



Verbesserung messen

Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime



PROGRESS
The EU programme for
employment and social
solidarity 2007-2013

'Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People' is co-financed by the European Commission in the framework of the PROGRESS Programme of DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities

AutorInnen und ProjektpartnerInnen

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (Koordinator)	Wien Österreich	Frédérique Hoffmann Flip Maas Ricardo Rodrigues
E-Qalin GmbH	Bad Schallerbach Österreich	Adelheid Bruckmüller Simon Gross Andreas Kattnigg Kai Leichsenring Wilfried Schlüter Heidmarie Staflinger
Technische Universität Dortmund Forschungsgesellschaft für Gerontologie	Dortmund Deutschland	Eckart Schnabel
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)	Essen Deutschland	Uwe Brucker
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen	Düsseldorf Deutschland	Andreas Burkert Hans Braun Daniela Grobe
City University	London Vereinigtes Königreich	Julienne Meyer
Vilans Knowledge Centre for Long-Term Care	Utrecht Niederlande	Mirella Minkman Ruth Pel Sabina Mak

Übersetzung, Layout und Lektorat

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung	Wien Österreich	Katrin Gasior Willem Stamatiou
--	--------------------	-----------------------------------

Dieses Handbuch ist ausdrücklich dazu bestimmt, vervielfältigt und in jeglicher Form weiter verbreitet zu werden. Weitere Exemplare können angefordert werden bei:

Willem Stamatiou
stamatiou@euro.centre.org

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung
Berggasse 17, A-1090 Wien, Österreich



EUROPEAN CENTRE FOR SOCIAL WELFARE POLICY AND RESEARCH
AFFILIATED TO THE UNITED NATIONS

EUROPÄISCHES ZENTRUM FÜR WOHLFAHRTSPOLITIK UND SOZIALFORSCHUNG
IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEN VERBUNDENEN NATIONEN

CENTRE EUROPÉEN DE RECHERCHE EN POLITIQUE SOCIALE
AFFILIÉ AUX NATIONS UNIES

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Dieses Handbuch wendet sich an jene Personengruppen, die in und mit Alten- und Pflegeheimen arbeiten und leben – HeimleiterInnen, MitarbeiterInnen, BewohnerInnen und Angehörige, aber auch politische Entscheidungs- und Kostenträger.

Es enthält einen Katalog von 94 ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren und vermittelt Hinweise und Instrumente zu deren Anwendung. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie Alten- und Pflegeheime durch die Arbeit mit ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren in den Bereichen Lebensqualität, Pflegequalität, Führung, Wirtschaftlichkeit sowie in den Beziehungen zum sozialen Umfeld Verbesserung messen und steuern können.

Das Handbuch ist in drei Sprachen erhältlich: Englisch, Deutsch und Niederländisch. Es ist ein Ergebnis des Projekts 'Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People', welches – ko-finanziert durch die Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit – im Rahmen des Programmes PROGRESS entstanden ist.



Vorwort

Dieses Handbuch ist das Ergebnis des EU-Projekts "Qualitätsmanagement durch ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren", welches von der Europäischen Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit, im Rahmen des Programms PROGRESS finanziell unterstützt wurde. Das Projekt wurde vom Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (Österreich) koordiniert und gemeinsam mit Partnerorganisationen aus Deutschland (Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund; Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen; Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen – MDS), den Niederlanden (Vilans) und England (City University London) sowie der E-Qalin GmbH durchgeführt, die wiederum Partner aus Österreich, Deutschland, Italien, Luxemburg und Slowenien repräsentiert.

Unser besonderer Dank gilt den mehr als 100 ExpertInnen und KollegInnen aus der Praxis, die sich an der vom niederländischen Partner Vilans durchgeführten Delphi-Studie und/oder an den von der E-Qalin GmbH organisierten Validierungs-Workshops beteiligten. Ihre Beiträge und Kommentare waren von fundamentaler Bedeutung für die Erweiterung unseres Wissens und die Verbesserung des anfänglichen Indikatorenkatalogs.

Dankbar sind wir auch jenen KollegInnen, die als VertreterInnen der Delphi-ExpertInnen bzw. der E-Qalin Validierungs-Workshops im Juni 2010 am Projektmeeting in London teilnahmen und uns wertvolle Hinweise und Antworten auf offene Fragen geben konnten – Susan Blasko (Westfälische Hochschule Zwickau, Fakultät für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Deutschland), Rehka Elawarapu (Care Quality Commission, England), Simon Gross (RBS – Center for Ageing, Luxemburg), Nadine Hastert (Servior, Luxemburg), Bernd Marin (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Österreich), Inge Rasser (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Niederlande) und Christine Wondrak-Dreitler (SeneCura Sozialzentrum Purkersdorf, Österreich).

Schließlich gebührt unser Dank den KollegInnen am Europäischen Zentrum, die meist im Hintergrund zum Gelingen des Projekts und dieses Handbuchs beigetragen haben: Katrin Gasior für ihre geduldige Unterstützung bei der Entwicklung von Design und Layout; Andrea Hovenier für die effiziente Organisation der Projektmeetings in Wien, Utrecht, Dortmund und London; und Willem Stamatiou für die Übersetzung aus dem Englischen und die professionelle Sorgfalt bei der Durchsicht der unterschiedlichen Versionen des Handbuchs.

Wien, im Oktober 2010

Inhalt

1 Einführung		3
Ausgangspunkte	4	
Methodik und Definitionen	6	
2 Mit Kennzahlen arbeiten – Funktionen und Praxis in Alten- und Pflegeheimen		9
Einleitung	11	
Planung	11	
Kontrolle	11	
Steuerungs- und Verbesserungsprozesse	12	
Kennzahlen in der Praxis von Alten- und Pflegeheimen	12	
Erfahrungen	14	
Empfehlungen	15	
3 Herausforderungen der Messung von Lebensqualität in Alten- und Pflegeheimen		17
Einleitung	17	
Das Konzept der Lebensqualität	18	
Forschung zur Lebensqualität in Alten- und Pflegeheimen	19	
Zusammenfassung der Diskussion	23	
Indikatoren der Lebensqualität – methodische		
Herausforderungen und potenzielle Lösungen	24	
Messung der Lebensqualität in Pflegeheimen	25	
Ergebnisse interpretieren	26	
Schlussfolgerungen	27	
4 Katalog der Indikatoren und Kennzahlen		29
Bereich 1: Pflegequalität	30	
Bereich 2: Lebensqualität	48	
Bereich 3: Führung	92	
Bereich 4: Wirtschaftlichkeit	110	
Bereich 5: Kontext	115	
Literatur		119

1 Einführung

Die steigende Zahl älterer Menschen mit Pflegebedarf verlangt nach strukturellen Veränderungen in der Langzeitpflege, die sich in den letzten Jahren stetig in Richtung eines eigenständigen Bereichs sozialer Sicherung an der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitssystem entwickelt hat. Eine Strategie, um den Anstieg der Nachfrage und in der Folge auch des Angebots an Dienstleistungen zu steuern, bestand in fast allen Ländern Europas darin, Effizienz und Effektivität bei der Erbringung von Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitsbereich zu erhöhen: im Rahmen "neuer Steuerungsmodelle" wurden Märkte geöffnet und Angebote durch öffentliche Ausschreibungen erweitert; neue und zusätzliche Anbieter (gemeinnützig und kommerziell) traten auf und die Kaufkraft der NutzerInnen wurde durch die Einführung von Pflegegeld und Pflegeversicherung erhöht. Um allen Anbietern auf diesem "Quasi-Markt" gleiche Wettbewerbsbedingungen zu bieten und die Orientierung an den Bedürfnissen der NutzerInnen zu gewährleisten, bedarf es erhöhter Transparenz und Kontrolle.

Diese veränderten Rahmenbedingungen sind wesentliche Einflussfaktoren für die verpflichtende oder auch freiwillige Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen und die Suche nach verbesserten Methoden der externen Qualitätssicherung:

- Öffentliche Kostenträger müssen wissen, welche Dienstleistungen sie finanzieren und welchen Anbietern sie vertrauen können. Mehr Transparenz, klare Definitionen der gewünschten Leistung und entsprechende Maßnahmen der Qualitätssicherung, wenn möglich auf Basis einvernehmlich verabschiedeter Indikatoren, werden somit zu Grundvoraussetzungen für die Steuerung in diesem Bereich – mit dem allgemeinen Ziel, die Ergebnisse besser auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen abzustimmen.
- Auch die NutzerInnen, deren Angehörige und andere Partner von Alten- und Pflegeheimen sind verstärkt auf der Suche nach neuen Wegen der Beurteilung, des Vergleichs, der Kontrolle und der Verbesserung von Qualität in diesem Sektor.
- Betreiber von Alten- und Pflegeheimen müssen daher in Bezug auf Qualität und Transparenz sowohl auf die sich verändernden politischen Rahmenbedingungen als auch auf die sich wandelnden Erwartungen von BewohnerInnen und deren Familien reagieren. Strategien zur Behebung bestehender Schwächen beinhalten Bemühungen um mehr Transparenz, die Einbeziehung der Öffentlichkeit sowie die Verbesserung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Organisation der Betreuung.

Die Themen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Langzeitpflege und -betreuung haben auch auf Ebene der Europäischen Union steigende Aufmerksamkeit erreicht. Vor dem Hintergrund der Modernisierungsdebatte über soziale Dienste von allgemeinem Interesse und im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung im Bereich sozialer Sicherung wurde zuletzt auch der Wunsch nach einer EU-weiten Sicherung der Qualität von Sozialdienstleistungen laut. Das Projekt "Qualitätsmanagement durch ergebnisorientierte Indikatoren – auf dem Weg zum Leistungsvergleich von Alten- und Pflegeheimen" im Rahmen des Programms PROGRESS entspringt nicht zuletzt diesem Interesse der EU, "dass Maßnahmen zur Förderung der Qualität von Dienstleistungen im sozialen Bereich systematischer unterstützt werden müssen" (EU Kommission, 2007: 16).

Seit etwa 20 Jahren wurden von unterschiedlichen Akteuren in vielen Mitgliedstaaten neue Modelle der Qualitätsentwicklung im Bereich der Langzeitpflege entwickelt. Die Komplexität der Dienstleistungen sowie ihre Abhängigkeit von kulturellen und politischen Rahmenbedingungen haben jedoch ganz unterschiedliche Zugänge und Konzepte entstehen lassen, wobei z.B. im Rahmen von neuen Akkreditierungsrichtlinien oder auch bei der Definition so genannter "Expertenstandards" meist Fragen der Struktur- und Prozessqualität im Vordergrund standen. Das Interesse an ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren gewann erst in den letzten Jahren an Bedeutung. Neben Fragen der Gewichtung unterschiedlicher Ergebnisaspekte geht es nun vornehmlich auch darum, mittels welcher Methoden theoretische Ansätze in die Praxis übersetzt werden können.

Das Projekt "Qualitätsmanagement durch ergebnisorientierte Indikatoren" hat sich daher zum Ziel gesetzt, ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren auf Basis eines Austauschs von Erfahrungen in ausgewählten Mitgliedstaaten zu sichten, auszuwählen und zu validieren. Dabei sollten neben der Pflegequalität vor allem Indikatoren mit Bezug auf Lebensqualität im Vordergrund stehen. Zur Definition, Messung und Evaluierung von Qualität in Alten- und Pflegeheimen gehören aber auch die Bereiche Wirtschaftlichkeit, Führung und sozialer Kontext. Darüber hinaus bestand ein Ziel darin, Erfahrungen zu gewinnen durch den Austausch von Methoden, wie ergebnisorientierte Indikatoren (Kennzahlen) in Alten- und Pflegeheimen angewendet bzw. wie verantwortliche MitarbeiterInnen in der Arbeit mit Kennzahlen unterstützt und trainiert werden können.

Das Projekt wurde vom Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (Wien) koordiniert und in Zusammenarbeit mit den Partnern aus Deutschland (Universität Dortmund, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen – MDS, MAGS Nordrhein-Westfalen), den Niederlanden (Vilans) und England (City University London) sowie der E-Qalin GmbH durchgeführt, die wiederum Partner aus Österreich, Deutschland, Italien, Luxemburg und Slowenien repräsentiert.

Ausgangspunkte

Neben Indikatoren aus der Fachliteratur dienten folgende QM-Systeme sowie Richtlinien und Mindeststandards als Ausgangspunkte bei der Suche nach geeigneten, ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren:

- Die **Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege** wurden unter der Trägerschaft des Diakonischen Werks Westfalen e.V. und mit Unterstützung durch die Spitzenverbände der Pflegekassen, das Bundesministerium für Gesundheit und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen finanziert. Die Konzeptentwicklung und fachliche Begleitung erfolgte durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), die Evaluation durch das Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (IfG). Hauptprodukt ist ein Handbuch zur Definition und Implementierung von Qualitätsmaßstäben für die wesentlichen Prozesse in Alten- und Pflegeheimen, wobei Nutzerorientierung, Transparenz und Übertragbarkeit sowie Bereitschaft für Veränderung im Mittelpunkt stehen.
- Die Niederländischen **Qualitätsrichtlinien für Verantwortungsvolle Pflege** wurden gemeinsam mit Dachverbänden von Trägern, NutzerInnen und Aufsichtsbehörden im Gesundheits- und Langzeitpflegebereich entwickelt, wobei international anerkannte Ergebnisindikatoren

berücksichtigt wurden. Die Richtlinien wurden während der letzten Jahre in allen Einrichtungen und Diensten der Langzeitpflege eingeführt und dienen als Basis für die Heimaufsicht sowie für den seit 2008 verpflichtenden Jahresbericht aller Einrichtungen zur Sozialbilanz. Die Indikatoren dienen auch der kontinuierlichen Weiterentwicklung und sind verpflichtende Vertragsbestandteile für die Erbringer von Dienstleistungen. Das Programm wurde kontinuierlich evaluiert und bewirkte signifikante Qualitätsverbesserungen. Auf Basis der Evaluierungsergebnisse wurde im Jahr 2010 eine revidierte Fassung vorgelegt.

- Das Qualitätsmanagement-System **E-Qalin (www.e-qalin.net)** in Österreich, Deutschland, Italien, Luxemburg und Slowenien ist das Ergebnis eines erfolgreichen EU-Projekts (Programm Leonardo da Vinci, 2004-2007). Es beruht hauptsächlich auf der Ausbildung von E-Qalin Prozessmanagern bzw. Moderatoren und auf der Einbeziehung aller relevanten Akteure im Rahmen einer Selbstbewertung von 66 Kriterien im Bereich "Strukturen und Prozesse" sowie 25 Kennzahlen im Bereich "Ergebnisse". Strukturen und Prozesse werden mittels des klassischen Management-Zyklus (plan, do, check, act) evaluiert, wobei der Beteiligung (involve) der relevanten Akteure bei der Planung, Umsetzung, Kontrolle und Verbesserung besondere Bedeutung beigemessen wird. Im Bereich Ergebnisse werden im E-Qalin Modell 25 Teilergebnisse mittels Kennzahlen evaluiert. Das Handbuch beinhaltet eine Liste von Kennzahlen, aus denen jeder Anwender die für seine Organisation passenden auswählt oder eigene zur Messung des jeweiligen Teilergebnisses geeignete Kennzahlen definiert. Diese Kennzahlen werden sodann im Rahmen von Selbstbewertungs-Workshops nach folgenden Kriterien analysiert: Wurden Ist-Werte erhoben? Wurden Soll-Werte definiert und, wenn ja, wurden die definierten Soll-Werte erreicht? Welcher Trend ist aus den Ergebnissen der jeweiligen Kennzahl (Ist-Werten) ablesbar? Wie lassen sich die Ergebnisse interpretieren? Welche Einflussfaktoren haben zum jeweiligen Ergebnis geführt? Welche "Strukturen & Prozesse" haben dabei eine Rolle gespielt? Welche Steuerungsmaßnahmen sollten vorgesehen werden, um nicht erreichte Soll-Werte zu verwirklichen? Welche "Strukturen & Prozesse" müssen verändert werden, um (weitere) Verbesserungen zu bewerkstelligen? Die Selbstbewertung wird ergänzt durch eine externe Zertifizierung mit dem Ziel, kontinuierliche Veränderungsprozesse nachhaltig zu implementieren. Nach Erfahrungen in über 100 Alten- und Pflegeheimen in Österreich, Deutschland, Slowenien, Luxemburg und Italien wurde deutlich, dass E-Qalin die individuelle Verantwortung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit stärkt, dass aber gerade im Bereich der Beschreibung und Analyse von Ergebnisqualität weiterer Entwicklungs- und Weiterbildungsbedarf nötig sind.
- **Nationale Mindeststandards und Richtlinien für die Heimaufsicht (Key Lines of Regulatory Assessment – KLORA)** wurden in England von der Commission for Social Care Inspection (CSCI) auf Basis der Mindeststandards für Einrichtungen der Krankenpflege vorgelegt. Die Richtlinien umfassen sieben Ergebnisgruppen, die vom Gesundheitsministerium gemeinsam mit Betreibern und VertreterInnen von Seniorenorganisationen entwickelt wurden. Die Qualität der inspizierten Heime wird mit Hilfe von Sternen ausgezeichnet, wobei die Bewertungsskala von 0 Sterne (schlecht) bis 3 Sterne (ausgezeichnet) reicht. Sowohl die Standards als auch die Bewertungsmethodologie wurden im Jahr 2009 einer Revision unterzogen, nachdem die CSCI, die nur für den Sozialbereich zuständig war, mit der Gesundheitskommission und der Kommission für psychische Gesundheit in der "Care Quality Commission" (CQC) vereinigt worden war. Seit Frühjahr 2010 wird nun ein neues Bewertungssystem eingeführt. Ähnliche Entwicklungen sind auch in den übrigen Teilen des Vereinigten Königreichs zu beobachten.

- Das freiwillige Programm **My Home Life (MHL)** (www.myhomelife.org.uk) ist eine Initiative im Vereinigten Königreich zur Förderung der Lebensqualität in der Pflege älterer Menschen. Sie wird von der Vereinigung der Angehörigen und Bewohner sowie allen Dachverbänden der Anbieter von Pflegeheimen sowie von zwei renommierten Organisationen im Bereich der Altenpflege (Age UK, Joseph Rowntree Stiftung) unterstützt. Die Grundlagen für My Home Life wurden gemeinsam von mehr als 60 WissenschaftlerInnen an britischen Universitäten erarbeitet, welche dem National Care Home Research and Development Forum (NCHR&D) angehörten. Es ist um acht ergebnisorientierte, evidenzbasierte und beziehungsorientierte Themen strukturiert, die als Vision für "best practice" identifiziert wurden. Diese Themen sind durchaus mit den sieben Ergebnisgruppen der Inspektionsrichtlinien KLORA vereinbar, wobei My Home Life auch in anderen Teilen des Vereinigten Königreichs Einfluss gewonnen hat. Beispielsweise hat die schottische Heimaufsicht (Care Commission) die Prinzipien und Themen von MHL in ihre Richtlinien integriert, in Wales und Nordirland wird darüber diskutiert. My Home Life bietet eine neue, evidenz-basierte und personenzentrierte Vision, die von den Alten- und Pflegeheimanbietern selbst propagiert wird – ein wichtiger Faktor in einer Branche, die meist den Eindruck hat, auf fremdbestimmte Regelungen reagieren zu müssen, anstatt beteiligt zu werden.
- Die Einführung der **Pflegeversicherung** in Deutschland ging mit einem hohen Bedeutungszuwachs für Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege einher. Auf Basis von Grundsätzen und Massstäben, die zwischen VertreterInnen der Pflegeversicherung und den Anbieterorganisationen vereinbart wurden, wird das gesetzlich vorgeschriebene interne Qualitätsmanagement durch InspektorInnen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) überprüft. Bis Ende 2009 hat der MDK mehr als 50.000 Inspektionen bei Anbietern von Hauskrankenpflege sowie Alten- und Pflegeheimen durchgeführt. Dabei stehen klinische Aspekte der Pflege in Bezug auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Mittelpunkt. Durch die Überprüfung des Gesundheitszustands von NutzerInnen bzw. BewohnerInnen können dabei wichtige Einflussfaktoren der Prozessqualität auf die Ergebnisqualität identifiziert werden. Diese Faktoren wurden in den letzten Jahren systematisch weiter entwickelt in Richtung einer umfassenden Liste von ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren.

Methodik und Definitionen

Bei der Entwicklung und Validierung des Katalogs ergebnisorientierter Indikatoren war es auch für die ExpertInnen nicht immer einfach, zwischen Prozess- und Ergebnisqualität zu unterscheiden, weshalb die entsprechenden Definitionen einleitend nochmals hervorgehoben werden sollen (Zimmerman et al., 1995):

- "Prozessindikatoren repräsentieren den Inhalt, die Aktivitäten und die Verfahren, auf die sich die Anbieter in ihrer Antwort auf den erhobenen Zustand des Bewohners berufen. Prozessqualität beinhaltet jene Aktivitäten, welche sich innerhalb und zwischen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen abspielen".
- "Messgrößen für Ergebnisqualität bilden das Resultat der angewendeten Prozesse ab".

Während Zimmerman et al. (1995) sowie andere davor (Donabedian, 1980) ihre Ergebnismessgrößen auf Veränderungen im Gesundheitsstatus fokussierten, ist das Konzept der vorliegenden Liste breiter angelegt: Die ausgewählten Indikatoren verstehen sich als "Messgrößen,

die geeignet sind, den Grad der Zielerreichung von Ergebnissen in den verschiedenen Qualitätsbereichen von Alten- und Pflegeheimen zu bestimmen". Neben der Pflegequalität beinhaltet die Liste daher vor allem auf Lebensqualität ausgerichtete Indikatoren sowie solche, die Ergebnisse in den Bereichen Führung, Wirtschaftlichkeit und (sozialer) Kontext beleuchten. Dabei werden die unterschiedlichen Perspektiven von BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Management und sonstigen relevanten Akteuren (Betreiber und Trägerorganisationen, Familienmitglieder, andere externe Interessenvertreter) berücksichtigt. Die ausgewählten Indikatoren sollen die verschiedenen Akteure unterstützen, mit quantitativen Kennzahlen zu arbeiten, um ihre Aktivitäten transparenter sowie Erfolg und Misserfolg sichtbar zu machen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren dienen dazu, Ziele auf Ebene des einzelnen Heims, innerhalb einer Trägerorganisation, im regionalen Kontext oder auch auf Landesebene zu definieren. Aus diesem Grund enthält die Liste auch keine allgemeinen Standards für die einzelnen Indikatoren. Erst durch die Analyse des Grads der Zielerreichung werden die Akteure angeregt, über Verbesserungsmöglichkeiten nachzudenken und entsprechende Maßnahmen gezielt zu entwickeln, zum Beispiel durch die Veränderung jener Prozesse und Strukturen, welche die Resultate des jeweiligen Indikators direkt oder indirekt beeinflussen.

Insgesamt sollten die ausgewählten Indikatoren daher folgende Bedingungen erfüllen:

- Fähigkeit, Veränderung zu steuern: Kennzahlen sind ein Instrument für alle Akteure in Alten- und Pflegeheimen, um ihre Arbeits- und Lebenssituation zu verbessern. Sie sind steuerungsrelevant, wenn damit geprüft werden kann, wie weit die jeweilige Organisation auf dem Weg zur Erreichung eines von der Führung definierten Ziels ist.
- Reliabilität/Validität/Zuverlässigkeit: Die Indikatoren sollten so weit wie möglich auf empirischer Evidenz basieren, ihre Wirkung auf die Pflege- und Lebensqualität der BewohnerInnen sollte nachweisbar sein.
- Machbarkeit: Es ist darauf zu achten, welche Ressourcen für die Erhebung der notwendigen Informationen und Daten erforderlich sind, wobei Zeit, finanzielle Mittel, professionelle Kompetenzen und ethische Überlegungen zu beachten sind.
- Verallgemeinerbarkeit: Die Indikatoren sollten möglichst in allen Alten- und Pflegeheimen einsetzbar sein. Diese Bedingung konnte aufgrund politischer, kultureller und struktureller Unterschiede sowohl zwischen den Mitgliedstaaten als auch innerhalb der einzelnen Länder nicht bei allen Indikatoren eingehalten werden – entsprechende Auswahlprozesse werden auf Ebene der einzelnen Heime und/oder Länder bzw. Regionen stattfinden müssen.
- Quantifizierbarkeit: Ergebnisorientierte Indikatoren werden immer in quantitativer Form präsentiert – als Kennzahlen – auch wenn sie in manchen Fällen auf qualitativer Information basieren; dies dient nicht zuletzt der Vereinfachung des Leistungsvergleichs und der Evaluation von Verbesserungsmaßnahmen.

Nachdem das Projektteam in der ersten Phase einen vorläufigen Katalog von ergebnisorientierten Indikatoren erstellt hatte, wurden die darin enthaltenen Indikatoren zwischen September 2009 und April 2010 zwei Formen der Validierung unterzogen – einerseits durch Konsensbildung mit ExpertInnen (DELPHI-Befragung) und andererseits durch AnwenderInnen in Alten- und Pflegeheimen:

- Für die DELPHI-Befragung wurden je 10 ExpertInnen in sieben Mitgliedstaaten (Österreich, Deutschland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Großbritannien, Slowenien) eingeladen, die vorliegende Liste zu validieren. Dazu wurden Repräsentanten der öffentlichen Verwaltung, der

Heimaufsicht, der Anbieter- und Nutzerorganisationen sowie Wissenschaftler auf Basis von Kriterien wie Branchenkenntnis, praktischer Erfahrung mit den jeweiligen nationalen Qualitätsrichtlinien oder aufgrund ihres Forschungsschwerpunkts ausgewählt. Im Rahmen von drei anonymen Befragungsrunden (online) wurden die ExpertInnen gebeten, jeden einzelnen Indikator in Bezug auf dessen Wichtigkeit und Machbarkeit zu kommentieren. Darüber hinaus bestand die Möglichkeit, Umformulierungen und/oder zusätzliche Indikatoren vorzuschlagen. Das Projektteam analysierte die Ergebnisse nach jeder Befragungsrunde und bereitete die folgende Runde vor. Die Befragung, das via Internet abrufbare Anwendungsprogramm sowie die Analyse der Ergebnisse wurden durch den niederländischen Partner Vilans organisiert und gewährleistet.

