eingesetzt wird. Die Evaluation im Rahmen der Erprobung dieses Instruments zeigte, dass E-Qalin die individuelle Verantwortung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit stärkt (vgl. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010). Die Anwendung von E-Qalin erfolgt durch die Ausbildung ausgewählter Personen zu Prozessmanagern und Moderatoren. Diese beziehen im Rahmen einer Selbstbewertung der Strukturen und Prozesse der Einrichtung alle relevanten und beteiligten Akteure mit ein. Die Selbstbewertung erfolgt durch 66 Kriterien im Bereich „Strukturen und Prozesse“ sowie 25 Kennzahlen im Bereich „Ergebnisse“. Die Selbstbewertung wird durch eine externe Zertifizierung ergänzt, mit dem Ziel, kontinuierliche Veränderungsprozesse nachhaltig zu implementieren (vgl. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010). Das Prinzip der Verbesserungsprozesse dieses Systems ist auf dem Deming-Zyklus „Plan-Do-Check-Act“ aufgebaut. Ergänzend kommt jeweils „Involve“ (beteiligen) hinzu, dies bezieht sich auf das Abfragen der relevanten, beteiligten Personen oder der Institution. Der Prozess der Selbstbewertung ist in sechs Teilschritte gegliedert, die jeweils aufeinander aufbauen:

1. Ausbildung (Prozessmanager, Moderator)
2. Auswahl der Kern- und Fachgruppenmitglieder
3. Kriterienzuordnung für die Selbstbewertung

4. Selbstbewertung (innerhalb von Workshops)
5. Zusammenführung der Ergebnisse in der Kerngruppe
6. Strategische Planung (vgl. E-Qalin, 2009, S. 18).

„E-Qalin unterstützt bewusst das individuelle, aber auch das organisationsbezogene Lernen, indem durch die Selbstbewertung Erfolge deutlich gemacht, aber auch Verbesserungen definiert und hinterfragt werden“ (E-Qalin, 2009, S. 21). E-Qalin fordert und fördert die Vorbildfunktion der Führung. Im Speziellen ist die Führung beim Ableiten von Verbesserungsmaßnahmen aus den Ergebnissen der Selbstbewertung dafür verantwortlich, die Richtung vorzugeben und Entscheidungen zu treffen. Wie bereits erwähnt, stärkt E-Qalin die individuelle Verantwortung wie auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit (vgl. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010, S. 5).

Die Versorgungs- und somit auch die Lebensqualität der BewohnerInnen werden durch die Qualität, die eine Einrichtung bietet, wesentlich beeinflusst. Das bedeutet, die pflegerischen Kompetenzen der MitarbeiterInnen so zu stärken, dass dadurch die Qualität der Pflegeleistungen verbessert werden kann. Die gebotene Qualität einer Einrichtung steht im Zusammenhang mit dem gezielten Einsatz von Standards, mittels denen der Soll-Zustand festgelegt wird, sowie mit der Verwendung von Indikatoren und Kennzahlen, die der kontinuierlichen Kontrolle, Sicherung und Verbesserung der angestrebten Ergebnisqualität dienen. Sie wird im folgenden Kapitel Thema sein.

6. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren

Die Ergebnisqualität stellt eine zu beurteilende Qualitätsdimension dar, die sich aus der Messung pflegerischer Interventionen und der Wirkung der Pflege bezogen auf die BewohnerInnen ergibt. *„Messgrößen der Ergebnisqualität bilden das Resultat der angewendeten Prozesse ab“* (Zimmermann et al, 1995 zitiert nach Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010, S. 6). Pflegebezogene Ergebnisindikatoren beschreiben somit einen unbewerteten Patientenzustand,

dessen Ergebnis erst mittels Vergleichswerten bewertet und interpretiert werden kann. Im Gegensatz zur Beurteilung von Struktur- bzw. Prozessqualität betrifft die Bewertung der Ergebnisqualität in erster Linie den physischen und psychischen Zustand der BewohnerInnen. Die größte Verantwortung zur Erreichung einer hohen, dienstleistungsbezogenen Ergebnisqualität tragen die MitarbeiterInnen einer Pflegeinstitution, denn sie sind es, die den BewohnerInnen am meisten Unterstützung zukommen lassen und das Selbstmanagement bzw. die Selbstwirksamkeit der PatientInnen fördern können (vgl. Wingefeld et al., 2011).

„Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen an sich sagen nur bedingt etwas über die Qualität eines Alten- bzw. Pflegeheimes aus. Als Messgröße an sich weisen sie auf mögliche Schwächen und Stärken oder auf Problembereiche hin, die weiter untersucht und diskutiert werden müssen“ (Stemmer, 2005; Höwer, 2002 in Wingefeld et al., 2011, S. 6).

Unabhängig davon, ob Indikatoren zur Erfassung von Ergebnisqualität zum Zweck der Gesundheitsberichtserstattung, der internen Qualitätsentwicklung oder der externen Qualitätsbeurteilung herangezogen werden, sie stellen stets nur einen Teilaspekt einer umfassenderen Strategie zur Qualitätsentwicklung und Qualitätsbeurteilung dar. Einige wichtige Bereiche der Ergebnisqualität lassen sich jedoch nicht mit empirischen Mitteln (z. B. Befragung) erfassen, noch quantitativ darstellen. Dies betrifft beispielsweise die Begleitung sterbender HeimbewohnerInnen durch die Angehörigen oder auch Abschiedsrituale mit anderen BewohnerInnen (Wingefeld et al., 2011). Im Folgenden wird auf drei Initiativen bzw. Projekte eingegangen, die sich mit Ergebnisqualität bzw. ergebnisorientierten Indikatoren beschäftigen.

6.1 Qualitätsaspekte zu Ergebnissen im Prüfraster des Landes Vorarlberg

„Qualitätsarbeit kann nur dann funktionieren, wenn die Einrichtungen der Langzeitpflege befähigt werden diese auch zu leisten“ (Amt der Vorarlberger Landesregierung, 2010, S. 12).

Das österreichische Bundesland Vorarlberg verfügt über einen „Prüfraster der Amtssachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege zur pflegfachlichen Überprüfung im Rahmen der Aufsicht nach dem Vorarlberger Pflegeheimgesetz“. Er wurde in Zusammenarbeit von Waltraud Gollner, Msc, und Mag. Dr. Berta Schrems im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung erstellt und 2009 erstmals in der Praxis getestet. Nach einem Probelauf kommt nun standardmäßig eine leicht korrigierte Variante des Prüfrasters bei Qualitätsprüfungen zum Einsatz. Ziel des Prüfrasters ist es, den MitarbeiterInnen stationärer Langzeiteinrichtungen „[...] ein wegweisendes Instrumentarium zur Selbst- und Fremdevaluierung zur Verfügung“ zu stellen, „um die hohe Betreuungs- und Pflegequalität in den Vorarlberger Pflegeheimen erhalten und weiterentwickeln zu können“ (vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung, 2010, S. 3). Der Prüfraster umfasst Angaben zur Organisation und Infrastruktur der Einrichtung, zu den BewohnerInnen, den MitarbeiterInnen in der Pflege wie auch zum Pflegeprozess. Weiters werden Informationen zu pflegesensitiven Risiken (Dekubitus, Delir, Depressive Symptome, Ernährung und Flüssigkeit, etc.) erfasst. Der Prüfraster besteht aus 169 Fragen, welche über die Betreuungs- und Pflegequalität eines Heimes Aufschluss geben.

Die Qualitätsaspekte zu den Ergebnissen finden sich im Prüfraster in folgenden Abschnitten:

Kapitel	Indikatoren
5.3. Daten und Informationen zu BewohnerInnen	Standard zum Umgang mit Patientenverfügungen Standards zu Auskunftspflicht und Verschwiegenheit BewohnerInnenvertretung/Ombudsmann Einbindung Angehöriger/Bezugspersonen
5.4. Daten und Informationen zum Pflegeprozess	Ab-/Zustimmung zum individuell vereinbarten Pflegeplan Standardisierte Vorgehensweise zur Wahrung der Intim- und Privatsphäre Kontrolle der Seh- und Hörfähigkeit und des Zahnstatus
6. Risikoerfassung	Dekubitusprophylaxe und –pflege, Delir, Depressive Symptome, Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr, Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Harninkontinenz, Herausforderndes Verhalten, Kontrakturen, Medikamentenverabreichung, Nosokomiale Infektionen, Polypharmazie, Schmerz, Sturz

Tab. 3. Qualitätsaspekte zu Ergebnissen im Prüfraster Vorarlberg (vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung, 2010, S. 10)

Für die Interpretation der Risikoindikatoren wird angegeben, dass diese Hinweise immer vor dem Hintergrund der speziellen Situation zu prüfen sind. Um eine hohe

Qualität zu erreichen, ist es wichtig, auch über das Wissen zu verfügen, „was Qualität ist und wie sie erreicht werden kann“ (ebd. S. 12). Zweck des Prüfrasters ist es, die Einrichtungen dazu befähigen, sich selbst auf ihre Leistungen hin zu prüfen, ihren Standpunkt zu erörtern und entsprechende Maßnahmen eigenständig einzuleiten, wenn diese erforderlich sind. Weiters wird dadurch die Wahrung der BewohnerInnenrechte nach dem Vorarlberger Pflegeheimgesetz § 17 (Aufsicht) sichergestellt.

6.2 Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“

Das Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ wurde in Deutschland vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) durchgeführt, mit dem Ziel, Qualitätsindikatoren und Instrumente zu entwickeln, mit denen Ergebnisqualität zuverlässig messbar, vor allem aber vergleichbar wird. Dabei wird Ergebnisqualität als eine „Eigenschaft von Versorgungsergebnissen“ beschrieben, welche durch eine Aussage bewertet wird (Wingenfeld et al., 2011, S 14).

Im Gegensatz zu Österreich, wird in Deutschland die Qualität von Pflegeheimen für die Nutzer transparent dargestellt. Auch in den Niederlanden („Quality Framework Responsible Care“), in England („Nursing home compare“) und in Schweden werden Leistungsdaten zugänglich gemacht. Sie dienen den LeistungsnutzerInnen bzw. den potenziellen LeistungsnutzerInnen, aber auch BeraterInnen als Basis zur informierten Entscheidungsfindung oder Empfehlung (vgl. Wingenfeld et al, 2011, S. 9). Indikatoren der Ergebnisqualität beziehen sich auf Themen besonderer Versorgungssituationen oder Bedarfslagen, betreffen aber auch Fragen der Kooperation und Zusammenarbeit. Die Indikatoren des Projekts „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ sollen die Anforderungen einer vergleichenden Beurteilung von Ergebnisqualität (anerkanntes Qualitätsverständnis, empirische Evidenz) und einer Integrierbarkeit in ein internes Qualitätsmanagement der Einrichtung (Praktikabilität) erfüllen. Weiters sollen die Indikatoren im Rahmen externer Qualitätsprüfungen prinzipiell erfasst und überprüft werden können (vgl. Wingenfeld, et al., 2011, S. 5).

Die Indikatoren werden in verschiedene Bereiche gegliedert, wobei sich die Bereiche 1. bis 3. (vgl. Tab. 4) für übergreifende Vergleiche eignen. Diese Bereiche bilden die Grundlage zur Darstellung von körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten der Ergebnisqualität. Die Indikatoren wurden unter Einhaltung bestimmter Anforderungen entwickelt. Die Kriterien beruhen auf einem wissenschaftlichen Qualitätsverständnis und empirischer Evidenz. Weitere Anforderungen an die Indikatoren sind Praktikabilität, Vergleichbarkeit und die Einbeziehung der Nutzerperspektive. Ein weiterer Aspekt der Indikatoren sind die Integrierbarkeit in interne wie auch in externe Qualitätsprüfungen.

Bereich	Nr.	Bezeichnung
1. Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit	1.1.	Mobilitätserhalt oder –verbesserung (keine/geringe kognitive Einbußen)
	1.2.	Mobilitätserhalt oder –verbesserung (mind. erhebliche, kognitive Einbußen)
	1.3.	Selbstständigkeitserhalt oder –verbesserung bei Alltagsverrichtungen (keine/geringe kognitive Einbußen)
	1.4.	Selbstständigkeitserhalt oder –verbesserung bei Alltagsverrichtungen (mind. erhebliche, kognitive Einbußen)
	1.5.	Selbstständigkeitserhalt oder –verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
2. Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen u. Belastungen	2.1.	Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko
	2.2.	Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko
	2.3.	Stürze mit gravierenden Folgen (keine/geringe kognitive Einbußen)
	2.4.	Stürze mit gravierenden Folgen (mind. erhebliche, kognitive Einbußen)
	2.5.	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (keine/geringe kognitive Einbußen)
	2.6.	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (mind. erhebliche, kognitive Einbußen)
3. Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen	3.1.	Integrationsgespräch für Bewohner nach Heimeinzug
	3.2.	Einsatz von Gurtfixierungen
	3.3.	Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen
	3.4.	Schmerzmanagement
4. Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung	4.1.	Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht
	4.2.	Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht und Dokumentation
	4.3.	Unterstützung der Bewohner aus Nutzersicht
	4.4.	Qualität des Mahlzeitenangebots aus Nutzersicht
	5.1.	Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht
	5.2.	Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht

5. Tagesgestaltung und soziale Beziehungen	5.3.	Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation mit Bewohnern ohne deutliche Mobilitätseinschränkung
	5.4.	Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität
	5.5.	Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität
	5.6.	Respektvoller Umgang aus Nutzersicht
	5.7.	Privatheit aus Nutzersicht
	5.8.	Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus Nutzersicht
	5.9.	Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht
	5.10.	Weiterempfehlungen aus Nutzersicht
Sonderbereich	4.6.	Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen

Tab. 4: Ergebnisorientierte Indikatoren nach Wingenfeld et al. 2011

Die oben dargestellten Indikatoren repräsentieren nur ein Teil dessen, was für BewohnerInnen eines Heimes wichtig ist. Es existieren weitere Indikatoren, die für BewohnerInnen bzw. die pflegerische Versorgung von großer Bedeutung sind, jedoch beziehen sich diese auf die Struktur- und Prozessqualität und waren für das Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ nicht von Relevanz (z.B. Heimeinzug, Angehörigenarbeit oder auch die Kooperation mit Ärzten und Apotheken). Dazu zählen beispielsweise ein schriftliches Konzept zur Unterstützung des Bewohners bei Heimeinzug und zur Angehörigenarbeit sowie die Integration und Begleitung freiwilliger Helfer (vgl. Wingenfeld, et al., 2011).

Als für (regionale) Vergleiche begrenzt einsetzbare und nicht empfohlene Indikatoren haben sich nach einer genauen Überprüfung folgende Indikatoren herausgestellt, die auch als Risikokriterien bezeichnet werden. Sinnvoll können diese Kriterien im Kontext eines internen Qualitätsmanagement genutzt werden, für vergleichende Bewertungen sind die Indikatoren nach dem derzeitigen Stand des Wissens jedoch nicht geeignet (vgl. Wingenfeld et al., 2011).

Häufigkeit von Sondenernährung, Entwöhnung der Sondenernährung, Sturzhäufigkeit, Entstehung von Kontrakturen bei Bewohnern mit erheblichen Mobilitätseinbußen, Intensiver Medikamenteneinsatz ohne Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen,	Veränderung der kognitiven Fähigkeiten, Depression, Angst, Häufigkeit von Medikationsfehlern, Inadäquater Psychopharmakaeinsatz, Im Krankenhaus verstorbene Bewohner, Vorliegen einer Stuhlinkontinenz, Nosokomiale Infektion, Symptomstatus,
--	--

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen, Management von Harninkontinenz, Ungeplante Krankenhaus-Einweisungen, Häufigkeit von Harnwegsinfekten,	Grippeimpfungen, Mortalität, Chronische Wunden, Frakturen/Verletzungen.
---	---

(vgl. Wingefeld et al., 2011, S. 300)

Durch die Eruierung vergleichbarer Ergebnisindikatoren erhoffen sich das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik den Anschluss an den internationalen Entwicklungstrend in Bezug auf ein innovatives Qualitätsberichtssystem, aber auch den Effekt der Verbesserung des internen Qualitätsmanagements von Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen.

6.3 Projekt: Verbesserungen messen: Ergebnisorientierte Indikatoren für Alten- und Pflegeheime: Qualitätsmanagement durch ergebnisorientierte Indikatoren

Das Projekt „Verbesserungen messen: Ergebnisorientierte Indikatoren für Alten- und Pflegeheime: Qualitätsmanagement durch ergebnisorientierte Indikatoren“ wurde vom Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung in Österreich koordiniert und in Zusammenarbeit mit Partnern aus Deutschland (Gerontologisches Institut der Universität Dortmund, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen - MDS, MAGS Nordrhein-Westfalen), den Niederlanden (Vilans) und England (City University London) wie auch mit E-Qalin (Österreich, Deutschland, Italien, Luxemburg, Slowenien) durchgeführt. Ziel war es, „[...] *ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren auf der Basis eines Austauschs von Erfahrungen in ausgewählten Mitgliedsstaaten zu sichten, auszuwählen und zu validieren*“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010, S. 4). Im Vordergrund stehen Indikatoren der Pflege- und Lebensqualität wie auch aus den Bereichen Wirtschaftlichkeit, Führung und des sozialen Kontexts, mit dem Zweck, Ziele auf Heimebene, innerhalb von Trägerorganisationen, im regionalen Kontext oder auf Landesebene zu definieren. Die Merkmale der Indikatoren sind die Fähigkeit Veränderungen zu steuern, Reliabilität (Zuverlässigkeit), Validität (Gültigkeit), Machbarkeit, Verallgemeinerbarkeit und Quantifizierbarkeit. Die Messung der

Indikatoren erfolgt durch eine Erhebung mittels Kennzahlen (vgl. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010, S. 7). Der Zweck von ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren wird dabei folgendermaßen beschrieben:

„Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren sind kein Zweck an sich, sondern ein Instrument um Reflexion und Dialog über Ursachen und mögliche Wirkungen von Handlungen und Interventionen in der Organisation anzuregen“ (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010, S. 16).