- Die Validierung mit AnwenderInnen wurde durch VertreterInnen von über 20 Alten- und Pflegeheimen in drei Ländern (Österreich, Deutschland, Luxemburg) durchgeführt. HeimleiterInnen, Qualitätsbeauftragte, Controller, PflegedienstleiterInnen und andere Führungskräfte wurden angeregt, die vorliegende Liste in eigens entwickelten Workshops (2 x 2 Tage) sowie auf Basis ihrer täglichen Praxis zu validieren. Die Workshops wurden durch die Partner der E-Qalin GmbH in Deutschland, Luxemburg und Österreich betreut und ausgewertet. Aus drei Gründen wurden dabei vornehmlich AnwenderInnen des E-Qalin Qualitätsmanagement-Systems eingeladen: erstens war der Projektpartner E-Qalin GmbH bereit und beauftragt, diese Workshops zu organisieren und ein entsprechendes Trainingsdesign zu entwickeln; zweitens hatten diese Einrichtungen bereits mindestens eine Selbstbewertung nach dem E-Qalin Modell durchgeführt, wodurch bei Führungskräften und MitarbeiterInnen ein gewisses Vorverständnis für die Bedeutung der Arbeit mit Kennzahlen bereits vorausgesetzt werden konnte; drittens war während der Selbstbewertungsphase in diesen Einrichtungen deutlich geworden, dass hoher Bedarf an Weiterbildung und weiterer Reflexion zum Thema Kennzahlen in Alten- und Pflegeheimen besteht.

In der letzten Phase des Projekts wurden die gesammelten Ergebnisse durch alle Partner analysiert und konsolidiert. Indikatoren, für die weder während der DELPHI-Befragung noch in den E-Qalin Workshops Konsens gefunden werden konnte, sowie die während der Validierungsphase vorgeschlagenen neuen Indikatoren wurden schließlich im Rahmen eines Projekttreffens diskutiert. Dazu wurden auch VertreterInnen der DELPHI-ExpertInnen sowie der Validierungsworkshops eingeladen, um im kollegialen Dialog zu entscheiden, welche der strittigen Indikatoren letztlich aufgenommen bzw. abgelehnt werden sollten.

Das vorliegende Handbuch enthält nun neben der validierten Liste von 94 ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren (Kapitel 4) auch einige Anregungen und Hinweise, wie diese Indikatoren in der Praxis angewendet werden können (Kapitel 2). Kapitel 3 beschäftigt sich mit den Herausforderungen und Lösungsansätzen, die mit Blick auf jene zentralen Indikatoren zu beachten sind, welche die Lebensqualität in Alten- und Pflegeheimen messen sollen. Das Handbuch wendet sich somit an alle maßgeblichen Akteure, die in Alten- und Pflegeheimen arbeiten und leben (Trägerorganisationen, Management, MitarbeiterInnen, BewohnerInnen und Angehörige) sowie an Kostenträger, Kontrollorgane und politische Entscheidungsträger.

2 Mit Kennzahlen arbeiten – Funktionen und Praxis in Alten- und Pflegeheimen

Einleitung

Kennzahlen werden zugleich über- und unterschätzt. Sie werden überschätzt von jenen, die meinen, damit *die* Qualität von Alten- und Pflegeheimen in simplen Rankings und Schulnoten ausdrücken zu können. Sie werden gleichzeitig unterschätzt von vielen Führungskräften und MitarbeiterInnen im Sozial- und Gesundheitssektor, die meinen, sich vor Konkurrenz, Transparenz der Leistungserbringung, Qualitätsentwicklung und dem Vergleich von Ergebnissen drücken zu können.

Aus beiden Gründen wird allenthalben und legitimerweise der Ruf nach Kennzahlen laut: Während "Benchmarking" und Schulnoten auf definierten Methoden, validen und gemeinsam vereinbarten Indikatoren sowie einer präzisen Datenerhebung basieren müssen, kommt HeimleiterInnen und MitarbeiterInnen von Alten- und Pflegeheimen die Aufgabe zu, öffentlichen Kostenträgern, BewohnerInnen und der kritischen Öffentlichkeit nachzuweisen, wie sie öffentliche Gelder verwenden, warum ihr Haus anderen Einrichtungen vorzuziehen ist und wie vertrauenswürdig ihre Leistungen sind. Ministerien und andere Regulatoren entwickeln sich weg von der Subventionierung und hin zu Kostenträgern von Dienstleistungen, für die nun allerdings genaue Produkt- und Ergebnisbeschreibungen notwendig sind. Die damit verbundenen Indikatoren und Mindeststandards werden von den Erbringern der Dienstleistung oft nur zu dem Zweck erhoben, den Anforderungen des Kostenträgers und dessen Kontrollorganen zu genügen, anstatt ihre Qualität kontinuierlich zu verbessern. Zudem sind die gesetzlich vorgegebenen Mindeststandards und Akkreditierungsrichtlinien meist ohnehin lediglich im Bereich der Strukturqualität (Personalschlüssel, Raumgröße usw.) angesiedelt und nicht geeignet, sich den kontinuierlich ändernden sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, den sich wandelnden Erwartungen der (potentiellen) BewohnerInnen und den Veränderungen am Arbeitsmarkt gerecht zu werden. Dennoch bleiben gesetzliche Mindeststandards eine Grundvoraussetzung für den Betrieb und die Qualität von Alten- und Pflegeheimen.

Es gibt aber auch andere Tendenzen: Immer mehr kommerzielle und gemeinnützige Anbieter adaptieren Qualitätsmanagement-Systeme und machen sich bereits seit Jahren (Evers et al., 1997) auf die Suche nach geeigneten Instrumenten zur Messung ihrer Ergebnisqualität; öffentliche Verwaltungen entwickeln Steuerungskennzahlen für den Sozialbereich und die EU Kommission unterstützt die Entwicklung von Qualitätsrichtlinien im Bereich der Dienstleistungen von allgemeinem Interesse.

Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen an sich sagen nur bedingt etwas aus über *die* Qualität eines Alten- und Pflegeheims. Als Messgrößen weisen sie auf mögliche Schwächen und Stärken oder auf Problembereiche hin, die weiter untersucht und diskutiert werden müssen. Nicht mehr, aber auch nicht weniger (Bullen, 1991).

Die Erhebung von Kennzahlen ist der Ausgangspunkt für Steuerungs- und Verbesserungsprozesse unter Einbindung all jener Personen, die an diesen Prozessen und damit verbundenen Aspekten der Dienstleistungserbringung beteiligt sind (Eisenreich et al., 2004). Aus diesem Grund bestand

ein wesentliches Kriterium für die Auswahl und Validierung der einzelnen Indikatoren in ihrer Relevanz für die Steuerung von Qualität in Alten- und Pflegeheimen. Dabei gilt eine Kennzahl dann als steuerungsrelevant, wenn damit geprüft werden kann, wie weit die jeweilige Organisation auf dem Weg zur Erreichung eines von der Führung definierten Ziels ist. Durch diese Definition soll die Perspektive von Qualitätsverbesserung durch Organisationsentwicklung unterstrichen werden, die sich von der reinen Definition von Standards und/oder dem Leistungsvergleich zwischen Langzeitpflegesystemen (Challis et al., 2006) unterscheidet.

Arbeiten mit Kennzahlen auf Organisationsebene ist somit unweigerlich an Controlling geknüpft, also jener Funktion, welche durch die Bereitstellung von Instrumenten/Methoden und Informationen, die Entscheidungsträger in die Lage versetzen soll, Planung und Kontrolle wirkungsvoller wahrnehmen zu können. Die Arbeit mit Kennzahlen in Alten- und Pflegeheimen geht dabei jedoch über die klassischen wirtschaftlichen Definitionen und Funktionen von Controlling hinaus – die Komplexität von Alten- und Pflegeheimen verlangt nach einer Steuerung von Pflegequalität, von Organisationskultur im Kontext sozialer Netzwerke und der Verbesserung der Lebensqualität von BewohnerInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen.

Planung

Die Planung der Arbeit mit Kennzahlen kann im Rahmen von Strategieprozessen, im Zusammenhang mit der Einführung von Qualitätsmanagement oder eines wirkungsorientierten Controlling-Systems erfolgen. Wichtig ist jeweils, die angestrebten Ziele zu definieren, dazu passende Kennzahlen auszuwählen und entsprechende Soll-Werte zu definieren. In diesem Zusammenhang ist es auch unumgänglich zu testen, ob die Organisation bereits "fit für Controlling" (sh. Kasten) bzw. für die Arbeit mit Kennzahlen ist.

Die definierten Kennzahlen und Soll-Werte bilden den Rahmen und die Basis für zukünftige Entscheidungen, weshalb sicher zu stellen ist, dass diese quantitativ (numerisch) darstellbar sind, aber auch steuerungsrelevant, valide und machbar im Kontext der jeweiligen Organisation.

Kennzahlen sind Indikatoren für die Leistung eines Alten- und Pflegeheims, sie bilden aber nicht sämtliche Leistungen und Qualitäten einer Organisation ab. Es ist daher relativ nutzlos, hunderte Kennzahlen (z.B. alle aus der hier vorgestellten Liste) zu erheben, wenn sie nicht gleichzeitig kontrolliert und steuerungsrelevant beeinflusst werden können. Jegliche Flexibilität ginge verloren und die MitarbeiterInnen würden nur noch mit Datenerhebung beschäftigt sein. Gleichzeitig würden aber auch zu wenige Steuerungsgrößen einen ungenügenden Rahmen für Verbesserungsprozesse bieten. Als Richtwert für die Praxis kann davon ausgegangen werden, dass durchschnittliche Alten- und Pflegeheime anfänglich mit etwa 10-15 Kennzahlen eine zweckmäßige Basis für die kontinuierliche Kontrolle der wesentlichen Steuerungsaufgaben schaffen können. Dazu kommen eventuell weitere Kennzahlen auf Ebene einzelner Abteilungen oder Bereiche und/oder solche, die beispielsweise auf Befragungen beruhen, welche nur im Jahresrhythmus oder in noch größeren Zeitabständen durchgeführt werden können (siehe Kapitel 3 zu den Herausforderungen von Erhebungen zur Lebensqualität in Alten- und Pflegeheimen).

Weitere Planungsthemen betreffen die Verteilung von Verantwortlichkeiten für Erhebung, Dokumentation und Auswertung sowie das Berichtswesen. Beispielsweise sollte geklärt werden, ob die Entwicklung und Durchführung von Befragungen und deren Auswertung nicht besser an eine externe Person/Organisation ausgelagert werden sollten.

Fit für Controlling?

Controlling wird nur dann Wirkung erreichen, wenn es von den Führungskräften als Funktion akzeptiert und genutzt wird. Grundlage dafür ist eine gemeinsame Vorstellung darüber, was Controlling leisten kann, welches Selbstverständnis umgesetzt werden soll und wie es funktioniert. Mittels einer Checkliste sollten dabei folgende Themen kritisch hinterfragt werden:

- Förderliche Rahmenbedingungen: Sind Management-Grundsätze und Führungsprinzipien in der Organisation vereinbart und kommuniziert worden? Werden Planung und Kontrolle durch die Führungskräfte in ihrer jeweiligen Funktion wahrgenommen?
- Klares Selbstverständnis: Besteht eine allgemeine Vorstellung bei den MitarbeiterInnen, was Controlling leisten kann und wie es funktioniert?
- Standardisierte Steuerungsprozesse: Wurden systematisch ablaufende, standardisierte Planungs- und Kontrollprozesse definiert und werden diese auch praktiziert?
- Adäquate Instrumente: Sind die Methoden und Instrumente des Controllings und der Arbeit mit Kennzahlen gut handhabbar und mit anderen Instrumenten verknüpfbar? Sind die Mitarbeiter ausreichend geschult, um mit diesen Instrumenten arbeiten zu können?
- Managementpotenzial: Können, dürfen und wollen die Führungskräfte mit den Instrumenten des Controllings arbeiten?
- Funktionsbeschreibung: Gibt es klare Verantwortlichkeiten, wer welche Controlling-Aufgaben wahrnimmt? Oder gibt es eine/n ausreichend qualifizierte/n und akzeptierte/n ControllerIn?
- Organisatorische Einbettung: Gibt es eine eindeutige organisatorische Zuordnung von Controlling in der Aufbauorganisation?

Quelle: Die vollständige Checkliste kann unter www.bvmba.net angefordert werden.

Kontrolle

Planung ohne Kontrolle ist sinnlos. Nur mittels Kontrolle können folgende Funktionen der Arbeit mit Kennzahlen sicher gestellt werden:

- Ziele (Soll-Werte) zu konkretisieren und zu operationalisieren,
- Leistung mittels Messgrößen zu dokumentieren,
- den Zielerreichungsgrad zu verfolgen, indem Ziele (Soll-Werte) und Ergebnisse (Ist-Werte) verglichen werden,
- Transparenz zu schaffen gegenüber den BewohnerInnen, den Angehörigen, den MitarbeiterInnen sowie externen Akteuren (Kostenträger, Zulieferer, Öffentlichkeit),
- ein Frühwarnsystem einzurichten, in dem die ausgewählten Messgrößen kontinuierlich beobachtet werden,
- Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren, indem interne Soll-Ist-Vergleiche über bestimmte Zeiträume hinweg und eventuell auch Vergleiche mit anderen Einrichtungen vorgenommen werden.

Systematisches Controlling muss daher festlegen und überprüfen, welche ausgewählten Kennzahlen aus welchen Gründen erhoben werden sollen. Klare Definitionen sind dafür eine Grundvoraussetzung. Darüber hinaus ist auf formaler Ebene klar zu stellen, wer die Daten ermittelt (Ansprechpartner), wie (Formulare, EDV), wann und mit welcher Frequenz sie erhoben und an wen sie übermittelt werden bzw. mit welcher Personengruppe ein Auswertungsgespräch erfolgt. Allgemein ist darauf zu achten, Frustration bei den MitarbeiterInnen zu vermeiden, indem beispielsweise Daten doppelt erhoben werden oder nicht klar kommuniziert wird, welche Maßnahmen aus den Ergebnissen abgeleitet wurden.

Steuerungs- und Verbesserungsprozesse

Kennzahlen decken einen Teilbereich des Qualitätsmanagements ab, wenn es um die Darstellung, Bewertung und Verbesserung von Ergebnissen und Teilergebnissen der erbrachten Leistung geht. Die Zahlen an sich haben dabei nur bedingte Aussagekraft. Entscheidend sind vielmehr die Analyse der Resultate und die Entwicklung von Steuerungsmaßnahmen.

Durch eine eingehende *Analyse*, bei der Trends und Abweichungen von den definierten Soll-Werten besprochen werden, können kritische Erfolgsfaktoren identifiziert werden. Wichtig ist dabei eine möglichst offene Gesprächsatmosphäre, bei der es nicht um persönliche Angriffe und Rechtfertigungen geht. Solche zeitnahen Auswertungsgespräche können in einer eigenen Arbeitsgruppe oder auch im Dialog zwischen einer Führungskraft und dem/der für die jeweilige Kennzahl handlungsverantwortlichen MitarbeiterIn stattfinden. Hier werden u.a. jene Prozesse und Strukturen im Alten- und Pflegeheim eruiert, welche die jeweilige Kennzahl beeinflussen.

Neben der Identifizierung von Hindernissen, welche der Zielerreichung entgegen standen bzw. stehen, sollen schließlich *Steuerungsmaßnahmen* entwickelt werden, die einen weiteren Verbesserungsschritt in Angriff nehmen oder zumindest verhindern, dass definierte Standards weiterhin nicht erfüllt werden.

Kennzahlen in der Praxis von Alten- und Pflegeheimen

Die systematische Einbettung von Kennzahlen in die Managementaufgaben von Führungskräften in Alten- und Pflegeheimen steht gerade erst am Anfang. Für Planungs- und Steuerungsprozesse werden in den meisten Einrichtungen bestenfalls Kennzahlen aus dem Rechnungswesen herangezogen. Erhebungen und Analysen von qualitativen Kennzahlen aus den Perspektiven von BewohnerInnen (Pflegequalität, Lebensqualität) oder MitarbeiterInnen (Arbeitsqualität), daraus abgeleitete Strategien und die Umsetzung entsprechender Verbesserungsprozesse stellen für viele HeimleiterInnen noch Neuland dar.

Dies liegt sicher auch darin begründet, dass personenorientierte soziale Dienstleistungen lange Zeit mehr an berufsethischen Standards und Beziehungsqualität denn an ökonomischer Effizienz und Ergebnisqualität orientiert waren. Vor dem Hintergrund schrumpfender Sozialbudgets und einer wachsenden Ausrichtung an Marktmechanismen (Stichwort: New Public Management), aber auch aufgrund gestiegener Kundenerwartungen stehen Erbringer und Kostenträger sozialer Dienstleistungen allerdings vor neuen Herausforderungen, die u.a. nach Controlling, Effizienz und evidenzbasierten Kennzahlen verlangen. Wesentlich ist dabei, dass Sozialeinrichtungen nicht das Kind mit dem Bade ausschütten und nunmehr ausschließlich wirtschaftliche Kriterien in den Vordergrund stellen, sondern dass die Eigenheiten personenbezogener sozialer Dienstleistungen auch in das entsprechende Qualitätsmanagement eingebettet werden. Ziel muss es sein, die einrichtungsspezifische Qualität – u.a. durch die Arbeit mit ergebnisorientierten Kennzahlen – mit

Zahlen und Fakten zu hinterlegen, um Verhandlungen mit Kostenträgern über Preis *und* Qualität nachvollziehbar und besprechbar zu gestalten. Für diese Aufgabenstellung gibt es keinen Königsweg, aber vielfältige Ansätze in verschiedenen EU-Mitgliedstaaten, die durch Vernetzung und Austausch fruchtbringend weiter entwickelt werden können. Im Rahmen des Projekts "Qualitätsmanagement durch ergebnisorientierte Kennzahlen" wurde diesem Anliegen in mehrfacher Weise entsprochen, nicht zuletzt durch die Organisation von Workshops mit Führungskräften aus Alten- und Pflegeheimen (siehe Übersicht 1).

Übersicht 1: Workshops zur Entwicklung und Validierung von Kennzahlen für Alten- und Pflegeheime

Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • "Ergebnisorientierte Kennzahlen" definieren und reflektieren: Welche Kennzahlen sind hilfreich zur Steuerung der Qualität in Alten- und Pflegeheimen? • Steuerungsrelevante Aspekte und Teilbereiche im Alten- und Pflegeheim identifizieren: Was soll gesteuert werden? • Bisherige Erfahrungen mit Kennzahlen einbringen und austauschen • Neue, auf internationalen Erfahrungen beruhende Kennzahlen kennenlernen: Wie relevant sind diese für Alten- und Pflegeheime in meinem Land? • Kriterien für die Validierung von Kennzahlen und deren kontextabhängige Relevanz entwickeln
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Führungskräfte mit Erfahrung in der Arbeit mit ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren (Kennzahlen). Bevorzugt wurden VertreterInnen von Trägerorganisationen sowie Alten- und Pflegeheimen mit Controlling-Kenntnissen.
Methoden	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktiver Workshop, Moderation, Arbeitsgruppen, Werkzeuge der Validierung
Workshop 1 (2 Tage)	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Projekts und Information über Aufgaben und Erwartungen an die/von den TeilnehmerInnen • Begriffsklärung: ergebnisorientierte Kennzahlen, Steuerung von Qualität, Arbeit mit Kennzahlen, Controlling und Kennzahlen, Führen mit Kennzahlen • Identifizierung von steuerungsrelevanten Aspekten in Alten- und Pflegeheimen und relevanter Kennzahlen • Austausch von Erfahrungen aus der Arbeit mit Kennzahlen • Vorstellung zusätzlicher, auf internationalen Erfahrungen beruhenden Kennzahlen • Aufgabenstellung und Kriterien für die Validierung von Kennzahlen zwischen den beiden Workshops
Workshop 2 (2 Tage)	<ul style="list-style-type: none"> • Rückmeldungen der TeilnehmerInnen zur Relevanz der vorgestellten Kennzahlen • Reflexion über Kriterien für die Relevanz von Kennzahlen bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen • Auswahl der 10 relevantesten Kennzahlen sowie 10-15 zusätzlicher Kennzahlen mit Bezug auf unterschiedliche Rahmenbedingungen

Diese Workshops hatten zwei Hauptziele: Zum einen sollte ein nationaler und transnationaler Austausch über verwendete, fehlende und neue Themen für die Arbeit mit Kennzahlen angeregt werden, zum anderen wurden die TeilnehmerInnen an der Validierung der vorläufigen Kennzahlenliste beteiligt, wodurch die Auseinandersetzung mit internationalen Perspektiven weiter gefördert wurde. Das eigens entwickelte Design dieser Workshops umfasste intensive Trainings in Deutschland, Luxemburg und Österreich im Ausmaß von jeweils zwei mal zwei Tagen. Darüber hinaus beteiligten sich alle 34 TeilnehmerInnen an der Validierung der vorläufigen Kennzahlen zwischen den beiden Workshops.

Erfahrungen

Ein erster Befund bestand bereits zu Beginn der Workshops darin, dass systematisches Controlling mit Hilfe von Kennzahlen in der täglichen Praxis von Alten- und Pflegeheimen nur in rudimentärer Form stattfindet. Zielgerichtete Datenerhebung erfolgt kaum und Befragungen über die Zufriedenheit von BewohnerInnen, MitarbeiterInnen und Angehörigen/Freunden werden nur spärlich durchgeführt. Widerstände bei den MitarbeiterInnen, die Autonomieverlust und Kontrolle befürchten, sowie Ängste vor Vergleichen und Transparenz finden sich hingegen häufig. Qualitätssicherung und -dokumentation werden insbesondere dann durchgeführt, wenn Inspektionen anstehen bzw. um den gesetzlichen Anforderungen zu genügen. Allerdings hat die Einführung von Qualitätsmanagement das Bewusstsein für Qualitätsentwicklung und strategische Planung in Alten- und Pflegeheimen erhöht. Die TeilnehmerInnen empfanden es hilfreich, die Anwendung von Kennzahlen nach unterschiedlichen Zielen und Kontexten zu differenzieren (Übersicht 2).

Übersicht 2: Einsatz ergebnisorientierter Qualitätsindikatoren nach Zielen und Kontext

<i>Kontext/ Ziel</i>	Systematisches Controlling in täglicher Praxis	Ergebnisorientierte Evaluierung und Qualitätssicherung	Strategische Planung
<i>Zahl der Indikatoren</i>	10-15 Kennzahlen	20-25 bzw. die vom verwendeten QM-System oder gesetzlich vorgesehenen Indikatoren	Revision und Auswahl geeigneter Kennzahlen zur Steuerung (Controlling)
<i>Methode/ Quelle</i>	Kontinuierliche Datenerhebung und Dokumentation; zielgerichtete Befragungen	Kontinuierliche Dokumentation, Fragebogen-Erhebungen, externe Zertifizierung bzw. Inspektion	Evaluierung der Arbeit mit Indikatoren; Revision von Controlling-Instrumenten
<i>Häufigkeit</i>	Täglich, wöchentlich, monatlich, im Quartal	Jährlich (alle 2 Jahre)	Alle 3-4 Jahre

Die TeilnehmerInnen an den Validierungs-Workshops (in der Mehrzahl GeschäftsführerInnen, HeimleiterInnen, PflegedienstleiterInnen, Qualitätsbeauftragte und ControllerInnen aus privaten, gemeinnützigen und öffentlichen Organisationen) konnten eine Reihe von bislang nicht ausgeschöpften Möglichkeiten der Arbeit mit Kennzahlen identifizieren, wie z.B. die Analyse von Trends über bestimmte Zeiträume hinweg, trägerinterne Vergleiche oder auch solche mit anderen Anbietern sowie Ansätze von Benchmarking im regionalen Kontext.

Eine besondere, meist ungelöste Herausforderung besteht für die Führungskräfte darin, die "richtigen" Kennzahlen auszuwählen – weshalb oft einfach gar keine verwendet werden. Es war daher wichtig, sich über die Relevanz von Kennzahlen auszutauschen, die über rein betriebswirtschaftliche Daten hinausgehen. Bereits im ersten Workshop wurde für alle TeilnehmerInnen deutlich, dass Kennzahlen nicht "gut" oder "schlecht" sind, sondern vor allem dann nützlich sind, wenn sie Analyseprozesse unterstützen und der Steuerung von Verbesserungsmaßnahmen dienen.

Mit Kennzahlen arbeiten bedeutet zunächst, sich Ziele zu setzen, die messbar und nachvollziehbar sind – sei es in der Pflege, in Bezug auf die Lebensqualität von BewohnerInnen und MitarbeiterInnen, Führung und Wirtschaftlichkeit oder in den Beziehungen mit Angehörigen, Partnern und Zulieferern. Nur wer vorher den "Anteil der BewohnerInnen mit Dekubitus, bei denen das Leiden im Alten- und Pflegeheim begonnen hat" erhoben und definiert hat, kann nachher überprüfen, ob das festgelegte Verbesserungsziel erreicht wurde. Nur wer regelmäßige Erhebungen zur Zufriedenheit von BewohnerInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen durchführt, kann über mögliche Ursachen und Wirkungen von Steuerungsmaßnahmen reflektieren und Korrekturen vornehmen. Nur auf Basis einer eingehenden Analyse, warum Ziele (nicht) erreicht wurden, können Verbesserungsmaßnahmen entwickelt und umgesetzt werden.

Durch die gezielte Auswahl von 10-15 Kennzahlen, systematisches Controlling und die Auseinandersetzung mit diesen Themen im Alltag kann auch in Alten- und Pflegeheimen ein ständiger Verbesserungsprozess eingeleitet werden. Wenn Führungskräfte und MitarbeiterInnen diesen Zugang einmal verinnerlicht haben, wird auch die Auswahl geeigneter Kennzahlen einfacher bzw. deren Unterscheidung von sonstigen Leistungsindikatoren, die ebenfalls im Auge behalten werden müssen.

Die damit verbundenen Planungs- und Umsetzungsschritte standen im Mittelpunkt des zweiten Workshops, bei dem die TeilnehmerInnen ihre "Lieblingskennzahlen" auswählten und darüber hinaus Feedback an das Projektteam gaben, welche Kennzahlen aus der vorgestellten Liste aus Sicht der Führungskräfte in Alten- und Pflegeheimen praxis- und steuerungsrelevant sind. Dabei wurde mittels eines Ampelsystems unterschieden zwischen Kennzahlen, die "für alle" Alten- und Pflegeheime relevant sind, solchen, die "unter bestimmten Kontextbedingungen" relevant sind und solchen, die "überhaupt nicht" relevant sind.

Die TeilnehmerInnen nahmen viel positive Energie und praktische Anregungen, Methoden und Instrumente zur Arbeit mit Kennzahlen mit. Neben der Auswahl konkreter Kennzahlen und deren genauer Definition geht es nun um die Verbindung von Analyse und Steuerung sowie um die Verknüpfung von Kennzahlen-Ergebnissen und den damit verbundenen Prozessen im Alltag. Die Workshops haben so auch zum Abbau von Ängsten vor übertriebener Kontrolle, Bürokratie und Abstrafungen bei der Arbeit mit Kennzahlen beigetragen.

Empfehlungen

Die Validierungs-Workshops mit AnwenderInnen haben auf mehreren Ebenen interessante Aspekte der Arbeit mit Kennzahlen im Alltag von Alten- und Pflegeheimen zu Tage gebracht:

- Das Interesse an Kennzahlen für Alten- und Pflegeheim ist hoch, wenn Transparenz nicht als bloße Verpflichtung von außen gesehen wird. Diese Erfahrung wurde auch von MDK-Prüfungen in Deutschland berichtet: Führungskräfte und MitarbeiterInnen erleben diese Prüfungen mittels definierter Indikatoren als Anerkennung ihrer Arbeit und als Anreiz zur Leistungsverbesserung.

- 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.
- Die Arbeit mit Kennzahlen ist Qualitätsverbesserungen in Alten- und Pflegeheimen dienlich, unabhängig davon, welches spezifische Qualitätsmanagement-System implementiert wurde. In Verbindung mit einem gelebten Qualitätsmanagement (Einbeziehung der MitarbeiterInnen und BewohnerInnen, Netzwerke mit Partnerorganisationen, Verbindung zum strategischen Management) entfaltet sie jedoch weiter reichende Wirkung.
- Systematisches Controlling und die reflektierte Auseinandersetzung mit Ergebnisqualität in Form von Kennzahlen bedürfen einer entsprechenden Schulung und Hinführung unter breiter Einbeziehung der MitarbeiterInnen (siehe Übersicht 3).
- Die bislang dürftige evidenzbasierte Analyse von adäquaten Kennzahlen und Standards für Alten- und Pflegeheime sollte ausgebaut werden.

Ein wichtiger Schritt zur weiteren Verbreitung der integrierten Arbeit mit Kennzahlen wäre sicherlich die Herstellung eines intensiveren Dialogs zwischen Anbietern und Kostenträgern bzw. Aufsichtsorganen sowie Organisationen, die (potenzielle) HeimbewohnerInnen vertreten, um die Bedeutung und Reichweite von Kennzahlen, deren Auswahl und den Grad an Transparenz zu vereinbaren, der von allen Beteiligten als hilfreich erlebt und akzeptiert wird.

Übersicht 3: Empfohlene Inhalte von Trainings zur Arbeit mit Kennzahlen in Alten- und Pflegeheimen

- Begriffsklärung: ergebnisorientierte Kennzahlen, Steuerung von Qualität, Arbeit mit Kennzahlen, Controlling und Kennzahlen, Führen mit Kennzahlen
 - Identifizierung von steuerungsrelevanten Aspekten und Teilbereichen in Alten- und Pflegeheimen und entsprechender Kennzahlen
 - Austausch von Erfahrungen aus der Arbeit mit Kennzahlen
 - Entwicklung eigener Kennzahlen auf Basis der Kennzahlen in diesem Handbuch
 - Reflexion über Kriterien für die Relevanz von Kennzahlen bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen
 - Auswahl der 10-15 relevantesten Kennzahlen für die eigene Organisation
 - Planung der Umsetzung in der eigenen Organisation bzw. Einrichtung: Rahmenbedingungen vor der Einführung, Planung, Verantwortlichkeiten, systematische Steuerung
-

3 Herausforderungen der Messung von Lebensqualität in Alten- und Pflegeheimen

Einleitung

Der Fokus vieler Qualitätsinitiativen liegt häufig vor allem auf der Struktur- und Prozessqualität. Dies steht zum einen in Zusammenhang mit der Professionalisierung in der Pflege, die insbesondere zunächst den Fokus auf Qualifikationserfordernisse beim Pflegepersonal richtete und vor allem auf die Qualitätssteigerung pflegerischer Prozesse zielte. Zum anderen vollzieht sich der für eine stärkere Ergebnisorientierung notwendige Perspektivwechsel zu einer nutzerorientierten und den Nutzer mit einbeziehenden Betreuung in Europa nur langsam, vor allem was die Berücksichtigung von Aspekten der Lebensqualität angeht.

Bezüglich potenzieller *outcomes* besteht noch keine Übereinkunft dahingehend, welche Wertigkeit die verschiedenen Dimensionen eines potenziellen Ergebnisses haben sollen. Besonders deutlich wird dies in der Diskussion um die Lebensqualität, die in vielen Konzepten noch mehr Lippenbekenntnis als ein fachlich fundiertes, in ihren Dimensionen operationalisiertes und in der alltäglichen Arbeit implementiertes Konstrukt darstellt. Mangelt es schon bei den Ergebnissen pflegerischer Interventionen zuweilen an geeigneten Nachweisen und verlässlichen Indikatoren, so gilt dies umso mehr für die Lebensqualität, v.a. im Hinblick auf eine Bewertung aus der Perspektive der Pflegebedürftigen.

Die Forschung zu Lebensqualität weist keine einheitliche Tradition auf. Von daher erstaunt es nicht, dass die Begriffe "Lebensqualität", "Zufriedenheit" oder "Wohlbefinden" zwar in unterschiedlichen Forschungskontexten aufgenommen wurden, jedoch nicht in ein übergreifendes Konzept der Lebensqualität von Menschen im Pflegeheim integriert wurden. Der Begriff "Lebensqualität" steht dabei in engem Zusammenhang mit dem der Wohlfahrt. Demnach ist Lebensqualität ein komplexes und multidimensionales Konzept, das eine Vielzahl materieller wie immaterieller, objektiver und subjektiver, individueller und kollektiver Wohlfahrtskomponenten gleichzeitig umfasst und das "Besser" gegenüber dem "Mehr" betont.

Seit den 1970er Jahren hat die Wohlfahrtsforschung ihren Blick auch zunehmend auf die subjektive Dimension, das so genannte subjektive Wohlbefinden gerichtet. Neben dieser Forschungsrichtung weist auch die psychologisch orientierte Wohlbefindens- und Gesundheitsforschung (Abele/Becker, 1991; Mayring, 1987) der subjektiven Lebensqualität einen wichtigen Stellenwert zu. Gleiches gilt für Gerontologie und Pflegewissenschaft, die zwar bislang kein einheitliches theoretisches Konstrukt der Lebensqualität im Alter hervorbringen vermochten, in der Auseinandersetzung mit dem Wohlbefindenskonzept Wohlbefinden und Zufriedenheit als Indikatoren eines erfolgreichen Alternsprozesses einerseits und einer angemessenen Pflege andererseits identifiziert haben. Im Hinblick auf die Forschung mit alten Menschen kann festgehalten werden, dass in den letzten Jahren Fortschritte bei der Messung subjektiver und objektiver Lebensqualität in den Bereichen "gesundheitsbezogene Lebensqualität", Wohnen sowie Aspekte der Partizipation und sozialer Unterstützung verzeichnet werden konnten. Die Forschung zur Lebensqualität älterer Menschen insbesondere in Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens ist hingegen noch entwicklungsbedürftig. In

dieser Hinsicht ist auch die Forschung im Hinblick auf die Lebensqualität und Hochaltrigkeit gegenwärtig noch sehr rudimentär.

Das Konzept der Lebensqualität

Der Begriff "Lebensqualität" umfasst im Wesentlichen zwei Dimensionen, eine objektive und eine subjektive. Die objektive Dimension kann mithilfe entsprechender "objektiver" Indikatoren zur individuellen Lebenslage erfasst werden. Relevante Bereiche sind hierbei der sozioökonomische Status, das Wohnen und die Wohnumgebung, die sozialen Beziehungen und die soziale Unterstützung sowie der Grad an Teilhabe am öffentlichen Leben. Die individuelle Komponente richtet sich mehr auf die individuelle Einschätzung dieser Lage, also die Wahrnehmung der Lebensqualität in diesen und weiteren Bereichen, was sowohl kognitive als auch emotionale Aspekte umfasst. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass sich die individuell wahrgenommene Lebensqualität nicht nur auf relevante Lebensbereiche bezieht, sondern auch immaterielle und kollektive Werte wie Freiheit, Gerechtigkeit, oder auch das Ausmaß individuell wahrgenommener Autonomie miteinbezieht. Dies ist insofern von besonderer Bedeutung, als gerade die Lebensqualität von HeimbewohnerInnen, deren Gestaltungsmöglichkeiten im Hinblick auf ihre objektive Lebensumwelt begrenzt sind, gerade diese immateriellen Werte wie etwa Würde, Privatheit oder Sicherheit an Bedeutung gewinnen (siehe auch Kane, 2003).

Die Übereinstimmung beider Perspektiven kann im positiven Fall ("gute" objektive Bedingungen und subjektive Bewertungen) als hohe bzw. gute Lebensqualität bewertet werden, während im negativen Fall ("schlechte" objektive Bedingungen und subjektive Bewertungen) von einer niedrigen bzw. "schlechten" Lebensqualität gesprochen werden kann. Allerdings sind die Zusammenhänge zwischen subjektiver Lebensqualität und objektiven Merkmalen häufig gering ausgeprägt (u.a. Kane, 2003), bekanntlicher Weise wird auch von einem "Altersparadox" gesprochen: Forschungsbefunde weisen darauf hin, dass gerade ältere Menschen mit abnehmenden objektiven Ressourcen eine hohe Zufriedenheit aufweisen (Mayring, 1987; Smith et al., 1996; Staudinger, 2000). Allerdings wird dieses empirisch feststellbare Phänomen nicht nur als Paradoxum bewertet, sondern wird zuweilen auch als Ergebnis der Plastizität des Alters (Lehr, 1997) bzw. als erfolgreiche Copingstrategie (Wettstein et al., 1998) interpretiert. Hinter diesen Befunden steht letztendlich auch immer die Frage nach der Validität (Gültigkeit) der Bewohnerantworten. Kane (2003) beschreibt es als eine der zentralen Herausforderungen für die Lebensqualitätsforschung, die subjektiven Phänomene zu validieren, auch wenn es möglicherweise keine abschließende Antwort auf diese Frage gibt.

Die Schlussfolgerung, sich jedoch ausschließlich auf die Ebene der Erhebung von objektiven Lebensqualitätsbereichen zu beschränken, würde jedoch bedeuten, eine wesentliche Perspektive auszulassen, denn insbesondere die Befunde aus der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung (u.a. Idler, 1993; Filipp/Mayer, 2002; Lehr, 1997; Mossey/Shapiro, 1982) verdeutlichen eindrucksvoll, wie unverzichtbar die Bedeutung der subjektiven Perspektive bei der Beurteilung der individuellen Lebensqualität ist.

Im Hinblick auf die Unterscheidung in subjektive und objektive Komponenten besteht weitestgehend Konsens. Unterschiedliche methodische Einschätzungen bestehen jedoch bezüglich der Messung der subjektiven Lebensqualität. Dabei wird zum einen zwischen einer kognitiv ausgerichteten Komponente "Zufriedenheit" und einer emotionalen Komponente "Glück" unterschieden.

Eine andere Konzeptualisierung in Anlehnung an Lawton (Lawton, 1984) nimmt die Unterscheidung von vier Aspekten subjektiver Lebensqualität vor:

- einem negativen emotionalen Faktor,
- einem positiven emotionalen Faktor,
- Glück als die Überzeugung, dass die positiven Emotionen langfristig sind und
- der Zielkongruenz, d.h. der Überzeugung, eigene Ziele erreicht zu haben.

Glück stellt dabei einen zentralen, umfassenden und in der Diskussion um eine adäquate Pflege häufig vernachlässigten Faktor für Wohlbefinden dar und beinhaltet sowohl das aktuelle als auch das so genannte habituelle Wohlbefinden. Aktuelles Wohlbefinden umfasst das momentane Erleben einer Person, positiv gefärbte Gefühle, Stimmungen und körperliche Empfindungen sowie das Fehlen von Beschwerden (Becker, 1991: 13). Beim habituellen Wohlbefinden handelt es sich um "Aussagen über das für eine Person typische Wohlbefinden, d.h. um Urteile über aggregierte emotionale Erfahrungen".

Die Frage, in welchem Verhältnis Pflegequalität und Lebensqualität zueinander stehen, wird von der Forschung nicht einheitlich beantwortet. Alltagstheoretisch wird angenommen, dass Lebensqualität der Bewohner mit Pflegequalität positiv korreliert. Unter diesen Annahmen könnte Lebensqualität als Indikator von Pflegequalität dienen. Forschungsergebnisse liegen hierzu nur in geringem Maße vor und bieten ein uneinheitliches Bild, abhängig davon, welche Aspekte unter Lebens- und Pflegequalität erfasst wurden. Durchgeführte Untersuchungen zeigen jedoch oftmals keinen Zusammenhang zwischen Pflege- und Lebensqualität (Challinger et al., 1996; Rubinstein, 2000; Sowarka, 2000).

Das Verhältnis von Pflege- und Lebensqualität ist verknüpft mit der Frage, wie Lebensqualität aufgefasst und definiert wird. Wird Lebensqualität gleichgestellt mit den Lebensbedingungen, handelt es sich um eine Input-Analyse (Veenhoven, 1997; Filipp/Mayer, 2002). In diesem Fall ist Lebensqualität schon qua Anlage abhängig von der Pflegequalität. Wird Lebensqualität hingegen als subjektive, individuelle Bewertung einer Person definiert (Veenhoven, 1997; Filipp/Mayer, 2002), muss es nicht notwendig einen Zusammenhang zwischen Pflegequalität und Lebensqualität geben.

Forschung zur Lebensqualität in Alten- und Pflegeheimen

Forschung zur Lebensqualität in Pflegeheimen hat über lange Zeit eine eher geringe Bedeutung, was zum einen auf eine starke Fokussierung auf die Erforschung "klassischer" Themen der Pflegequalität zurückzuführen ist, zum anderen auch auf eine gewisse Wissenschafts- und Messfeindlichkeit jener zurückzuführen ist, die sich praktisch für die Verbesserung der Lebensqualität in Einrichtungen einsetzen (sh. Kane, 2003).

Diese klassischen Bereiche der Lebensqualitätsforschung im Bereich der mittels objektiver Indikatoren zu beschreibenden Dimensionen lassen sich nicht auf jedes Alter in gleicher Weise anwenden (Noll/Schäub, 2002). Dies gilt insbesondere für PflegeheimbewohnerInnen. Kane (2003) stellt die in Übersicht 4 aufgelisteten Bereiche als bedeutend für die Lebensqualität älterer HeimbewohnerInnen heraus und weist darauf hin, dass sich viele Einrichtungen zu stark an

Kriterien der Pflegequalität und krankheitsspezifischen Aspekten orientieren und dabei wichtige Aspekte der Lebensqualität nicht hinreichend in den Blick nehmen.

Übersicht 4: Wichtige Qualitätsbereiche aus der Bewohnerperspektive

-
- | | |
|---|---------------------------------------|
| • physische Fähigkeiten | • Schmerz, Unbehagen |
| • Selbstpflege (Selbstständigkeit) | • Energie, Ermüdung |
| • Tägliche Aktivitäten | • Selbstachtung |
| • Soziale Funktionen | • Selbstbestimmung |
| • Sexualität und Intimität | • Angenommene (subjektive) Gesundheit |
| • Psychologisches Wohlbefinden und Kummer | • Lebenszufriedenheit |
| • Kognitive Fähigkeiten | |
-

Ein weiteres Konzept aus England, das "My Home Life Programme" (siehe <http://www.myhomelife.org.uk>), das die Qualitätsdebatte um die Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen nachhaltig beeinflusst hat, fokussiert mehr auf unterschiedliche Perspektiven und bezieht sowohl die Sicht der BewohnerInnen und Angehörigen als auch jene des Pflegepersonals mit ein (NCHR&D Forum, 2007).

Dieses vorrangig auf einer umfassenden Literaturübersicht basierende Programm wurde durch eine weitere Arbeit von Davies (2001) aktualisiert, die Bedürfnisse von BewohnerInnen und ihren Angehörigen in Einrichtungen der Langzeitpflege in den Blick nimmt. Dabei wurden relevante Aspekte aus den unterschiedlichen Feldern der Pflege, Medizin, Gerontologie, Sozialarbeit und Psychologie identifiziert. Die Zusammenschau dieser Aspekte basierte vor allem auf den Erfahrungen von Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen sowie professionellen Pflegepersonen mit dem Ziel, Strategien zu identifizieren, die HeimleiterInnen und MitarbeiterInnen in die Lage versetzen sollen, die Lebensqualität von BewohnerInnen zu verbessern und zugleich die Pflegenden dabei angemessen zu unterstützen. Dabei wurde auf eine Befragungsmethode rekurriert, die weniger Defizite in den Blick nimmt, sondern vielmehr auf positive Aussagen und Bewertungen setzt (Cooperrider et al., 2003). Interviewer wurden aufgefordert, die Aussagen möglichst positiv zu formulieren, gute Praxis zu identifizieren und sicherzustellen, dass die Bewohnerperspektive immer im Mittelpunkt der Erhebungen steht.

Das My Home Life (MHL) Programme basiert auf acht Bereichen. Drei davon richten sich auf das Pflegekonzept (Personalisation) und umfassen die Einzelaspekte "Identität bewahren", "Entscheidungen gemeinsam fällen" und "Gemeinsamkeit schaffen". Drei weitere Themen nehmen vor allem die MitarbeiterInnen in den Blick und machen Aussagen darüber, wie sie die BewohnerInnen angemessen unterstützen können (Navigation): "Übergänge gestalten", "Gesundheit und Pflege verbessern" und "Unterstützung am Lebensende". Die zwei verbleibenden Themen richten sich auf die Aufgaben des Managements (Transformation) und die Frage, wie die Pflegenden angemessen befähigt werden können, die mit den vorhergehenden Themen verbundenen Anforderungen zu bewältigen: "Pflegende beschäftigungsfähig machen" und eine "positive Kultur fördern". In der folgenden Übersicht werden die einzelnen Bereiche spezifiziert.

Übersicht 5: My Home Life: Relevante Themen zur Förderung der Qualität in Alten- und Pflegeheimen (NCHR&D Forum, 2007)

Identität bewahren (Personalisation)	<ul style="list-style-type: none"> Mit den BewohnerInnen arbeiten, um ihren Sinn für die eigene Identität zu erhalten und sie in sinnvolle Aktivitäten einzubinden
Gemeinsamkeit schaffen (Personalisation)	<ul style="list-style-type: none"> Beziehungen zwischen BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Angehörigen, Familie und Freunden und auch die Einbindung in die Gemeinschaft verbessern. Ermutigung zu einem Gemeinsamkeitsgefühl, zu Sicherheit und Kontinuität
Entscheidungen gemeinsam fällen (Personalisation)	<ul style="list-style-type: none"> Über Risiken informieren, Entscheidungen unterstützen und die Beteiligung der BewohnerInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen an der gemeinsamen Entscheidungsfindung in allen Lebensbereichen
Übergänge gestalten (Navigation)	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung von Menschen beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung und Umgang mit Verlusterfahrungen
Gesundheit und Pflege verbessern (Navigation)	<ul style="list-style-type: none"> Zugang zu den notwendigen Leistungen sichern und auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität fördern
Unterstützung am Lebensende (Navigation)	<ul style="list-style-type: none"> Wichtigkeit der Themen "Leben" und "Sterben" in Pflegeheimen, Unterstützung der Bewohner und ihrer Angehörigen
Pflegende beschäftigungsfähig machen und halten (Transformation)	<ul style="list-style-type: none"> Förderung einer kontinuierlichen Weiterbildungskultur in den Einrichtungen
Förderung einer "positiven Kultur" (Transformation)	<ul style="list-style-type: none"> Führung und Management qualifizieren im Hinblick auf die Förderung einer positiven Kultur

My Home Life bietet einen konzeptionellen Rahmen für die Förderung der Lebensqualität in Pflegeheimen und hat als Ausgangspunkt die beziehungsorientierte Pflege (Tresloni/Pew-Fetzer Task Force, 1994) und das so genannte "Senses Framework" (Nolan et al., 2006). In diesem Rahmen durchgeführte Befragungen, in denen BewohnerInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen nach ihren Präferenzen befragt wurden, deuten darauf hin, dass die Auseinandersetzung mit den "sechs Wahrnehmungen" von Sicherheit, Zugehörigkeit, Kontinuität, Zielsetzung, Erfolg und Bedeutsamkeit der Schlüssel zu guten Beziehungen in diesem Zusammenhang ist (siehe Übersicht 6 für eine ausführlichere Erklärung der "sechs Wahrnehmungen").

Übersicht 6: The Senses Framework (Nolan et al., 2006)

Sicherheit	• Sich sicher fühlen
Zugehörigkeit	• Sich dazugehörig fühlen
Kontinuität	• Zusammenhänge und Beziehungen erfahren
Ziele	• Ziele haben und sich neue Ziele setzen
Erfolg	• Fortschritte bei der Erfüllung der Ziele machen
Bedeutsamkeit	• Als Person gesehen werden, Würde und Respekt erfahren

Basierend auf Nolans Forschung wurden Werkzeuge (sogenannte CARE-Profile) entwickelt, die die Lebensqualität aus der Sicht der älteren Bewohner, der Angehörigen und des Personals in Pflegeheimen messen sollen (Faulkner et al., 2006). Dafür wurde für jede dieser Gruppen ein eigenes Instrument entwickelt, das jeweils 30 "positive" Situationsbewertungen enthält. Der thematische Fokus der einzelnen Items wurde mit dem "Senses Framework" abgestimmt. Erfahrungen in der Erprobung der Instrumente haben gezeigt, dass sie sehr hilfreich bei der Einschätzung der Lebensqualität in Alten- und Pflegeheimen sein können, Weiterentwicklungsbedarf besteht vor allem im Hinblick auf die Erhebung bei kognitiv eingeschränkten, etwa von einer Demenz betroffenen BewohnerInnen.

Auf der Basis verschiedener Meta-Analysen hat Schalock (Schalock, 2006) insgesamt acht zentrale Bereiche der Lebensqualität und die drei für jeden dieser Bereiche am Häufigsten auftauchenden Indikatoren identifiziert. Diese Konzeptualisierung erscheint sehr hilfreich bei der Suche nach den im Rahmen entsprechender Befragungen zu berücksichtigenden Fragen und Fragebereichen (Übersicht 7).

Übersicht 7: Bereiche der Lebensqualität und entsprechende Indikatoren (Schalock, 2006)

Bereich	Indikator
Emotionales Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit (Stimmung, Freude) • Selbstkonzept (Identität, Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein) • Abwesenheit von Stress (Vorhersehbarkeit und Kontrolle)
Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktion (soziale Netzwerke, soziale Kontakte) • Beziehungen (Familie, Freunde usw.) • Unterstützung (emotional, physisch, finanziell)
Materielles Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzieller Status (Einkommen, Leistungen) • Wohnen (Wohntyp, Besitzstatus)
Körperliches Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit (Funktionen, Symptome, Fitness, Ernährung) • ATL (inkl. Selbstpflegefähigkeiten, Mobilität) • Freizeit (Entspannung, Hobbies)
Persönliche Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcen (kognitiv, sozial, praktisch) • Erfüllung (Erfolg, Zielerreichung, Produktivität)

Selbstbestimmung	<ul style="list-style-type: none">• Autonomie, Kontrolle, Unabhängigkeit• Ziele und persönliche Werte (Wünsche, Erwartungen)• Wahlfreiheit (Möglichkeiten, Optionen, Präferenzen)
Soziale Inklusion	<ul style="list-style-type: none">• Integration und Partizipation in der Gemeinschaft• Soziale Unterstützung (Netzwerke, Leistungen)
Rechte	<ul style="list-style-type: none">• Persönlichkeitsrechte (Respekt, Würde, Gleichheit)• Bürgerrechte (Zugang, Fairness in Verfahren usw.)