Im Projekt werden fünf Bereiche mit jeweils dazugehörigen Indikatoren entwickelt, welche in einem Handbuch als operationalisierte, definierte Kennzahlen dargestellt werden. Die Bereiche sind wie folgt:

Bereich:	Betrifft:	Indikatoren:
1. Pflegequalität	BewohnerInnen, MitarbeiterInnen	1 – 24
2. Lebensqualität	BewohnerInnen, MitarbeiterInnen	25 – 70
3. Führung	Management, MitarbeiterInnen	71 – 87
4. Wirtschaftlichkeit	Management, Finanzierungsträger	88 – 91
5. Kontext	Soziales Umfeld, Gesetzgeber	92 - 94

Tab. 5: Bereiche nach Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010

Indikatoren aus dem Bereich Pflegequalität

Dem Bereich Pflegequalität werden 24 Indikatoren zugeordnet, deren Daten hauptsächlich den Pflegedokumentationen der BewohnerInnen entnommen werden. Im Bereich der Pflegequalität wird je nach Steuerungsrelevanz zwischen einer kontinuierlichen Überprüfung, einem einmaligen Ereignis oder der Anzahl neuer Fälle (Inzidenz) des Indikators (hier: der Zustand der Person) unterschieden. Stürze werden sinngemäß über einen längeren Zeitraum hinweg erfasst. Dekubiti hingegen als Prävalenz eines bestimmten Zustandes zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Zu den Indikatoren aus dem Bereich Pflegequalität zählen:

Dekubitus (intern entstanden), Intertrigo (Hautwulf), Medikationsfehler, regelmäßiger Gesundheitscheck	Verabreichung von Psychopharmaka, Demenz (Neuroleptika), Antidepressiva, depressive Symptome,
---	--

(Augenarzt/Zahnarzt/Orthopädie/HNO), Gewichtsverlust, Dehydrierung, Sturzereignis, herausforderndes Verhalten, freiheitsentziehende Maßnahmen, Harninkontinenz, Langzeitkatheter (14 Tage), Schmerzen,	Defizit im Mund- und Zahnbereich, Anzahl geronto-psychiatrischer Diagnosen, Zufriedenheit mit persönlicher Pflege, Thrombosen, Kontrakturen, Bettlägerigkeit, enterale Ernährung (PEG-Sonde), Ernährungsressourcen/-risiken.
--	---

Indikatoren aus dem Bereich Lebensqualität

Die Indikatoren aus dem Bereich Lebensqualität beziehen sich auf die physischen, sozialen und psychologischen Aspekte der BewohnerInnen. Die Erfassung erfolgt aus Perspektive von BewohnerInnen, deren Angehörige und Freunde wie auch von MitarbeiterInnen der Einrichtung. Exemplarisch werden einige angeführt:

BewohnerInnen	Angehörige/Freunde	MitarbeiterInnen
Emotionale Unterstützung bei Verlustgefühlen Betreuende MitarbeiterInnen kennen die Lebensgeschichte Pflegeheim als Teil lokaler Gemeinschaft Eigene Rechte werden anerkannt Gesundheit wird angemessen gefördert	Emotionale Unterstützung werden von MitarbeiterInnen gekannt Fühlen sich Willkommen Pflegeheim als Teil lokaler Gemeinschaft Sind in pflegerische Entscheidungen eingebunden Bewohner haben angemessenen Zugang zum Gesundheitswesen	Emotionale Unterstützung bei Verlust/Trauer Wertschätzung durch MitarbeiterInnen Pflegeheim als Teil lokaler Gemeinschaft Unterstützung durch Führungskraft bei sachlich begründeten Risiken

Indikatoren aus dem Bereich Führung:

Die Indikatoren aus dem Bereich Führung kombinieren einerseits Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen der MitarbeiterInnen wie auch von Angehörigen, Freunden und/oder Bezugspersonen der BewohnerInnen. Sie messen „subjektive“ Ansichten in Bezug auf das organisatorische Klima und die Zufriedenheit von Angehörigen mit den Pflegeergebnissen. Andererseits werden auch quantitative und

weitgehend objektivierbare Indikatoren in die Bewertung aufgenommen, um den Kontext zu erörtern. Die Indikatoren aus dem Bereich Führung sind:

Nr.	Beschreibung
71.	Anteil der Beschwerden durch unterschiedliche Interessensgruppen, die im Rahmen eines Beschwerdemanagements angemessen behandelt wurden.
72.	Anteil der BewohnerInnen mit definierten Pflegeplänen, die regelmäßig evaluiert und nach individuellen Bedürfnissen aktualisiert werden.
73.	Zufriedenheit der Familienangehörigen, Freunde bzw. anwaltschaftlichen VertreterInnen mit der Pflegequalität.
74.	Durchschnittlicher Anteil von Überstunden (inklusive unbezahlter Stunden).
75.	Durchschnittlicher Anteil verloren Arbeitszeit aufgrund von Krankenstand
76.	Durchschnittliche direkte Finanzmittel, welche für gesundheitsfördernde Schulungen, Besprechungen und Infrastruktur zur Verfügung stehen.
77.	Anteil der MitarbeiterInnen mit Fort- und Weiterbildungen für den Umgang mit Demenz und kognitiven Beeinträchtigungen.
78.	Durchschnittliche Zahl von Stunden in Fort- und Weiterbildung pro MitarbeiterIn nach Berufsgruppe
79.	Anteil der MitarbeiterInnen, die der Aussage zustimmen, dass im Alten- und Pflegeheim hohe Standards im Umgang mit BewohnerInnen eingehalten werden.
80.	Anteil der MitarbeiterInnen, die der Aussage zustimmen, dass ihre KollegInnen als Teammitglieder mit ihnen zusammenarbeiten.
81.	Anteil der MitarbeiterInnen, die der Aussage zustimmen, dass die Pflegedokumentation im Alten- und Pflegeheim immer auf dem aktuellen Stand gehalten wird.
82.	Anteil der MitarbeiterInnen, die der Aussage zustimmen, dass das Alten- und Pflegeheim das Ziel verfolgt, hohen Pflegestandards zu genügen.
83.	Anteil der MitarbeiterInnen, die der Aussage zustimmen, dass alle Hierarchiestufen im Alten- und Pflegeheim gleichermaßen wertgeschätzt werden.
84.	Anteil von BewohnerInnen/Angehörigen/Freunden/, die der Aussage zustimmen, dass sie bei Aufnahme in das Pflegeheim alle wesentlichen Informationen erhalten haben.
85.	Anteil der MitarbeiterInnen, die der Aussage zustimmen, dass die Entscheidungen im Alten- und Pflegeheim hinsichtlich der Pflegequalität und nicht allein mit Blick auf die finanziellen Mittel getroffen werden.
86.	Anteil der Absenzzzeiten (Krankheit, Urlaub, usw.) und Nebenzeiten (Besprechungen, Schulungen, usw.) an der Gesamtarbeitszeit.
87.	Anteil der MitarbeiterInnen nach Altersgruppen (Berufsgruppen).

Tab. 6. Indikatoren aus dem Bereich Führung nach Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010, S. 93 – 109

Diese 16 Indikatoren unterstreichen, dass zum Verantwortungsbereich der Führungskraft das Arbeitsklima, ein positives Arbeitsumfeld und auch eine klare Kommunikationskultur im Heim gehören. Die drei Projekte haben trotz der unterschiedlichen Ergebnisindikatoren eines gemeinsam: die Förderung des (internen) Qualitätsmanagements durch die Entwicklung eines Instrumentariums, welches den Diskurs über Ursache-Wirkungszusammengänge pflegebezogener Handlungen vorantreibt. Da die Ergebnisqualität einen Teilaspekt der Qualitätsentwicklung darstellt und auch als Messgröße stets vor dem speziellen

Hintergrund bewertet werden sollte, ist es für Führungskräfte eine Herausforderung, mit ergebnisorientierten Indikatoren zu arbeiten.

7. Herausforderungen von Führungskräften in der stationären Langzeitpflege

In diesem Kapitel werden die Verantwortungsbereiche der Führungskräfte, in Zusammenhang mit der Ergebnisqualität erläutert. Weiters wird auf die Rollen von Pflegepersonen eingegangen, welche auf die pflegebezogenen Patientenergebnisse Einfluss nehmen. Abschließend werden theoriegeleitete Zugänge zur Interpretation von Schwankungen pflegebezogener Patientenergebnisse vorgestellt.

Eine hohe Ergebnisqualität zu erreichen ist, eine herausfordernde Tätigkeit für Führungskräfte. Es ist deren Aufgabe, die Strukturen und Prozesse so zu optimieren, dass es für die MitarbeiterInnen möglich ist, die pflegerischen Interventionen bestmöglich durchzuführen.

7.1 Wirkung der Führung auf die MitarbeiterInnen in Zusammenhang mit Ergebnisqualität

Führungskräfte haben einen hohen Verantwortungsbereich, welcher in dieser Arbeit in vier Kernkategorien unterteilt wird: die *BewohnerInnen*, die *Organisation*, das *Personal* und die *individuelle Zufriedenheit* der Führungskraft innerhalb der Organisation bzw. Einrichtung. Diese Kategorien ergeben sich aus der bisher verarbeiteten Literatur, weiters sind es Kategorien, die maßgebend Einfluss auf die Ergebnisqualität haben.

- Führungskräfte tragen Verantwortung für die Qualität der Betreuung der pflegebedürftigen BewohnerInnen wie auch für die Zufriedenheit der Angehörigen. Beide Aspekte sind wiederum auf die MitarbeiterInnen der Organisation zurück zu führen. Einerseits durch deren Aus- und Weiterbildung und Mitwirkung im Pflegeprozess, anderseits auch durch eine andere Ressourcenbereitstellung, durch die personelle Besetzung der Station, durch die Führungskraft und die Schaffung von klaren Strukturen im Arbeitsalltag.

Jenull-Schiefer (2011) untersuchte die arbeitsplatzspezifischen Stressoren und Ressourcen von (Alten-) Pflegekräften in 48 Pflegeheimen in Kärnten und erwähnt dabei den hohen Anspruch an die Qualität der Betreuung, den Pflegekräfte selbst haben. Dieses Ergebnis geht einher mit geringem Entscheidungsspielraum innerhalb der Organisation sowie mit geringer Bleibemotivation, gefolgt von Burnout und einem hohen Krankheitsrisiko der Pflegekräfte. Ein weiteres Ergebnis ist, dass die institutionellen Rahmenbedingungen von HeimleiterInnen und Pflegekräften differenziert wahrgenommen werden. Während die PflegedienstleiterInnen bzw. HeimleiterInnen diese als unproblematisch einstufen, unterstreichen die Ergebnisse der Pflegekräfte den Personalmangel mit Betonung auf den Zeitfaktor. 27 Prozent der Befragten gaben an, dass ihre Station unterbesetzt sei und 35 Prozent nannten die Unausgewogenheit unterschiedlicher Qualifikationen des Personals (Jenull-Schiefer, 2011, S. 25).

- Seitens der Organisation ist die organisatorische Funktionalität von großer Bedeutung, womit gemeint ist, ob die richtige Information zur richtigen Zeit an die richtige Person weitergegeben wird. Auch die Gestaltung arbeitsorganisatorischer Strukturen, klare Vorgaben und verlässliche Rahmenbedingungen sind nötig, um eine funktionierende Unternehmens- und Kommunikationskultur auf der Basis von Vertrauen und Kompetenz zu garantieren und dadurch zu einer hohen Ergebnisqualität beizutragen.

Armstrong, Laschinger und Wong untersuchten in der Studie „Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics as Predictors of Patient Safety Climate“ (2009) in einem Akut-Pflege Krankenhaus den Zusammenhang von Patientensicherheit und den Bedarf von Pflegekräften, um diese zu gewährleisten. Einen starker Zusammenhang mit der Patientensicherheit wurde für folgende Faktoren festgestellt: fundierte Pflegefachkenntnisse der Pflegekräfte („nursing foundation for care“), für den Zugang zur Unterstützung („nurse’s access to support“), gefolgt von den formellen Zuständigkeiten („formal power“). Die Studie belegt, dass Pflegekräfte adäquaten Zugang zu organisatorischen Ressourcen (Unterstützung, Weiterbildungen) benötigen, um optimal arbeiten zu können. Dieses „optimale Arbeiten“ spiegelt sich in der Ergebnisqualität wider und ist ein Teilbereich der Verantwortung der Führungskraft innerhalb der Organisation.

- Die Art und Weise der Führung ist entscheidend für die Motivation des Personals. Es gehört zu den Führungsaufgaben, den Personalstand aufrecht zu halten und auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für die MitarbeiterInnen zu ermöglichen. Das Personal benötigt klare Vorgaben, verlässliche Rahmenbedingungen, genügend Möglichkeiten für Aus-, Weiter- und Fortbildungen und eine Führungskraft, die sichtbar ist, Feedback fordert und fördert. Ein weiteres, wichtiges Kriterium ist Verlässlichkeit und Austausch mit den Pflegekräften, wodurch eine dynamische Organisationsstruktur ermöglicht und die gemeinsame Entscheidungsfindung unterstützt werden.

In der Literaturstudie „Enhancing Nursing Leadership in Long-Term Care: A Review of the Literature“ (Harvath, Swafford, Smith, Miller, Volpin, Sexson, White, Young, 2008) werden die Ergebnisse, die mit Führung in einem Pflegeheim assoziiert werden, dargestellt. Die meisten Studien verknüpfen Führung und Pflegequalität, weitere belegen eine Steigerung der Mitarbeiterbindung an das Unternehmen sowie höhere Arbeitszufriedenheit. Eine der untersuchten Studien deutet darauf hin, dass mangelnde Führungsqualitäten im geriatrischen Bereich eine Barriere zum Erfolg, wie das Erreichen einer hohen Ergebnisqualität, darstellt. Weiters hebt die Studie auch die Wichtigkeit von Fertig- und Fähigkeiten des Pflegepersonals aller Kompetenzstufen hervor. Im Speziellen betrifft dies Pflegekräfte, die mit alten, fragilen Menschen arbeiten.

- Für die Führungskraft selbst ist die individuelle Zufriedenheit – sowohl auf der arbeits- als auch auf der persönlichen Ebene - von großer Bedeutung und auch deren Vorbildfunktion bzw. -wirkung. Durch genügend Unterstützung seitens des Managements (klare Vorgaben, ausreichende Handlungskompetenz), aber auch durch gesellschaftliche Anerkennung kann die Motivation von Führungskräften positiv beeinflusst werden.

Schreuder, Roelen, Zweeden, Jongsma, Klink und Groothoff untersuchten in der Studie „Leadership styles of nurse managers and registered sickness absence among their nursing staff“ (2011) den Zusammenhang von Führungsstil und Krankenstand des Pflegepersonals. Sie weisen darauf hin, dass sich ein unterstützender Führungsstil positiv auf die Arbeitszufriedenheit und auch auf die Wertschätzung der eigenen, geleisteten Arbeit auswirkt. Ein weiteres Ergebnis ist, dass sich durch den beziehungsorientierten Führungsstil (Relationship-oriented

leadership-style) die Häufigkeit der Krankenstände von MitarbeiterInnen reduzieren lässt. Dadurch können Unterbesetzungen reduziert und die Pflegequalität wie auch die Arbeitseffektivität gesteigert werden.

7.2 Verantwortung der Führungskraft im Zusammenhang mit ergebnisbeeinflussenden Qualitätsaspekten

Die ergebnisbeeinflussenden Qualitätsaspekte zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität ergeben sich in dieser Arbeit einerseits aus den Kriterien des Prüfrasters der Amtssachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege des Landes Vorarlberg (vgl. Kapitel 6.1.), andererseits aus den Merkmalen des Arbeitsumfeldes, die Einfluss auf die Versorgungsqualität haben (Wiskow, Albrecht, Pietro, 2010).

Im Folgenden werden praktische Beispiele aus dem Prüfraster Vorarlberg angeführt, welche die Verantwortlichkeiten der Führungskraft in Zusammenhang mit ergebnisbeeinflussenden Qualitätsaspekten hervorheben.

1) Organisation und Infrastruktur

Zu den Daten der Organisation und der Infrastrukturen werden im Prüfraster die bewohnerInnenbezogenen Aspekte (z.B. Zweibettzimmer, Infrastrukturelle Vor-/Einrichtungen für demenzkranke Menschen) wie auch organisationsbezogene Aspekte (standardisiertes Qualitätsmanagementsystem, Wartung medizinischer Produkte etc.) angeführt. In Bezug auf das Arbeitsumfeld beeinflussen die organisatorische Funktionalität, aber auch die Personalentwicklung und Unternehmenskultur die Qualität der Versorgung, worüber die Führungskraft Verantwortung hat.

2) MitarbeiterInnen der Pflege

Im Prüfraster werden nachstehende qualitätsbeeinflussende Daten und Informationen zu den MitarbeiterInnen der Pflege angeführt: die personelle Ausstattung, die Stellenbeschreibung, Anwesenheit einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson, Krankenstandserfassung und –quote, MitarbeiterInnenbefragung, Fort- und Weiterbildungen (inkl. Sonderausbildungen nach GuKG) des Personals sowie die Frequenz der Teambesprechungen. Weitere,

die Qualität beeinflussende Aspekte in Bezug auf die MitarbeiterInnen sind die individuelle Zufriedenheit des Personals, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die generelle Personalentwicklung sowie auch die Kultur der Einrichtung. Verantwortung hierfür trägt die Führungskraft.

3) BewohnerInnen

Im Prüfraster entstammen die Angaben der pflegebeeinflussenden Faktoren aus dem Verhältnis von BewohnerInnen und den zugeordneten Pflegestufen sowie den Zielgruppen des Heimes mit speziellem Pflegebedarf (z.B. Menschen mit schweren körperlichen, geistigen Beeinträchtigungen oder psychischen Erkrankungen). Generell wirken auf die BewohnerInnen alle Faktoren, die Einfluss auf die Versorgungsqualität haben (Personal, deren Erfahrung und Wissen, die Arbeitskultur innerhalb der Einrichtung, die betriebliche Funktionalität etc.) aus. Die Führungskraft ist dafür verantwortlich, den Personalschlüssel den Erfordernissen der BewohnerInnen anzupassen.

4) Pflegeprozess

Die Daten und Informationen, die dem Pflegeprozess zugeordnet sind, unterliegen dem Verantwortungsbereich von Führungskräften. Sie umfassen die individuelle Pflegeplanung (Art und Umfang der Pflegeinterventionen, Abstimmung auf persönliche, soziokulturelle und gesundheitsbezogene Faktoren der Bewohner und BewohnerInnen), Pflegeberichte, adäquates Dokumentationssystem und ein Warnsystem, falls die Pflege die Minimalanforderungen unterschreiten sollte. Weiters bietet der Pflegeprozess einen strukturierten und geregelten Ablauf im pflegerischen Handeln.

5) Risikoerfassung

Aus dem Bereich Risikoerfassung werden Daten angeführt, die Aufschluss über die Pflegequalität geben. Durch die Erfassung der Risiken kann die Qualität der Langzeitpflege gesichert und Schaden verhindert werden, da die Einrichtungen über z.B. standardisierte Vorgehensweisen zu den Risiken verfügen (vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung, 2010, S. 11). Es ist Aufgabe der Führungskraft, ihre MitarbeiterInnen über die Minderung der Risiken nach aktuellen Erkenntnissen zu schulen, weiters auch das Setzen präventiver Maßnahmen, um die Qualität der

Pflege aufrecht zu halten. Die Erfassung erfolgt anhand der unten angeführten Risiken und liegt im Zuständigkeitsbereich der Führungskräfte:

- Dekubitusprophylaxe und –pflege, Delir, Depressive Symptome, Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr, Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Harninkontinenz, Herausforderndes Verhalten, Kontrakturen, Medikamentenverabreichung, Nosokomiale Infektionen, Polypharmazie, Schmerz und Sturz (vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung, 2010, S. 9).

Die Beispiele verdeutlichen die Notwendigkeit eines reibungslosen Zusammenspiels von Führungskräften und MitarbeiterInnen. Werden den Pflegekräften beispielsweise genügend Weiter- und Fortbildungen zu den Risiken angeboten, könnte unter anderem das Auftreten von Schäden minimiert oder der Umgang mit herausforderndem Verhalten verbessert werden (vgl. Doran, Harrison, Laschinger, Hirdes, Rukholm, Sidani, Hall, Tourangeau, 2006). In einer Organisation, die über klare Strukturen und Prozesse verfügt, können die Qualitätskernbereiche Individualität, Menschenwürde, Autonomie, Selbstbestimmung, Sicherheit und Integration genügend Beachtung finden (vgl. Gebert, Kneubühler, 2001; Wiskow, Albrecht, Pietro, 2010).

Nachstehend werden theoriegeleitete Zugänge zur Interpretation von Schwankungen pflegebezogener Patientenergebnisse erläutert. Weiters erklären diese Modelle den Zusammenhang von pflegerischen Interventionen und Ergebnis, jedoch auch, dass bei gleicher Intervention nicht immer mit demselben Ergebnis (Outcome) gerechnet werden kann.

7.2.1 Nursing Role Effectiveness Model

Das Nursing Role Effectiveness Model (NREM) basiert auf dem Struktur-Prozess-Ergebnis – Modell in Bezug auf die Pflegequalität (Abb.2). Ein umfassendes Konzept der Abhängigkeiten von pflegebezogenen Rollen erlaubt, Strategien zu entwickeln die der Qualitätssteigerung dienen, aber auch den Beitrag der einzelnen Beteiligten festzuhalten. „*The utility of conceptual models is in their ability to simplify reality in a*

way that leads to valid predictios and understanding of relationships among complex phenomena“ (Doran, 2002).