Zusammenfassung der Diskussion

Im Folgenden werden die wichtigsten Befunde der Lebensqualitätsforschung mit Blick auf ältere Menschen und PflegeheimbewohnerInnen zusammengefasst:

- *Die Bedeutung einzelner Lebensbereiche ist vom Alter abhängig:* Ergebnisse beispielsweise der Wohlfahrtssurveys zeigen die altersspezifische Wichtigkeit von Lebensbereichen wie "Gesundheit", "Glaube" sowie "Schutz vor Kriminalität", die für ältere Menschen eine größere Bedeutung haben als für jüngere Altersgruppen.
- *Die subjektive Bewertung einer Lebensbedingung ist bedeutsamer als ihr objektives Maß:* Objektive Lebensbedingungen wirken sich hauptsächlich indirekt auf das subjektive Wohlbefinden aus, aber es gibt keine direkte Verbindung zwischen beiden. Das Konzept der Lebensqualität erfordert immer eine Bewertung im Hinblick auf die Frage: "Was ist ein gutes Leben?", deren Beantwortung einer subjektiven Herangehensweise bedarf. Die positive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes wie auch eine hohe Lebenszufriedenheit insgesamt können zu einer Verlängerung der Lebenserwartung führen (Idler, 1993; Mossey/Shapiro, 1982).
- *HeimbewohnerInnen haben eine geringere Lebensqualität als andere alte Menschen:* Diese in der Öffentlichkeit häufig dargestellte These wurde schon in den 1990er Jahren in der groß angelegten Berliner Altersstudie belegt. In Bezug auf die Lebensqualität von HeimbewohnerInnen zeigte sich, dass sich diese Gruppe als "... eine identifizierbare Untergruppe älterer Menschen mit einem höheren Risiko in Bezug auf eingeschränktes Wohlbefinden" (Smith et al., 1996: 511) identifizieren ließ. "(Allerdings) ... ist es sehr wichtig, darauf hinzuweisen, dass dieser negative Unterschied schon vor dem Heimübergang bestanden haben könnte" (Smith et al., 1996: 512). Die vorgestellten Ergebnisse weisen auf vielschichtige Facetten einer Lebensqualität hin, von der bisher nicht allzu viel bekannt ist (Sowarka, 2000). Fraglich ist zum Beispiel, wie BewohnerInnen "(...) ihre eigene Wertehierarchie ordnen, wenn ihr Lebensraum zunehmend restriktiver wird" (Sowarka, 2000: 79).

Nicht zuletzt gibt es bislang wenig wissenschaftliche Erkenntnisse zur Lebensqualität demenziell erkrankter BewohnerInnen, auch wenn sie durchaus in der Lage sind, selbst Auskunft über ihre Lebensqualität zu geben (Kane, 2003).

Indikatoren der Lebensqualität – methodische Herausforderungen und potenzielle Lösungen

Wie gezeigt werden konnte, ist das Konzept der Lebensqualität eine insbesondere für PflegeheimbewohnerInnen zentrale Kategorie, wenn es darum geht, ihre Lebensbedingungen und die Qualität der Betreuung und Versorgung einzuschätzen. Entsprechende Indikatoren sind daher unerlässlicher Bestandteil eines jeden Assessments und Qualitätsmanagements.

An die zukünftige Entwicklung von Indikatoren insgesamt werden dabei eine Reihe von Anforderungen gestellt, um eine wissenschaftliche Fundierung zu gewährleisten, Transparenz und Vergleich zu ermöglichen und den BewohnerInnen eine angemessene Versorgung und Betreuung zukommen zu lassen.

- Auch im Bereich der Pflege setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass die Entwicklung von Qualitätskriterien und -indikatoren evidenzbasiert erfolgen muss, d.h. sich am bestverfügbaren Wissen orientieren muss. Evidenzbasierung ist der "gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten" (Deutsches Netzwerk für evidenzbasierte Medizin, 2008). Die damit verbundenen Fragen und Grundsätze sind auch für die pflegerische Versorgung relevant. Auch hier geht es um die Frage, welcher nachweisbare Nutzen mit unterschiedlichen Interventionen verbunden ist und woran er gemessen werden soll.
- Die Indikatorenentwicklung sollte nach Möglichkeit interdisziplinär erfolgen. Neben der Pflegewissenschaft sollten hier auch die Gerontologie, die Medizin und Sozialarbeit mit einbezogen werden, um nicht nur ausgewählte und vor allem auf die Pflege ausgerichtete Bereiche der Lebenswelt von HeimbewohnerInnen zu fokussieren, sondern diese möglichst umfassend abzubilden.
- Im Hinblick auf die Verbesserung der pflegerischen Versorgung muss die Indikatorenentwicklung mit der dienste- und einrichtungsbezogenen Organisationsentwicklung verknüpft werden. Hinweise über die angesprochenen Dimensionen der Lebensqualität erscheinen dabei geeignet, Reorganisationsprozesse auch unter Berücksichtigung der Bewohner- und Mitarbeiterperspektive zu initiieren.
- Die Indikatoren müssen wissenschaftlichen Gütekriterien entsprechen: Objektivität, Reliabilität und Validität. Die Reliabilität ("Zuverlässigkeit") kennzeichnet den Grad der Genauigkeit, mit dem das geprüfte Merkmal gemessen wird. Zur Prüfung bieten sich verschiedene statistische Verfahren an: neben der Berechnung der internen Konsistenz (Cronbach's Alpha) ist insbesondere die Retest-Reliabilität von Bedeutung. Sie gibt an, inwieweit die Ergebnisse, die zu zwei Zeitpunkten bei einer Person erhoben wurden, miteinander korrelieren. Die Validität eines Verfahrens gibt Aufschluss darüber, wie gut das Instrument das misst, was es zu messen vorgibt ("Gültigkeit"). Hier sind vor allem die Inhalts- und Übereinstimmungsvalidität von Bedeutung, die Aussagen über die Qualität des Instruments und die Frage, ob alle relevanten Dimensionen der Ergebnisqualität erfasst werden, zulassen. Für die Prüfung der Übereinstimmungsvalidität werden andere bereits etablierte Verfahren eingesetzt, die ähnliche, aber nicht identische Merkmale messen.
- Von besonderer Bedeutung, v.a. im Hinblick auf einen angestrebten Vergleich von Diensten und Einrichtungen, ist die Risikoadjustierung (auch Risikobereinigung) von Indikatoren. Sie ist

unabdingbar, sollen Daten und Informationen verschiedener Institutionen im Qualitätsprozess miteinander verglichen werden. Unter einer Risikoadjustierung ist der Ausschluss der Faktoren zu verstehen, die nicht von der Leistung der Einrichtungen abhängen, aber dennoch das Maß des Indikators beeinflussen (z.B. Alter, Vorerkrankungen, Profil der Pflegebedürftigkeit). Durch die "Neutralisierung" im Sinne einer Risikoadjustierung soll vermieden werden, dass z.B. Einrichtungen mit einer weit überwiegenderen Mehrheit von BewohnerInnen mit einem hohen Pflege- und Betreuungsbedarf bzw. Auffälligkeiten (wie z.B. Menschen mit schweren demenziellen Erkrankungen) in der Bewertung der Ergebnisqualität schlechter abschneiden als diejenigen mit einer Bewohnerstruktur mit weniger Pflege- und Betreuungsbedarf. Der Risikoadjustierung wird in der Zukunft eine noch größere Bedeutung zukommen, da sich die Definition von Risiken in den Bereichen der Lebensqualität noch schwieriger darstellt als in jenen der Pflegequalität.

Messung der Lebensqualität in Pflegeheimen

Eine besondere Anforderung besteht darin, Transparenz, Verständlichkeit und Handhabbarkeit der Indikatoren und eines zu entwickelnden Instrumentes zu gewährleisten. Dies gilt nicht nur für die Anwendbarkeit durch die Dienste und Einrichtungen, sondern ist insbesondere für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen von großer Bedeutung, um sie auf der Suche nach geeigneten Angeboten bestmöglich zu unterstützen und ihnen verlässliche Informationen an die Hand zu geben.

Die Lebensqualitätsforschung in Pflegeheimen bedient sich verschiedener Methoden, indem

- BewohnerInnen direkt befragt werden,
- stellvertretend Familienangehörige und/oder MitarbeiterInnen befragt werden,
- das Bewohnerverhalten beobachtet wird,
- objektive Informationen hinsichtlich körperlichen, sozialen und Umweltaspekten gesammelt werden.

Jede dieser Methoden hat ihre Vor- und Nachteile. Werden BewohnerInnen direkt befragt, tritt das "Zeugenproblem" auf, d.h. subjektive Einschätzungen lassen keine Rückführung auf objektive Tatsachen zu. Eine Generierung von Indikatoren auf dieser Ebene steht vor der Herausforderung, eine Risikoadjustierung vorzunehmen, deren Faktoren bislang kaum erforscht sind.

Bei der Befragung von Stellvertretern zur Lebensqualität von BewohnerInnen hat sich gezeigt, dass ihre Bewertung häufig nicht mit der Bewertung der BewohnerInnen übereinstimmt ("Stellvertreterproblem") (Cohn/Sugar, 1991; Lavizzo-Mourey et al., 1992).

Die Sammlung objektiver Informationen der Pflegequalität ist bislang noch die vorrangige Methode zur Generierung von Indikatoren. Auf der Grundlage dieser Daten können jedoch keine Aussagen zur individuellen Lebensqualität von Bewohnerinnen getroffen werden.

Die Ergebnisse auf der individuellen Ebene können auf der Ebene des Einzelnen analysiert, auf der Organisations- oder Systemebene zusammengefasst und durch weitere Kennzahlen ergänzt werden. Diese können etwa die Bereiche Gesundheit, Sicherheit, Mitarbeiterfluktuation oder

etwa auch Einrichtungskosten betreffen (Gardner/Carran, 2005; Human Services Research Institute und National Association of State Directors of Developmental Disabilities Services, 2003).

Insbesondere zu Beginn eines solchen Prozesses kann es hilfreich sein, zunächst mit einem kürzeren Fragebogen zu beginnen, anstatt mit einem umfangreichen Instrument die organisationellen Ressourcen einer Einrichtung zu überfordern. Die Durchführung der Interviews sowie die Datensammlung sollten nach Möglichkeit extern erfolgen (Schalock et al., 2008), denn MitarbeiterInnen sind in der Regel nicht vertraut mit Daten und Datenanalysen oder haben gewisse Vorbehalte gegenüber Erhebungen, da negative Assoziationen im Hinblick auf die Evaluation ihrer potenziellen Folgen bestehen. Die Art und Weise, wie in der Vergangenheit mit Daten umgegangen wurde, bestimmt häufig die diesbezügliche aktuelle Einstellung und wie Informationen für Veränderungsprozesse genutzt werden. Möglichkeiten zur Verbesserung dieser Situation können darin bestehen (nach Schalock et al., 2008),

- das Personal dabei zu unterstützen, die kontextuellen Faktoren zu verstehen, die zu entsprechenden Ergebnissen führen,
- Hilfestellungen bei der Interpretation zu geben,
- spezifische Vorschläge zu unterbreiten, wie die Daten sinnvoll verwendet werden können,
- zu vermitteln, dass es nicht primär darum geht, schlechte Leistungen zu dokumentieren, sondern durch den Einsatz von Indikatoren Transparenz und damit die Grundlagen für ein Qualitätsmanagement in den Einrichtungen zu schaffen,
- zu betonen, dass die Bewertungen lediglich Bedingungen zu einem bestimmten Zeitpunkt beschreiben und die Verwendung von Daten primär in einem kontinuierlichen, längerfristig angelegten Qualitätsentwicklungsprozess erfolgt.

Ergebnisse interpretieren

Wie gezeigt werden konnte, erfordert die Messung von ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime sowohl die Perspektive der Pflege- als auch die der Lebensqualität. Mit Blick darauf gilt es einige Bedingungen zu bedenken, wenn es darum geht, entsprechende Programme und Verfahren zu implementieren und deren Ergebnisse für weitere Verbesserungsprozesse zu nutzen (Schönberg, 2006):

- *Es gibt keinen "Globalindikator" als "generellen Signalgeber" für die Qualität in Einrichtungen:* Neben der mangelnden Kausalität der Ergebnisdimensionen untereinander stehen auch unterschiedliche Aspekte der Ergebnisqualität in keinem direkten Zusammenhang. Gute Ergebnisse bezogen auf einen Indikator (z.B. Dekubitus) etwa bedeuten nicht unbedingt gute Ergebnisse bezüglich eines anderen Indikators.
- *BewohnerInnen sind für die Qualität des (Pflege-)Ergebnisses mitverantwortlich:* Auch die Qualität der Subjekt-Subjekt-Beziehung (MitarbeiterIn-BewohnerIn) hat Einfluss auf das Ergebnis (Bond/Thomas, 1991). Die pflegebedürftige Person ist in diesem Sinne "Ko-ProduzentIn" der Pflege.
- *Es ist keine umfassende Qualitätsbewertung mittels Indikatoren möglich:* Indikatoren gelten im Prozess der Qualitätssicherung und -entwicklung als Hinweisgeber, eine umfassende Qualitätsbeurteilung einer Einrichtung ist durch Verwendung von Indikatoren nicht möglich (Faust,

2003; Gebert/Kneubühler, 2003; Halfon et al., 2000). Die Messung mittels Qualitätsindikatoren kann jedoch Ausgangspunkt für eine umfangreiche Qualitätsmessung sein, etwa wenn ein Indikator auf ein Defizit hinweist. Auf diese Weise fungieren Indikatoren als "sentinel events" (Höwer, 2002: 19), deren Erreichen von den Beteiligten erklärt werden muss.

- *Ergebnisse, die auf Indikatoren beruhen, sind interpretationsbedürftig:* Ergebnisse der Indikatorenmessung sind interpretationsbedürftig (Donabedian, 1992; Faust, 2003; Höwer, 2002). Das Problem besteht darin, dass diese Ergebnisse zu Rückschlüssen "verleiten", die auf der Grundlage der Messungen allerdings nur bedingt möglich sind. So mag eine große Anzahl Dekubitalgeschwüre in einer Einrichtung die Schlussfolgerung nach sich ziehen, eine tiefer gehende Analyse der Pflege zu erwägen bzw. die Einrichtung zur Erklärung aufzufordern. Nicht möglich ist allerdings, von der Anzahl der Dekubitalgeschwüre direkt auf die gesamte Qualität der Pflege in der Einrichtung zu schließen.
- *Technische Grenzen für eine mögliche Indikatorenerhebung in vollstationären Pflegeeinrichtungen:* Zusammengefasste Datenindikatoren bedürfen der Erhebung von individuellen Daten der BewohnerInnen, die dann auf Einrichtungsebene aggregiert werden. Hierzu bedarf es routinemäßiger Erhebungen, entsprechender technischer Voraussetzungen sowie Auswertungs- und Interpretationsexpertise.

Schlussfolgerungen

Die Diskussion um messbare Outcomes und entsprechende Indikatoren in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung bezieht zunehmend auch die Lebensqualitäts-Perspektive mit ein. Darin spiegelt sich eine Entwicklung, die zum einen nicht mehr nur Struktur- und Prozessmerkmale von Pflege und Versorgung prüfen und zum Gegenstand von Qualitätsentwicklung machen möchte, sondern auch die Nutzerperspektive als unabdingbaren Bestandteil von Qualitätsentwicklung anerkennt.

Allerdings muss auch darauf hingewiesen werden, dass Indikatoren ein zentraler, wenn auch nicht erschöpfender Bestandteil von Qualitätsbewertungen sind – dies ist eine zentrale Grenze der Indikatorenerhebung und der Erwartungen, die in der Regel damit verbunden sind. Indikatoren weisen eher auf relevante Bereiche oder Problemaspekte hin, die im Rahmen von Qualitätsentwicklung und -management weiter Beachtung finden müssen. Auch wenn es schwierig ist, direkte Zusammenhänge zwischen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität herzustellen, da sie in keinem monokausalen Zusammenhang stehen, liefern Indikatoren dahingehend sehr wichtige Hinweise. Auch sind BewohnerInnen für die Qualität eines Pflegeergebnisses mitverantwortlich, so dass Indikatoren u.U. outcomes für Einrichtungen messen, die nur teilweise in deren Verantwortung liegen. Auf der anderen Seite bietet der Einsatz von Indikatoren auch Möglichkeiten, die sich mit folgenden Stichworten zusammenfassen lassen:

- Herstellung von Transparenz,
- Herstellung einer Grundlage für die weitere (pflege-)wissenschaftliche Forschung,
- Möglichkeit des Benchmarking von Einrichtungen,
- Möglichkeit der Impulsgebung für die Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen.

Das Interesse an einem Einsatz von Indikatoren zur Messung und Prüfung der Ergebnisqualität hat in den EU-Mitgliedstaaten insgesamt stark zugenommen, obwohl Europa die Diskussion um empirisch fundierte und verlässliche Qualitätsindikatoren etwa im Vergleich zu den USA sehr spät und noch keineswegs im selben Ausmaß erreicht hat (Nies et al., 2010). Betrachtet man den Fokus der wichtigsten Qualitätsinitiativen in Europa, wird das Thema insgesamt immer noch nachrangig behandelt und hat bisher in keiner Weise jene Beachtung erhalten, welche ihm zukommen müsste – nicht zuletzt aus der Nutzerperspektive und im Hinblick auf die Sicherstellung einer menschenwürdigen Pflege.

Ergebnisorientierte Indikatoren zur Messung und Prüfung der Lebensqualität stellen jedoch einen wichtigen Ansatz dar, um in diesem Bereich weitere Fortschritte zu machen, indem sie für die Qualitätsentwicklung von Diensten und Einrichtungen nutzbar gemacht werden – auch in einem allgemeinen Kontext von alternden Gesellschaften, die nach effektiveren und effizienteren Leistungen in der Langzeitpflege verlangen.

4 Katalog der Indikatoren und Kennzahlen

Bei der Definition von Kennzahlen und Indikatoren wurden fünf Bereiche von besonderer Relevanz für Alten- und Pflegeheime identifiziert, wobei eine Kennzahl innerhalb jedes Bereichs aus den unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Personengruppen evaluiert werden kann: BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Management, Angehörige und Freunde sowie das soziale Umfeld Wirtschaftlichkeit und Kontext (soziales Umfeld, Gesetzgeber).

Bereiche	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

Jede Kennzahl wird unter Verwendung einer gemeinsamen Terminologie und auf Basis des nachfolgenden Schemas vorgestellt und beschrieben:

Definition	Bezeichnung der Kennzahl
Operationalisierung	Praktische Fragen zur Anwendung oder Erhebung des Indikators
Berechnung/ Formel	Messgrößen, Definition von Werten im Zähler und Nenner des jeweiligen Indikators
Nutzen/Zweck	Verwendung und Bedeutung des Indikators im Kontext der Messung, Bewertung und Verbesserung der Ergebnisqualität in Alten- und Pflegeheimen. Sonstige Kommentare über den nationalen Kontext, in dem dieser Indikator erstellt wurde, falls zweckmäßig.
Perspektive	Aus wessen Perspektive spielt der Indikator eine besondere Rolle? ¹
Thema	Welcher Themenbereich wird von diesem Indikator abgedeckt?
Quelle	Informationsquelle, Qualitätsmanagement-Modell oder Kontext, in dem der Indikator verwendet wird

¹ Im Endeffekt sollten die BewohnerInnen natürlich immer die Hauptzielgruppe einer verbesserten Qualität in Alten- und Pflegeheimen sein; manche Indikatoren beziehen sich jedoch auch auf andere Zielgruppen bzw. auf Aspekte der Qualitätsverbesserung, die z.B. die MitarbeiterInnen oder die Führung von Heimen betreffen.

Bereich 1: Pflegequalität

Die Indikatoren im Bereich "Pflegequalität" sind von höchster Bedeutung für ältere Menschen, die meist aufgrund von gesundheitlichen Problemen und einem damit verbundenen hohen Pflegebedarf in ein Alten- und Pflegeheim ziehen. BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen sind somit auf tägliche Versorgung und Pflege durch geschultes Personal angewiesen, dessen primäre Aufgabe darin besteht, vorhandene gesundheitliche Probleme fachgemäß zu behandeln, um eine weitere Verschlechterung zu verhindern bzw. präventive Maßnahmen durchzuführen, um die Entstehung weiterer Komplikationen zu vermeiden.

Qualität und Sicherheit stehen daher im Mittelpunkt des folgenden Abschnitts, wobei die Erkennung des Pflegebedarfs, das Wissen um mögliche Komplikationen und negative Nebenwirkungen wesentliche Bestandteile des Managements von Pflegequalität darstellen. Beispielsweise muss die Feststellung eines Dekubitus, eines Medikationsfehlers oder eines Sturzes in der Pflegedokumentation bzw. im individuellen Pflegeplan vermerkt werden. Auf Basis solcher bestehender Dokumentationen können Ergebnisse zusammengefasst und evaluiert bzw. Steuerungsmaßnahmen zu deren Verbesserung ergriffen werden. Die entsprechenden Indikatoren können dann auch dazu verwendet werden, um Ziele zu definieren, den Erfolg von Steuerungsmaßnahmen zu überprüfen und Prioritäten festzulegen.

Die Indikatoren im Bereich Pflegequalität sind naturgemäß aus der Perspektive des Bewohners bzw. der Bewohnerin zu beschreiben. Informationen und Daten entstammen somit großteils der Pflegedokumentation für jeden einzelnen Bewohner. In manchen Fällen ist zu entscheiden, ob die Prävalenz eines bestimmten Zustands an einem bestimmten Tag zu erheben ist, ob eine kontinuierliche Überprüfung angebracht erscheint oder ob nur die Zahl neuer Fälle (Inzidenz) steuerungsrelevant ist. So könnte man beispielsweise entscheiden, die Erhebung von Dekubitalulcera als Prävalenzmessung durchzuführen, während Sturzereignisse kontinuierlich über einen längeren Zeitraum hinweg erhoben werden.

Die meisten Indikatoren im Bereich Pflegequalität wurden bestehenden Qualitätsmanagement-Systemen, nationalen und regionalen Richtlinien und Prüfkatalogen entnommen bzw. durch diese Quellen angeregt. Darüber hinaus wurden auch einschlägige Standardwerke und US-amerikanische Erfahrungen herangezogen – alle angeführten Indikatoren wurden von den beteiligten ExpertInnen fast einhellig als wichtig eingestuft.

Die während der Validierungsphase durch Delphi-ExpertInnen und TeilnehmerInnen an den Validierungs-Workshops eingebrachten neuen und zusätzlichen Indikatoren (Nr. 19-24) wurden im Abschlussworkshop diskutiert und nochmals selektiert.

Indikator Nr. 1	
Definition	Anteil der BewohnerInnen mit Dekubitus (Stufen 2-4), bei denen das Leiden im Alten- und Pflegeheim begonnen hat
Operationalisierung	Um diesen Indikator messen zu können, wird eine anfängliche Beurteilung des Dekubitus-Status zum Zeitpunkt der Aufnahme benötigt. Dekubiti der Stufe 1 sind aufgrund von möglichen Ungenauigkeiten bei der Diagnose ausgenommen. Dieser Indikator basiert im Rahmen eines systematischen Controllings auf der kontinuierlichen Pflegedokumentation mit regelmäßiger Auswertung (monatlich). Alternativ kann er als Bestandsaufnahme einmal jährlich an einem bestimmten Tag gemessen werden.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit Dekubitus (Stufen 2-4) Nenner: Zahl der untersuchten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators sind verbesserte Strategien zur Vorbeugung von Dekubiti. Diese sind nicht nur schmerzhaft und beeinträchtigend, sie können auch eine höchst negative Langzeitwirkung auf die Gesundheit und Lebensqualität der BewohnerInnen haben.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	Angeregt durch: KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; E-Qalin, 2009; MDS, 2009; US DHHS, 2008; CSCI, 2008.
Indikator Nr. 2	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die zu einem Stichtag an Intertrigo (Hautwolf) leiden
Operationalisierung	Intertrigo ist eine Hautkrankheit, die sich in Form von Rötungen und Schmerzen vor allem bei übergewichtigen Personen unter den Brüsten, in der Analspalte und in der Leistengegend zeigt. Die Prävalenz kann zu einem bestimmten Zeitpunkt gemessen werden, z.B. als jährliche Bestandsaufnahme, allgemein ist das Auftauchen von Intertrigo aber auch in der kontinuierlichen Pflegedokumentation festzuhalten.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, bei denen Intertrigo festgestellt wurde Nenner: Zahl der untersuchten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Feststellung von Intertrigo und deren Vorbeugung. Eine sorgsame Berücksichtigung der Verursachung von Intertrigo hilft, dem Problem vorzubeugen. Die wirksame Behandlung und/oder die Berücksichtigung zugrunde liegender Faktoren, wie etwa Inkontinenz, kann Geschwüren in den Beugefurchen vorbeugen.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	Angeregt durch: KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; LPZ, 2009; MDS, 2009

Indikator Nr. 3	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, bei denen während der letzten 30 Tage Medikationsfehler festgestellt wurden
Operationalisierung	<p>Zur Messung dieses Indikators können unterschiedliche Quellen verwendet werden: Pflegedokumentation, Erinnerungsvermögen von MitarbeiterInnen, BewohnerInnen und formale Ereignisaufzeichnungen, wie im niederländischen System. Medikationsfehler beinhalten folgende Vorkommnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die vorgeschriebene Medikation wurde nicht verabreicht. • Eine falsche Dosierung wurde verabreicht. • Das Medikament wurde zum falschen Zeitpunkt verabreicht. • Der/die BewohnerIn hat die Einnahme verweigert. • Das falsche Medikament wurde verabreicht. • Eine falsche Kombination von Medikamenten wurde verabreicht. <p>Achtung: Nicht bei BewohnerInnen messen, welche ihre Medikamente selbst einnehmen! Nur bei BewohnerInnen erheben, die ihre Medikamente durch MitarbeiterInnen verabreicht bekommen!</p>
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Zahl der BewohnerInnen, für die Medikationsfehler während der letzten 30 Tage berichtet wurden</p> <p>Nenner: Zahl der BewohnerInnen, denen Medikamente durch das Heimpersonal verabreicht werden</p>
Nutzen/Zweck	<p>Zweck dieses Indikators ist die Vorbeugung von Medikationsfehlern. Eine Überdosierung mancher Medikamente kann beispielsweise zu schwerwiegenden Nebenwirkungen führen; eine Unterdosierung kann sich in schlechteren Behandlungsergebnissen auswirken.</p> <p>Der Indikator ist darüber hinaus geeignet, Einblick in die Führungskultur eines Alten- und Pflegeheims zu gewähren: wird der Bericht eines Medikationsfehlers lediglich dazu benutzt, den/die "Schuldige/n" abzustrafen, werden MitarbeiterInnen dazu neigen, solche Ereignisse in Zukunft eher zu verheimlichen, anstatt sie zur Verbesserung von Abläufen und Rahmenbedingungen zu nutzen.</p>
Perspektive	BewohnerInnen, MitarbeiterInnen (Führung)
Thema	Pflegequalität und Sicherheit, Führung
Quelle	Angeregt durch: KVZ-VVT, 2007; 2010; US DHHS, 2008; CSCI, 2008

Indikator Nr. 4	
Definition	Anteil der BewohnerInnen mit einem regelmäßigen Gesundheitscheck durch einen Facharzt (Augenarzt/Zahnarzt/Orthopäde/HNO)
Operationalisierung	Der Indikator wird üblicherweise auf Basis von Aufzeichnungen der Pflegedokumentation ermittelt.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die mindestens einmal pro Jahr von einem Facharzt untersucht wurden Nenner: Zahl der BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Auch wenn Gesundheitschecks bzw. Facharztbesuche in einigen Ländern nicht durch die Heimleitung bzw. das Heimpersonal beeinflusst werden können, wäre die Sicherstellung von Zugangsmöglichkeiten und deren Kontrolle wünschenswert (siehe auch Indikatoren Nr. 37 und 38): Ältere Menschen in Alten- und Pflegeheimen sollten beim Zugang zu fachärztlichen Leistungen nicht diskriminiert werden (siehe National Service Framework for Older People DoH, 2001).
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Gesundheit und Wohlbefinden
Quelle	Angeregt durch: CSCI, 2008; MDS, 2009; NSFOP, 2001
Indikator Nr. 5	
Definition	Anteil der BewohnerInnen mit relativem Gewichtsverlust, wobei dieser weder beabsichtigt noch im Pflegeplan des Bewohners/der Bewohnerin vorgesehen war
Operationalisierung	Der Indikator wird üblicherweise auf Basis von Aufzeichnungen der Pflegedokumentation erhoben, wobei alle BewohnerInnen mit einem Gewichtsverlust von mehr als 3 kg während des letzten Monats oder von mehr als 6 kg während der letzten sechs Monate zu ermitteln sind. Ausgenommen sind BewohnerInnen in Palliativpflege sowie jene, die keine Gewichtskontrolle vornehmen lassen wollen.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, bei denen ein Gewichtsverlust von mehr als 3 kg des Gesamtkörpergewichts im letzten Monat oder von mehr als 6 kg in den letzten sechs Monaten festgestellt wurde Nenner: Zahl der BewohnerInnen mit Gewichtskontrolle
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Vorbeugung von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, der bei älteren BewohnerInnen zu höherem Infektions-, Depressions- und Sterberisiko führt (Risikomanagement).
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	Angeregt durch: KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; US DHHS, 2008; MDS, 2009

Indikator Nr. 6	
Definition	Anteil der BewohnerInnen mit Dehydrierungssymptomen
Operationalisierung	Der Indikator wird üblicherweise auf Basis von Aufzeichnungen der Pflegedokumentation erhoben, wobei BewohnerInnen als dehydriert gelten, wenn sie pro Tag mehr als 3% des Gesamtkörpergewichts verlieren oder wenn ein plötzlicher Gewichtsverlust von mehr als 1 kg festzustellen ist. Andere Symptome, wie z.B. der Zustand der Haut, trockene Schleimhäute oder eine trockene Zunge können auch durch andere Faktoren verursacht werden, die nichts mit Dehydrierung zu tun haben, wie z.B. bestimmte Medikamente. Ausgenommen sind BewohnerInnen in Palliativpflege sowie jene, die keine Gewichtskontrolle vornehmen lassen wollen.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit Dehydrierungssymptomen Nenner: Zahl der BewohnerInnen mit Gewichtskontrolle
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Kontrolle und Vorbeugung von Dehydrierung (Risikomanagement), welche bei älteren BewohnerInnen zu schwerwiegenden Folgeerscheinungen führen kann, z.B. Konzentrationsschwäche, Verwirrtheitszustände, Appetitlosigkeit, Obstipation, Antriebslosigkeit und allgemeine Abwehrschwäche. Dehydrierung gehört neben Unterernährung und Lungenentzündung zu den häufigsten Todesursachen demenzkranker Menschen.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	Angeregt durch: KVZ-VVT, 2007; ActiZ, 2001; US DHHS, 2008; MDS, 2009
Indikator Nr. 7	
Definition	Anteil der BewohnerInnen mit einem Sturzereignis
Operationalisierung	Der Indikator wird auf Basis von Aufzeichnungen der Pflegedokumentation bzw. eines Sturzereignisprotokolls erhoben. Von BewohnerInnen selbst berichtete Sturzereignisse sind einzubeziehen. Es wird empfohlen, die Sturzereignisse der letzten 30 Tage heranzuziehen; längere Erhebungszeiträume sind zu begründen. Darüber hinaus sollten Sturzereignisse nach dem Ort des Ereignisses sowie nach dem Ausmaß ihrer Konsequenzen für den/die BewohnerIn analysiert werden.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit Sturzereignissen während der letzten 30 Tage Nenner: Zahl der BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Kontrolle von Sturzereignissen und deren Vorbeugung (Risikomanagement). Stürze sind eine wesentliche Morbiditäts- und Mortalitätsursache bei älteren Menschen.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	Angeregt durch: KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; US DHHS, 2008; CMS-RAI, 2002; E-Qalin, 2009; MDS, 2009

Indikator Nr. 8	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, bei denen Anzeichen herausfordernden Verhaltens gegenüber MitarbeiterInnen und/oder anderen BewohnerInnen festgestellt wurden
Operationalisierung	<p>Der Indikator wird mittels Aufzeichnungen der Pflegedokumentation erhoben, wobei folgende Symptome als "herausforderndes bzw. Problemverhalten" gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbales Problemverhalten: BewohnerIn droht, schreit oder flucht gegenüber anderen Menschen. • Physisches Problemverhalten: BewohnerIn schlägt, stößt, kratzt oder schüchtert andere Menschen ein. • Sozial unzumutbares Verhalten: BewohnerIn erzeugt störende Geräusche, ist laut, schreit, behandelt sich selbst schlecht, zeigt sexuelles oder exhibitionistisches Verhalten, beschmiert sich selbst mit Essen oder Fäkalien, hamstert oder schnüffelt in den Sachen anderer herum. • Pflegeverweigerung: BewohnerIn verweigert die Einnahme der Medikation oder Injektionen, verweigert Essen sowie die Teilnahme in Aktivitäten.
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit Anzeichen herausfordernden Verhaltens während der letzten 7 Tage</p> <p>Nenner: Zahl der BewohnerInnen</p>
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Feststellung der Häufigkeit von herausforderndem Verhalten der BewohnerInnen. Wo hohes bzw. tendenziell ansteigendes Problemverhalten vorliegt, könnte eventuell Bedarf für zusätzliche Schulung im Umgang mit solchen Verhaltensweisen vorliegen.
Perspektive	BewohnerInnen, MitarbeiterInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	Angeregt durch: KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; US DHHS, 2008; CMS-RAI, 2002

Indikator Nr. 9	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, bei denen freiheitsentziehende Maßnahmen angewendet wurden
Operationalisierung	In den meisten Ländern wird für freiheitsentziehende Maßnahmen eine richterliche/ärztliche Ermächtigung benötigt, weshalb der Indikator auf Basis der entsprechenden Dokumentationen erhoben werden kann. Entsprechende Vermerke sind auch der Pflegedokumentation zu entnehmen, wobei als "freiheitsentziehende Maßnahme" jedenfalls die Verwendung von Fixierungsinstrumenten (Bauchgurt) oder Bettgittern gilt.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, bei denen während der letzten 7 Tage freiheitsentziehende Maßnahmen angewendet wurden Nenner: Zahl der BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Überwachung der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen, die beispielsweise damit begründet werden, das Risiko eines Sturzes zu reduzieren. Im Versuch, sich aus ihrer Fixierung zu befreien, verletzen sich BewohnerInnen jedoch häufiger und ernster als ohne Fixierung. Der Indikator soll auch dazu anregen, über freiheitsentziehende Maßnahmen durch die Verabreichung von Psychopharmaka sowie über alternative Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit der BewohnerInnen nachzudenken.
Perspektive	BewohnerInnen, MitarbeiterInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	Angeregt durch: KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; US DHHS, 2008; MDS, 2009
Indikator Nr. 10	
Definition	Anteil der BewohnerInnen mit Harninkontinenz
Operationalisierung	Der Indikator wird als Prävalenz an einem festgelegten Tag oder alternativ mittels der kontinuierlichen Aufzeichnungen der Pflegedokumentation erhoben, wobei jede Art von unbeabsichtigtem Harnverlust (mindestens einmal pro Woche) zu berücksichtigen ist.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit Harninkontinenz (mindestens einmal pro Woche) Nenner: Zahl der BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Erfassung von BewohnerInnen mit Inkontinenz und die mögliche Prävention, um Schamgefühlen und der Verschlechterung der Lebensqualität vorzubeugen. Inkontinenz kann auch ein Symptom für Infektionen der Harnwege sein.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	Angeregt durch: KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; US DHHS, 2008

Indikator Nr. 11	
Definition	Anteil der BewohnerInnen mit Langzeitkatheter seit mehr als 14 Tagen
Operationalisierung	<p>Der Indikator wird auf Basis der kontinuierlichen Aufzeichnungen der Pflegedokumentation ermittelt, wobei Langzeitkatheter in manchen Ländern nur auf Basis ärztlicher Verordnung verwendet werden dürfen und somit auch die entsprechende Dokumentation herangezogen werden kann.</p> <p>Jene Fälle, bei denen der Katheter bereits vor dem Einzug ins Alten- und Pflegeheim gesetzt wurde, sind nicht zu berücksichtigen. Der Zeitraum von 14 Tagen wurde festgelegt, um akuten von chronischem Kathetereinsatz zu unterscheiden. Der akute Einsatz von Kathetern ist beispielsweise indiziert für BewohnerInnen in der Palliativpflege oder mit Schmerzen, z.B. aufgrund eines noch nicht operierten Bruchs.</p>
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit einem Langzeitkatheter, der vor mindestens 14 Tagen gesetzt wurde</p> <p>Nenner: Zahl der BewohnerInnen</p>
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Kontrolle des Einsatzes von Langzeitkathetern. Ein hoher Prozentsatz bzw. eine steigende Tendenz könnte ein Hinweis darauf sein, dass Katheter zu häufig bzw. zu frühzeitig angewendet werden. Dadurch könnten die mit dem Einsatz von Kathetern verbundenen Risiken von Infektionen, Verstopfung und Ausfluss ansteigen.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	Angeregt durch: KVZ-VVT, 2007; US DHHS, 2008

Indikator Nr. 12	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die in den letzten 30 Tagen an Schmerzen gelitten haben
Operationalisierung	<p>Die Erhebung von Schmerzen bei BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen stellt eine besondere Herausforderung dar. Unterschiedliche Skalen zur Schmerzmessung werden angeboten (siehe z.B. Van Herk et al., 2009a; www.schmerzskala.de).</p> <p>Bei manchen Bewohnergruppen ist die Schmerzmessung besonders schwierig oder aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten bzw. kognitiven Problemen unmöglich. In solchen Fällen wird die Anwendung einer Schmerzbeobachtungsskala empfohlen, z.B. für BewohnerInnen mit Demenz die MOBID Schmerzskala (Husebö et al., 2009).</p> <p>Die Befragung von Angehörigen zur Einschätzung der Schmerzen des Heimbewohners ist vergeblich bzw. nutzlos (Van Herk et al., 2009b).</p>
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die während der letzten 30 Tage unter Schmerzen gelitten haben</p> <p>Nenner: Zahl der erfassten BewohnerInnen</p>
Nutzen/Zweck	<p>Eine der häufigsten Ursachen eines ungenügenden Schmerzmanagements ist das Fehlen einer systematischen Erhebung von Schmerzen trotz vorhandener und relativ einfach anwendbarer Methoden und Instrumente (Schmerzskala).</p> <p>Forschungsergebnisse in den Niederlanden haben gezeigt, dass 66% aller Pflegeheimbewohner Schmerzen haben (Boerlage et al., 2007). Der Anteil von BewohnerInnen mit beträchtlichen Schmerzen während der letzten Woche (Score > 4 auf einer Skala von 0 bis 10) liegt sogar über 75%. Mehr als 25% der BewohnerInnen aus dieser Gruppe bekommen <i>keine</i> Medikamente gegen Schmerzen und über 50% erhalten lediglich Medikamente der Stufe 1 nach dem WHO-Schmerzbehandlungssystem (Paracetamol, NSAIDs).</p> <p>Zweck dieses Indikators ist es daher, MitarbeiterInnen dazu anzuregen, über Schmerzmanagement und seine Ergebnisse im Alten- und Pflegeheim nachzudenken sowie damit verbundene Maßnahmen und Verbesserungen mittels Aufzeichnungen zu hinterlegen.</p>
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	Angeregt durch: CSCI, 2008; US DHHS, 2008

Indikator Nr. 13	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die Psychopharmaka verwenden
Operationalisierung	<p>Auf Basis der Pflegedokumentation ist zu erheben, wie viele BewohnerInnen Psychopharmaka verwenden. Auszuschließen sind dabei jene BewohnerInnen, die ihre Medikamente eigenständig verwahren und verwalten, da bei diesen nicht überprüft werden kann, ob sie die verschriebenen Medikamente wirklich einnehmen. Die MitarbeiterInnen können in diesen Fällen kaum Einfluss nehmen und sind daher auch nicht für Medikationsfehler verantwortlich.</p> <p>Es wird angeregt, diesen Indikator in Verbindung mit Indikator Nr. 9 (freiheitsbeschränkende Maßnahmen) sowie im Zusammenhang mit dem Anteil von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten psychischen Beeinträchtigung zu analysieren (ergänzend bzw. alternativ auch Indikator Nr. 14).</p> <p>Die Frequenz der Erhebung und der Zeitraum, für den der Indikator erhoben wird, sind individuell für jedes Alten- und Pflegeheim zu definieren.</p>
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die Psychopharmaka verwenden</p> <p>Nenner: Zahl der erfassten BewohnerInnen</p>
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Überprüfung und Beobachtung des Anteils der BewohnerInnen, die Psychopharmaka verwenden. Dieser sollte im Zusammenhang mit der Zahl der BewohnerInnen mit einer diagnostizierten psychischen Beeinträchtigung analysiert werden.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	Angeregt durch: KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; US DHHS, 2008

Indikator Nr. 14	
Definition	Anteil der BewohnerInnen mit diagnostizierter Demenz, die Neuroleptika verwenden
Operationalisierung	Auf Basis der Pflegedokumentation ist zu erheben, wie vielen BewohnerInnen während der letzten Woche Neuroleptika verabreicht wurden.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit diagnostizierter Demenz, denen während der letzten Woche Neuroleptika verabreicht wurden Nenner: Zahl der BewohnerInnen mit diagnostizierter Demenz
Nutzen/Zweck	Die Verwendung multipler Medikationen für Personen mit Demenz wirft viele Fragen auf. Der deutsche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat unlängst auf die hohen Risiken in Zusammenhang mit dem Gebrauch von Neuroleptika hingewiesen, welche, insbesondere in Kombination mit Beruhigungsmitteln (Benzodiazipine) die kognitiven Fähigkeiten weiter herabsetzen können: "Daher ist die leichtfertige Verordnung von ruhigstellenden Mitteln bei älteren Menschen, insbesondere aber bei Menschen mit Demenz, keine akzeptable Strategie, um eine zu geringe Anzahl an pflegerischem oder betreuendem Personal auszugleichen. (...) Insbesondere die Verordnung von Neuroleptika bei Patienten mit Demenz ist äußerst kritisch zu beurteilen, da die Sterblichkeit bei der Anwendung dieser starken Beruhigungsmittel erhöht ist. (...) eine kurzfristige Anwendung ist nur noch dann vertretbar, wenn ansonsten nicht beherrschbare Gefährdungen des Patienten selbst oder seiner Umgebung auftreten könnten" (arznei-telegramm 2008, zit.n. Sachverständigenrat, 2009: 471). Zweck dieses Indikators ist die Überprüfung und Beobachtung des Anteils der BewohnerInnen mit diagnostizierter Demenz, die Neuroleptika verwenden. Es ist darüber nachzudenken, inwiefern die MitarbeiterInnen des Alten- und Pflegeheims diesen Gebrauch beeinflussen und mögliche Verbesserungen/Alternativen umsetzen können.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	MDK, 2009

Indikator Nr. 15	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die Antidepressiva verwenden
Operationalisierung	<p>Auf Basis der Pflegedokumentation ist zu erheben, wie vielen BewohnerInnen Antidepressiva verabreicht werden. Falls notwendig, sind dabei jene BewohnerInnen auszuschließen, die ihre Medikamente noch eigenständig verwahren und verwalten, da bei diesen nicht überprüft werden kann, ob sie die verschriebenen Medikamente wirklich einnehmen. Die MitarbeiterInnen können in diesen Fällen kaum Einfluss nehmen und sind daher auch nicht für Medikationsfehler verantwortlich. Die Frequenz und die Dauer des Beobachtungszeitraums sollten dem individuellen Controllingbedarf des Alten- und Pflegeheims angepasst werden.</p> <p>Der Indikator sollte jedenfalls mit der Zahl der BewohnerInnen mit diagnostizierter Depression (Indikator Nr. 16) in Relation gesetzt werden.</p>
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die Antidepressiva verwenden Nenner: Zahl der BewohnerInnen mit diagnostizierter Depression</p>
Nutzen/Zweck	<p>Zweck dieses Indikators ist die Überprüfung und Beobachtung des Anteils der BewohnerInnen mit diagnostizierter Depression im Verhältnis zur Verwendung von Antidepressiva. Die Ergebnisse lassen Rückschlüsse auf den Umgang mit Depressionen oder sonstigen psychischen Krankheiten zu. Es wird dadurch angeregt darüber nachzudenken, inwiefern die MitarbeiterInnen des Alten- und Pflegeheims diesen Gebrauch beeinflussen und mögliche Verbesserungen/Alternativen umsetzen können.</p>
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	KVZ-VVT, 2007

Indikator Nr. 16	
Definition	Anteil der BewohnerInnen mit depressiven Symptomen zu einem definierten Zeitpunkt
Operationalisierung	<p>Dieser Indikator basiert auf einer Befragung, um z.B. mittels geriatrischer Depressionsskala (GDS) zu erheben, wie sich der Bewohner/die Bewohnerin, während der letzten Woche gefühlt hat. Die GDS wurde erstmalig 1982 von J.A. Yesavage und anderen entwickelt (Brink/Yesavage, 1982; Yesavage et al., 1982) und ist weltweit als validiertes Instrument anerkannt:</p> <p>http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html (GDS in allen Sprachen) oder http://www.stanford.edu/~yesavage/Testing.htm (Kurzversion auf Englisch, mit Punktbewertung)</p> <p>Andere Methoden können verwendet werden.</p>
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit diagnostizierten depressiven Symptomen</p> <p>Nenner: Zahl der befragten BewohnerInnen</p>
Nutzen/Zweck	<p>Zweck dieses Indikators ist die Erhebung des Anteils von BewohnerInnen mit diagnostizierter Depression, wobei bei der Analyse sehr differenziert vorzugehen ist. Es ist nicht grundsätzlich davon auszugehen, dass die Depression ein Ergebnis des Aufenthalts im Heim ist. Um sinnvoll mit diesem Indikator arbeiten zu können, sollte die Erhebung von depressiven Symptomen Bestandteil des beim Heimeinzug und in regelmäßigen Abständen aktualisierten Bewohnerprofils bzw. des individuellen Pflegeplans sein. In diesem Fall kann die Beobachtung und Kontrolle der zusammengefassten Ergebnisse Rückschlüsse auf den Erfolg und Misserfolg der durchgeführten Therapien oder vorbeugenden Maßnahmen zulassen.</p>
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Pflegequalität und Sicherheit
Quelle	KVZ-VVT, 2007; US DHHS, 2008; CMS-RAI, 2001

Indikator Nr. 17	
Definition	Anteil der BewohnerInnen mit Defiziten im Bereich von Mund und Zähnen
Operationalisierung	<p>Überprüfung der Mundschleimhaut, der Zähne und des Gebisses an einem festgelegten Stichtag. Bei BewohnerInnen mit reduzierter Selbstpflegefähigkeit finden sich häufig Mutationen in der Mundhöhle. Risikopatienten sind:</p> <p>BewohnerInnen mit Störungen beim Kauen oder Schlucken: die Aufnahme bestimmter Arzneimittel (z.B. Antidepressiva, Antihypertonika), welche die Speichelbildung verringern, kann sich auch auf die orale Mikroflora auswirken (Antibiotika, Kortikoide),</p> <p>BewohnerInnen, die regelmäßig Sauerstoff bekommen oder nur durch den Mund atmen können, und</p> <p>BewohnerInnen mit schlechtem Ernährungszustand und Dehydrierung.</p> <p>Dieser Indikator wird zur Prävention ein Mal jährlich zu einem bestimmten Stichtag gemessen. Er kann alternativ aufgrund der kontinuierlichen Pflegedokumentation festgestellt werden.</p>
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit Defiziten im Bereich von Mund und Zähnen</p> <p>Nenner: Zahl der untersuchten BewohnerInnen</p>
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Steuerung der Pflegequalität für Personen mit Problemen der Mundhygiene. Der Mund- und Zahnpflege wird oft nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet, obwohl sie großen Einfluss auf das Wohlbefinden der BewohnerInnen hat.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Physische Gesundheit und Wohlbefinden
Quelle	MDK, 2009

Indikator Nr. 18	
Definition	Anteil der BewohnerInnen mit geronto-psychiatrischen Diagnosen
Operationalisierung	Diagnose durch einen praktischen oder Facharzt; Aufzeichnungen in der Pflegedokumentation wie z. B. Biographie, Kontakt zu Familienmitgliedern, Erhebungen des Pflegebedarfs und Tests. Die Häufigkeit der Prävalenzmessung kann variieren.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit geronto-psychiatrischen Diagnosen Nenner: Zahl der untersuchten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	BewohnerInnen mit kognitiven Beeinträchtigungen (insbesondere aufgrund von Demenz) bedürfen der besonderen Pflege und Aufmerksamkeit. Die MitarbeiterInnen sollten daher entsprechend ausgebildet sein. Die Pflege von BewohnerInnen mit kognitiven Beeinträchtigungen führt zu einem Anpassungsbedarf auf unterschiedlichen Organisationsebenen: <ul style="list-style-type: none"> • Pflegekonzept • Qualifizierung der MitarbeiterInnen • Organisation der Pflege (Tag und Nacht) • Architektonische Adaptierungen (innerhalb und außerhalb der Einrichtung)
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Qualität und Sicherheit der Pflege
Quelle	MDK, 2009

Indikator Nr. 19	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, welche mit ihrer persönlichen Pflege zufrieden sind
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass sie mit ihrer persönlichen Pflege zufrieden sind Nenner: Zahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Erfassung der von den BewohnerInnen wahrgenommenen Qualität der persönlichen Pflege, um diese subjektiven Einschätzungen mit den Ergebnissen der übrigen Indikatoren zur Pflegequalität zu vergleichen. Durch die Kombination der "objektiven" mit den "subjektiven" Ansichten entsteht ein Gesamtbild, aus dem potentieller Verbesserungsbedarf abgeleitet werden kann.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Physische Gesundheit und Wohlbefinden
Quelle	PROGRESS, 2010

Indikator Nr. 20	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die an Thrombosen leiden
Operationalisierung	Die Prävalenz dieses Indikators wird ein Mal jährlich zu einem bestimmten Stichtag gemessen; sie kann alternativ auch auf Basis der kontinuierlichen Pflegedokumentation erhoben werden.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die an Thrombosen leiden Nenner: Zahl der untersuchten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Steuerung der Thromboseprävention.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Qualität und Sicherheit der Pflege
Quelle	PROGRESS, 2010