Das NREM bietet den konzeptuellen Rahmen zur Erforschung des Zusammenhangs zwischen nursing input variables (NIV), dem was Pflege tut, und Patientenergebnissen (Outcomes). Mit dem Modell sollen die pflegespezifischen Strukturvariablen, die abteilungsspezifischen (unit) und patientencharakterisierenden Strukturvariablen, welche die pflegerischen Leistungen beeinflussen, verdeutlicht werden. Im NREM bezieht sich das Erreichen spezieller Ergebnisse auf die Rolle, die eine Pflegeperson im Kontext (hier: Pflegeheim) einnimmt.

Die Strukturebene bezieht sich auf die Pflegepersonen in ihrer Ausbildung, ihrer Erfahrung, den Fertig- und Fähigkeiten wie auch in ihrer psychologischen Struktur (z.B. Selbstwirksamkeit) (Doran, 2002). Die Patientenstrukturebene beinhaltet Eigenschaften der PatientInnen, welche die pflegerischen Entscheidungen hinsichtlich guter Ergebnisse beeinflussen. Dies umfasst das Alter, Gesundheitsstatus und Gesundheitserwartungen der Patienten. Die organisatorische Strukturebene setzt sich aus den Faktoren zusammen, durch welche die Pflegeperson befähigt wird, effektiv zu arbeiten. Beispiele sind die Stellenbesetzung, Führungsaspekte oder die Aufgabenverteilung (vgl. Doran, 2002).

Die Prozessebene bezieht sich auf die autonome Rolle der einzelnen Pflegeperson (Nurses' independent role, vergleichbar mit dem eigenständigen Tätigkeitsbereich – GuKG § 14), das Assessment, die pflegerischen Entscheidungen und auch die zu setzenden Interventionen. Die Zwischenkomponente (Nurses' interdependent role, vergleichbar mit dem interdisziplinären Tätigkeitsbereich – GuKG § 16) bezieht sich auf die Rolle, Funktion und Verantwortung gegenüber anderen Pflegekräften innerhalb des Teams. Dadurch wird die Kontinuität und Koordination der Betreuung der Patienten gesichert.

Die medizinische Pflegekomponente der Strukturebene bezieht sich auf die Interventionen aufgrund von ärztlichen Diagnosen (ausführen ärztlicher Anweisungen, vergleichbar mit dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich – GuKG § 15) und ist somit eine abhängige Rolle der Pflegeperson. Die Ergebnisebene bezieht sich auf den Gesundheitsstatus des Patienten aber auch auf deren Zufriedenheit mit der pflegerischen Behandlung.

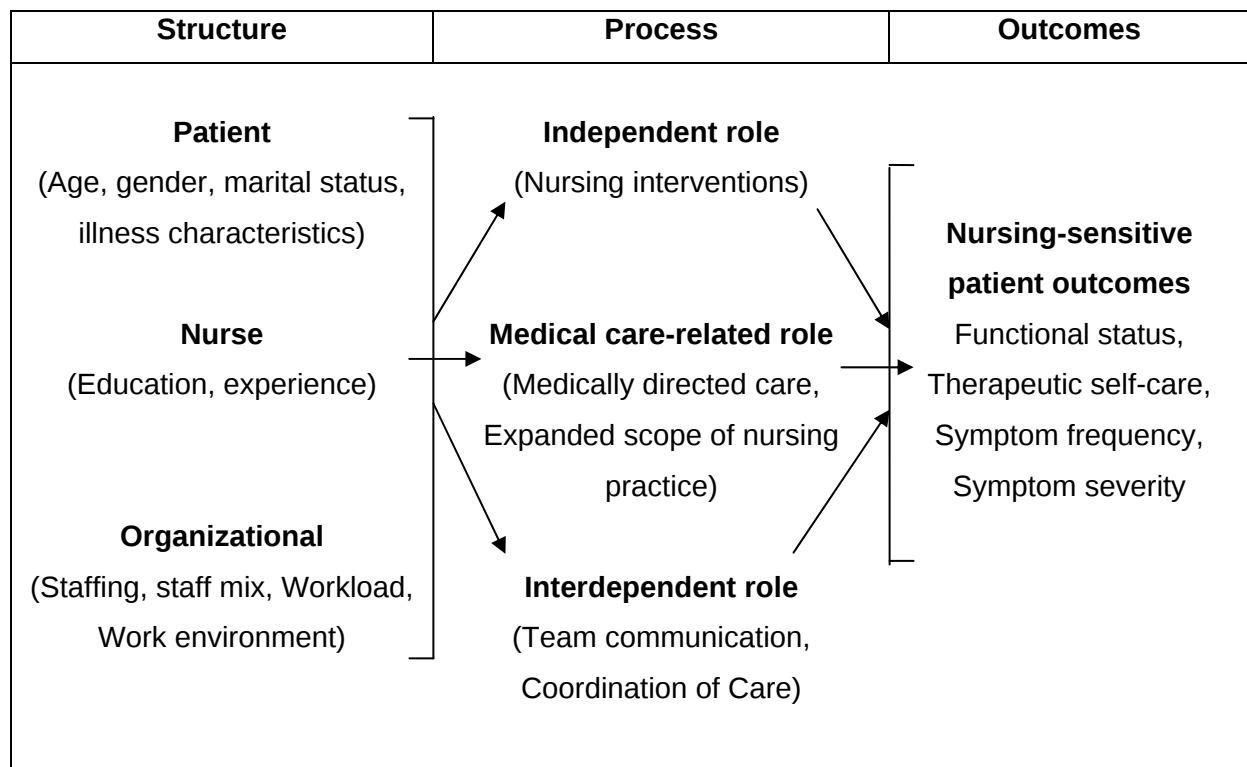


Abb. 2. The Nursing Role Effectiveness Model. (Doran, Harrison, Laschinger, Hirdes, Rukholm, Sidani, McGillis Hall, Tourangeau, 2006 nach Irvine, Sidani, McGillis Hall, 1998).

Beim NREM werden die Patientenergebnisse mit der Rolle der Pflegeperson assoziiert. Diese Rollen betreffen die BewohnerInnen in ihrer Zufriedenheit, nach dem funktionalen Status und der Symptomkontrolle sowie der PatientInnensicherheit und nach dem Grad der Selbstpflegefähigkeit. Ein Ergebnis der Studie „Nursing-Sensitive Outcomes Data Collection in Acute Care and Long-Term-Care Settings“ (Doran et al., 2006) ist, dass durch ein adäquates Training des Pflegepersonals und durch passende Assessments [Bewertung, Einschätzung] die pflegesensitive PatientInnenergebnisse Sicher gestellt werden können.

7.2.2. Outcome-Messung : Theory- Driven Approach

Der theoriegeleitete Zugang zur Outcome-Messung bietet einen Rahmen, um die Effektivität von pflegerischen Interventionen zu messen. Die Basis dieses Zugangs beruht darauf, dass das Erreichen der Pflegeergebnisse variabel ist. Diese Schwankungen können von Faktoren ausgelöst werden, die auf den täglichen Arbeitsablauf wirken. Dieses Modell wurde entwickelt, um die Messung der

Effektivität von Pflegeleistungen zu forcieren und die Unbeständigkeit von Outcomes innerhalb des Pflegesettings erklären zu können. Sidani & Braden (1998, in Sidani, Doran, Mitchell, 2004) bildeten fünf Kategorien, die einen Rahmen zur Interpretation dieser Schwankungen bieten (Abb. 4).

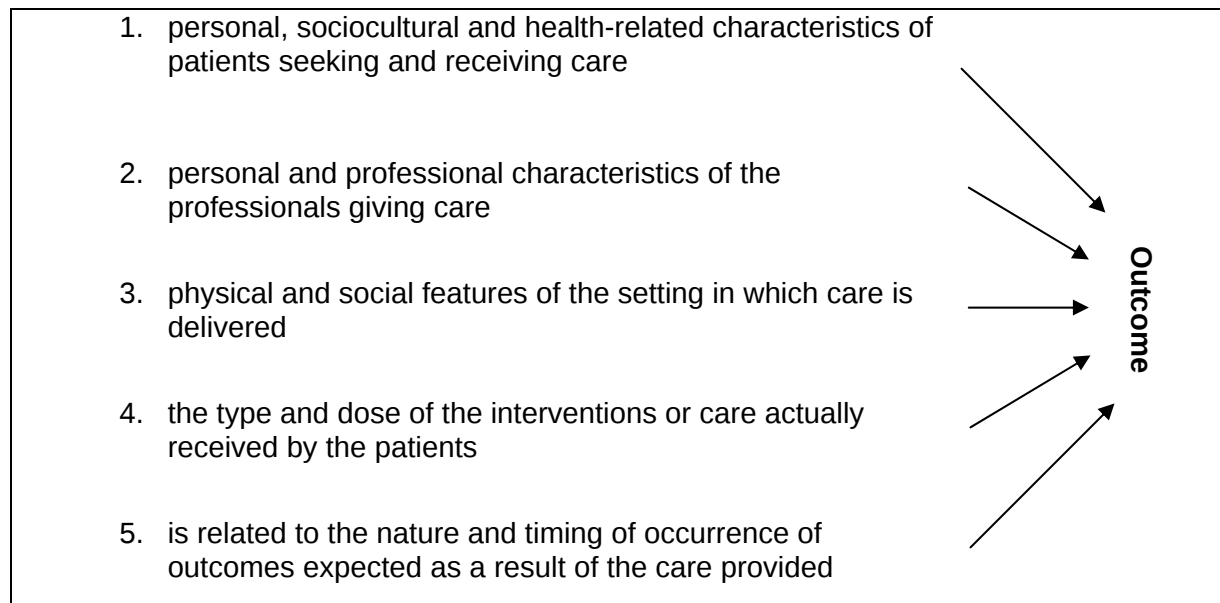


Abb. 3. Outcome – Influence by five categories. (Sidani&Braden, 1998 in Sidani, Doran, Mitchell, 2004). Eigene Darstellung.

Die erste Kategorie bezieht sich auf die Patienten in ihrer persönlichen, soziokulturellen und gesundheitsbezogenen Position und die erhaltene Versorgung. Die zweite Kategorie beinhaltet die persönlichen und professionellen Eigenschaften der Pflegepersonen in der Form der ausgeführten Pflege. Die dritte Kategorie bezieht sich auf die Merkmale des Umfelds, in welchem gepflegt wird. Die vierte Kategorie beinhaltet die Art und den Umfang der pflegerischen Interventionen und die fünfte Kategorie bezieht sich auf den Zeitpunkt des Auftretens des Pflegephänomens, im Speziellen als ein Resultat der pflegerischen Versorgung.

Die Kernaussage des theoriegeleiteten Zugangs ist, dass die fünf Kategorien (Abb. 3) die Outcomes direkt und indirekt beeinflussen. Somit bieten diese Faktoren einen Rahmen, die Mechanismen zu evaluieren, die das Ergebnis eines gewünschten Outcomes fördern und auch die Bedingungen, die für das Ergebnis förderlich sind (vgl. Sidani et al., 2004).

7.3 Verantwortungsbereiche der Führungskräfte in der stationären Langzeitpflege

Der Verantwortungsbereich von Führungskräften in der stationären Langzeitpflege bezieht sich die auf Aspekte im Pflegeheim, worüber sie auch die Verantwortung und die nötigen Ressourcen haben. Aus den Daten des Literaturteils ergibt sich, dass dies die Bereiche Personal, BewohnerInnen, Organisation sowie auch die individuelle Zufriedenheit der Führungskraft betrifft.

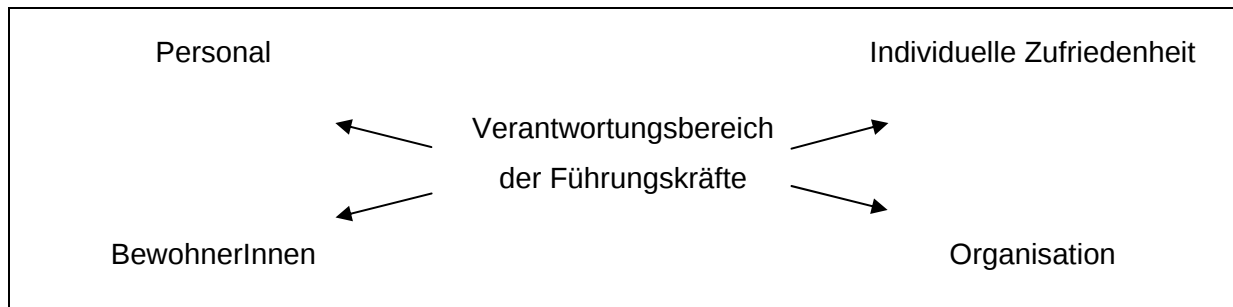


Abb. 4. Verantwortungsbereich der Führungskräfte in der stationären Langzeitpflege. Eigene Darstellung.

In Bezug auf das Personal hat die Führungskraft die größte Verantwortung zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität. Dies zeigt sich darin, dass das Schaffen einer positiven Arbeitsumgebung großen Einfluss auf die Versorgungsqualität hat. Auch das Finden und Halten gut qualifizierten Personals erweist sich für Führungskräfte als große Schwierigkeit, denn es geht einher mit dem qualifikations- und kompetenzgerechten Einsatz des Pflege- und Betreuungspersonals. Auch die Förderung und Stärkung des Teams als Einheit gehört zum Verantwortungsbereich der Führungskräfte, denn ein gelingendes Miteinander kann nur durch transparente Strukturen, klar geregelte Zuständigkeiten, einem funktionierenden Informationsfluss und einem passenden Konfliktmanagement realisiert werden. Die Arbeitsbedingungen des Personals verdeutlichen sich an der Qualität der Versorgung der BewohnerInnen. Dies zeigt sich z. B. deutlich am BewohnerInnenbett, sei es durch mehr Zeit mit dem/der Bewohner/in, durch qualifiziertes Personal, einhergehend mit der Erhöhung der Selbstwirksamkeit durch das Pflege- und Betreuungspersonals oder durch eine kontinuierliche Versorgung und einer geringen Fluktuation des Personals.

Die Führungskraft ist dafür verantwortlich, den MitarbeiterInnen genügend Unterstützung zukommen zu lassen. Das bedeutet, Zugang zu den Ressourcen der

Organisation zu schaffen und z. B. durch Fort-, Aus- und Weiterbildungen den Kenntnisstand des Personals an die Erfordernisse der BewohnerInnen anzugleichen. Ein weiteres Beispiel für eine positive Arbeitsumgebung ist die Schaffung von kreativen und flexiblen Stellenbesetzungsmodellen um dadurch auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu garantieren. Führung bedeutet Veränderungen einzuleiten, Visionen und Strategien zu entwickeln aber auch das Personal zu motivieren und inspirieren, was wesentlich durch die persönliche Orientierung und Werthaltung der Führungskraft beeinflusst wird. Ein weiterer, wichtiger Punkt ist das Vertrauen in das Personal. Im Speziellen können Führungskräfte dies durch Kommunikation aller Beteiligten fördern. Gerade die offene Kommunikation vermittelt Sicherheit und Orientierung bei Veränderungsprozessen und ist für qualitätsverbessernde Maßnahmen (z.B. Analyse der Kennzahlen) ein Muss. Um eine hohe Ergebnisqualität zu erreichen, müssen die genannten Aspekte ausreichend beachtet werden, was vermutlich eine hohe Anforderung an die Führungskraft im Pflegeheim darstellt.

8. Zusammenfassung und Ergebnisse des theoretischen Teils

Heime sind jene Form der Versorgung, wenn keine andere Option besteht, den pflegebedürftigen Menschen ausreichend zu versorgen (z.B. durch ambulante Dienste). Die Qualitäten der Führungskraft sind ausschlaggebend dafür, welche Maßnahmen getroffen werden, um eine hohe Ergebnisqualität zu erreichen. Dies betrifft einerseits die Initiativen, um die Versorgungsqualität durch das Personal sicherzustellen. Mit einem Qualifikationsmix werden die Funktionen, Rollen und Aufgaben des Personals definiert und weiters ist es ein Garant für die Verteilung des Personals auf der Station, angepasst an die Pflegebedürftigkeit der BewohnerInnen. Weiters ist die Führungskraft dafür verantwortlich, ein unterstützendes Arbeitsumfeld zu schaffen, durch beispielsweise eine offene, transparente Qualitätspolitik gegenüber dem Pflege- und Betreuungspersonal. Durch das Führungsverhalten, die Wirkung der Führung auf das Personal, kann die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen gesteigert und dadurch die Qualität der Pflege gesichert werden. Die Führungskraft schafft ein Umfeld, das auf die Patientenergebnisse positiven

Einfluss hat und steigert dadurch die Ergebnisqualität. Hierbei stehen der Führungskraft Instrumente zur Verfügung, die den Prozess der ständigen Qualitätsverbesserung transparent und nachvollziehbar machen, wobei Indikatoren nur einen Teilaspekt der Werkzeuge für die Erreichung einer hohen Qualität darstellen. Weitere Qualitätsinstrumente sind z. B. Fallbesprechungen oder Standards.

Die Literaturarbeit ist Grundlage für die Beantwortung der ersten Forschungsfrage, welche ergebnisorientierten Indikatoren sich zur Abbildung der Ergebnisqualität in einem Pflegeheim bewähren. Wichtige Aspekte bei der Auswahl der Indikatoren sind die Anwendungsmöglichkeiten sowie deren Aussagekraft.

8.1 Beantwortung der Forschungsfragen auf Basis bestehender Erkenntnisse

Forschungsfrage 1: Welche ergebnisorientierten Indikatoren haben sich zur Abbildung der Ergebnisqualität in Pflegeheimen bewährt?

Für die Beantwortung der ersten Forschungsfrage sind folgende Indikatoren herangezogen worden:

- a) Risikoindikatoren des Prüfraster Vorarlbergs
 - dienen primär der Überprüfung der Angemessenheit und Effektivität der Versorgung wie auch der Aufdeckung von Leistungsdefiziten.
- b) Indikatoren aus dem Bereich Pflegequalität des Projektes „Verbesserungen messen: Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime“:
 - dienen dem Einrichtungs- oder trägerinternen Qualitätsmanagement, der Überprüfung der Wirksamkeit von Versorgungskonzepten, dem Benchmarking und regionalen Gesundheits- und/oder Pflegeberichtserstattungen.
- c) Indikatoren des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ aus den Bereichen Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit, Schutz vor gesundheitlichen

Schädigungen und Belastungen und Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen:

→ dienen der Erfassung der Ergebnisqualität, mit dem Zweck der externen Qualitätsbeurteilung und –bewertung. Ziel ist es, die Versorgungsergebnisse zu erfassen und zu vergleichen.

Die Darstellung der Indikatoren erfolgt in der angeführten Tabelle:

	Prüfraster d. Amtssachverständigen für Gesundheits- u. Krankenpflege (a)	Verbesserungen messen: Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren f. Alten- u. Pflegeheime (b)	Entwicklung u. Erprobung v. Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität i.d. stationären Altenhilfe (c)
Gemeinsamkeiten	Dekubitus, Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Schmerz, Sturz		
	Depressive Symptome, Ernährung/Flüssigkeit, Harninkontinenz, Herausforderndes Verhalten, Kontrakturen, Kontrolle der Hör- und Sehfähigkeit, Zahnstatus, Medikamentenverabreichung, Polypharmazie		
	Delir, Nosokomiale Infektion	Intertrigo, Gesundheitscheck (Arzt), Dehydrierungssyndrom, Langzeitkatheter (14 Tage), Gerontopsychiatrische Diagnose, Zufriedenheit mit der Pflege, Thrombose, Bettlägerige BewohnerInnen, Enterale Ernährung (PEG-Sonde)	Mobilitätserfassung, Selbstständigkeitsverbesserung/-erhaltung bei Alltagsverrichtungen; bei Gestaltung Alltagsleben und sozialer Kontakte, Integrationsgespräch bei Aufnahme, Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten
		(relativer) Gewichtsverlust	

Tab. 7. Zusammenführung: Ergebnisbeeinflussende Qualitätsaspekte.