Indikator Nr. 21

Definition	Anteil der BewohnerInnen mit Kontrakturen
Operationalisierung	Die Prävalenz dieses Indikators wird ein Mal jährlich zu einem bestimmten Stichtag gemessen; sie kann alternativ auch auf Basis der kontinuierlichen Pflegedokumentation erhoben werden.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit Kontrakturen Nenner: Zahl der untersuchten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Kontrolle und Steuerung der Kontrakturenprophylaxe.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Qualität und Sicherheit der Pflege
Quelle	PROGRESS, 2010

Indikator Nr. 22

Definition	Anteil der permanent bettlägerigen BewohnerInnen
Operationalisierung	Die Prävalenz dieses Indikators wird ein Mal jährlich zu einem bestimmten Stichtag gemessen; sie kann alternativ auch auf Basis der kontinuierlichen Pflegedokumentation erhoben werden.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der bettlägerigen BewohnerInnen Nenner: Zahl der untersuchten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Feststellung der Zahl der bettlägerigen Personen und die Verbesserung der Strategien zur Prävention unnötiger Immobilität. Immobilität kann zu verschiedenen gesundheitlichen Problemen führen, wie z.B. dem Verlust von Muskelmasse, Verstopfung, Inkontinenz, Wundliegen und kognitiver Regression.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Qualität und Sicherheit der Pflege
Quelle	PROGRESS, 2010

Indikator Nr. 23	
Definition	Anteil der BewohnerInnen mit enteraler Ernährung (PEG-Sonde)
Operationalisierung	Die Prävalenz dieses Indikators wird ein Mal jährlich zu einem bestimmten Stichtag gemessen; sie kann alternativ auch auf Basis der kontinuierlichen Pflegedokumentation erhoben werden.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit enteraler Ernährung (PEG-Sonde) Nenner: Zahl der BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	BewohnerInnen mit Störungen bei der Nahrungsaufnahme, z.B. aufgrund neurologischer Kau- und Schluckstörungen, sind von Mangelernährung bedroht. In solchen Fällen kann enterale Ernährung indiziert sein, wobei die PEG-Sonde langfristig in vielen Fällen einer transnasalen Sonde vorzuziehen ist. Die enterale Ernährung ist für die BewohnerInnen weniger beschwerlich und verursacht weniger Komplikationen. Dieser Indikator kann aber auch verwendet werden, um zu überprüfen, ob Sondenernährung (im Fall eines zunehmenden Trends) zu oft und zu rasch eingesetzt wird, um beispielsweise Arbeitszeit zu sparen, da die PEG-Sonde weniger Aufwand verursacht als die individuelle Nahrungszufuhr durch geschultes Personal.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Qualität und Sicherheit der Pflege
Quelle	PROGRESS, 2010
Indikator Nr. 24	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, bei denen individuelle Ernährungsressourcen und -risiken erfasst wurden
Operationalisierung	Die Prävalenz dieses Indikators wird ein Mal jährlich zu einem bestimmten Stichtag gemessen; sie kann alternativ auch auf Basis der kontinuierlichen Pflegedokumentation erhoben werden.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, bei denen individuelle Ernährungsressourcen erfasst wurden Nenner: Zahl der BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Bei der Erfassung von Ressourcen des/der BewohnerIn ist die Erhebung, ob er/sie zur selbständigen Nahrungsaufnahme fähig ist, wesentlich. Eine Vernachlässigung eventueller Risiken kann zu Mangelernährung führen. Für BewohnerInnen, die nicht zur selbständigen Nahrungsaufnahme fähig sind, müssen entsprechende Maßnahmen ergriffen werden, sei es durch spezielle Betreuung oder durch technische Hilfsmittel (PEG-Sonde).
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Qualität und Sicherheit der Pflege
Quelle	PROGRESS, 2010

Bereich 2: Lebensqualität

Lebensqualität wird häufig mit Pflegequalität verwechselt. Obwohl beide zusammenhängen, sollten sie nicht als gleichbedeutend betrachtet werden. Beispielsweise kann die Lebensqualität in einem Alten- und Pflegeheim hoch sein, während die Pflegequalität gering ist: Menschen können sich wohl fühlen und mit ihrem Leben zufrieden oder glücklich sein, selbst wenn sie mangelhafte Pflege erhalten. Umgekehrt können BewohnerInnen hohe Pflegequalität im Sinne der Erfüllung professioneller Standards bekommen, während sie gleichzeitig ihre Lebensqualität als dürftig empfinden.

Lebensqualität ist schwer zu definieren, weil sie von individuellen Präferenzen bestimmt wird, welche physische, soziale und psychologische Aspekte beinhalten. Allgemeine Modelle von Lebensqualität mögen in der Praxis leichter anwendbar sein, sie gehen aber nicht auf individuelle Unterschiede ein. Grundsätzlich gibt es zwar keine Evidenz dafür, dass die Lebensqualität von HeimbewohnerInnen "fundamental verschieden" sei von jener anderer Bevölkerungsgruppen (Gerritsen et al., 2004: 612). Dennoch ist es wichtig, bei der Entwicklung und Anwendung allgemeiner Modelle jene, deren Lebensqualität beschrieben werden soll, möglichst weit reichend einzubeziehen. Interessanterweise stammen nur wenige der ausgewählten Indikatoren im Bereich Lebensqualität aus den bestehenden Prüfrichtlinien und Standards zur Qualitätssicherung, die sich weitgehend auf Pflegequalität beziehen. Evidenzbasierte Indikatoren zur Lebensqualität wurden daher aus zwei Quellen bezogen, die explizit darauf ausgerichtet waren, allgemeine Indikatoren zur Lebensqualität basierend auf Aussagen von BewohnerInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen zu entwickeln. Dabei wurden die Indikatoren so formuliert, dass sie in Form von Umfrageergebnissen die subjektive Erfahrung der Befragten reflektieren, z.B. auf einer fünfteiligen Skala (nie, selten, manchmal, regelmäßig und immer). Zwei der Hauptquellen für diese Indikatoren waren zum einen eine Literaturstudie, welche als wissenschaftliche Basis für das *My Home Life* Programm (NCHR&D 2007; www.myhomelife.org.uk) erstellt wurde, und zum anderen eine Studie zur Bewertung der Wohnumgebung (Combined assessment of residential environments – CARE) (Faulkner et al., 2006).

My Home Life (MHL) beleuchtet acht Themen, wovon sich zwei an Führungskräfte richten, um sie zu befähigen, die *Einsatzbereitschaft der MitarbeiterInnen* und *Positive Kulturen* zu fördern. Drei der sechs Themen für die MitarbeiterInnen befassen sich mit dem Pflegekonzept (Personalisierung) und umfassen die Aspekte *Identität bewahren*, *Entscheidungen gemeinsam treffen* und *Gemeinschaft schaffen*. Die übrigen drei Themen (Navigation) sind darauf ausgerichtet, die MitarbeiterInnen anzuleiten, BewohnerInnen und Angehörige zu betreuen und zu begleiten. Dabei geht es um die Aspekte *Übergänge bewältigen*, *Gesundheit und Pflege verbessern* sowie *ein gutes Lebensende unterstützen*. *My Home Life* basiert auf Methoden der beziehungsorientierten Pflege (Tresloni & The Pew-Fetzer Task Force, 1994), welche die Wichtigkeit von Beziehungen zwischen BewohnerInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen betonen, und dem sogenannten "Senses Framework" (Nolan et al., 2006), welches auf die Notwendigkeit hinweist darüber nachzudenken, was die einzelnen Beteiligten brauchen, um ihnen ein Gefühl von Sicherheit, Zugehörigkeit, Kontinuität, Erfolg, Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit zu vermitteln. Insgesamt umfasst *My Home Life* je 24 Indikatoren aus den Perspektiven der BewohnerInnen, der Angehörigen und der MitarbeiterInnen.

Indikator Nr. 25	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die angeben, bei der Bewältigung von Verlustgefühlen emotional unterstützt zu werden
Operationalisierung	<p>Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren Vertretern abgefragt wird.</p> <p>Ziel sollte es sein, alle BewohnerInnen zu befragen, mit eventuell angepassten Fragen für Personen mit kognitiven Einschränkungen.</p>
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass sie "gewöhnlich" oder "immer" emotional unterstützt werden</p> <p>Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen</p>
Nutzen/Zweck	Der Umzug in ein Alten- und Pflegeheim, die Verringerung sozialer Netzwerke, zunehmende Gebrechlichkeit, und das nahende Lebensende können zu Verlustgefühlen führen. BewohnerInnen können dabei unterstützt werden, diesen Übergang zu bewältigen, indem sie Zugang zu Informationen über ihre Pflege erhalten und dazu ermutigt werden, über ihre Betreuung selbst zu bestimmen. Werden BewohnerInnen emotional unterstützt, um Verlustphasen effektiv zu bewältigen, kann daraus eine verbesserte Lebensqualität resultieren. Dieser Indikator ermöglicht eine Beleuchtung der emotionalen Unterstützung im Alten- und Pflegeheim.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Bewältigung von Verlustgefühlen
Quelle	Angeregt von NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 26

Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die angeben, emotional unterstützt zu werden
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die angeben, dass sie "gewöhnlich" oder "immer" emotional unterstützt werden Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	Neben den BewohnerInnen sollten auch deren Angehörigen/Freunde ein Gefühl emotionaler Unterstützung durch das Personal empfinden. Diese haben häufig mit eigenen Verlustgefühlen zu kämpfen und entwickeln oft Schuldgefühle, weil sie ihre/n Angehörige/n in einem Heim untergebracht haben. Emotionale Unterstützung kann die Belastung für die Angehörigen/Freunde erleichtern und deren Einbeziehung in die Pflege verbessern. Dieser Indikator kann darüber Auskunft geben, ob das Personal die Angehörigen/Freunde emotional unterstützt.
Perspektive	Angehörige/Freunde
Thema	Pflegequalität, Bewältigung von Verlustgefühlen
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 27

Definition	Anteil der MitarbeiterInnen, die angeben, in ihrer Arbeit beim Umgang mit ständigem Verlust und Trauer emotional unterstützt zu werden
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zahl der MitarbeiterInnen, die angeben, "gewöhnlich" oder "immer" emotional unterstützt zu werden Nenner: Gesamtzahl der befragten MitarbeiterInnen
Nutzen/Zweck	MitarbeiterInnen von Alten- und Pflegeheimen erleben kontinuierlich das Gefühl von Verlust und Trauer, insbesondere beim Ableben von BewohnerInnen. Unterstützung bei der Bewältigung solcher Verlust- und Trauergefühle kann die Lebensqualität der MitarbeiterInnen verbessern und ihre Beschäftigungsfähigkeit erhalten. Dieser Indikator hilft zu beleuchten, wie effektiv die MitarbeiterInnen bei der Verlustbewältigung unterstützt werden.
Perspektive	MitarbeiterInnen
Thema	Lebensqualität, Bewältigung von Verlust und Trauergefühlen
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 28	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass die sie betreuenden MitarbeiterInnen ihre Lebensgeschichte kennen
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen abgefragt wird. Alle BewohnerInnen sollten in die Befragung einbezogen werden, eventuell mit angepassten Fragen für Personen mit kognitiven Einschränkungen.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen die angeben, dass die MitarbeiterInnen "gewöhnlich" oder "immer" ihre Lebensgeschichte kennen Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Die Fähigkeit, die Biografie von BewohnerInnen kennenzulernen, wird durch eine konsequente Zuordnung von Personal zu BewohnerInnen verbessert (Bezugspflege; in manchen Ländern ist Biografiearbeit durch gesetzliche Prüfkriterien vorgeschrieben). Dass MitarbeiterInnen die Lebensgeschichten der BewohnerInnen kennen und verstehen, ist für die Wahrung der Identität der BewohnerInnen von entscheidender Bedeutung. BewohnerInnen, die ihre Identität wahren können, machen mehr positive Erfahrungen, wodurch sich wiederum ihre Lebensqualität verbessern kann.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Wahrung der Identität
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 29	
Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die angeben, dass die MitarbeiterInnen sie kennen
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Verwandten/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde die angeben, dass die MitarbeiterInnen sie "gewöhnlich" oder "immer" kennen Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	Angehörige/Freunde, die den Eindruck haben, dass die MitarbeiterInnen sie als Person kennen, erleben ein besseres Gemeinschaftsgefühl im Pflegeheim. Dieses Gemeinschaftsgefühl hilft Angehörigen/Freunden Vertrauen und das Gefühl aufzubauen, dass sie wertgeschätzt werden. Das Gemeinschaftsgefühl führt auch zu besserem gegenseitigem Verständnis, zur Verringerung von Konflikten zwischen MitarbeiterInnen und Angehörigen/Freunden. Dieser Indikator beleuchtet den subjektiven Eindruck der Angehörigen/Freunde, wie gut die MitarbeiterInnen sie ihrer Meinung nach als Personen kennen, und regt dazu an, über Steuerungsmaßnahmen zur Verbesserung nachzudenken.
Perspektive	Angehörige/Freunde
Thema	Lebensqualität, Gemeinschaft schaffen
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 30	
Definition	Anteil der MitarbeiterInnen, die angeben, dass ihre persönlichen und fachlichen Fähigkeiten von ihren KollegInnen wertgeschätzt werden
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der MitarbeiterInnen, die angeben, dass ihre Fähigkeiten "gewöhnlich" oder "immer" anerkannt werden Nenner: Gesamtzahl der befragten MitarbeiterInnen
Nutzen/Zweck	MitarbeiterInnen, deren fachliche und persönliche Fähigkeiten in der Pflege und Betreuung anerkannt werden, erleben ein Gefühl der Wertschätzung und Achtung. Gegenseitige Anerkennung ist wesentlich in einem Bereich, wo Gratifikationen selten und Hingabe zum Beruf häufig zu finden sind. Wertschätzung und Anerkennung sind daher wichtige Faktoren, wenn es um die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit und der Berufszufriedenheit geht. Mittels dieses Indikators können diese Aspekte besser beleuchtet werden.
Perspektive	MitarbeiterInnen
Thema	Lebensqualität, Wertschätzung der MitarbeiterInnen
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 31	
Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die sich im Alten- und Pflegeheim willkommen fühlen
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die sich "gewöhnlich" oder "immer" im Pflegeheim willkommen fühlen Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	Die Entwicklung von Beziehungen ist entscheidend für die Schaffung von Gemeinschaft im Alten- und Pflegeheim. Ein Gemeinschaftsgefühl kann zu besserem gegenseitigem Verständnis und Gefühlen der Wertschätzung führen. Der Eindruck, sich im Heim willkommen zu fühlen, kann durch das Verhalten der MitarbeiterInnen, aber auch durch die Gestaltung der Räumlichkeiten gefördert werden, sofern diese ein Gefühl der Zugehörigkeit vermitteln. Dieser Indikator beleuchtet, in welchem Ausmaß ein Gemeinschafts- und Zugehörigkeitsgefühl geschaffen wurde.
Perspektive	Angehörige/Freunde
Thema	Lebensqualität, Gemeinschaft schaffen
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 32	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, Angehörigen/Freunde und MitarbeiterInnen, die das Pflegeheim als Teil ihrer lokalen Gemeinschaft betrachten
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen mit BewohnerInnen, Angehörigen/Freunden und MitarbeiterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, Angehörigen/Freunde und MitarbeiterInnen, die sich "gewöhnlich" oder "immer" als Teil der lokalen Gemeinschaft betrachten Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen, Angehörigen/Freunde und MitarbeiterInnen
Nutzen/Zweck	Pflegeheime, welche Teil einer größeren Gemeinschaft sind und sich zum sozialen Umfeld öffnen, haben einen besseren Zugang zu Ressourcen, die die Pflege verbessern können. Die größere Gemeinschaft kann dazu beitragen, dass BewohnerInnen mit ihren früheren Beziehungen und Aktivitäten verbunden bleiben, wodurch sich Verlustgefühle unter BewohnerInnen und Angehörigen/Freunden verringern. Dieser Indikator beleuchtet, in welchem Ausmaß die Verbindung zur lokalen Gemeinschaft geschaffen bzw. aufrecht erhalten wurde.
Perspektive	BewohnerInnen, Angehörigen/Freunde und MitarbeiterInnen
Thema	Lebensqualität, Gemeinschaft schaffen
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 33	
Definition	Anteil der Vorschläge und Anregungen des Bewohnerbeirats, die von der Heimleitung umgesetzt wurden
Operationalisierung	Dieser Indikator beruht auf einer Sichtung und Analyse von Dokumenten des Bewohnerbeirats und einer Dokumentation von entsprechenden Entscheidungen der Heimleitung.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Vorschläge des Bewohnerbeirats, die umgesetzt wurden Nenner: Gesamtzahl der Änderungs- bzw. Verbesserungsvorschläge des Bewohnerbeirats
Nutzen/Zweck	Die Beteiligung an Entscheidungen, welche die Gestaltung der zentralen Lebensbedingungen (z.B. Wohnen, Freizeitaktivitäten, Hausordnung) betreffen, ist Teil des sozialen Lebens in Alten- und Pflegeheimen. Dieser Indikator spricht die allgemeinen Bedingungen demokratischer Beteiligung und Mitbestimmung von BewohnerInnen an. Alle Beteiligten müssen sich über Kriterien verständigen, um zu definieren, wann und unter welchen Bedingungen welche Vorschläge und Anregungen des Bewohnerbeirats als "umgesetzt" gelten.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Beteiligung
Quelle	Angeregt von CSCI, 2008; Wohn- und Teilhabegesetz für Nordrhein-Westfalen; BMFSFJ, 2009 (Deutsche Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen)

Indikator Nr. 34	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die den Eindruck haben, dass ihre eigenen Rechte anerkannt werden und man sich danach richtet
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Anteil der BewohnerInnen, die "gewöhnlich" oder "immer" den Eindruck haben, dass ihre Rechte anerkannt werden Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist zentral für die Lebensqualität in Pflegeheimen. Alle BewohnerInnen, einschließlich jener mit kognitiven Einschränkungen, können durch einen Aushandlungsprozess, der die Rechte und Risiken der BewohnerInnen ausbalanciert, in alle Aspekte der Betreuung bzw. des Tagesablaufs einbezogen werden. Ein solcher Zugang steigert das Gefühl von Kontrolle der BewohnerInnen über den Alltag und trägt somit wesentlich zur Lebensqualität bei. Dieser Indikator hilft, den von den BewohnerInnen wahrgenommenen Beteiligungsgrad zu erheben und die Reflexion über mögliche Verbesserungsmaßnahmen anzuregen.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Beteiligung, gemeinsame Entscheidungsfindung
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 35	
Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die angeben, ausreichend in Entscheidungen über die Pflege des Bewohners/der Bewohnerin einbezogen zu werden
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die angeben, "gewöhnlich" oder "immer" ausreichend einbezogen zu werden Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	Angehörige und Freunde haben wiederholt den Wunsch und die Notwendigkeit gemeinsamer Entscheidungsfindung durch Beteiligung an Entscheidungen bezüglich der Pflege und Betreuung von BewohnerInnen geäußert. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Angehörigen und Freunden könnte die Kommunikation und Interaktion zwischen allen Beteiligten und in der Folge die Lebensqualität im Heim verbessern. Dieser Indikator weist die subjektive Sicht von Beteiligung seitens der Angehörigen/Freunden aus und regt so zur Reflexion über Verbesserungsmöglichkeiten an.
Perspektive	Angehörige/Freunde
Thema	Lebensqualität, gemeinsame Entscheidungsfindung, Sinnggebung
Quelle	Faulkner et al., 2006