Indikatorendarstellung. Eigene Darstellung.

Die Darstellung der Indikatoren ergibt, dass vier Indikatoren über dieselben Funktionen verfügen. Diese werden nachstehend angeführt:

Dekubitus, Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Schmerz, Sturz (-häufigkeit).
--

Diese Indikatoren eignen sich sowohl für die Aufdeckung von Leistungsdefiziten, für die Überprüfung der Leistungsversorgung, für Qualitätsbewertungen, für Benchmarking und somit für (externe, interne) Vergleiche.

Die Risikoindikatoren (vgl. Kapitel 5.2.3.) waren bei allen Projekten vorhanden, jedoch nur beim Projekt Prüfraster und „Verbesserungen messen“ als ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren angeführt (vgl. Tab. 7.), da das Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ spezifisch auf Vergleiche von Indikatoren ausgerichtet ist. Intern jedoch haben diese Indikatoren eine hohe Aussagekraft. Es kann eine weitere Kategorie von Indikatoren gebildet werden, die sich ebenfalls bewährt haben, die Ergebnisqualität eines Pflegeheimes darzustellen. Hierzu zählen:

Depressive Symptome, Herausforderndes Verhalten, Harninkontinenz, Kontrakturen, Medikamentenverabreichung und Polypharmazie.

Diese Indikatoren sind intern von hoher Bedeutung und können für interne Vergleiche genutzt werden, eignen sich jedoch nicht für z. B. Benchmarking. Weiters sind die Indikatoren im Prüfraster und in den zwei Projekten nicht synonym verwendet worden. Es ist beispielsweise unklar, ob der Indikator „Gesundheitscheck durch Arzt“ dem Indikator „Kontrolle der Hör- und Sehfähigkeit“ entspricht. Die Indikatoren sind nicht einheitlich dargestellt, wodurch ein Vergleich erschwert wird. Weitere wichtige Indikatoren sind folgende:

Delir, Veränderung der kognitiven Fähigkeiten, Gerontopsychiatrische Diagnose, Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten, Psychopharmakaeinsatz, Nosokomiale Infektion, Intertrigo, Ernährung und Flüssigkeit/ Dehydrierungssyndrom, Sondennahrung/ Enterale Ernährung (PEG-Sonde), (relativer) Gewichtsverlust, Kontrolle Hör- und Sehfähigkeit/	Gesundheitscheck durch Arzt, Zahnstatus, Krankenhausaufenthalte, Harnwegsinfekte, Tod (Krankenhaus), Mortalität, Stuhlinkontinenz, Symptomstatus, Grippeimpfungen, Chronische Wunden u. Frakturen/ Verletzungen, Langzeitkatheter (14 Tage), Thrombose, Bettlägerige BewohnerInnen, Zufriedenheit mit der Pflege (BewohnerInnen-Befragung)
---	---

Eine letzte Kategorie stammt aus den Ergebnissen des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“, welches sich speziell auf die Darstellung und den Vergleich von Ergebnisqualität bezieht:

Mobilitätserfassung, Selbständigkeitsverbesserung/-erhaltung bei Alltagsverrichtungen, Selbständigkeitsverbesserung/-erhaltung bei Gestaltung d. Alltagsleben und sozialer Kontakte, Integrationsgespräch bei Aufnahme.

Ein Ziel dieser Arbeit ist es, einen Rahmen für ergebnisorientierte Indikatoren anhand der Literatur zu gestalten. Die Ergebnisse der Literatur zeugen von einem breiten Spektrum an Indikatoren, die der Ergebnisqualität zugeordnet werden können, ebenso, dass Ergebnisqualität auf verschiedenen Ebenen produziert wird. Einerseits beim Handeln der MitarbeiterInnen geleitet von der Führungskraft, andererseits durch Patientenergebnisse, doch diese sind durch das Handeln des Personals nicht immer steuerbar. Ein weiteres Ergebnis ist, dass ergebnisorientierte Indikatoren über verschiedene Eigenschaften verfügen und folglich differenziert nutzbar sind. Daraus ergibt sich, dass bei der Arbeit (z.B. innerhalb des Qualitätsmanagements der Einrichtung) mit ergebnisorientierten Indikatoren stets die Absicht bzw. der Zweck der Analyse beachtet werden muss, um die richtige Kennzahl auszuwählen.

Forschungsfrage 2: Welche ergebnisorientierten Indikatoren sind durch die Führungsqualitäten von Führungskräften beeinflussbar?

Die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage bedingt die Festlegung der Indikatoren analog zur ersten Forschungsfrage. Durch den Literaturteil ergibt sich eine Komponente dieser Frage, nämlich der Verantwortungsbereich und die Ressourcen der Führungskraft innerhalb der Einrichtung wie Personal, BewohnerInnen, Organisation und die individuelle Zufriedenheit der Führungskraft (vgl. Abb. 4). Die Darstellung des Verantwortungsbereichs bietet einen Rahmen, um die Indikatoren zuzuordnen wie auch eine Struktur für den empirischen Teil.

Zentral in dieser Forschungsfrage ist das Bestimmen der ergebnisorientierten Indikatoren, auf welche die Führungskraft direkten Einfluss hat. Die Position der Führungskraft innerhalb der Einrichtung bestimmt über die Steuerbarkeit und den Handlungsspielraum, wobei diesem Teil der Frage im empirischen Teil der Arbeit nachgegangen wird. Durch gezielte Fragestellungen innerhalb des Interviews wird der Führungskraft ermöglicht, zu beschreiben, welche Eigenschaften und (Führungs-) Qualitäten das Steuern bzw. Beeinflussen ergebnisorientierter Indikatoren ermöglichen und fördern. Daran anschließend werden diese Ergebnisse mit Erkenntnissen aus dem Kapitel 4 „Führung in der stationären Langzeitpflege“ verglichen, um Qualitäten des/der Führenden, die in Bezug mit der Ergebnisqualität stehen, hervorheben und/oder ergänzen zu können.

9. Methodologie und Datenerhebung des empirischen Teils

Die theoretische Aufarbeitung der Themen rund um die Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege in Österreich (Führung, Qualitätsaspekte) sowie auch den daraus entstehenden Herausforderungen für die Führungskräfte, stellen den Status-Quo des Forschungsstandes dar. Im empirischen Teil werden Führungskräfte aus Vorarlberg zu deren Einfluss auf die Indikatoren der Ergebnisqualität wie auch zu den Möglichkeiten und Grenzen des Handlungsspielraumes mittels Experteninterviews befragt.

9.1 Untersuchungsgegenstand

Im Zentrum dieser Arbeit steht die Frage, welche Möglichkeiten und Grenzen für die Führungskräfte in der stationären Langzeitpflege bestehen um eine hohe Ergebnisqualität zu erreichen. Hierfür wurde der Verantwortungsbereich der Führungskräfte eruiert und dadurch für den weiteren Forschungsprozess ein Rahmen geschaffen. Ziel des empirischen Teils ist das Herausfiltern von Faktoren, auf welche Führungskräfte innerhalb der Organisation bzw. innerhalb ihres Handlungsspielraumes Einfluss nehmen können, und welche weiters in Verbindung mit ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren bzw. der Ergebnisqualität stehen. Die

Ergebnisse des theoretischen Teils werden aus der Sicht von Führungskräften aus Vorarlberg erfasst.

9.1.1 Zentrale Forschungsfragen des empirischen Teils

Die Ergebnisse der Literaturteils werden im empirischen Teil den Führungskräften vorgestellt und deren Einfluss auf ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren mittels Interviews erörtert. Die zentralen Forschungsfragen des empirischen Teils sind:

- Welche ergebnisorientierten Indikatoren sind durch die Führungsqualitäten von Führungskräften beeinflussbar?
- Welche Möglichkeiten und Grenzen in der Beeinflussung von Ergebnisqualität in Pflegeheimen sehen Führungskräfte?

Mit der Beantwortung der Forschungsfragen sollen die Möglichkeiten der Führungskräfte in der stationären Langzeitpflege hervorgehoben werden, die in Bezug mit der Erreichung einer hohen Ergebnisqualität stehen. Weiters sollen dadurch Aspekte, die den Arbeitsalltag einer Führungskraft erleichtern, verbessern oder überhaupt ermöglichen, dargestellt werden. Ziel ist es, den potenziellen Rahmen für die Möglichkeiten und Grenzen des Handelns der Führungskräfte zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität festzustellen.

9.2 Methode: (Experten)–Interview

In der qualitativen Forschung wird der Mensch ganzheitlich betrachtet und es wird angenommen, dass Wahrheit nicht objektiv, sondern etwas Subjektives ist. *„Qualitative Forschung will menschliches Erleben aus der Perspektive der Betroffenen wahrnehmen und verstehen“* (Mayer, 2002, S. 72). Um die subjektive Meinung von Führungskräften zu Ergebnisindikatoren zu erfassen, wird die Methode des Interviews mit einem themenzentrierten, strukturierten Interviewleitfaden angewendet. Der Leitfaden dient dazu, während der Interviewsituation ein geregeltes Vorgehen zu ermöglichen. Er soll keinen „Bruch im Prinzip der Offenheit“ (vgl.

Stigler, Felbinger, 2005, S. 129) darstellen, sondern eine Orientierung innerhalb des Interviews verkörpern.

Eine Anforderung an den Interviewleitfaden ist die Einhaltung der Grundprinzipien der qualitativen Forschung, welche ein hohes Maß an Offenheit gegenüber den Antworten ermöglichen soll. Die Grundprinzipien der qualitativen Forschung sind die induktive und theoriegeleitete Vorgehensweise, ideographische und interpretative Datensammlung innerhalb des Relevanzsystems des Forschungsgebietes. Sie ist holistisch, subjektiv sowie offen und flexibel im Vorgehen (Untersuchungsgegenstand, Theoriebildung, Forschungsprozess, etc.) (vgl. Mayer, 2002). Bei einem wenig strukturierten Interview obliegt die Kontrolle über das Ausmaß der Antworten und auch Antwortmöglichkeiten dem/der Forscher/in. Frageformulierungen und gezieltes Nachfragen können in der Situation eines Einzelinterviews durch den/die Forschende/n gesteuert werden (vgl. Atteslander, 2003). Der entscheidende Vorteil des themenzentrierten Interviews liegt darin, dass der Erfahrungs- und auch Verantwortungsbereich der Führungskräfte durch gezieltes (nach-) Fragen – je nach Interviewsituation – genau und themenzentriert, vor allem aber individuell erörtert werden kann.

9.3 Der Interviewleitfaden

„Priorität hat die spontan produzierte Erzählung – allein dies schon macht klar, dass ein guter Leitfaden nicht viele Fragen enthalten darf.“ (Helfferich, 2011, S. 180)

Bei der Leitfadenerstellung wurde nach dem SPSS-Prinzip vorgegangen, wobei die einzelnen Kürzel für vier aufeinander folgende Schritte stehen: **S**ammeln, **P**rüfen, **S**ortieren und **S**ubsumieren (vgl. Helfferich, 2011, S. 182). Der erste Schritt ist das Zusammenstellen von forschungsrelevanten Fragen, die im zweiten Schritt, dem Prüfen, durchgearbeitet werden. Bei dieser Prüfung wird die Liste strukturiert und zudem drastisch reduziert. Hier werden im Speziellen Faktfragen („Wie lange arbeiten Sie in der Institution?“) eliminiert und die Eignung der Fragen wie auch deren Formulierung für das Interviewvorhaben geprüft. Die Prüfung erfolgt weiters nach dem Kritikpunkt „theoretischen Relevanz für das Forschungsinteresse“ wie auch nach der Eignung der Frage für die InterviewpartnerInnen und deren Lebenswelt (vgl. Stigler, Felbinger, 2005).

Im weiteren Verlauf der Leitfadenerstellung werden die verbleibenden Fragen nach inhaltlichen Aspekten sortiert und abschließend subsumiert. Dies bedeutet zu prüfen, ob sich die gewählten Formulierungen dazu eignen, eine Erzählung zu evozieren. *„Es ist wichtig, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass es darum geht, Texte produzieren zu lassen, die dann intensiv ausgewertet werden können“* (vgl. Helfferich, S. 185). Bei der Erstellung des Interviewleitfadens ist weiters darauf zu achten, dass innerhalb der Gesprächsführung – wo möglich, Flexibilität der Antworten das oberste Prinzip ist. Zudem ist es wichtig, den Leitfaden nicht mit Fragen zu überladen, was dazu führen kann, sich in der Interviewsituation in Einzelaspekten zu verlieren. Eine schlichte Gestaltung fördert die Konzentration beider Beteiligten auf das Gespräch und soll dabei unterstützen, den natürlichen Verlauf der Interviewsituation aufrecht zu halten.

Der Interviewleitfaden dieser Arbeit (siehe Anhang) wird in drei, den Forschungsfragen entsprechenden Themenblöcke eingeteilt. Zu Beginn des Interviews wird nach den aussagekräftigen Indikatoren der Ergebnisqualität gefragt sowie deren Darstellungsformen. Der zweite Frageblock bezieht sich auf die Rolle der Führungskraft zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität sowie auf die Steuerbarkeit ergebnisorientierter Indikatoren. Abschließend wird nach den ergebnisbeeinflussenden Faktoren gefragt, die außerhalb des Handlungsspielraumes von Führungskräften liegen und im weiteren Verlauf nach den Möglichkeiten, die Ergebnisqualität eines Heimes zu steigern.

9.4 Durchführung und Untersuchungsfeld

Das Untersuchungsfeld umfasst ExpertInnen der stationären Langzeitpflege in Vorarlberg, die sich in ihrem Arbeitsalltag mit ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren befassen. Hierzu zählen HeimleiterInnen, welche in der Pflege mitarbeiten, sowie Führungskräfte eines Pflegeheimes. Insgesamt wurden vier HeimleiterInnen und zwei Führungskräfte interviewt, wobei zwei der HeimleiterInnen auch in der Pflege arbeiten. Der Kontakt zu den InterviewteilnehmerInnen wurde persönlich hergestellt. Die Auswahl wurde nach deren praxisorientierter Vertrautheit als Führungskraft getroffen, wobei das Minimum fünf Jahre Führungsexpertise beträgt. Die Interviews wurden im Dezember 2012 in Vorarlberg am Arbeitsplatz der

TeilnehmerInnen durchgeführt, wobei die durchschnittliche Gesprächsdauer eine Stunde betrug. Die Gespräche wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und mit dem Programm f4 für Windows transkribiert. Weiters ist die Anzahl der Interviews angemessen um genügend Informationen zu erhalten und die Forschungsfragen zu beantworten. Zudem ist das Ausmaß im Rahmen einer Diplomarbeit ausreichend.

Die Methode des Interviews bietet Offenheit gegenüber den Feinheiten, die eine Führungskraft in ihrem Arbeitsalltag anwendet und erweitert dadurch den Fokus auf deren Handlungsspielraum. Den InterviewpartnerInnen wird zu Beginn des Interviews eine Liste mit ergebnisorientierten Indikatoren ausgehändigt, um auch ihnen einen Überblick über die Indikatoren zu bieten (siehe Anhang). Diese Indikatoren entsprechen den Ergebnissen der ersten Forschungsfrage. Anhand der Indikatorenliste wird kein Abhaken der einzelnen Indikatoren angestrebt, vielmehr ein offener und weit reichender Diskurs über die Aspekte der Einflussnahme auf den Indikator. Weiters dient die Liste zur Orientierung der InterviewpartnerInnen in der Gesprächssituation.

9.5 Methode der Auswertung

Die Auswertung der Interviews erfolgt mittels Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring was bedeutet, dass...

- die Kommunikation analysiert und fixiert wird,
- dabei systematisch, regel- und theoriegeleitet vorgegangen wird (Mayring, 2008, S. 13).

Bei der Auswertung steht die Kategorienbildung der Interviewergebnisse im Zentrum der Analyse. Diese wiederum werden in einem weiteren Schritt innerhalb des Verantwortungsbereiches von Führungskräften interpretiert. Ziel der Auswertung ist die Darstellung relevanter Ergebniskriterien aus Sicht der Führungskräfte wie auch die Vertiefung des Wissens im Bereich der Ergebnisqualitätsforschung.

Der erste Schritt der Auswertung ist die Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang, denn die Daten, die Aussagen und Informationen, können nur innerhalb des jeweiligen Kontexts interpretiert werden. Die systematische Interpretation erfolgt anhand festgelegter Regeln innerhalb des Ablaufmodells der

strukturierten Inhaltsanalyse. Hierbei werden zuvor die Analyseeinheiten bestimmt und in einem weiteren Schritt die Strukturierungsdimensionen festgelegt. Darauf folgen die Zusammenstellung des Kategoriensystems und die Festlegung der Kodierregeln bzw. von Ankerbeispielen innerhalb der jeweiligen Kategorie (vgl. Mayring, 2008). Bei der gesamten Analyse der Daten werden die zwei Hauptaspekte der Qualität einer Inhaltsanalyse, Validität und Reliabilität, Beachtung finden. Reliabilität wird durch die Stabilität der Daten, deren Reproduzierbarkeit und somit auch durch die Exaktheit der Daten gewährleistet. Validität wird durch die Orientierung entlang des Materials, des Prozesses und der Ergebnisse bei der Auswertung erreicht (vgl. Mayring, 2008, S. 111). Bei Unklarheiten erfolgt eine kommunikative Validierung durch die InterviewpartnerInnen. Nachstehend werden die Gütekriterien der Qualitativen Forschung erläutert.

9.6. Gütekriterien

Für die qualitative Forschung haben Gütekriterien eine hohe Bedeutung, denn erst durch deren Einhaltung können Rückschlüsse auf die Qualität einer Arbeit gezogen werden. Die Gütekriterien (vgl. Mayer, 2002) und wie diesen nachgekommen wurde, wird nachstehend beschrieben.

Verfahrensdokumentation

Bei der Verfahrensdokumentation wird in erster Linie die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses angestrebt. Das bedeutet, die einzelnen Schritte der Datensammlung und Analyse so zu beschreiben, dass auch für Außenstehende ersichtlich ist, wie die Erhebung erfolgte. In dieser Arbeit wird das Gütekriterium durch nachvollziehbare Angaben zum Forschungsvorhaben wie auch zum Forschungsprozess beachtet.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Wichtig ist, die Interpretationen der Aussagen ausreichend und schlüssig zu begründen. Die Interpretationen dürfen nicht einfach so getätigt werden, sondern mit Argumenten logisch und plausibel untermauert sein.

Regelgeleitetheit

Regelgeleitet bedeutet in der qualitativen Forschung, dass das Datenmaterial systematisch bearbeitet sein muss. Die einzelnen Erhebungs- und Auswertungsschritte müssen dokumentiert, vor allem aber eingehalten werden.

Wird allerdings während des Vorgehens ersichtlich, dass Änderungen in der Durchführungen notwendig sind, sollte der/die Forscher/in demgegenüber offen sein.

Nähe zum Gegenstand

Für die Einhaltung dieses Gütekriteriums ist es nötig, sich in die Lebenswelt der ForschungsteilnehmerInnen zu begeben. Um die Nähe zum Gegenstand zu gewährleisten, begab sich die Verfasserin dieser Arbeit in die Erlebenswelt der TeilnehmerInnen, wie auch in die des Forschungsgegenstandes.

Kommunikative Validierung

Bei der kommunikativen Validierung werden den ForschungsteilnehmerInnen die Ergebnisse vorgelegt. Ziel ist es, durch die Prüfung der Korrektheit der Ergebnisse, die Gültigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten. Aufgrund der begrenzten, zeitlichen Ressourcen war dies für die vorliegende Arbeit nicht möglich.

Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews präsentiert.

10. Ergebnisse

In der Darstellung der Ergebnisse des empirischen Teils werden zunächst die Indikatoren nach Steuerbarkeit und Häufigkeit der Nennung durch die Führungskräfte innerhalb der Interviews tabellarisch dargestellt. Im Anschluss wird auf die Aussagen zu Führungsqualitäten in Bezug auf die ergebnisorientierten Indikatoren eingegangen. In weiterer Folge werden Möglichkeiten und Grenzen in der Beeinflussung von Ergebnisqualität durch die Führungskräfte präsentiert und abschließend die zentralen Ergebnisse zusammengefasst.

Kategorienbildung

Ausgangsmaterial für die Bildung der Kategorien sind die transkribierten Interviews, welche von der Mundart ins Hochdeutsche übersetzt wurden. Es werden zwei Hauptkategorien gebildet, wobei der erste Block Aussagen zu Führungsqualitäten in Bezug auf die ergebnisorientierten Indikatoren umfasst. Die zweite Kategorie bezieht sich auf die Möglichkeiten und Grenzen der Führungskräfte zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität.

Im nächsten Schritt wird das Textmaterial durchgearbeitet und es ergeben sich Unterkategorien bzw. Themen, welchen anschließend die relevanten Textpassagen zugeordnet werden. Es war äußerst wichtig, sich während der Bildung der Unterkategorien zu vergegenwärtigen, was durch die Analyse des Textmaterials angestrebt wird, um sich nicht in irrelevanten Details zu verlieren. Folgend werden die Unterkategorien dargestellt.

→ Aussagen zu Führungsqualitäten in Bezug auf ergebnisorientierte Indikatoren

Fokus dieser Kategorie sind die Indikatoren, die für die Führungskräfte relevant waren und welche Möglichkeiten sie haben, auf diese Einfluss zu nehmen. Die Verantwortung der Führungskräfte zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität und auch die ergebnisqualitätsfördernden Merkmale einer Führungskraft bilden weitere Unterkategorien. Zusätzliche, wichtige Aspekte dieser Kategorie sind die wenig steuerbaren Indikatoren sowie die MitarbeiterInnen eines Pflegeheims und deren Beitrag zur Ergebnisqualität.

→ Möglichkeiten und Grenzen der Führungskräfte zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität

Unterkategorien bilden die organisationsbezogenen Möglichkeiten und Grenzen zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität, sowie die Möglichkeiten und Grenzen durch das Personal und die BewohnerInnen. Eine letzte Kategorie ergibt die Darstellungsformen der Ergebnisqualität in Bezug auf die Verwendung von ergebnisorientierten Indikatoren.

10.1 Welche ergebnisorientierten Indikatoren sind durch die Führungsqualitäten von Führungskräften beeinflussbar?

Führungskräften zufolge sind sehr viele Ergebnisindikatoren steuerbar. Am häufigsten werden die klassischen Indikatoren wie Dekubitus, freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Psychopharmakaeinsatz genannt. An zweiter Stelle stehen Medikamentenverabreichung, Tod im Krankenhaus oder auch die Mobilitätserschaffung der BewohnerInnen. Kaum genannt werden herausforderndes Verhalten, Delir oder auch Schmerz. Nur einmal genannt werden depressive Symptome, Harnwegsinfekte aber auch das Integrationsgespräch bei der

Aufnahme. In der nachfolgenden Tabelle finden sich alle angeführten Indikatoren nach Aussagekraft für die Ergebnisqualität geordnet.

<u>Hohe Aussagekraft für die Ergebnisqualität haben folgende Indikatoren:</u>	
<u>4 Nennungen und mehr:</u>	<u>3 Nennungen:</u>
Ernährung und Flüssigkeit	Medikamentenverabreichung
Dekubitus	Einschätzung von
Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	Verhaltensauffälligkeiten
Sturz	Zahnstatus
Relativer Gewichtsverlust	Tod im Krankenhaus
Kontrakturen	Bettlägerige Bewohner
Psychopharmakaeinsatz	Mobilitätsfassung
Intertrigo	Zufriedenheit mit der Pflege
Krankenhausaufenthalte	
Chronische Wunden/Frakturen/Verletzungen	
<u>Kaum bzw. wenig Aussagekraft für die Ergebnisqualität haben folgende Indikatoren:</u>	
<u>2 Nennungen:</u>	<u>1 Nennung:</u>
Herausforderndes Verhalten	Depressive Symptome
Harninkontinenz	Kontrolle d. Hör- und Sehfähigkeit
Polypharmazie	Harnwegsinfekte
Delir	Symptomstatus
Gerontopsychiatrische Diagnose	Integrationsgespräch bei Aufnahme
PEG-Sonde/Enterale Ernährung	
Langzeitkatheter	
Selbstständigkeitserhalt/-verbesserung bei	
Alltagsverrichtungen/Alltagsleben u. sozialer	
Kontakte	
Schmerz	
<u>Keine Nennung bzw. keine Aussagekraft für die Ergebnisqualität haben folgende Indikatoren:</u>	
Veränderung der kognitiven Fähigkeiten, Nosokomiale Infektion, Mortalität, Stuhlinkontinenz, Grippeimpfungen, Thrombose.	
<u>Ergänzte, für die Ergebnisqualität aussagekräftige, Indikatoren durch die Führungskräfte:</u>	
Angehörigenzufriedenheit, Morphinverabreichung, Verabreichung von Infusionen, Weglauftendenz, Stoma, Suprapubischer Blasenkatheter.	

Tab. 8. Indikatoren nach Häufigkeit der Nennungen. Eigene Darstellung.

Die InterviewteilnehmerInnen waren der Meinung, dass sie prinzipiell auf alle in der Befragung vorkommenden Indikatoren (Tab. 8) einen hohen Einfluss haben, jedoch nicht alle gleichermaßen nützlich sind, um Aussagen hinsichtlich Ergebnisqualität zu tätigen. Beispielsweise ist die Mortalität den Führungskräften zufolge kein besonders geeigneter Indikator, um über Qualität Auskunft zu geben. Des weiteren ergänzten

die Führungskräfte diverse Indikatoren. Angehörigenzufriedenheit wurde am meisten in Zusammenhang mit Ergebnisqualität gebracht, allerdings ist das kein pflegesensitiver Indikator, denn es ist kein Resultat einer direkten, pflegerischen Handlung und nur auf Grund der Häufigkeit der Nennungen in der Tabelle angeführt. Die ergänzten Indikatoren wurden von jeweils zwei oder mehr Führungskräften genannt.

Fort- und Weiterbildung als Steuerungsinstrument

Als Instrument der Steuerung werden Schulungen genannt, wobei nun häufig genannte Schulungen exemplarisch erläutert werden. Die Interviewten geben an, dass sich im Speziellen indikatorenspezifische Schulungen (z.B. Delir, Kontraktur) eignen, um die Qualität der Dienstleistung und damit die Ergebnisqualität zu forcieren und weiterzuentwickeln. Um beispielsweise Kontrakturen zu vermeiden, können Lagerungs-Beratungen direkt am BewohnerInnenbett durchgeführt werden oder auch Schulungen von MitarbeiterInnen nach den aktuell gültigen Pflegestandards.

„Die [Indikatoren] sind schon alle steuerbar. Aber du brauchst Schulungen, denn man muss sich ständig aufm Laufenden halten. Aber ich muss auch delegieren können, denn ich kann ja nicht alles. Ich muss die Führungsebene mit Leuten erweitern, die das mit mir gemeinsam machen. Genau darum brauche ich gut geschulte Mitarbeiter“ (Interview 3, 453-458).

In Bezug auf den Indikator Schmerz waren sich alle Befragten einig, dass dieser als Indikator kaum bzw. wenig aussagekräftig ist. Es sei allerdings wichtig, den BewohnerInnen eine angepasste Schmerzmedikation zu bieten und den Schmerz ausreichend und richtig zu beobachten. Wobei die Anpassung der Medikation eine Aufgabe der Hausärzte ist. Im Bezug auf Schmerz empfehlen die Führungskräfte generell palliative Fortbildungen. Auch das Bilden von Palliativgruppen innerhalb des Pflgeteams führe zu einem bewussten Umgang mit dem Thema Schmerz. Alternative Möglichkeiten (Homöopathie, ätherische Öle, Wickelumschläge) eignen sich nach Aussage der Interviewten ebenfalls, um das Ergebnis wesentlich zu verbessern.

Welche Möglichkeiten ein Pflegeheim bieten kann, zeigt sich auch an den Krankenhausaufenthalten und am Sterbeort der BewohnerInnen. Einerseits ist dies natürlich Symptomabhängig, andererseits ist es auch aussagekräftig dafür, über welche Qualifikationen das Team verfügt.

„Krankenhausaufenthalte oder auch Tod im Krankenhaus. Da muss ich mich einfach fragen: bin ich mit meinem Team palliativ gut genug aufgestellt?“ (Interview 5, 140-141).

„Tod im Krankenhaus, das ist für mich schon fast eine Niederlage wenn ich jemanden ins Krankenhaus schicken muss um zu sterben. Viele kann man wirklich im Pflegeheim sterben lassen, und man kann anders reagieren wie in einem Akutspital. [...]. Aber nur weil jemand nicht mehr isst, nicht mehr mag, immer weniger wird, das ist für mich kein Grund. Da kann man ihnen [BewohnerInnen] ganz viel ersparen“ (Interview 6, 191-198).

Gerontopsychiatrische Fortbildungen sind den InterviewteilnehmerInnen zufolge, für den Umgang mit BewohnerInnen mit Demenz, Delir und/oder herausforderndem Verhalten unumgänglich. Auch Validationsschulungen sind hier eine Möglichkeit, auf das Verhalten und die Bedürfnisse der BewohnerInnen besser eingehen zu können. Ein weiterer Aspekt gerontopsychiatrischer Fortbildungen sei, dass es auch dem Pflegepersonal leichter fallen würde, mit dem Verhalten der BewohnerInnen umzugehen (z. B. wenn die MitarbeiterInnen angespuckt oder geschlagen werden).

„Ich merke schon, dass sie [MitarbeiterInnen] nach einer Fortbildung Rückschläge besser verarbeiten können. Dass sie auch mehr darüber reden und ideenreicher im Umgang mit schwierigen Bewohnern werden“ (Interview 2, 226-228).

Ein weiterer, wichtiger Aspekt ist die Förderung der MitarbeiterInnen, die mit dem Ablauf und ihrem verantwortlichen Tätigkeitsbereich noch nicht vertraut sind. Es ist die Aufgabe der Führungskraft, Wissenslücken des Personals aufzudecken und Maßnahmen zu ergreifen, wenn diese erforderlich sind, um in letzter Instanz die Qualität aufrecht zu halten.

„Wenn ich merke, jemand sieht nicht wenn Dekubitusgefahr ist, dann muss ich mir den Mitarbeiter herholen. Da muss ich schauen, wo können wir ansetzen, wo braucht er eine Hilfestellung. Generell bin schon ich dafür zuständig, dass die Qualität gehalten wird“ (Interview 2, 197-199).

10.1.1 Verantwortung der Führungskraft und Ergebnisqualität

Generell benannten die Führungskräfte sich, in ihrer Verantwortung als Leitung, als die oberste Instanz zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität. In weiterer Folge werden die MitarbeiterInnen genannt, die durch die Vorgaben der Führungskraft handeln.

„Die Führungskraft ist die entscheidende Qualität. Sie kann Qualität optimieren. Sie ist die Drehscheibe schlechthin, das non plus ultra. Das zeichnet sich dadurch aus, dass das Team das Ergebnis optimiert. Das ist Führung. Sonst muss ich ja keine Führungskraft haben“ (Interview 5, 156-160).

„Für die Führungskraft ist das Herausforderndste, dass man mit ganz viel Personal 24 Stunden zu tun hat und die im Prinzip schon hohe Qualität liefern müssen. Das zu steuern und zu führen, ist schon eine extreme Herausforderung“ (Interview 1, 288-291).

„Stehen und Fallen, das glaub ich schon, tut es [Ergebnisqualität] sicher mit der Führungsqualität im Haus. Mit der Führung im Haus, die Qualität“ (Interview 3, 126-127).

Die Führungskraft muss sich den Abläufen und der Prozesse in der Organisation bewusst sein und ihre Kontrollfunktion wahrnehmen. Ein Ergebnis der Interviews ist, dass z. B. Medikamentenfehlverabreichungen ein wichtiger Hinweis für Systemfehler sei und nur durch eine offene Kommunikation aller Beteiligten sowie Analyse des Problems behoben werden kann.

„Medikamentenfehlverabreichung: Fehler können passieren! Mittlerweile können wir offen darüber reden, es als Lernprozess sehen. Sie sagen es mir, und ich kann ihnen Möglichkeiten aufzeigen mit den Situationen umzugehen“ (Interview 3, 182-185).

10.1.2 Merkmale der Führungskraft

In Zusammenhang mit der Erreichung einer hohen Ergebnisqualität wurden Merkmale genannt, die eine Leitungsfunktion aufweisen sollte. Diese werden im Folgenden erläutert.

Wahrnehmungsfähigkeit der Führungskraft

Die Führungskraft soll laut Aussage der Interviewten über eine präzise Wahrnehmung der Organisationsstruktur verfügen. Sie muss wissen, was an der Basis, am BewohnerInnenbett, geschieht und den Pflegeprozess immer gut im Auge haben. Weiters ist es wichtig, die Stärken der MitarbeiterInnen zu kennen und diese nach dem Bedarf der BewohnerInnen einzusetzen. Folgend wird dies am Beispiel der Fallbesprechungen deutlich gemacht.

„Elementar sind hier die Fallbesprechungen, so kannst du Wahrnehmung extrem fördern, auf allen Seiten. So wird man sich wieder bewusst, wer welche Stärken hat [Mitarbeiter] und der Bewohner rückt wieder in den Mittelpunkt. Da merkt man dann wieder, das ganz viel Wissen vorhanden ist, und das Team beginnt wieder an einem Strang zu ziehen“ (Interview 1, 76-80).

Die Führungskraft sollte über eine Beobachtungsgabe verfügen und bei aufkommenden Problemen, pflege- sowie personalbezogen, schnell reagieren können. Dies bedingt ein immer „up-to-date“ – sein der Führungskraft sowie ein hohes Maß an Empathie bei Spannungen im Team, denn das wirkt sich auf die Art und Weise wie gepflegt wird aus und BewohnerInnen spüren das.

Vorbildfunktion der Führungskraft

MitarbeiterInnen brauchen den Führungskräften zufolge vor allem Beständigkeit in der Führung. Es braucht einen offenen Umgang mit Problemen und auch mit deren Analyse. Alle Beteiligten sollten in den Prozess des Analysierens miteinbezogen werden. Die Haltung der Führungskraft im Umgang mit Herausforderungen wird dabei an die MitarbeiterInnen vermittelt. Dies ist ein wichtiger Lernprozess für beide Seiten: reflektieren, hinterfragen, sich auseinandersetzen. Das bedeutet, dass Führungskräfte über Empathie und Intelligenz gleichermaßen verfügen sollten und auch das nötige Feingefühl, um das Setzen von Maßnahmen adäquat zu vermitteln.

„Wenn ich Führungsqualität will, dann muss ich mich meinem Personal gegenüber so verhalten, dass ich eine Nachfolgerin bekomme. Der Vermittlungsprozess erfordert eine hohe pädagogische Kompetenz“ (Interview 5, 372-375).

„Ich darf mich vom Alltag nicht überrennen lassen, was ab und zu leider doch passiert. Aber ich denke, das konstante Wirken und Handeln meinerseits, das macht schon viel aus. Anfangs habe ich mir da schon sehr schwer getan“ (Interview 6, 212-215).

Das Selbst- und Fremdverständnis der Führungskraft bestimmt die Erwartungshaltung an die MitarbeiterInnen. Die Führungskraft soll dazu bereit sein, den MitarbeiterInnen Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen und anstehende Probleme nicht lange aufschieben. Das Personal soll seine Position in der Organisation kennen und sich der damit verbundenen Verantwortung bewusst gemacht werden. Die Führungskraft kann hierbei im Vorfeld, durch Schaffung klarer Strukturen und geregelten Zuständigkeiten, agieren. Dabei sollte die Führungskraft sachlich und authentisch handeln, eine hohe fachliche Kompetenz aufweisen und gleichermaßen empathisch sein.

„Ich brauche Struktur. Struktur fürs Personal und einen Halt für die Klienten“ (Interview 5, 320-321).

Entlastung durch die Führungskraft

Die Möglichkeit, das Personal entlasten zu können, ist für die Führungskraft eine entscheidende Führungsqualität. Dies umfasst einerseits die ständige Erreichbarkeit, auch am Wochenende, Flexibilität bei Personalausfall, andererseits auch die Dienstplangestaltung, denn hier werde sozusagen die Freizeit der MitarbeiterInnen geplant. Ein weiterer Aspekt ist die Hilfestellung durch die Führungskraft bei besonders herausfordernden Angelegenheiten, beispielsweise durch das Übernehmen schwieriger Fälle oder Situationen durch die Führungskraft.

„Ich übernehme dann auch ganz bewusst Krisengeschichten, damit sie [MitarbeiterInnen] sehen: O.K., es geht der Führungskraft ja auch nicht anders. Ich betone dann auch, es war auch für mich nicht optimal und trotzdem haben wir das hingebacht“ (Interview 6, 221-223).

„Bei uns ist von Montag bis Freitag immer wer [Führungskraft] da. Und am Wochenende bin ich auch immer erreichbar. Also wenn es dann um etwas Wichtiges geht, kann ich immer schnell reagieren. Ich glaube, Kommunikation ist das Um und Auf“ (Interview 4, 144-146).

„Ich sehe meinen Job so, dass ich da schon der Feuerlöscher bin wenn's brennt. Ich sehe wie anstrengend dass sie's [Personal] haben und stehe dennoch außen vor. Ich merke, da ist es jetzt notwendig und gerade durch meine Außensicht schaffe ich ein bisschen Entlastung wenn's brenzlich wird“ (Interview 2, 262-265).

10.1.3 Aspekte wenig steuerbarer Indikatoren

Eine wichtige Unterscheidung, hinsichtlich der Aussagekraft für die Ergebnisqualität, wurde bei den Indikatoren vorgenommen, die auf einer ärztlichen Diagnose beruhen und somit nicht gänzlich pflegeimmanent sind (z. B. PEG-Sonde, depressive Symptome, Kontraktur). Zudem, ob die Entstehung eines Pflegephänomens intern oder extern passiert. Ein Beispiel hierfür ist ein neu entstandener Dekubitus während eines Krankenhausaufenthaltes.

„Dekubitus ist sicher ein wichtiger Indikator für Ergebnisqualität. Allerdings muss unterschieden werden zwischen intern und extern, und das auch in der Erfassung. Wir führen das so, zudem auch eine Erläuterung für die Nachvollziehbarkeit“ (Interview 3, 43-46).

„Wir haben z. B. keinen einzigen Dekubitus entwickelt im Haus. Aber es wird schon gar nicht mehr diskutiert, weil die Qualität sowieso hoch ist. Aber ich muss es natürlich diskutieren, weil sonst ist es ja aus dem Bewusstsein [des Personals] draußen“ (Interview 5, 109-111).