Indikator Nr. 36	
Definition	Anteil der MitarbeiterInnen, die angeben, dass sie von den Führungskräften unterstützt werden, bei der Betreuung sachlich begründete Risiken eingehen zu können
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der MitarbeiterInnen, die angeben, "gewöhnlich" oder "immer" sachlich begründete Risiken eingehen zu können Nenner: Gesamtzahl der befragten MitarbeiterInnen
Nutzen/Zweck	MitarbeiterInnen, die bei der Erfüllung von Bedürfnissen und Vorlieben der BewohnerInnen gerne innovativ und kreativ sind, brauchen eine unterstützende Führung, um sachlich begründete Risiken in der Pflege und Betreuungsarbeit eingehen zu können. Das daraus entstehende Gefühl der Befähigung (empowerment) zur Eigenverantwortung kann die Arbeitszufriedenheit verbessern und zur Verringerung von Burn-out und Personalfluktuaton beitragen. Die Ergebnisse dieses Indikators geben Aufschluss darüber, in welchem Ausmaß sich MitarbeiterInnen befähigt fühlen, Entscheidungen eigenverantwortlich treffen zu können. Entsprechende Steuerungsmaßnahmen sind im offenen Dialog zu diskutieren.
Perspektive	MitarbeiterInnen
Thema	Lebensqualität, gemeinsame Entscheidungsfindung
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 37	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass ihre Gesundheit angemessen gefördert wird
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass ihre Gesundheit "gewöhnlich" oder "immer" angemessen gefördert wird Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Dieser Indikator unterstreicht die Wichtigkeit der Zugangschancen zur Gesundheitsförderung, auch und gerade im Alten- und Pflegeheim. Gesundheitsförderung besteht hier auch darin, den BewohnerInnen Möglichkeiten zur sinnvollen Beschäftigung, Geselligkeit und Lernerfahrungen zu bieten. Gesundheit ist eine Grundvoraussetzung für Lebensqualität. Der Indikator dient daher zur Erhebung und Diskussion der von den BewohnerInnen empfundenen Zufriedenheit mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung – und entsprechender Steuerungsmaßnahmen.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Gesundheitsförderung
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 38	
Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die angeben, dass der/die BewohnerIn angemessenen Zugang zum Gesundheitswesen hat
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die angeben, dass der/die BewohnerIn "gewöhnlich" oder "immer" Zugang zum Gesundheitswesen hat Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	Dieser Indikator hilft, eine Einschätzung der Zugangsmöglichkeiten von BewohnerInnen zu Dienstleistungen des Gesundheitssystems aus dem Blickwinkel der BewohnerInnen zu erhalten. In vielen Mitgliedstaaten ist hier zwar strukturell noch keine Einschränkung zu beobachten, in der Praxis könnten jedoch organisatorische Engpässe im Pflegeheim zu einem faktischen Hindernis beim Zugang zu Allgemein- oder FachärztInnen werden. Der Indikator wirft ein Licht auf eventuelle Wahrnehmungen solcher Barrieren durch Angehörige und Freunde.
Perspektive	Angehörige/Freunde
Thema	Lebensqualität, Gesundheitsförderung
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 39	
Definition	Anteil der MitarbeiterInnen, die den Eindruck haben, dass ihre eigene Gesundheit am Arbeitsplatz geschätzt und gefördert wird
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der MitarbeiterInnen, die angeben, dass ihre eigene Gesundheit "gewöhnlich" oder "immer" geschätzt und gefördert wird Nenner: Gesamtzahl der befragten MitarbeiterInnen
Nutzen/Zweck	<p>Aufmerksamkeit für das physische und psychische Wohlbefinden kann dazu beitragen, sich als MitarbeiterIn anerkannt und geschätzt zu fühlen. Gesundheitsförderung, die Gestaltung der sozialen Bedürfnisse und Beziehungen, sei es unter den MitarbeiterInnen selbst, sei es zwischen MitarbeiterIn und Führungskraft, wurden wiederholt als entscheidende Faktoren für die Zufriedenheit von MitarbeiterInnen mit ihrem Arbeitsplatz identifiziert. Gesundheitsförderung kann so auch dazu beitragen, die Personalfuktuation zu verringern.</p> <p>Dieser Indikator beleuchtet das subjektive Empfinden der MitarbeiterInnen, in welchem Ausmaß ihre Gesundheit am Arbeitsplatz geschätzt und gefördert wird, und regt dazu an, entsprechende Rahmenbedingungen positiv zu gestalten.</p>
Perspektive	MitarbeiterInnen
Thema	Lebensqualität, Gesundheitsförderung
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 40	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die angeben, auf Wunsch mit den MitarbeiterInnen über Tod und Sterben sprechen zu können
Operationalisierung	<p>Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.</p> <p>Es sollten möglichst alle BewohnerInnen in die Befragung einbezogen werden, mit eventuell angepassten Fragen für Personen mit kognitiven Einschränkungen.</p>
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, auf Wunsch "gewöhnlich" oder "immer" mit den MitarbeiterInnen über Tod und Sterben sprechen zu können</p> <p>Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen</p>
Nutzen/Zweck	<p>Pflegeheime sind komplexe Systeme, in denen Menschen sowohl leben als auch sterben. Daraus erwächst die Notwendigkeit, eine Pflegekultur zu entwickeln, welche das Leben und Sterben älterer Menschen gleichwertig schätzt. Beziehungsbezogene Pflege mit Betonung auf Würde und persönliche Bedürfnisse kann eine Grundlage bieten, um BewohnerInnen dabei zu unterstützen, über Tod und Sterben zu sprechen. Solche Gespräche können die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass BewohnerInnen ihr Sterben in Einklang mit ihren Vorstellungen leben können.</p> <p>Dieser Indikator überprüft die subjektive Wahrnehmung von BewohnerInnen in Bezug auf die Möglichkeit, mit den MitarbeiterInnen über Tod und Sterben zu sprechen.</p>
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Sterben und Betreuung am Lebensende
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 41	
Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die mit den MitarbeiterInnen über Pflege und Betreuung am Lebensende des Bewohners/der Bewohnerin gesprochen haben
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die mit den MitarbeiterInnen über Pflege und Betreuung am Lebensende gesprochen haben Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	Die Einbeziehung von Angehörigen/Freunden in die Planung der Betreuung am Lebensende des Bewohners/der Bewohnerin ist wesentliche Voraussetzung für ein gemeinsames Verständnis über die jeweiligen Wünsche und Präferenzen aller Beteiligten. Dadurch kann die Erfahrung von Sterben und Tod für die Angehörigen/Freunde im Sinne einer Verabschiedung gelebt werden. Dieser Indikator beleuchtet die Einbeziehung der Angehörigen und Freunde in Gespräche über das Lebensende des Bewohners/der Bewohnerin und regt zur Debatte über ausreichende Maßnahmen in diesem Bereich an.
Perspektive	Angehörige/Freunde
Thema	Lebensqualität, Sterben und Betreuung am Lebensende
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 42	
Definition	Anteil der MitarbeiterInnen, die sich emotional unterstützt fühlen, wenn BewohnerInnen sterben
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der MitarbeiterInnen, die angeben, "gewöhnlich" oder "immer" emotional unterstützt zu werden, wenn BewohnerInnen sterben Nenner: Gesamtzahl der befragten MitarbeiterInnen
Nutzen/Zweck	Neben den Angehörigen und Freunden empfinden auch MitarbeiterInnen häufig ein Gefühl tiefen Verlustes, wenn BewohnerInnen sterben. Aufgrund der großen Nähe, die sich in der Arbeit mit den BewohnerInnen entwickelt, brauchen MitarbeiterInnen nach einem Todesfall oft Unterstützung, z.B. in Form von Gedenkfeiern, offenen Gesprächen oder der Teilnahme an der Beerdigung. Unterstützung während der Trauerarbeit kann die Fähigkeit der MitarbeiterInnen zur Akzeptanz und zum Loslassen verbessern. Dieser Indikator zeigt an, wie die emotionale Unterstützung durch die Einrichtung von den MitarbeiterInnen erlebt wird (siehe auch Indikator Nr. 27).
Perspektive	MitarbeiterInnen
Thema	Lebensqualität
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 43	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass das vorhandene Personal nicht ausreicht, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass "gewöhnlich" oder "immer" das vorhandene Personal nicht ausreicht Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	<p>Dieser Indikator spricht die heikle Frage nach der angemessenen Zahl von MitarbeiterInnen an. Der Eindruck, dass nicht ausreichend Personal vorhanden ist, kann Ergebnis einer wirklich ungenügenden Zahl von MitarbeiterInnen sein, kann aber auch daran liegen, dass es MitarbeiterInnen mit mangelhafter Schulung am Verständnis zur Erfüllung von Bewohnerbedürfnissen mangelt.</p> <p>Der Indikator regt daher zur Reflexion an: Einerseits könnte durch konsequente Bezugspflege und Personal mit entsprechender Schulung eventuell den Bedürfnissen der BewohnerInnen besser entgegen gekommen werden. Andererseits könnte festgestellt werden, dass die wirklich mit BewohnerInnen verbrachte Zeit pro MitarbeiterIn auch objektiv zu gering ist (siehe Indikator Nr. 90).</p> <p>Das subjektive Gefühl, dass ausreichend Personal vorhanden ist, kann das Bedürfnis nach Sicherheit und Zugehörigkeit stillen und somit zur Lebensqualität beitragen.</p>
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Sicherheit und Zugehörigkeit
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 44	
Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die das Personal als kompetent wahrnehmen
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die das Personal "gewöhnlich" oder "immer" als kompetent wahrnehmen Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	Angehörige und Freunde haben häufig den Wunsch, einzelne Betreuungsaufgaben selbst wahrzunehmen, auch wenn der/die BewohnerIn nun in einem Pflegeheim lebt. Gespräche über eine mögliche Aufgabenteilung zwischen MitarbeiterInnen und Angehörigen/Freunden können zur Zufriedenheit aller Beteiligten beitragen: Die MitarbeiterInnen nehmen die Angehörigen weniger als "störend" und mehr als unterstützend wahr, während die Angehörigen die Kompetenz der MitarbeiterInnen beobachten können. Dieser Indikator misst das Ausmaß an Kompetenz, welches dem Personal von Angehörigen/Freunden zugemessen wird – eine entsprechende Reflexion erfordert Offenheit und den Mut, womöglich auch über unorthodoxe Steuerungsmaßnahmen nachzudenken.
Perspektive	Angehörige/Freunde
Thema	Lebensqualität, Einbeziehung von Angehörigen/Freunden in die Betreuung
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 45	
Definition	Anteil der MitarbeiterInnen, welche der Meinung sind, dass ihr Bedarf an Fort- und Weiterbildung angemessen berücksichtigt wird
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der MitarbeiterInnen, welche der Meinung sind, dass ihr Schulungsbedarf "gewöhnlich" oder "immer" berücksichtigt wird Nenner: Gesamtzahl der befragten MitarbeiterInnen
Nutzen/Zweck	Die Arbeit in Alten- und Pflegeheimen erfordert eine ständige Fort- und Weiterbildung des Personals, z.B. bezüglich der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, der Ernährung im Alter, aber auch im Hinblick auf die Gestaltung von Beziehungen oder den Umgang mit Konflikten. Viele MitarbeiterInnen weisen Defizite in Ausbildung und Schulung auf, weil gerade im Bereich der Fort- und Weiterbildung gespart wird, obwohl dadurch wichtige Steuerungsziele (z.B. fachgerechte Betreuung, Personalführung) erreicht werden könnten. Dieser Indikator beleuchtet die Zufriedenheit des Personals mit Maßnahmen im Bereich der Fort- und Weiterbildung.
Perspektive	MitarbeiterInnen
Thema	Lebensqualität, Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 46	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die im Pflegeheim eine positive Atmosphäre wahrnehmen
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die im Pflegeheim "gewöhnlich" oder "immer" eine positive Atmosphäre wahrnehmen Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Eine positive Atmosphäre im Alten- und Pflegeheim zeichnet sich dadurch aus, dass sich MitarbeiterInnen, BewohnerInnen und Angehörigen bzw. Freunde kontinuierlich an sich verändernde Bedürfnisse anpassen können. Dies erfordert Führungskräfte, die in der Lage sind, entsprechende Rahmenbedingungen herzustellen und zu steuern. Eine positive Atmosphäre fördert positive Erfahrungen für die BewohnerInnen, welche wiederum zu höherer Lebensqualität beitragen. Dieser Indikator misst, wie BewohnerInnen die Atmosphäre im Pflegeheim empfinden – und regt zum Nachdenken über Steuerungsmaßnahmen an, wie und durch welche Verhaltensweisen diese Empfindungen positiv beeinflusst werden können.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Atmosphäre im Heim
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 47	
Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die angeben, dass ihre Verbesserungsvorschläge vom Personal angenommen und umgesetzt werden
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die angeben, dass ihre Verbesserungsvorschläge "gewöhnlich" oder "immer" angenommen und umgesetzt werden Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	In einer positiven Atmosphäre wird das Wissen aller Beteiligten geschätzt, d.h. auch Angehörige und Freunde werden als Teil des "Teams" zur Qualitätsentwicklung betrachtet. Als "externe Beteiligte" können sie wertvolle Einblicke in den Betreuungsprozess geben und eventuell kreative Antworten auf kritische Fragen anbieten. Die Annahme solcher Rückmeldungen und die Umsetzung ihrer Vorschläge kann bei Angehörigen und Freunden den Eindruck verstärken, als Partner wahrgenommen zu werden und sich zugehörig zu fühlen. Dieser Indikator beleuchtet das Zugehörigkeitsgefühl von Angehörigen und Freunden zur Gemeinschaft des Alten- und Pflegeheims.
Perspektive	Angehörige/Freunde
Thema	Lebensqualität, Einbeziehung von Angehörigen/Freunden in die Betreuung
Quelle	NCHR&D Forum, 2007

Indikator Nr. 48	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die sich im Pflegeheim sicher, geschützt und geborgen fühlen
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die sich "gewöhnlich" oder "immer" sicher und geborgen fühlen Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Sicherheit, Schutz und Geborgenheit werden von BewohnerInnen und ihren Angehörigen als wesentliche Voraussetzungen für Lebensqualität im Heim gesehen. Die konkrete Ausgestaltung von Sicherheitsmaßnahmen oder etwa die individuellen Wahrnehmungen von Gefahrenquellen bedürfen allerdings eines ständigen Dialogs zwischen den Beteiligten. Beispielsweise ist abzuwägen, ob zu viele Sicherheitsvorkehrungen einem aktivierenden Pflegekonzept im Wege stehen oder ob die Öffnung des Heims zur Gemeinde (siehe Indikator Nr. 61) von BewohnerInnen als Sicherheitsrisiko erlebt wird. Durch diesen Indikator können Aufschlüsse über das Erleben von Sicherheit und Geborgenheit im Heim auf Seiten der BewohnerInnen gewonnen werden. So wird eine Debatte über Lebens- und Pflegequalität angeregt, die auch zur Entwicklung neuer Sichtweisen bei den Beteiligten sowie entsprechenden Steuerungsmaßnahmen beitragen kann.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Gefühl der Sicherheit
Quelle	Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #1)

Indikator Nr. 49	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass die MitarbeiterInnen freundlich zu ihnen sind
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass die MitarbeiterInnen "gewöhnlich" oder "immer" freundlich sind Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Freundlichkeit der MitarbeiterInnen ist für die meisten BewohnerInnen eine Voraussetzung gedeihlicher zwischenmenschlicher Beziehungen im Heim und trägt daher zur Lebensqualität bei. Wer freundlich vom Personal empfangen wird, fühlt sich eher zugehörig und angenommen. Dieser Indikator gibt Aufschluss darüber, ob die MitarbeiterInnen von den BewohnerInnen als freundlich wahrgenommen werden. Die Interpretation der Ergebnisse bedarf eines offenen Dialogs, um sinnvolle Steuerungsmaßnahmen zu entwickeln.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Gefühl der Zugehörigkeit
Quelle	Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #3)

Indikator Nr. 50	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass sie jederzeit Besuch empfangen können
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass sie jederzeit Besuch empfangen können Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Das Gefühl, jederzeit Besuch empfangen zu können, wird von BewohnerInnen als positiv angesehen. Besuche zu empfangen kann zu einem Gefühl der Kontinuität beitragen, welches wiederum zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt. In vielen Ländern ist gesetzlich geregelt, dass BewohnerInnen ein Recht haben, jederzeit Besuch empfangen zu können. Dieser Indikator könnte daher für Heime, zu denen BesucherInnen jederzeit Zugang haben, von geringer Relevanz sein. Mittels dieses Indikators wird allerdings das subjektive Empfinden der BewohnerInnen abgefragt, was mithin zu interessanten Einblicken führen und entsprechende Steuerungsprozesse anregen kann.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Kontinuität, Zugehörigkeit
Quelle	Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #5)

Indikator Nr. 51	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass sie vom Personal ermutigt werden, sich selbst zu helfen
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass sie "gewöhnlich" oder "immer" vom Personal ermutigt werden, sich selbst zu helfen Nenner: Gesamtzahl der untersuchten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Die Ermutigung der BewohnerInnen zur Selbsthilfe ermöglicht die Erhaltung und/oder Wiedergewinnung von Fähigkeiten. Dadurch wird die Abhängigkeit von Betreuungskräften reduziert und das Gefühl von Selbständigkeit, ein wichtiger Aspekt der Lebensqualität, erhöht. Dieser Indikator beleuchtet die subjektive Wahrnehmung der BewohnerInnen in Bezug auf ihre Selbständigkeit und regt Steuerungsmaßnahmen zur Verbesserung der Selbstpflege an.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Leistung, Förderung der Selbständigkeit
Quelle	Faulkner et al., 2006; MDS, 2009

Indikator Nr. 52	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass das Personal ihnen Zeit lässt, um Aktivitäten selbständig durchzuführen
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass das Personal ihnen "gewöhnlich" oder "immer" Zeit lässt, Aktivitäten selbständig durchzuführen Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Dass MitarbeiterInnen ihnen Zeit lassen, Aktivitäten selbständig durchzuführen, wird von den meisten BewohnerInnen positiv erlebt. Selbst kleine Erfolgserlebnisse können dazu beitragen, dem Leben Sinn zu verleihen und die Lebensqualität zu verbessern (siehe auch Indikator Nr. 51). Dieser Indikator gibt Aufschluss darüber, wie BewohnerInnen die Haltung der MitarbeiterInnen bei der Förderung ihrer Selbständigkeit wahrnehmen. In entsprechenden Auswertungsgesprächen und bei der Entwicklung von Steuerungsmaßnahmen sollten Daten über die von MitarbeiterInnen real verbrachte Arbeitszeit mit BewohnerInnen (Indikator Nr. 90), Fort- und Weiterbildung sowie das Pflegekonzept berücksichtigt werden.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Leistung, Förderung der Selbständigkeit
Quelle	Faulkner et al., 2006

Indikator Nr. 53	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass das Personal ihr persönliches Eigentum respektiert
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass das Personal ihr Eigentum "gewöhnlich" oder "immer" respektiert Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	BewohnerInnen schätzen es, wenn ihr persönliches Eigentum respektiert wird. Respekt hebt das Gefühl, als Person anerkannt zu werden und trägt zur Steigerung der Lebensqualität bei. Dieser Indikator untersucht die subjektive Wahrnehmung der BewohnerInnen in Bezug auf die Respektierung ihres persönlichen Eigentums und regt entsprechende Steuerungsmaßnahmen an.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Anerkennung, Bedeutung
Quelle	Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #20)

Indikator Nr. 54	
Definition	Anteil der MitarbeiterInnen, die angeben, dass die Angehörigen ihnen vertrauen
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das auf Basis halbjährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen konstruiert wurde.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der MitarbeiterInnen, die angeben, dass die Angehörigen ihnen "gewöhnlich" oder "immer" vertrauen Nenner: Gesamtzahl der befragten MitarbeiterInnen
Nutzen/Zweck	MitarbeiterInnen, die den Eindruck haben, dass die Angehörigen ihnen und ihren Fähigkeiten vertrauen, pflegebedürftige BewohnerInnen zu betreuen, beweisen dadurch Selbstvertrauen und ein gesteigertes Gefühl der Arbeitszufriedenheit, welches wesentlich zur Lebensqualität beiträgt. Dieser Indikator gibt Aufschluss darüber, wie die MitarbeiterInnen ihre Arbeit aus der Perspektive der Angehörigen einschätzen. Der Indikator ist somit indirekt auch eine Selbstbewertung der eigenen Arbeit und der Arbeitszufriedenheit, weshalb er wichtige Hinweise auf korrigierende oder präventive Steuerungsmaßnahmen geben kann.
Perspektive	MitarbeiterInnen
Thema	Lebensqualität, Erfolg, Arbeitszufriedenheit
Quelle	Faulkner et al., 2006

Indikator Nr. 55	
Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die angeben, dass das Personal schnell reagiert, wenn BewohnerInnen Hilfe anfordern
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die angeben, dass das Personal "gewöhnlich" oder "immer" schnell reagiert Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	Wenn BewohnerInnen Hilfe anfordern, vermittelt eine rasche Reaktion der MitarbeiterInnen ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. Dies gilt insbesondere für Angehörige und Freunde. Zweifellos kann die Empfindung von "schnell" höchst subjektiv sein, weshalb ein Dialog mit allen Beteiligten wesentlich ist zur Interpretation der Ergebnisse und bei der Entwicklung von Steuerungsmaßnahmen. Diese sollten natürlich nicht einfach darin bestehen, rasche Hilfestellung lediglich dann zu gewährleisten, wenn Angehörige oder Freunde den/die BewohnerIn besuchen.
Perspektive	Angehörige/Freunde
Thema	Lebensqualität, Sicherheit
Quelle	Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #15)

Indikator Nr. 56	
Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die angeben, dass sich der/die BewohnerIn im Pflegeheim wohl fühlt
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die angeben, dass sich der/die BewohnerIn "gewöhnlich" oder "immer" wohl fühlt Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	Wenn sich BewohnerInnen im Alten- und Pflegeheim wohl fühlen, so ist dies zweifellos ein wesentlicher Beitrag zur Lebensqualität. Ob dies so ist, hängt allerdings von den unterschiedlichsten Aspekten ab. Noch unterschiedlicher werden die Einschätzungen Dritter ausfallen, die danach befragt werden, ob der/die HeimbewohnerIn sich wohl fühlt. Dennoch vermag gerade die Wahrnehmung von Angehörigen oder Freunden Aufschluss darüber zu geben, ob bzw. in welchem Ausmaß sich der/die BewohnerIn im Heim wohl fühlt. Interpretationen der Ergebnisse sind in diesem Fall von besonders hoher Bedeutung und bedürfen des Vergleichs mit Ergebnissen anderer Items und Themen.
Perspektive	Angehörigen/Freunde
Thema	Lebensqualität, Zugehörigkeit
Quelle	Faulkner et al., 2006

Indikator Nr. 57	
Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die empfinden, dass es im Heim angenehm riecht
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die "gewöhnlich" oder "immer" empfinden, dass es im Heim angenehm riecht Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	Ein angenehmer Geruch wird (nicht nur) von Angehörigen und Freunden als wichtiges Element der Lebensqualität im Alten- und Pflegeheim beschrieben. Dieser Indikator beleuchtet einen wichtigen, von Führungskräften und MitarbeiterInnen oft nicht (mehr) beachteten Faktor der Lebensqualität im Heim und regt somit meist relativ einfach umzusetzende Verbesserungsmaßnahmen an.
Perspektive	Angehörige/Freunde
Thema	Lebensqualität, Zufriedenheit mit der Pflege und Betreuung
Quelle	Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #7)

Indikator Nr. 58	
Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die angeben, bei Entscheidungen über die Pflege und Betreuung des Bewohners/der Bewohnerin beteiligt zu werden
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die angeben, "gewöhnlich" oder "immer" in Entscheidungen eingebunden zu sein Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	Die Beteiligung an Entscheidungen, welche die Betreuung des Bewohners/der Bewohnerin betreffen, wird von Angehörigen meist als wertschätzend empfunden. Auch hier ist es notwendig, individuelle Fähigkeiten und Wünsche zu beachten – die Befragungsergebnisse können Aufschluss darüber geben, inwiefern diese berücksichtigt werden und welche Maßnahmen eventuell zu ergreifen sind, um die Zufriedenheit der Angehörigen und Freunde zu steigern.
Perspektive	Angehörige/Freunde
Thema	Lebensqualität, Einbeziehung von Angehörigen/Freunden in die Pflege und Betreuung
Quelle	Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #2)

Indikator Nr. 59	
Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die angeben, dass das Personal ihren Beitrag zur Betreuung des Bewohners/der Bewohnerin schätzt
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die angeben, dass das Personal ihren Beitrag "gewöhnlich" oder "immer" schätzt Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	Die Wertschätzung des eigenen Beitrags zur Betreuung des Bewohners/der Bewohnerin wird von Angehörigen/Freunden positiv erlebt. Entsprechende Erfolgserlebnisse können ihre Lebensqualität und das Gefühl der Zugehörigkeit steigern. Dieser Indikator misst entsprechende Erfolge bzw. Schwächen, die durch angemessene Steuerungsmaßnahmen verbessert werden können.
Perspektive	Angehörige/Freunde
Thema	Lebensqualität, Erfolg, Beteiligung von Angehörigen/Freunden
Quelle	Angeregt von Faulkner et al., 2006
Indikator Nr. 60	
Definition	Anteil der Angehörigen/Freunde, die angeben, über aktuelle Veränderungen mit Auswirkungen auf die BewohnerInnen informiert zu werden
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der Angehörigen/Freunde, die angeben, "gewöhnlich" oder "immer" über aktuelle Veränderungen informiert zu werden Nenner: Gesamtzahl der befragten Angehörigen/Freunde
Nutzen/Zweck	Information über aktuelle Veränderungen mit Auswirkungen auf den/die BewohnerIn wird von Angehörigen als wertschätzend erlebt, wodurch die Zufriedenheit mit der Betreuung und Pflege positiv beeinflusst wird. Angehörige und Freunde, die am Heimleben beteiligt werden, können auch in die Interpretation von Ergebnissen einbezogen werden, um entsprechende Steuerungsmaßnahmen anzuregen.
Perspektive	Angehörige/Freunde
Thema	Lebensqualität, Bedeutung, Beteiligung
Quelle	Angeregt von Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #15)

Indikator Nr. 61	
Definition	Zahl der Initiativen zur Förderung von Begegnung und Austausch zwischen BewohnerInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen und dem sozialen Umfeld
Operationalisierung	Dieser Indikator wird auf Basis einer Dokumentation der Besucherzahlen bei Veranstaltungen/Initiativen generiert.
Berechnung/ Formel	Zahl der gemeinsamen Initiativen im letzten Jahr
Nutzen/Zweck	<p>Dieser Indikator misst die Öffnung des Heims zum sozialen Umfeld und das Ausmaß der Förderung von BewohnerInnen bei der Entwicklung und Erhaltung von Beziehungen mit Personen und Gruppen außerhalb des Alten- und Pflegeheims. Die Erhaltung von Beziehungen mit dem sozialen Umfeld ermöglicht den BewohnerInnen Kontinuität und die Entwicklung von Teilhabe.</p> <p>Initiativen und Veranstaltungen können somit sinnstiftend wirken und die Lebensqualität erhöhen. Konkrete Maßnahmen und Inhalte von Initiativen sollten mit allen Beteiligten geplant und durchgeführt werden.</p>
Perspektive	BewohnerInnen, Angehörige/Freunde, MitarbeiterInnen
Thema	Lebensqualität, Gemeinschaft, Sinnstiftung
Quelle	Angeregt von CSCI, 2008; E-Qalin, 2009; MAGS NRW, 2006

Indikator Nr. 62	
Definition	Durchschnittliche Anzahl der BewohnerInnen, die freiwillig an organisierten sozialen Aktivitäten teilnehmen
Operationalisierung	Dieser Indikator wird auf Basis der Dokumentation von Besucherzahlen bei Veranstaltungen/Initiativen generiert.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der TeilnehmerInnen an sozialen Aktivitäten Nenner: Gesamtzahl der angebotenen/organisierten Aktivitäten
Nutzen/Zweck	<p>Dieser Indikator misst das Ausmaß der Unterstützung von BewohnerInnen bei der Entwicklung und Erhaltung von Beziehungen innerhalb des Pflegeheims. Soziale Aktivitäten können in diesem Zusammenhang sinnstiftend wirken und das Zugehörigkeitsgefühl steigern.</p> <p>Der Indikator sollte allerdings in Beziehung gesetzt werden zur Bewohnerstruktur (Anteil der selbständigen BewohnerInnen) bzw. zur jeweiligen Zielgruppe von Veranstaltungen. Wichtig sind daher eine genaue Definition und die Vereinbarung von Zielwerten im Rahmen eines Konzepts zur Alltagsgestaltung im Heim. Auf dieser Basis kann der Indikator Aufschluss darüber geben, ob vereinbarte Ziele erreicht wurden. Dadurch wird eine Diskussion über geeignete Steuerungsmaßnahmen angeregt.</p>
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, soziale Aktivitäten, Beteiligung
Quelle	Angeregt von CSCI, 2008; E-Qalin, 2009

Indikator Nr. 63	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die angeben, dass ihre Privatsphäre angemessen geschützt wird
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass ihre Privatsphäre "gewöhnlich" oder "immer" geschützt wird Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Neben dem Schutz des Eigentums (siehe Indikator Nr. 53) ist das Ausmaß an Privatsphäre und Intimität ein wesentlicher Einflussfaktor für die individuelle Wahrnehmung von Autonomie und Lebensqualität. Die Kontrolle über private Kontakte spielt in diesem Zusammenhang eine bedeutsame Rolle. Dieser Indikator gibt Aufschluss über die Zufriedenheit der BewohnerInnen mit dem Ausmaß an Privatsphäre und regt zur Auseinandersetzung mit möglichen widersprüchlichen Einflussfaktoren (z.B. Sicherheit, soziale Kontakte) an.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Privatsphäre
Quelle	Angeregt von E-Qalin, 2009; Kane, 2003; CSCI, 2008

Indikator Nr. 64	
Definition	Anteil der Angehörigen, mit denen pro Jahr zumindest zwei Besprechungen zur Bewertung der Pflege und Betreuung durchgeführt wurden
Operationalisierung	Dieser Indikator wird auf Basis einer Dokumentation der Zahl der Besprechungen mit Angehörigen bzw. VertreterInnen von BewohnerInnen generiert.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, deren Pflege und Betreuung zumindest zwei Mal pro Jahr mit Angehörigen bzw. VertreterInnen des Bewohners/der Bewohnerin besprochen wurde Nenner: Zahl der BewohnerInnen mit zumindest einem/einer Angehörigen bzw. einem/einer anwaltschaftlichen VertreterIn
Nutzen/Zweck	Besprechungen mit BewohnerInnen zur Beurteilung der Pflege und Betreuung sollten sich zunächst mit Themen aus der vergangenen Periode befassen, wie z.B. Zufriedenheit von Angehörigen, ihre Wahrnehmung der Betreuung, die Entwicklung des Bewohners/der Bewohnerin, Hintergrundinformationen zur Biografie, Beschwerden usw. Im zweiten Teil des Gesprächs sollten Vorschläge und Pläne für die bevorstehende Periode im Vordergrund stehen (individuelle Pflegeplanung): spezielle Bedürfnisse bezüglich der Pflege- und Lebensqualität, Pläne und Vorsätze der MitarbeiterInnen usw. Bei BewohnerInnen ohne Angehörige sollte das Gespräch mit einem/einer anwaltschaftlichen VertreterIn geführt werden. Dieser Indikator überprüft das Ausmaß der Zielerreichung und regt dazu an, z.B. bei einer fallenden Tendenz, entsprechende Steuerungsmaßnahmen zu ergreifen. Auswertungsgespräche über diesen Indikator sollten auch eine inhaltliche bzw. methodische Analyse der Besprechungen vorsehen.
Perspektive	Angehörige/Freunde, MitarbeiterInnen
Thema	Lebensqualität, Beteiligung
Quelle	Angeregt von E-Qalin, 2009; CSCI, 2008