„Sonden- oder Parenterale Ernährung – das ist auf jeden Fall schon sehr rückläufig. Aber das ist keine Entscheidung der Institution, sondern wie stark Ärzte im Akutbereich dazu tendieren, eine PEG-Sonde zu legen und natürlich die Angehörigen dadurch auch beeinflussen“ (Interview 1, 96-99).

Ein weiterer, wenig beeinflussbarer Indikator, ist die Kontrolle des Zahnstatus bzw. der Zahnarztbesuch. Als Argumente werden vorgebracht, dass immobile BewohnerInnen nur zum Zahnarzt gebracht werden können, wenn die baulichen Strukturen es ermöglichen. Zudem können Zahnärzte den Besuch und die Kontrolle immobiler BewohnerInnen in den Heimen nicht gänzlich mit der zuständigen Krankenkasse abrechnen.

„Bei uns kommt der Zahnarzt der Gemeinde herein, wenn wir das wollen. Der [Indikator] Zahnstatus ist generell schlecht. Wir hatten da so ein Projekt aus der Schweiz [Denta Mobil], die Schulungsmaßnahme [geriatrische Zahnmedizin] kam bei den Mitarbeitern so gut an. Jährlich ein bis zweimal Besuch vor Ort. Aber die Zahnärztekammer hat das abgewürgt“ (Interview 5, 127-130).

„Es ist überhaupt eine Frage von der Finanzierbarkeit, aber auch die Leistungen vom Zahnarzt, da zieht halt auch die Krankenkasse nicht mit“ (Interview 3, 258-259).

„Wir haben ein Problem mit dem alten Menschen, da komme ich zu keinem Zahnarzt, denn es gibt wenige, die behindertengerecht ausgestattet sind. Es kommt

auch kein Zahnarzt vorbei. Wir haben den Doktor gleich gegenüber, aber das ist nur mit mobilen Leuten möglich“ (Interview 4, 62-64).

Generell wurde die Zusammenarbeit mit den Ärzten (z.B. Hausarzt, Psychiater) aber positiv bewertet und auch die Bedeutung des verbalen Austauschs mit dem Arzt und dadurch auch auf nicht steuerbare Indikatoren Einfluss zu haben, hervorgehoben. Im Speziellen wurden der hohe Stellenwert von Gerontopsychiatern und die Frequenz deren Besuche betont. Dadurch wird beispielsweise garantiert, dass die Medikation den BewohnerInnen mit gerontopsychiatrischem Krankheitsbild angepasst ist.

„Der Psychiater ist für uns immer erreichbar, mit dem haben wir ganz viel Sicherheit bekommen, gerade in Richtung Psychopharmaka. Er schaut genau hin und nach dem Motto „weniger ist mehr“. Das ist für uns noch mal eine Qualität die wir hier hereingebracht haben“ (Interview 6, 83-85).

10.1.4 Beitrag der MitarbeiterInnen zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität aus der Sicht der Führungskräfte

Die Führungskraft kann und soll eine gewisse Grundhaltung in der Ausführung der Tätigkeit und dem Verhalten gegenüber den BewohnerInnen beim Personal einfordern. Hierbei ist es wichtig, den MitarbeiterInnen Hilfestellung und Unterstützung zu bieten und ihnen auch zu sagen, worauf geachtet werden muss. Eine Folge davon ist, dass die MitarbeiterInnen Verständnis für den Ablauf im Pflegeheim bekommen. Gleichzeitig sollen die MitarbeiterInnen ausreichend motiviert werden und die Führungskraft sollte sich hierbei an den positiven Eigenschaften des Personals orientieren.

„Wichtig ist, wie ist der Umgang oder die Haltung des Personals gegenüber den Bewohnern. Sie sollen es sich so bei uns gestalten, wie sie es gerne möchten. Ich muss dem Personal auch zeigen, dass sie [BewohnerInnen] sich nicht an uns anpassen müssen, sondern dass wir sie begleiten“ (Interview 3, 33-35).

Zeiteinteilung

Die Führungskraft soll den MitarbeiterInnen aufzeigen können, wo Zeit gebraucht wird und wie sie eingeteilt werden kann. Wichtig ist hierbei die Flexibilität des Personals und auch das Wissen darüber, wie sie ihren Dienst strukturieren können. Denn zu wissen wie der Dienst eingeteilt werden kann, erlaubt es sich die Zeit da zu nehmen, wo sie erforderlich ist. Es obliegt somit der Führungskraft, die Eigenverantwortung der MitarbeiterInnen zu stärken.

„Zeit nehmen wo sie gebraucht wird. Zum Beispiel einen Bewohner durch Validation beruhigen. Wenn ich mir die Zeit nicht nehme, kann das eine Situation zum Kippen bringen. Und da haben viele Pflegepersonen einfach noch Mühe, weil es ein Schema gibt und das muss man dann tun“ (Interview 3, 134-137).

Dokumentation und Kommunikation

Es ist von großer Bedeutung, eine gute und ausführliche Pflegedokumentation zu haben. Für die Analyse von Problemen kann dies sehr hilfreich sein, denn sie bietet Aufschluss über Zusammenhänge pflegerischer Probleme. Die Führungskraft hat die Möglichkeit, Schwächen der MitarbeiterInnen durch das Dokumentationssystem aufzudecken und kann bei Bedarf die betroffene Person spezifisch fördern.

„Gerade bei der Dokumentation, da braucht die Führungskraft eine hohe Wahrnehmung. Wenn's da dann Probleme gibt, ist dass der Punkt wo man anfängt, die Dinge so zu kommunizieren, dass auch die anderen eine hohe Wahrnehmung bekommen. Wir benutzen unser Wissen viel zu wenig und führen die Dinge oft nicht gut genug zusammen“ (Interview 1, 306-309).

„Ich hoffe und betone, dass wir untereinander eine gute Kommunikation haben. Sie fangen sich gegenseitig auch gut auf. Sie können auch zu mir kommen, sie können Supervisionen haben. Sie können Schulungen haben, wenn sie merken es fehlt an irgendwas. Da ist unser Träger auch sehr großzügig“ (Interview 6, 66-69).

Die Kommunikation und Informationsweitergabe der MitarbeiterInnen ist enorm wichtig. Einerseits für das Team, denn dadurch können Konflikte vermieden werden. Andererseits für die Führungskraft, denn Kommunikation macht die Tätigkeit des Personals transparent. Die Führungskraft soll die MitarbeiterInnen weiters dazu befähigen, Krankheitsbilder zu verbalisieren und kommunizieren. Beispielsweise für die Analyse von Ergebnissen der Assessmentinstrumenten innerhalb von Fallbesprechungen.

„Die Führungskraft in der Pflege ist dafür zuständig, dass das, was die Mitarbeiter in den Weiterbildungen lernen, kontrolliert umsetzen lernen, dass sie das kommunizieren lernen, dass sie sich vernetzen und dass sie optimale Maßnahmenplanung erreichen“ (Interview 5, 159-162).

„Gesteuert wird [Qualität] ausnahmslos über die Diskussion darüber. Über die Analyse. Sie müssen das [Krankheitsbild] verbalisieren, auch ans Team. Das bringt eine ganz hohe Qualitätsverbesserung“ (Interview 5, 208-209).

Teamwork

Ein funktionierendes Teamwork ist für den Alltag im Pflegeheim sehr wichtig. Dies setzt voraus, dass das komplette Personal an einem Strang zieht. Fallbesprechungen eignen sich beispielsweise sehr, um das Team auf einen Wissensstand zu bringen und fördern deren Zusammenarbeit.

„Wenn ich ein Teamwork will, müssen das alle machen, denn so können wir mehr erreichen und logischerweise beobachten. Und das ist eine Struktur, das ist ein Prozess, Dinge in die bewusste Wahrnehmung zu führen. Das macht unglaubliche, eine wahnsinnige Qualität“ (Interview 5, 220-222).

Auch das Bilden von speziell zuständigen Teams führt zu einer hohen Qualität. Als Beispiele werden Bewegungsgruppen und Dementenbetreuung genannt. Beispielsweise zeichnet sich ein Dementenbetreuungsteam dadurch aus, dass sie Verhaltensempfehlungen geben können worauf bei dem/der Bewohner/in geachtet werden sollte und was eine beruhigende Wirkung hat. Weiters kann ein

Bewegungsgruppenteam Maßnahmen für BewohnerInnen planen, die zu Stürzen neigen und analysieren, warum der/die Bewohner/in öfters stürzt.

„Es braucht dringend Zuständigkeiten im Team. Die müssen ganz genau wissen, warum sie welche Maßnahme planen und immer auf dem neuesten Stand sein. Sie müssen sich weiterbilden, fortbilden, und da brauche ich einfach ein Team, dass das macht“ (Interview 6, 158-160).

Wie eingangs bereits erwähnt wurde, ist das Zusammenstellen von Teams oder Gruppen mit speziellem Fokus für Führungskräfte ein wichtiger Aspekt einer hohen Ergebnisqualität. Hierunter kann auch die Erweiterung der Führungsebene verstanden werden, gleichzeitig wird auch die Bedeutung des Grade- und Skillmix bzw. Qualifikationsmix betont. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden die Möglichkeiten von Führungskräften zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität dargestellt.

10.2 Welche Möglichkeiten und Grenzen in der Beeinflussung von Ergebnisqualität in Pflegeheimen sehen Führungskräfte?

10.2.1 Organisationsbezogene Möglichkeiten und Grenzen

Die Vernetzung von Management und Führung ist ein weiterer, wesentlicher Bestandteil bei der Erreichung einer hohen Ergebnisqualität. Offenheit im Umgang mit Fehlern und eine Kultur der übergreifenden Problemanalyse durch Einbeziehung aller Beteiligten und einer gemeinsamer Lösungsfindung, kann die Qualität steigern. Es ist eine Möglichkeit, Probleme in der Struktur oder im Prozess aufzudecken, vor allem aber da anzusetzen, wo Bedarf ist. Weiters sind auch Schulungen zur Verwendung von Produkten sowie deren gezielter Einsatz für Führungskräfte entscheidend, um eine hohe Ergebnisqualität zu erreichen.

„Sie [Personal] müssen wissen warum welches Produkt angewendet wird. Sie müssen wissen, dass bei Symptom x das teurere Produkt viel optimaler ist - das ist

dann Qualität. Im Schnitt liegen wir zwar gleich [finanziell], aber das Ergebnis ist dann viel besser“ (Interview 5, 272-274).

„Wir müssen wissen, wo wir stehen. Wer hat ein Defizit und an was liegt es. Ich denke, ein gut durchdachtes Management macht sehr viel aus“ (Interview 2, 312-313).

„Wir brauchen ein gutes Qualitätsmanagement, unbedingt. Wir brauchen gut gesteuerte Entwicklungsprozesse“ (Interview 4, 91-92).

Zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität braucht es optimierte Arbeitsprozesse und Arbeitswege, denn diese haben Einfluss auf die zeitlichen Ressourcen des Pflegepersonals. Grenzen setzen hier im Speziellen die räumlichen Strukturen des Pflegeheimes.

„Distanzen, Arbeitswege sind entscheidend wie du pflegst. Auch die Nasszelle mit ihrer Anordnung, z. B. Waschbecken, Toilette, das hat einen massiven Einfluss darauf wie die Bewohner gepflegt werden können“ (Interview 1, 213-215).

„Ein einschränkender Faktor ist sicher die Hausstruktur. Die kann vieles erschweren, gerade bei der Aufbewahrungsmöglichkeit von Pflegehilfsmitteln, oder wo keine Lagerungsmöglichkeiten sind. Da brauch’ ich dann zusätzliche Zeitressourcen die man strukturell versehen muss“ (Interview 1, 323-325).

Auch für die Betreuung von BewohnerInnen mit Demenz und/oder Weglauftendenz haben die Strukturen eines Pflegeheimes hohe Relevanz.

„Wenn ich in alle Richtungen Türen habe oder ein Stiegenhaus, muss ich gewisse Leute am Verlassen hindern. Aber wenn ich das so gestalte, dass sie z.B. die Türe oder den Lift nicht direkt im Blickfeld haben, ist das schon einfacher. Da kommt dann der Krankheitsdrang ins Spiel. Aber wenn sie die Türe nicht als Türe erkennen, dann kommt es gar nicht so weit. Es ist also auch baulich bedingt“ (Interview 3, 104-107).

10.2.2 Personelle Möglichkeiten

Für die Führungskräfte ist es wichtig, dem Personal Wertschätzung zu vermitteln. Weiters, dass sich das Personal an den Prozessen und Abläufen orientiert, die im Pflegealltag reibungslos funktionieren. Den Führungskräften zufolge, soll die positive Orientierung die MitarbeiterInnen motivieren.

„Ich finde es schlimm jeden Tag abzuarbeiten nur damit man's erledigt hat. Ich denke, ich habe hier einfach mit Menschen zu tun, da sollte es nicht so sein. Es ist ein sehr herausfordernder, ein sehr belastender Beruf. Das muss man auch sagen. Meinem Personal Anerkennung zu vermitteln, ist mir sehr wichtig“ (Interview 6, 323-325).

„Für mich ist es wichtig, auf das zu schauen, was gut funktioniert. Und das auch an die Mitarbeiter zu vermitteln. Ich sehe, das ist schon sehr förderlich für alle, wenn man da nicht so im Negativen hängen bleibt“ (Interview 4, 134-136).

Bezüglich der Qualität im Umgang mit BewohnerInnen haben sich Fallbesprechungen als äußerst nützlich herausgestellt. Das Personal wird sich dadurch bewusst, mit welchen Menschen sie es zu tun haben, was sie benötigen und über welche Ressourcen die BewohnerInnen noch verfügen.

„Gerade Fallbesprechungen und Teamsitzungen sind ganz wichtig. Wenn die gut geführt sind, wenn man da eine hohe Wertschätzung auf die Bewohner legt, das sensibilisiert die Mitarbeiter in ihrem Tun, in ihrem Handeln“ (Interview 1, 298-300).

Ein entscheidender Aspekt bei der Erreichung einer hohen Ergebnisqualität sind die Fort- und Weiterbildungen des Personals. Dies beruht einerseits auf Ressourcenbereitstellung durch den Träger, andererseits auch auf personellen Ressourcen, die es erlauben, MitarbeiterInnen Schulungen zu ermöglichen, so dass dadurch keine Engpässe entstehen. Wichtig ist auch, MitarbeiterInnen während oder nach den Schulungsprozessen Praxis zu bieten, denn nur dadurch, dass das Gelernte in die Tat umgesetzt werden kann, wird eine Schulung wirksam. Die Führungskräfte sind ebenso der Meinung, je mehr Fortbildungen angeboten werden, desto mehr beginnen die MitarbeiterInnen das eigene Handeln zu hinterfragen.

„Wir sind immer wieder an Fortbildungen dran, das ganze Team ist ständig in Bewegung. Denn stehen bleiben, ist das Letzte was wir dürfen“ (Interview 6, 36-37).

„Da geht es ja nicht nur um die Fortbildung, sondern auch um die Kommunikation untereinander, um den Ausgleich, um sich einfach selber auch wieder ein bisschen zentrieren zu können“ (Interview 6, 320-321).

Auch gute und ausführliche Assessments führen dazu, die MitarbeiterInnen in ihrem Handeln zu sensibilisieren. Sie erlangen dadurch Weitblick, im Speziellen wenn sie dabei begleitet werden und das Hinterfragen gefördert wird.

„Die Analyse ist sehr wichtig, das geht an die Pflegeseele. Weil man geht den Dingen zu wenig auf den Grund. Und das ist das Spannende an den Assessmentinstrumenten. Das gefällt denen [MitarbeiterInnen] natürlich, wenn sie da nicht mehr so ins Leere hineinpfelegen“ (Interview 5, 85-87).

Assessments wie auch Pflegeplanungen sind eine zeitintensive, administrative Tätigkeit, die in den meisten Fällen von diplomierten Fachkräften gemacht wird. Die Führungskräfte berichten, dass sich speziell durch den hohen Aufwand die Zeit mit dem/der Bewohner/in verringert. An den BewohnerInnen verdeutlicht sich die Ergebnisqualität beispielsweise an einer hohen Betreuungsdichte, durch ausreichend Kommunikation, deren psychosoziale Einbindung und durch die Teilnahme am sozialen Geschehen des Pflegeheimes.

„Ich glaube, Ergebnisqualität kann man generell steigern. Das ist einfach die Betreuung, also alles was Psychosoziales anbelangt, die Kommunikation und der soziale Umgang. Auch für Bettlägerige oder Hochdemente. Man muss halt' auch wissen was für sie Qualität oder Betreuungsqualität bedeutet“ (Interview 1, 454-456).

„Früher haben die Diplomierten auch gehäkelt, gebastelt, geschwätzt oder gestrickt – und das geht jetzt nicht mehr weil sie ja die ganze Planungen machen müssen“ (Interview 3, 348-349).

Ein weiterer Aspekt personeller Möglichkeiten ist die Option, sich von MitarbeiterInnen trennen zu können. Der personelle Pflegenotstand und der Mangel an diplomierten Fachkräften sind jedoch hindernde Faktoren. Dies betrifft im Speziellen Heime in abgelegenen Gebieten des Bundeslandes.

„MitarbeiterInnen, die nicht teamfähig sind, müssen weg. Sonst bringe ich nie eine Teamarbeit her. Ich muss also auch die Möglichkeit haben, Mitarbeiter zu entlassen“ (Interview 5, 329-331).

„Es ist vor allem die Nachbesetzung vom Personal. Weil einfach kein Personal auf dem Markt vorhanden ist, aber damit bin ich nicht alleine. Ich habe jetzt ständig Leasingpersonal beschäftigt, weil sich einfach kein diplomiertes Personal findet“ (Interview 3, 496-498).

10.2.3 Aufrechterhaltung der Autonomie der BewohnerInnen

Im Zusammenhang mit der Erreichung einer hohen Ergebnisqualität, nannten die Führungskräfte häufig die Autonomie der BewohnerInnen, die gleichzeitig in enger Verbindung mit dem Schutz der BewohnerInnen zu sehen ist. Als Beispiel hierfür wird die Lagerung von BewohnerInnen in der Terminalphase genannt, die zuvor den Wunsch nach Ruhe äußerten. Um die Entstehung eines Dekubitus zu verhindern, müssen die BewohnerInnen aber von Zeit zu Zeit umgelagert werden.

„Das was dem Bewohner wirklich wichtig ist, um was es ihm in seiner Lebensqualität geht, das hat einfach Vorrang vor allem Anderen. Ich denke, da muss man einfach abwägen wie einsichtig er noch ist und seine Situation selbst beurteilen kann“ (Interview 1, 410-412).

„Ich muss als Pflegeperson etwas Gesundheitsförderndes herstellen. Das verwechselt die Pflege oft, zwischen Strukturlosigkeit und Angst sich abzugrenzen und Dinge vorzugeben und auf etwas hinzuarbeiten, ein Ziel vor Augen zu haben. Das ist das Thema, das ist Führung“ (Interview 5, 292-295).

Wichtig ist auch der Umgang mit Stürzen, denn diese sollten bei der Analyse differenziert betrachtet werden. Stürze können jedoch nie gänzlich vermieden werden, speziell bei BewohnerInnen, denen ihre Selbstständigkeit sehr wichtig ist. Eine Methode ist die Sturzfolgen zu minimieren, beispielsweise durch die Anwendung von Sturzmatten oder Sturzhosen. Aber auch Lauftrainings und Bewegungsrunden wirken präventiv.

„Es ist eben auch die Selbstständigkeit. Das ist für die BewohnerInnen enorm wichtig. Aber das musst du dann halt auch aushalten können, wenn du bei einem Bewohner vier Stürze hast“ (Interview 1, 395-397).

10.2.4 Darstellungsformen der Ergebnisqualität und Zusammenhang mit der Arbeit mit Indikatoren

Den meisten Führungskräften sind der Umgang und die Arbeit mit Indikatoren vertraut. Unterschieden wird ganz klar in Indikatoren, welche eindeutigen Aufschluss über die Verhältnisse im Pflegeheim geben, und in Indikatoren, die im Kontext zu betrachten sind und erst deren Evaluierung und Analyse Ergebnisse liefern.

„Je besser der Pflegeprozess gehört wird, involviert wird, desto besser bin ich in meinen Ergebnissen. Und auch im Erfassen von Ergebnissen. Dafür ausreichend Verständnis zu haben, ist ein hoher Anspruch“ (Interview 1, 26-29).

Die Führungskräfte sind der Meinung, dass sich Ergebnisqualität nur bedingt anhand quantitativer Ergebnisse darstellen lässt. Die BewohnerInnen müssen sicher gepflegt sein, sie sollen zum Ausdruck bringen, dass sie sich wohl fühlen. Ergebnisqualität spiegelt sich auch in der Einbindung, im Verständnis und in der Zufriedenheit von Angehörigen wider.

Ergebnisqualität zeigt sich darin, dass eine Maßnahme gesetzt wird und sich daraus ein gutes Ergebnis ablesen lässt. Sei es die Erfüllung von Wünschen der BewohnerInnen oder dass das Pflege- und Betreuungsteam sich für die Bedürfnisse der BewohnerInnen einsetzt. Ergebnisqualität ist auch das Wissen darüber, wie man jemanden erreicht, wie man mit jemandem kommuniziert.

„Ergebnisqualität ist etwas Emotionales, da gibt es keine Zahl, das ist auch nicht so greifbar. Eine Zahl ist ganz klar definiert. Ergebnisqualität kann eine Zufriedenheit sein, ein Gefühl oder etwas das ein Bewohner sagt, das was er ausstrahlt. Das ist für mich Ergebnisqualität “ (Interview 6, 8-11).

„Ergebnisqualität spiegelt sich bei jedem Bewohner individuell wider, und das zu erfassen ist eine Geschichte für sich“ (Interview 1, 454-455).

10.3 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

Ziel dieser Arbeit ist es, den Handlungsspielraum von Führungskräften bei der Erreichung einer hohen Ergebnisqualität festzustellen. Bei der Arbeit mit Indikatoren sind die Führungskräfte der Meinung, auf alle Indikatoren (Tab. 8) einwirken zu können und deren Ergebnis zu steuern. Grenzen setzen einerseits externe Faktoren wie z. B. die Zusammenarbeit mit Ärzten und einhergehenden Verordnungen, die nicht immer mit der Meinung der Führungskräfte übereinstimmen. Andererseits können auch räumliche Strukturen den Aufwand erhöhen und Arbeitszeit in Anspruch nehmen, die anderweitig gebraucht werden würde. Eine weitere Barriere stellt das Personal dar. Einerseits durch Personalmangel im Langzeitpflegebereich, aber auch der vorgegebene Personalschlüssel wurde in diesem Zusammenhang genannt. Vor allem aber limitieren mangelndes Wissen sowie fehlendes Verantwortungs- und Teambewusstsein der MitarbeiterInnen die Möglichkeiten zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität.

Ergebnisqualitätsfördernde Faktoren sind ausreichend Ressourcen für interne und externe Schulungen. Die Führungskräfte betonen den hohen Nutzen hausinterner Schulungen und Beratungen, denn das Umsetzen ist für die MitarbeiterInnen essentiell, um das neu erworbene Wissen zu verinnerlichen. Fallbesprechungen und das Bilden von Teams mit speziellen pflegerischen Schwerpunkten zählen ebenso zu ergebnisqualitätsfördernden Komponenten wie die dadurch entstehende Struktur. Zum einen bietet dies Struktur in Bezug auf die Zuständig- und Verantwortlichkeiten des Personals, zum anderen wird dadurch eine gemeinsame Führungsebene ermöglicht und unterstützt. Eine Führungskraft muss sich ihrer Kontrollfunktion

bewusst sein, gleichermaßen soll sie Aufgaben delegieren und klare Vorgaben machen können. Ebenso stellen die Führungskräfte die wertvolle Bedeutung eines gut durchdachten, wertschätzenden Managements fest.

11. Diskussion und Schlussfolgerungen

Anhand der Literaturarbeit sowie des empirischen Teils dieser Arbeit sind wichtige Erkenntnisse zum Thema Führung und Ergebnisqualität gewonnen worden. Diese unterstützen eine Diskussion und lassen Schlussfolgerungen für weitere Maßnahmen zu. Die Diskussion bezieht sich auf jene Maßnahmen, die eine Führungskraft setzen kann, aber auch auf Kennzeichen guter Führung am Beispiel des Magnetspitals (vgl. Kapitel 4.1.) und auf die indikatorengestützte Qualitätsarbeit.

11.1 Ergebnisqualitätsfördernde Aspekte

Die Untersuchung zeigte, dass fachliche Expertise im Umgang mit Indikatoren und Führungsexpertise oft sehr schwer zu vereinen sind. Speziell Führungskräften die in der Pflege mitarbeiten, fehlt oft der notwendige Abstand vom Tagesgeschehen, um die dahinter stehenden Strukturen und Prozesse ausreichend betrachten zu können und um Maßnahmen da zu setzen, wo sie von Bedarf sind. Dies betrifft auch die Sichtweise, ob die Arbeit mit Indikatoren nun als sinnvoll betrachtet wird oder nicht. Die Analyse der Ergebnisse und die daraus gezogenen Konsequenzen, Maßnahmen und Veränderungen sind für die Erreichung einer hohen Ergebnisqualität jedoch maßgebend (vgl. Leichsenring, 2010).

11.1.1 Qualitätsmerkmale der Pflegekräfte mit Führungsaufgaben

Sachkundig, stark, risikobereit ist die Führungskraft – strategisch, visionär und klar ist deren Arbeitsweise. Diese Eigenschaften werden durch die Interviewergebnisse bestätigt, weiters werden diese Fähigkeiten auch Pflegekräften mit Führungsaufgaben nach dem Magnetkonzept zugeschrieben (vgl. Wiskow, Albrecht, Pietro, 2010).

Ihr pflegerisches Wissen und die damit einhergehende Kompetenz ist wichtig, um bei pflegerischen Problemen sofort Maßnahmen ergreifen zu können. Aber auch die Aufteilung des Wissens und spezifisch geschulte Fachkräfte im Team sind für die Maßnahmensetzung entscheidend, denn eine Führungskraft hat nur begrenzten, persönlichen Kontakt mit den BewohnerInnen. Die Führungskraft ist auf MitarbeiterInnen angewiesen, die genau beobachten können und in der Lage sind, Maßnahmen zu kommunizieren bzw. einzuleiten, wenn diese erforderlich sind. Weiters sollte eine Führungskraft ihr Handeln stets verantworten können. Strategisches Vorgehen und auch das Wissen darüber, wie bei Qualitätsverbesserungen angesetzt werden kann oder muss, sind wesentliche Aspekte der Führung, die zu einer hohen Ergebnisqualität beitragen.

Qualitätsmanagement ist Führungsaufgabe, denn es ist die Führungsperson, die die Selbstreflexion der MitarbeiterInnen evoziert sowie den Willen zur Veränderung und zu Verbesserungen fördert. Schlussfolgerungen der Untersuchung sind, dass Führungskräfte Werte leben und authentisch handeln sollen. Hierzu zählen die Förderung der Teamarbeit und das Hinführen des Personals zur Entwicklung einer gemeinsamen Vision. Ein weiteres Kriterium für Magnetismus ist das autonome Handeln der MitarbeiterInnen. Dies fördert einerseits deren Initiativen und die Teamarbeit und erhöht gleichzeitig die Arbeitszufriedenheit. Eine entscheidende Führungsqualität zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität ist es also, den MitarbeiterInnen Handlungsspielraum zu geben (vgl. ICN, 2007, Martin, Frei, Suter, Fierz, Schubert, Spirig, 2010, Wild, 2010).

Das Magnetkonzept beschreibt die Organisationsstruktur als dynamisch und auf gemeinsame Entscheidungsfindungen ausgerichtet (vgl. Wiskow, Albrecht, Pietro, 2010). Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung belegen, dass ein unterstützendes und partizipationsförderndes Umfeld ist nötig, um gute Resultate zu erreichen. Die Führungsperson ist jederzeit erreichbar und vermittelt den MitarbeiterInnen deren Position und die einhergehende Verantwortung.

11.1.2 Personal und Qualität des Arbeitsumfeldes

Dass ein gesundes Arbeitsumfeld für MitarbeiterInnen wichtig ist und sich auf die Qualität der Versorgung auswirkt, belegen qualitative Forschungsarbeiten wie auch Literaturstudien (vgl. Sellgren, Ekvall, Tomson, 2008, Germain, Cummings, 2010, Abdelrazek, Skytt, Aly, El-Sabour, Ibrahim, Engström, 2010). Auch die Ergebnisse der ExpertInneninterviews bestätigen diese Anforderung.

Ein Kriterium eines gesunden Arbeitsumfeldes ist die berufliche Weiterbildung und das einhergehende Erlangen von Kompetenzen. Die Führungskräfte geben an, dass MitarbeiterInnen gefordert aber auch gefördert werden sollen. Es braucht aber auch ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Weiterbildung, Job und Auszeit. Dies betrifft vor allem die Dienstplangestaltung, denn hierbei sollte auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie geachtet werden. Die Dienstenteilung bestimmt die Freizeit der MitarbeiterInnen und ist ein wesentlicher Beitrag zur längerfristigen MitarbeiterInnenbindung und Personalzufriedenheit. Weiters erwarten auch BewohnerInnen ausgeglichenes, empathisches Personal, das sich Zeit für Gespräche nimmt und Freude an der Arbeit hat (vgl. Josat, Schubert, Schnell, Köck, 2006). Die Verweildauer des Personals bei den BewohnerInnen ist auch abhängig von der immer intensiver werdenden Erfassung ihrer Tätigkeit. Die Dokumentationspflicht wie auch ausführliche Assessments sind ein erheblicher Zeitaufwand, dies zeigt sich darin, dass sich gemeinsame Momente mit den BewohnerInnen verringern (vgl. Bundesdachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, 2008, Jenull-Schiefer, 2011). Um Frustration seitens der MitarbeiterInnen zu vermeiden, ist darauf zu achten, Kennzahlen und Informationen nicht unnötig bzw. doppelt zu erheben. Ergebnisse der vorliegenden Arbeit unterstreichen, dass der Sinn und Zweck der Erfassung von Indikatoren, aber auch von Assessments an das Personal vermittelt werden sollte. Es ist wichtig, dass MitarbeiterInnen wissen, warum welche Maßnahme getroffen wird und welche Ergebnisse sich daraus ableiten lassen (vgl. Leichsenring, 2010).

In der Ergebnisdarstellung dieser Arbeit wurde das Bilden von Teams mit speziellem fachlichen Fokus als wichtige Führungsqualität erwähnt, wie auch die Notwendigkeit, die Führungsebene zu erweitern. Eine solche Teambildung entspricht in diesem Falle auch dem Umsetzen eines Grade- und Skillmix. Dieser ist nach aktuellem Stand

noch nicht bedarfsorientiert ausgerichtet, denn es erfordert mehr Systematik in der Erfassung von Leistungsdaten, um einheitliche Strukturen entwickeln zu können (vgl. Rappold, Rottenhofer, 2010). Ein fernes Ziel ist es, auf der Basis einheitlicher Kennzahlen und Standards ein geeignetes Personalbedarfsinstrument zu entwickeln. Deshalb sind Aussagen zur Ergebnisqualität entscheidend für ein gutes, zukunftsorientiertes Personalmanagement. Nur auf dieser Basis können Rückschlüsse zu strukturellen Vorgaben für Personalausstattung bzw. zum Personalschlüssel gezogen werden (vgl. Rappold et al., 2010, Wild, 2010).

11.1.3 Versorgungsqualität und Qualitätssicherung

Qualitätsbestrebungen zielen darauf ab, den BewohnerInnen auf allen Ebenen eine hochwertige Versorgung zu bieten. Ergebnisse der Interviews verdeutlichen, dass die Führungskraft dabei ein Umfeld kreiert, das sich positiv auf die Ergebnisqualität auswirkt.

Einerseits geschieht dies durch die Einbeziehung aktueller, wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis, weiters durch die Schaffung von Möglichkeiten für das Personal, sich den BewohnerInnen zu widmen. Im Speziellen bezieht sich das auf die Förderung der Selbstständigkeit und den Fähigkeiten der einzelnen BewohnerInnen (Hobbys, Mithilfe beim Kochen, etc.). Dies entspricht der autonomen Lebensführung der BewohnerInnen sowie der individuellen Pflege und Unterstützung durch das Personal (vgl. Josat, 2006). Die Qualität der Pflege hängt auch davon ab, wie das Pflegepersonal den Bedarf einschätzt und wahrnimmt (vgl. Martin, et al., 2010). Daraus kann gefolgert werden, dass Schulungen zu Assessmentinstrumenten, im Besonderen das dadurch gelernte Einschätzen von Ressourcen und die Maßnahmensetzung, zu einer Steigerung der Qualität führen (vgl. Wild, 2010). Dies belegen auch die Ergebnisse der Interviews.

Ein Teil der Qualitätssicherung betrifft die Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen. Dadurch werden Fertigkeiten in Bezug auf Beobachtungs- und Assessmentaufgaben vermittelt und in weiterer Folge die Pflegequalität gesichert. Assessmentinstrumente aber sinnvoll einzusetzen erfordert eine hohe diagnostische Kompetenz. Dies wiederum unterstreicht die Tatsache, dass Weiterbildungen und Schulungen des Personals einen hohen Beitrag zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität leisten (vgl. Bartholomeyczik, 2007, Martin, et al., 2010, Wild, 2010).

Ein weiterer Aspekt der Versorgungsqualität betrifft, den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zufolge, die notwendige Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit, im Speziellen die mit Ärzten. In Zusammenhang mit der Ergebnisqualität werden Empfehlungen zur Entwicklung interdisziplinär definierter Indikatoren zur Qualitätsmessung gegeben (vgl. Twenhöfel, 2007, Armstrong, Laschinger, Wong, 2009, Martin et al., 2010).

Auf der Seite der externen Qualitätssicherung kann gesagt werden, dass Programme zur Verbesserung von Versorgungsqualität und Versorgungsleistungen nützlich, vor allem aber vorhanden sind. Dies untermauern sowohl die Ergebnisse des Literaturteils wie auch die der Interviews mit den Führungskräften. Auch die Qualität der Pflegeheime in Österreich kann weitgehend durch die landesbehördlichen Kontrollen als gesichert betrachtet werden (vgl. Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, 2008).

11.2 Schlussfolgerungen

Die Bedeutung indikatorengestützter Qualitätsmessungen ist steigend. Diese effiziente Leistungserfassung dient auch der Erstellung von Strukturen, die für den kommenden Bedarf an Pflegeheimplätzen äußerst wichtig sind. Nicht nur hierfür, auch für die zukünftigen Erwartungen an Pflegeheime, denn der medizinische Bedarf der BewohnerInnen wird sich erhöhen.

Um Rückschlüsse auf die Ergebnisqualität ziehen zu können, eignen sich nicht alle in der Literatur vorgefundenen ergebnisorientierten Indikatoren gleichermaßen. Mittels Kennzahlen sind immer nur Teilbereiche der Leistung darstellbar. Aussagen zur Ergebnisqualität anhand von Indikatoren zu tätigen, erfordert stets eine ausführliche Analyse. Wichtig ist dabei die Verknüpfung der Ergebnisse mit den Prozessen des Pflegealltags, denn auf diese Weise können Indikatoren die Qualitätsarbeit auch unterstützen (vgl. Leichsenring, 2010, Martin et al., 2010). Weiters kann auf der Basis von Aussagen zur Ergebnisqualität ein adäquater Grade- und Skillmix aufgebaut werden. Wobei die Voraussetzung hierfür die systematische Erfassung und Auswertung von (pflegesensitiven) Ergebniskriterien ist. Die Erhebung von Leistungen mittels Kennzahlen, pflege- sowie personalbezogen, sind eine wichtige Grundlage für das Qualitäts- und Personalmanagement, die über die

Personalzufriedenheit und MitarbeiterInnenbindung bestimmen (vgl. Rappold, Rottenhofer, 2010, Wild, 2010).

Eine hohe Ergebnisqualität anzustreben bedeutet also, sich Ziele zu setzen und diese auch umzusetzen. Es bedeutet, die Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Pflegealltag. Es bedeutet, den MitarbeiterInnen Handlungsspielraum zu geben und das Personal in herausfordernden Situationen zu begleiten. In letzter Konsequenz bedeutet es, die vorhandenen Möglichkeiten zur Erreichung einer hohen Ergebnisqualität auch zu nutzen.

Literaturverzeichnis

- Abdelrazek, F. Skytt, B. Aly, M. El-Sabour, M.A. Ibrahim, N. Engström, M. (2010). Leadership and management skills of first-line managers of elderly care and their work environment. *Journal of Nursing Management*. 18 (6). 736 - 745
- Amt der Vorarlberger Landesregierung. Abteilung Sanitätsangelegenheiten. (2010). Prüfraster der Amtssachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege zur pflegfachlichen Überprüfung im Rahmen der Aufsicht nach dem Vorarlberger Pflegeheimgesetz. Version 01.2010.
- Armstrong, K. Laschinger, H. Wong, C. (2009). Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics as Predictors of Patient Safety Climate. *Journal of Nursing Care Quality*, 24 (1). 55 - 62
- Atteslander, P. (2003). Methoden der empirischen Sozialforschung. 10. Auflage. deGruyter. Berlin.
- Baartmans, P. Geng, V. (2000). Qualität nach Maß. Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen. Hans Huber. Bern.
- Barthel. P. (2009). Qualitätssicherung in der Altenpflege. Igel. Hamburg.
- Bartholomeyczik, S. (2007). Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflege. *Pflege*. 20 (4). 211 - 217
- Bernhard, L.A. Walsh, M. (1997). Leiten und Führen in der Pflege. 1. Auflage 1997. Urban & Fischer. München.
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. BMSK. (2008). Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. [http://www.sfs-research.at/projekte/P55-Hochbetagtenbericht/hochaltrigen_bericht_ende1.pdf Stand: 02.02.2012]
- Bourgeault, I.L. Kuhlmann, E. Neiterman, E. Wrede, S. (2008). Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden – und warum? WHO Grundsatzpapier. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76423/E93413G.pdf Stand: 02.02.2012]
- Böhmer, F. Frühwald, T. (2008). Gesundheitliche Aspekte im Alter. In: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hg.). Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. 301 - 315
- Brandl, P. (2010). Optimieren und Neugestalten. Zukunftsstrategien für die mobile und stationäre Altenpflege. Linz: Wagner
- Bundesdachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs. (2010). Positionspapier: Pflege und Betreuung 2010. <http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/positionspapier%20102010.pdf> Stand: 30.05.2011]
- Castle, N.G. Ferguson, J.C. (2010). What is Nursing Home Quality and how is it measured? *The Gerontologist*. 30 (4). 426 - 442
- Connexia (2008). Handlungsrichtlinien der ARGE Heim- und Pflegeleitungen Vorarlberg zur angemessenen Pflege auf Basis des Vorarlberger Pflegeheimgesetzes.
- Connexia (2010). Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf. Bericht 2010. [<http://www.connexia.at/?content=stationaereundteilstationaereangeboteberichte> Stand: 10.01.2012]
- Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs. (2008). Positionspapier: Zukunft der Betreuung und Pflege älterer Menschen. Juli 2008.

- [<http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/positionspapier%20juli%202008.pdf> Stand: 30.01.2012]
- Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen. (2007). Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime.[http://www.dachverband.at/fileadmin/Bibliothek/_Dateien/Qualitaetsprogramm_WWPG.pdf Stand: 30.01.2012]
- Deutmeyer, M. Thiekötter, A. Hrsg. (2007). Aktuelle Entwicklungen im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Probleme – Analysen – Perspektiven. Facultas. Wien.
- DIN. Deutsches Institut für Normung. [<http://www.din.de/cmd?level=tpl-home&contextid=din> Stand: 07.03.2012]
- Donabedian, A. (1969). Quality of care: problems of measurement. II. Some issues in evaluating the quality of nursing care. American Journal of Public Health and Nations Health. 59 (10). 1833 – 1836.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly. 83 (4). 691 -729
- Doran, D. (2002). Development of the Nursing Role Effectiveness Model. [https://stti.confex.com/stti/sos13/techprogram/paper_11238.htm Stand: 04.06.2012]
- Doran, D. Harrison, M. Laschinger, H. Hirdes, J. Rukholm, E. Sidani, S. McGillis Hall, L., Tourangeau, A. (2006). Nursing-Sensitive Outcomes Data Collection in Acute Care and Long-Term-Care Settings. Nursing Research. 55 (2). 75 - 81
- Duden (2010). Onlinewörterbuch. Etymologisches Wörterbuch. [<http://www.duden.de> Stand: 06.06.2012]
- Engels, D. Pfeuffer, F. (2009). Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen. In: Schneekloth, U. Wahl, H.-U. (Hrsg.). Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Kohlhammer. Stuttgart. 222 - 287
- E-Qalin. (2009). Handbuch Österreich. Version 3.0. 2009. E-Qalin GmbH. [<http://www.e-qalin.net/> Stand: 13.7.2012]
- Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. EZWS. (2010). Verbesserungen messen: Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime [http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS_GERMAN.pdf Stand: 30.05.2011]
- Flecker, J. Mairhuber, I., Vogt, M. (2008). Forschungsbericht. Gesunde Berufswege: Konzept für die Institutionalisierung von Laufbahnoptionen in präventiver Absicht. FORBA 2008 (3). Wien.
- Gabler Wirtschaftslexikon. (2010). [<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/> Stand: 13.07.2012]
- Gebert, A.J., Kneubühler, H.-U. (2001). Qualitätsbeurteilungen und Evaluationen der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen. 1. Auflage. Hans Huber. Bern.
- Germain, P.B. Cummings, G.G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. Journal of Nursing Management. 18 (4). 425 - 439
- Hartmann-Eisele, S. (2009). Handlungskompetenz in der Altenpflege. In: Sahmel, K.H. (Hrsg.). Pflegerische Kompetenzen fördern. Pflegepädagogische Grundlagen und Konzepte. Kohlhammer. Stuttgart. 161 - 176
- Harvath, T.A. Swafford, K. Smith, K. Miller, L.L. Volpin, M. Sexson, K. White, K. Young, H.A. (2008). Enhancing Nursing Leadership in Long-Term Care: A Review of the Literature. Research in Gerontological Nursing. 1 (3). 187 - 196

- Heinzelmann, M. (2004). Das Altenheim – immer noch eine „Totale Institution“? Dissertation. Georg-August-Universität. Göttingen. [<http://webdoc.sub.gwdg.de/diss/2004/heinzelmann/> Stand: 04.02.2012]
- Helfferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. 4. Auflage. VS Verlag. Wiesbaden.
- Heusinger, J. Knoch, T. (2009). Fallstudien zur Qualität von Pflege und Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. In: Schneekloth, U. Wahl, H.-U. (Hrsg.). Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Kohlhammer. Stuttgart. 288 - 333
- Höflechner, R. (2011). Neues Kompetenzmodell der Pflege. Medical Tribune. 43 (41). 20 [<http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dsid=110384&dspaid=954985> Stand: 29.01.2012]
- Hörl, J. Kolland, F. Majce, G. (2008). Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. In: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. (Hg.) Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. 15 – 41
- ICN. (2007). Das Motto des ICN zum Internationalen Tag der Krankenpflege 2007. Arbeitsplatz Pflege: Mit Qualität arbeiten – mit Qualität pflegen. [<http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/GesPW/Berichte/0012.pdf> Stand: 30.05.2011]
- Jennings, B. Scalzi C. Rodgers, J. Keane, A. (2007). Differentiating nursing leadership and management competencies. Nursing Outlook. 55 (4). 169 – 175
- Jenull-Schiefer, B. (2011). Lebens- und Arbeitsort Pflegeheim. Teil 1. Lebenswelt Heim. 49/2011. 24 – 26 [<http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/lwh%2049-lebens-%20und%20arbeitsort.pdf> Stand: 7.06.2012]
- Josat, S. Schubert, H.-J. Schnell, M.W. Köck, C. (2006). Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind. Pflege 19 (2). 79 - 87
- Kozon, V. Schlick, M. Dorfmeister, M. Tomaschik, M. (2007). Langzeitpflege (k)eine Herausforderung?!. Forschungs- und Entwicklungsbericht. ÖGVP. Wien.
- Krajic, K. Schmidt, C. Christ, R. (2010). Gesundheitsförderung in der Long Term Care in Österreich: Eine Status quo Analyse. SV Soziale Sicherheit. März/2010. 142 - 148
- Landes-Rechnungshof Vorarlberg (2008). Prüfbericht über Vorarlberger Pflegeheime. [[http://suche.vorarlberg.at/vlr/vlr_gov.nsf/0/F83590E236F3B975C125747900304D0D/\\$FILE/832008.pdf](http://suche.vorarlberg.at/vlr/vlr_gov.nsf/0/F83590E236F3B975C125747900304D0D/$FILE/832008.pdf) Stand: 29.01.2012]
- Lebenswelt Heim (2011). Im Gespräch mit ExpertInnen aus den Alten- und Pflegeheimen. 40/2011. 5-7 [<http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/lwh%2049-expertinnen.pdf> Stand: 29.01.2012]
- Leichsenring, K. (2010). Qualität in der Langzeitpflege – Ansätze und Instrumente aus Europa. In: Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft – Herausforderungen und Chancen. Dokumentation der Jahreskonferenz 2010. 95-105. [<http://www.oeksa.at/files/publikationen/broschuereLangzeitpflege.pdf#page=95> Stand: 06.06.2012]
- Leichsenring, K. (2011). Langzeitpflege im europäischen Vergleich – Wer ist zuständig und wer trägt die Verantwortung. 61. Österreichischer Städtetag. [http://www.staedtebund.gv.at/fileadmin/USERDATA/staedtetag/2011/tagungsunterlagen/AK_I_II_Leichsenring.pdf Stand: 15.02.2012]
- Lingenhel, D. (2007). Die Versorgung von unheilbar kranken PatientInnen in Pflegeheimen in Österreich. In: Deutmeyer, M. Thiekötter, A. (Hrsg.). Aktuelle Entwicklungen im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Probleme – Analysen – Perspektiven. Facultas. Wien. S. 12 – 40

- Martin, J. Frei, I. Hofman, F. Fierz, K. Schubert, M. Spirig, R. (2010). Evaluation der Pflege- und Führungskompetenz – eine Ausgangslage für die weitere Praxisentwicklung. *Pflege*. 23 (3). Hans Huber. Bern.
- Mayer, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. UTB. Facultas. Wien.
- Mayring, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. 10. Auflage. Beltz. Weinheim.
- Moers, M. Schiemann, D. (2004). Expertenstandards in der Pflege. *Pflege & Gesellschaft*. 9 (30). 75 - 78
- Möller, J. Zierers, G. (2010). Zur Transparenz der Qualität von Pflegeeinrichtungen, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. 15 (1). 39 – 44
- Murphy, L. (2005). Transformational leadership: a cascading chain reaction. *Journal of Nursing Management*. 13 (2). 128-136
- Nolting, H.D. Grabbe, Y. Genz, H.O. Kordt, M. (2006). Beschäftigtenfluktuation bei Pflegenden: Ein Vergleich der Bedeutung von arbeitsbedingtem Stress, organisationalen und individuellen Faktoren für die Absicht zum Berufswechsel und zum innerberuflichen Arbeitsplatzwechsel. *Pflege* 19 (2). 108-115
- Rappold, E. Rottenhofer, I. (2010). Gesellschaftlicher Wandel als Chance für die Weiterentwicklung der Berufsprofile im Feld Betreuung und Pflege. In: ÖKSA. Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft. Dokumentation d. Jahreskonferenz. Innsbruck. 57-73 [<http://www.oeksa.at/files/publikationen/broschuereLangzeitpflege.pdf> Stand: 7.06.2012]
- Ruppi-Lang, G. Hauska, E. (2009). Lebensqualität & Konflikte. Möglichkeiten zur Konfliktbewältigung. In: *Lebenswelt Heim*. 42/2009. 16 – 17
- Rischanek, U. (2008). Lebensformen und Wohnsituation der Hochbetagten in Österreich. In: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. (Hg.) *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme*. 75 - 92
- Sahmel, K.H. Hrsg. (2009). *Pflegerische Kompetenzen fördern. Pflegepädagogische Grundlagen und Konzepte*. Kohlhammer. Stuttgart.
- Schneekloth, U. von Törne, Ingolf (2009). Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U. Wahl, H.-U. Hrsg. *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen*. Kohlhammer. Stuttgart. 43 - 157
- Schneekloth, U. Wahl, H.-U. Hrsg. (2009). *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen*. Kohlhammer. Stuttgart.
- Schmid, M. Wolf, I. Geerts, A. Krauchthaler, M. (2010). Wie lässt sich durch die Klärung des Skill- und Grademix die Leadership-Kultur einer Organisation fördern? *Pflegewissenschaft*. 12 (05). 288 - 291
- Schreuder, J.A.H. Roelen, C. Zweeden, .N. Jongsma, D. Klink, J. Groothoff, J. (2011). Leadership styles of nurse managers and registered sickness absence among their nursing staff. *Health Care Manage Review*. 36 (1). 58 - 66
- Sellgren-Fransson, S. Ekvall, G. Tomson, G. (2008). Leadership behaviour of nurse managers in relation to job satisfaction and work climate. *Journal of Nursing Management*. 16 (5). 578-587
- Statistik Austria. (2010). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009*. Statistik Austria. Wien.

- Stigler, H. Felbinger, G. (2005). Der Interviewleitfaden im qualitativen Interview. In: Stigler, H. Reicher, H. (Hrsg). Praxisbuch Empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften. Studienverlag. Innsbruck.
- Sidani, S. Doran, D. Mitchell, P. (2004). A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*. (36)1. 60-65
- Simsa, R. (2004). Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen sozialen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen. Forschungsergebnisse und Ansatzpunkte für Personalmanagement und Politik. *WISO*. 27 Jg. Nr. 2. [http://www.zukunft-pflegen.info/uploads/tx_frpsimpledownloads/SIMSA_Wiso.pdf Stand: 25.01.2012]
- Twenhöfel, R. (2007). Die Altenpflege im Zugriff der Disziplinen. Paradoxien und Perspektiven. *Pflege & Gesellschaft*. 12 (3). 210 – 226
- Vorarlberger Pflegeheimgesetz. (2010). [<http://www.pflegerecht.at/Druck/Versionen-Organisationsrecht/Druckversionen-Pflegeheime/Druckversionen-Vorarlberg/Druckversion-Vorarlberger-Pflegeheimgesetz.pdf> Stand: 04.02.2012]
- Wong, C. Laschinger, H.K. Cummings, G. (2010). Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. *Journal of Nursing Management*. 18 (8). 889 - 900
- World Health Organization. (2004). A glossary of terms for community health care and the services for older persons. [http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf Stand: 19.02.2012]
- Wild, M. (2010). Qualität in der Langzeitpflege – Wer ist zuständig und wer sollte verantwortlich sein? Ansätze und Instrumente aus Europa. Zusammenfassung der Moderatorin. In: Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft – Herausforderungen und Chancen. Dokumentation der Jahreskonferenz 2010. 106 - 108.
- Wingenfeld, K. Kleina, T. Franz, S. Engels, D. Mehlan, S. Engel, H. (2011). Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Universität Bielefeld. Institut für Pflegewissenschaften. Köln. [http://www.careum-explorer.ch/careum/pub/EQ_Bericht_fin_2119_1.pdf Stand: 30.05.2011]
- Wiskow, C. Albrecht, T. Pietro de, C. (2010). Wie lässt sich ein attraktives und unterstützendes Arbeitsumfeld für Fachkräfte des Gesundheitswesens schaffen? WHO Grundsatzpapier. Kopenhagen. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/124550/e94293G.pdf Stand: 30.05.2011]
- Zimbardo, P. Gerrig, R. (2004). *Psychologie*. 16. aktualisierte Auflage. Pearson. München.

Anhang

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen:

Abb. 1: Verbindungen zwischen Arbeitsumfeld und Qualität der Versorgung

Abb. 2: Nursing Role Effectiveness Model

Abb. 3: Outcome-influence by five categories

Abb. 4: Verantwortungsbereich der Führungskräfte

Tabellen:

Tab. 1: Struktur-, Prozess-, Ergebnisebene

Tab. 2: Auszug Kennzahlenerfassung

Tab. 3: Qualitätsaspekte zu Ergebnissen nach Prüfraster Vorarlberg

Tab. 4: Ergebnisorientierte Indikatoren nach Wingenfeld et al. 2011

Tab. 5: Bereiche nach Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und
Sozialforschung, 2010

Tab. 6: Indikatoren aus dem Bereich Führung nach Europäisches Zentrum für
Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010, S. 93 – 109

Tab. 7: Zusammenführung: Ergebnisbeeinflussende Qualitätsaspekte

Tab. 8: Indikatoren nach Häufigkeit der Nennung

Interviewleitfaden

Themenblock 1: Ergebnisqualität und Abbildung anhand Ergebnisorientierter Indikatoren

1. Was ist für Sie Ergebnisqualität im Pflegeheim?
 - auf welchen Ebenen wird Ergebnisqualität beeinflusst?
 - Welche Faktoren begünstigen eine hohe Ergebnisqualität?
 - Wer ist an der Erreichung einer hohen Ergebnisqualität beteiligt?
2. Welche Indikatoren würden Sie als besonders aussagekräftig für die Ergebnisqualität benennen?
 - Welche Indikatoren der Indikatorenliste werden mit Ergebnisqualität in Verbindung gebracht?
 - Welche Indikatoren der Liste sind besonders aussagekräftig?
 - Wie kann auf die genannten Indikatoren Einfluss genommen werden?
3. Wie wird erkannt, dass die angestrebte Qualität der einzelnen Indikatoren erreicht wurde?
 - Welche Darstellungsformen haben die pflegerischen Ergebnisse?
 - Würden Sie die Indikatorenliste ergänzen?

Themenblock 2: Rolle der Führung bei der Erreichung einer hohen Ergebnisqualität
--

4. Welche ergebnisorientierten Indikatoren liegen im Rahmen ihres Handlungsspielraums?
 - Wodurch sind die genannten Indikatoren steuerbar?
 - Welche Verantwortung übernimmt dabei das Personal?
5. Welche Rolle hat Ihrer Meinung nach die Führungskraft bei der Erreichung einer hohen Ergebnisqualität?
 - Welche Führungsqualitäten sind notwendig?
 - Welche Rolle wird den MitarbeiterInnen/dem Team zugeschrieben?
6. Welche Rolle hat das Personal bei der Erreichung einer hohen Ergebnisqualität?
 - Wird das Handeln der MitarbeiterInnen durch die Vorgabe von Indikatoren gesteuert?
 - Wenn ja, können Sie dies an einem Beispiel festmachen?

Themenblock 3: Möglichkeiten und Grenzen der Beeinflussung von Ergebnisqualität
--

7. Gibt es aus ihrer Sicht ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren die nicht steuerbar sind?
 - Können Sie Gründe dafür nennen?
8. Was sind die Grenzen Ihrer Einflussnahme auf ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren?
 - Gibt es anderweitige Möglichkeiten
 - Sehen Sie Handlungsbedarf bezogen auf die Arbeit mit Indikatoren?
9. Gibt es Ihrer Meinung nach Möglichkeiten die Ergebnisqualität eines Heimes zu steigern bzw. zu verbessern?
 - Wo kann Ihrer Meinung nach angesetzt werden um die Ergebnisqualität zu steigern?
 - Wer ist daran beteiligt?

Indikatorenliste

- | | |
|---|--|
| 1. Dekubitus | 21. Kontrolle Hör- und Sehfähigkeit/
Gesundheitscheck durch Arzt |
| 2. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen | 22. Zahnstatus |
| 3. Schmerz | 23. Krankenhausaufenthalte |
| 4. Sturz (-häufigkeit) | 24. Harnwegsinfekte |
| 5. Depressive Symptome | 25. Tod (Krankenhaus) |
| 6. Herausforderndes Verhalten | 26. Mortalität |
| 7. Harninkontinenz | 27. Stuhlinkontinenz |
| 8. Kontrakturen | 28. Symptomstatus |
| 9. Medikamentenverabreichung | 29. Grippeimpfungen |
| 10. Polypharmazie | 30. Chronische Wunden u.
Frakturen/Verletzungen |
| 11. Delir | 31. Langzeitkatheter (14 Tage) |
| 12. Veränderung der kognitiven Fähigkeiten | 32. Thrombose |
| 13. Gerontopsychiatrische Diagnose | 33. Bettlägerige BewohnerInnen |
| 14. Einschätzung von
Verhaltensauffälligkeiten | 34. Zufriedenheit mit der Pflege
(BewohnerInnen-Befragung) |
| 15. Psychopharmakaeinsatz | 35. Mobilitätserfassung |
| 16. Nosokomiale Infektion | 36. Selbstständigkeitsverbesserung/-erhaltung
bei Alltagsverrichtungen |
| 17. Intertrigo | 37. Selbstständigkeitsverbesserung/-erhaltung
bei Gestaltung d. Alltagsleben und
sozialer Kontakte |
| 18. Ernährung/ Flüssigkeit | 38. Integrationsgespräch bei Aufnahme |
| 19. Sondennahrung/Enterale Ernährung
(PEG-Sonde) | |
| 20. (relativer) Gewichtsverlust | |

Lebenslauf

Name: Elisabeth Martinek
Geburtsdatum: 26.10.1984, Hohenems, Vorarlberg
Staatsangehörigkeit: Österreich

Ausbildung:

1990 Volksschule Hohenems Herrenried
1994 BR Gymnasium Dornbirn Stadt, sprachlicher Zweig
2000 BORG Götzis, bildnerischer Zweig
2005 Matura
2006 Ausbildung zur Kerzenzieherin
2006 Studium der Pflegewissenschaften, Universität Wien
2008 Besuch einiger Lehrveranstaltungen im Rahmen des Studiums Volkswirtschaftslehre

Berufserfahrung:

2007 – 2008 Mitarbeit im Verein Jung&Alt, Wien
2008 - 2009 Mitarbeit im Ambulatorium Helia, Ambulanz für physikalische Medizin, Wien
2010 Durchführung einer Zufriedenheitserhebung in Pflegeheimen (MitarbeitInnen, BewohnerInnen, Angehörige, Ehrenamtliche) Benevit, Vorarlberg
2010 – 2011 Qualitätsmanagement, Benevit Pflegemanagement, Vorarlberg
2011 Durchführung einer schriftlichen Erhebung zum Thema Raumbedarfsplanung, Gemeinde Schwarzach, Vorarlberg
2012 – jetzt Mitarbeit bei Martinek Messtechnik GmbH, Vorarlberg

Wien, Februar 2013