Indikator Nr. 65	
Definition	Anteil der BewohnerInnen (und ihrer Angehörigen) mit einer zugeordneten Hauptpflegekraft
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einer Beurteilung der individuellen Pflegeplanung und -dokumentation und/oder einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit einer zugeordneten Hauptpflegekraft Nenner: Zahl der BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	<p>Bezugspflege, d.h. die Zuordnung von Pflegekräften zu einer bestimmten, überschaubaren Gruppe von BewohnerInnen und die entsprechende Delegation von Verantwortlichkeiten für den Pflegeprozess, ist zwar in manchen Ländern vorgeschrieben, insgesamt ist sie jedoch noch kein allgemeiner Standard in europäischen Alten- und Pflegeheimen.</p> <p>Die Umsetzung von Bezugspflege hat sich allerdings inzwischen in vielen Heimen bewährt, insbesondere für Personen, die an Demenz oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen leiden, und deren Angehörige. Durch die Zuordnung zu einer definierten Anzahl von BewohnerInnen kann das Pflege- und Betreuungspersonal eine bessere Beziehung mit BewohnerInnen aufbauen, ihre Kenntnisse über deren biografischen Hintergrund vertiefen und entsprechende Interventionen entwickeln.</p> <p>Dieser Indikator ist daher vor allem für Einrichtungen geeignet, die erst im Begriff sind, ein Bezugspflegesystem einzuführen. In diesem Fall gibt er Aufschluss über die Zielerreichung und regt zur Diskussion über Maßnahmen an, wie rasch und mit welchen Mitteln ein solches System unter Berücksichtigung der Bedarfsprofile der BewohnerInnen weiter ausgebaut werden sollte, z.B. aufgrund einer steigenden Zahl von BewohnerInnen mit kognitiven Beeinträchtigungen.</p>
Perspektive	BewohnerInnen, MitarbeiterInnen
Thema	Pflegequalität, Lebensqualität
Quelle	Magee et al., 2008; Lind, 2000

Indikator Nr. 66	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die im letzten Jahr professionelle Palliativpflege erhalten haben
Operationalisierung	Dieser Indikator wird auf Basis einer Analyse der Pflegedokumentation generiert.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die professionelle Palliativpflege erhalten haben Nenner: Zahl der BewohnerInnen Alternativ kann im Nenner auch die "Zahl der BewohnerInnen mit Bedarf an Palliativpflege" berechnet werden.
Nutzen/Zweck	Eine angemessene Betreuung am Lebensende gehört zu den wichtigsten Aufgaben in Alten- und Pflegeheimen. Ein passender Rahmen für die Organisation des Sterbeprozesses ist daher bereitzustellen, einschließlich der Unterstützung von Angehörigen. Zweck des Indikators ist die Beurteilung des Sterbeprozesses mit Fokus auf die BewohnerInnen und Angehörigen unter Einbeziehung religiöser, kultureller und medizinischer Bedürfnisse durch eine angemessene Palliativpflege. Der Indikator macht unter Umständen deutlich, dass viele BewohnerInnen mit entsprechendem Bedarf keine professionelle Palliativpflege erhalten haben, weil nicht genügend ausgebildetes Personal zur Verfügung stand und/oder auch kein mobiles Palliativpflegeteam organisiert werden konnte. Entsprechende Steuerungsmaßnahmen sind zu entwickeln.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Sterben, Palliativpflege
Quelle	Angeregt von MAGS NRW, 2006; CSCI, 2008

Indikator Nr. 67	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, deren kulturelle Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigt werden
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird und/oder auf der Basis der Pflegedokumentation mit Rücksicht auf diätetische Erfordernisse.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, deren kulturelle Präferenzen "gewöhnlich" oder "immer" berücksichtigt werden Nenner: Zahl der BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Dieser Indikator beschäftigt sich mit Fragen der Berücksichtigung von religiösen, spirituellen und diätetischen Bedürfnissen unterschiedlicher Bewohnergruppen und/oder ethnischer Gruppierungen unter den BewohnerInnen (eventuell auch unter den MitarbeiterInnen). Auf Basis der Bewohnerstruktur und nationaler Besonderheiten ist zu entscheiden, ob dieser Indikator für das jeweilige Heim relevant ist. Wenn ja, dient er zur Überprüfung, ob angemessene Maßnahmen zur Berücksichtigung kultureller Unterschiede implementiert bzw. vorbereitet wurden, und ob BewohnerInnen und ihre Familien die Möglichkeit haben, ohne Einschränkungen am Beurteilungsprozess und der Entwicklung von Pflegeplänen teilnehmen zu können.
Perspektive	BewohnerInnen (MitarbeiterInnen)
Thema	Lebensqualität, Identität
Quelle	Angeregt von CSCI, 2008

Indikator Nr. 68

Definition	Anteil der BewohnerInnen mit einem aktualisierten und mit ihren Präferenzen abgestimmten Pflegeplan für das Lebensende
Operationalisierung	Dieser Indikator wird durch eine Analyse der Pflegedokumentation generiert. Darin sollten Daten zum "Advance Care Planning" des Bewohners enthalten sein.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit einem aktualisierten und abgestimmten Pflegeplan für das Lebensende Nenner: Zahl der BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Der Indikator dient zur Kontrolle des vom Pflegeheim angebotenen Ausmaßes an individualisierten Maßnahmen. Management und MitarbeiterInnen sollten Zielwerte definieren, um diese mit den tatsächlichen Ergebnissen zu vergleichen, die allgemeine Tendenz zu reflektieren sowie über Veränderungen nachzudenken, um die festgesetzten Ziele zu erreichen.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Sterben
Quelle	Angeregt von E-Qalin, 2009; CSCI, 2008; MDS, 2009; DoH, 2008

Indikator Nr. 69

Definition	Anteil der BewohnerInnen, die mit dem Geschmack und der Qualität der Mahlzeiten zufrieden sind
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass sie "gewöhnlich" oder "immer" mit den Mahlzeiten zufrieden sind Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Mahlzeiten sind ein wichtiges soziales Ereignis. Sie repräsentieren die Werte und Kultur, mit denen man vor dem Einzug ins Heim mit Angehörigen/Freunden gelebt hat. Der Genuss von geschmackvollen und qualitativ ansprechenden Mahlzeiten kann die Lebensqualität steigern. Dieser Indikator gibt Auskunft über die Zufriedenheit der BewohnerInnen mit den Mahlzeiten. VertreterInnen aller beteiligten Berufsgruppen am Prozess ("von der Planung bis zum Anrichten") sollten in die Auswertungsgespräche einbezogen werden, um Steuerungsmaßnahmen und Verbesserungsmöglichkeiten zu erörtern.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Essen
Quelle	Angeregt von Kane, 2003

Indikator Nr. 70	
Definition	Anteil der BewohnerInnen, die angeben, ausreichend Kontrolle über ihren Alltag zu haben
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen und/oder ihren VertreterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, "gewöhnlich" oder "immer" ausreichend Kontrolle zu haben Nenner: Gesamtzahl der befragten BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Das Ausmaß von Kontrolle über die eigene Tagesgestaltung ist ein wesentlicher Einflussfaktor der Lebensqualität von BewohnerInnen. Entsprechende Teilbereiche betreffen Wach- und Schlafzyklen, Essen (Zeit und Ort), Körperpflege (Frequenz) und viele weitere Aspekte der Alltagsgestaltung. Dieser Indikator weist die subjektive Wahrnehmung durch die BewohnerInnen aus, in welchem Ausmaß sie mit den Kontrollmöglichkeiten im Heimalltag zufrieden sind. Bei Auswertungsgesprächen muss daher analysiert werden, welche "objektiven" Faktoren und Hintergründe diese Wahrnehmung beeinflussen und welche Steuerungsmaßnahmen möglich sind, um die Ergebnisse zu verbessern.
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Lebensqualität, Autonomie
Quelle	Angeregt von Kane, 2003

Bereich 3: Führung

Die Verwaltung von Pflegeheimen ist eine komplexe Aufgabe, welche im Kontext von Sozial- und Gesundheitspolitik eine breite Palette von Fähigkeiten erfordert, die von partnerschaftlicher Zusammenarbeit und Vertragsverhandlungen über die Einbindung von Öffentlichkeit, BewohnerInnen und Angehörigen bis hin zur Leistungsorientierung, Innovationsfreudigkeit und Begeisterung bei der Gestaltung des Alltags im Heim reichen. Diese Anforderungen legen eine Abkehr von traditionellen, hierarchischen Führungsstilen und eine Orientierung zur Vernetzung und partizipativen Ansätzen von Management und Führung, nahe. Auf einer persönlichen und organisatorischen Ebene sollten solche Ansätze durch einen internen Dialog ergänzt werden, durch Teamarbeit, Delegation von Aufgaben und Maßnahmen zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit.

Pflegeheime sind charakterisiert durch die Tatsache, dass Führungskräfte, MitarbeiterInnen, BewohnerInnen und andere Beteiligte 24 Stunden am Tag, 7 Tage pro Woche und 365 Tage im Jahr zusammen arbeiten und leben. Diese Besonderheit erfordert eine mitbestimmende Unternehmenskultur, die auf das Wohlbefinden der BewohnerInnen und die Arbeit mit und für diese ausgerichtet ist – unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Erwartungen des Personals, der Angehörigen und Freunde sowie der öffentlichen Kostenträger und anderer Partner.

Die Indikatoren aus dem Bereich "Führung" kombinieren daher auf der einen Seite die Ergebnisse von Zufriedenheitserhebungen unter MitarbeiterInnen, Angehörigen und Freunden und/oder sonstigen Anwälten der BewohnerInnen zur Messung von "subjektiven" Ansichten in Bezug auf das organisatorische "Klima" und die Zufriedenheit von Angehörigen mit den Pflegeergebnissen. Auf der anderen Seite wurden quantitative und weitgehend "objektive" Indikatoren aufgenommen, um darüber Aufschluss zu erhalten,

- ob bzw. in welchem Ausmaß die einvernehmlich vereinbarten oder durch Dritte definierten Standards, z.B. in Bezug auf individuelle Betreuungspläne, eingehalten werden;
- ob und in welchem Ausmaß z.B. Überstunden oder längere Abwesenheit wegen Krankheit auf potenzielle Belastungen von MitarbeiterInnen hinweisen und durch welche Maßnahmen gegengesteuert werden kann; und
- wie Mängeln und Unzulänglichkeiten, die etwa durch Beschwerden vorgebracht werden, vorgebeugt werden kann, z.B. durch die Kombination der Bedürfnisstruktur von BewohnerInnen mit den aktuellen Daten über die Weiterbildung im Umgang mit BewohnerInnen, die an dementiellen Krankheiten leiden.

Die Auswahl von Kennzahlen zur Bewertung, Diskussion und Verbesserung der Leistungen des Managements ist eine Führungsaufgabe, die Offenheit und Transparenz gegenüber den MitarbeiterInnen, aber auch externen Partnern erfordert. Es obliegt den Führungskräften, über das Ausmaß an Transparenz zu entscheiden, wobei immer zu bedenken ist, dass das Ergebnis solcher Entscheidungen selbst immer auch ein Indikator ist für die Führungskultur und das Organisationsklima im Pflegeheim sowie für die Glaubwürdigkeit und das Image seiner Führungskräfte.

Indikator Nr. 71	
Definition	Anteil der Beschwerden durch unterschiedliche Interessengruppen, die im Rahmen eines Beschwerdemanagementsystems angemessen behandelt wurden
Operationalisierung	Bei diesem Indikator ist wesentlich, sich im Rahmen des Beschwerdemanagements über eine Definition von "angemessener Behandlung" zu einigen. Eine der Führungskräfte sollte beauftragt werden, für die Sammlung individueller Beschwerden und für die Initiierung und Dokumentation von jeweiligen Maßnahmen verantwortlich zu sein.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der angemessen behandelten Beschwerden Nenner: Zahl aller Beschwerden
Nutzen/Zweck	Dieser Indikator ist von doppeltem Belang, da er sowohl aus Sicht der BewohnerInnen als auch aus einer Managementperspektive interpretiert werden kann. Die Diskussion der vorgebrachten Themen dient dazu, Probleme zu erkennen und Verständnis für Verbesserungsmaßnahmen zu entwickeln, indem Informationen über die Erfahrungen der beteiligten Interessengruppen (BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, und Angehörigen) bereitgestellt werden.
Perspektive	Management, BewohnerInnen
Thema	Beschwerdemanagement, Verbesserung
Quelle	E-Qalin, 2009; NRW Wohn- und Teilhabegesetz (§ 8 WTG)

Indikator Nr. 72	
Definition	Anteil der BewohnerInnen mit definierten Pflegeplänen, die regelmäßig evaluiert und nach individuellen Bedürfnissen aktualisiert werden
Operationalisierung	Der Indikator beruht auf Daten der Pflegedokumentation. Die Evaluierung der Pflegebedürfnisse sollte auf Aktualität überprüft werden und es sollte festgelegt werden, innerhalb welchen Zeitraums der Pflegeplan nach Aufnahme definiert werden soll bzw. in welchen Zeitabständen Aktualisierungen vorgenommen werden sollten.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen mit definierten, regelmäßig evaluierten und aktualisierten Pflegeplänen Nenner: Zahl aller BewohnerInnen
Nutzen/Zweck	Die Anwendung dieses Indikators wird in Ländern, in denen gesetzliche Normen die regelmäßige Aktualisierung individueller Pflegepläne vorschreiben, weniger sinnvoll sein. Selbst wenn der Indikator immer zu 100% erfüllt sein sollte, könnte er dennoch als Instrument zur Beurteilung des vom Pflegeheim angebotenen Ausmaßes an individualisierter Betreuung taugen. Führungskräfte und MitarbeiterInnen sollten Richtwerte definieren, um diese mit den tatsächlichen Ergebnissen zu vergleichen, die allgemeine Tendenz zu reflektieren sowie über Verbesserungen nachzudenken, um die festgesetzten Ziele im nächsten Jahr erreichen zu können, z.B. "Fokus auf mehr individualisierte Pflegepläne durch Einbeziehung spezialisierter TherapeutInnen und geriatrischer FachärztInnen".
Perspektive	BewohnerInnen
Thema	Pflegeprozess, Individualisierte Pflege
Quelle	E-Qalin, 2009; MDS, 2009 (Fragen 15.1-15.6)

Indikator Nr. 73	
Definition	Zufriedenheit der Familienangehörigen, Freunde bzw. anwaltschaftlichen VertreterInnen mit der Pflegequalität
Operationalisierung	Erhebung und Bewertung nach nationalen Skalen (z.B. Schulnoten)
Berechnung/ Formel	Durchschnittliche Bewertung nach der definierten Bewertungsskala (evtl. Unterscheidung nach Zielgruppe, Abteilung usw.)
Nutzen/Zweck	Wie alle Daten zur Benutzerzufriedenheit sollte auch dieser Indikator mit Bedacht evaluiert und interpretiert werden. Heimleitung und MitarbeiterInnen sind aufgefordert, zumindest einmal pro Jahr eine Erhebung durchzuführen, Zielwerte zu definieren (Sollwerte), festgelegte und tatsächliche Bewertungen zu vergleichen, über die allgemeine Tendenz zu reflektieren sowie über Maßnahmen nachzudenken, um die definierten Ziele in der nachfolgenden Periode erreichen zu können, z.B. mehr Einbeziehung von Familienmitgliedern, bessere Information usw.
Perspektive	Angehörige/Freunde/anwaltschaftliche VertreterInnen
Thema	Zufriedenheit der Familienangehörigen
Quelle	E-Qalin, 2009

Indikator Nr. 74	
Definition	Durchschnittlicher Anteil von Überstunden (inklusive unbezahlter Stunden)
Operationalisierung	Daten aus der Personalverwaltung – durchschnittliche Zahl der Überstunden unterschiedlicher Abteilungen (Berufsgruppen) als Anteil an der gesamten regulären Arbeitszeit (pro Quartal/pro Jahr)
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Summe der individuellen Prozentsätze von Überstunden für jede MitarbeiterIn pro Quartal/pro Jahr (siehe unten)</p> <p>Nenner: Zahl der MitarbeiterInnen</p> <p>Individueller Anteil von Überstunden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zähler: Gesamtüberstunden pro Quartal/pro Jahr (inklusive unbezahlter Stunden) pro MitarbeiterIn x • Nenner: Gesamtarbeitsstunden pro Quartal/pro Jahr pro MitarbeiterIn x
Nutzen/Zweck	Dieser Indikator sollte sowohl aus der Perspektive der MitarbeiterInnen als auch des Managements analysiert werden. Überstunden können zu einer größeren Zufriedenheit der MitarbeiterInnen beitragen (höheres Einkommen), aber auch Stress durch intensive Arbeitsbelastung anzeigen. Heimleitung und MitarbeiterInnen sollten Richtwerte definieren, definierte und tatsächliche Ergebnisse vergleichen, die allgemeine Tendenz reflektieren sowie über Verbesserungen nachdenken, um die festgesetzten Ziele in der nächsten Phase erreichen zu können, insbesondere durch Kombination der entsprechenden Daten mit jenen zum Zufriedenheitsgrad der MitarbeiterInnen, Krankenstand oder Fluktuationsraten der MitarbeiterInnen.
Perspektive	MitarbeiterInnen, Management
Thema	Arbeitszufriedenheit, Arbeitsklima, Personalmanagement
Quelle	E-Qalin, 2009

Indikator Nr. 75	
Definition	Durchschnittlicher Anteil verlorener Arbeitszeit aufgrund von Krankenstand
Operationalisierung	Aufzeichnungen der Personalverwaltung. Der Indikator kann in Prozent der Gesamtjahresarbeitszeit oder auch pro Quartal kalkuliert werden. Eine Aufschlüsselung nach Berufsgruppen kann von zusätzlichem Wert sein.
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Summe der individuellen Prozentsätze verlorener Arbeitszeit aufgrund von Krankenstand aller MitarbeiterInnen (siehe unten)</p> <p>Nenner: Zahl der MitarbeiterInnen</p> <p>Individueller Prozentsatz von Krankenständen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zähler: Gesamtzahl der verlorenen Arbeitsstunden pro Jahr (pro Quartal) durch Krankenstand von MitarbeiterIn x • Nenner: Gesamtarbeitsstunden von MitarbeiterIn x pro Jahr (pro Quartal) <p>Durch Krankheit verlorene Arbeitszeit sollte auch jene Stunden/Tage enthalten, die nicht durch das Krankengeld der Sozialversicherung abgedeckt werden. Sollten entsprechende Regelungen z.B. eine Wartezeit vor Ausbezahlung von Krankengeld vorsehen, sollten die Ergebnisse nach "kurzfristigen Krankheiten" (innerhalb der Wartezeit) und langfristiger Abwesenheit aufgrund von Krankheit aufgeschlüsselt werden.</p>
Nutzen/Zweck	<p>Dieser klassische Indikator aus dem Personalmanagement kann eventuell Aufschluss geben über den Zufriedenheitsgrad des Personals, wobei Interpretationen immer den allgemeinen Hintergrund und kulturelle Besonderheiten berücksichtigen sollten. Aktuelle Daten sollten z.B. mit allgemeinen Statistiken verglichen werden (z.B. regionale, nationale, sektorspezifische Werte).</p> <p>Management und MitarbeiterInnen sollten Richtwerte definieren, definierte und tatsächliche Ergebnissen vergleichen, die allgemeine Tendenz reflektieren sowie über Verbesserungen nachdenken, um die definierten Ziele in der nächsten Phase erreichen zu können. Der Indikator sollte mit anderen kombiniert werden, z.B. mit Daten zum Zufriedenheitsgrad der MitarbeiterInnen, Fluktuationsraten oder mit Daten über Teilnahme an vorbeugenden oder gesundheitsfördernden Aktivitäten.</p>
Perspektive	MitarbeiterInnen, Management
Thema	Qualität der Arbeitsbedingungen, Gesundheit/Krankheit
Quelle	E-Qalin, 2009

Indikator Nr. 76	
Definition	Durchschnittliche direkte Finanzmittel, welche für gesundheitsfördernde Schulungen, Besprechungen und Infrastruktur zur Verfügung stehen
Operationalisierung	Finanzdaten, Rechnungswesen. Der Indikator kann entweder in Bezug auf Vollzeitäquivalente (VZÄ) kalkuliert werden oder alternativ in Bezug auf durchschnittliche direkte Finanzmittel. Er kann aber auch als Anteil des gesamten jährlichen Betriebsbudgets dargestellt werden.
Berechnung/ Formel	Zähler: Summe ausgegebener Finanzmittel für gesundheitsfördernde Schulungen, Besprechungen und Infrastruktur pro Jahr (pro VZÄ) Nenner: Gesamtes jährliches Betriebsbudget pro Jahr (pro VZÄ)
Nutzen/Zweck	Während der vergangenen Jahre konnten zahlreiche Initiativen zu Fragen der Gesundheitsförderung in Krankenhäusern beobachtet werden. Die finanzielle Sicherung der Gesundheitsförderung stellt aber auch eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung von "gesundheitsfördernden Pflegeheimen" dar. Heimleitung und MitarbeiterInnen sollten Basisdaten auswerten, Ziele setzen und die Ergebnisse kontrollieren, um Verbesserungen zu entwickeln.
Perspektive	MitarbeiterInnen, Management
Thema	Qualität der Arbeitsbedingungen, Gesundheit/Krankheit
Quelle	WHO, 2004; EUPIDH, 2001

Indikator Nr. 77	
Definition	Anteil der MitarbeiterInnen mit Fort- und Weiterbildung für den Umgang mit Demenz und kognitiven Beeinträchtigungen
Operationalisierung	Aufzeichnungen über MitarbeiterInnen (Pflegepersonal und SozialarbeiterInnen) mit spezifischer Fort- und Weiterbildung. Schulungen sollten auch Diagnosemethoden zur Erkennung von Demenz bei BewohnerInnen beinhalten. Der Indikator könnte auch durch die Anzahl der Schulungsstunden oder als Anteil an der Arbeitszeit des Pflegepersonals ausgedrückt werden.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der MitarbeiterInnen (Pflegepersonal und SozialarbeiterInnen) mit Fort- und Weiterbildung zu Demenz Nenner: Zahl der MitarbeiterInnen (Pflegepersonal und SozialarbeiterInnen)
Nutzen/Zweck	Das Pflege- und Betreuungspersonal ist häufig ausschließlich auf akute medizinische Probleme gerichtet, sodass Symptome kognitiver Beeinträchtigung übersehen werden könnten. Gerade in Alten- und Pflegeheimen wird eine entsprechende Schulung für die Erkennung demenzieller Erkrankungen und den Umgang mit BewohnerInnen mit Demenz zu einem zunehmend wichtigen Thema.
Perspektive	MitarbeiterInnen, Management
Thema	Lebensqualität, Fort- und Weiterbildung
Quelle	Angeregt von E-Qalin, 2009; Wohn- und Teilhabegesetz NRW (§ 12 WTG); CSCI, 2008

Indikator Nr. 78	
Definition	Durchschnittliche Zahl von Stunden in Fort- und Weiterbildung pro MitarbeiterIn nach Berufsgruppe
Operationalisierung	Der Indikator wird auf Basis von Aufzeichnungen generiert, wobei die Daten nach Geschlecht, Berufsgruppe und/oder hierarchischer Ebene aufgeschlüsselt werden sollten. Des Weiteren könnte der Indikator nach Art und Inhalt der Schulung differenziert werden.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl von Stunden in Fort- und Weiterbildung pro MitarbeiterIn pro Jahr (nach Berufsgruppe) Nenner: Zahl der MitarbeiterInnen (nach Berufsgruppe)
Nutzen/Zweck	Der Indikator beleuchtet das Ausmaß und Angebot an Fort- und Weiterbildung für die MitarbeiterInnen. Management und MitarbeiterInnen sollten zunächst Daten zur Ausgangslage erheben, um entsprechende Zielwerte definieren zu können. In der Folge werden definierte Ziele und tatsächliche Ergebnisse verglichen und Tendenzen analysiert. Bei Auswertungsgesprächen sollten auch die Inhalte der besuchten Schulungen und der Wissenstransfer innerhalb der Einrichtung besprochen werden. Darüber hinaus sollten die Ergebnisse mit Blick auf die Verbleibsquote, die Zahl der Beschäftigungsbewerber und den Zufriedenheitsgrad der MitarbeiterInnen analysiert werden.
Perspektive	Management
Thema	Entwicklung, Fort- und Weiterbildung
Quelle	Angeregt von E-Qalin Manual, 2009; CSCI, 2008

Indikator Nr. 79	
Definition	Anteil der MitarbeiterInnen, die der Aussage zustimmen, dass im Alten- und Pflegeheim hohe Standards im Umgang mit BewohnerInnen eingehalten werden
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der MitarbeiterInnen, die angeben, dass "gewöhnlich" oder "immer" hohe Standards eingehalten werden Nenner: Zahl der befragten MitarbeiterInnen Alternative: durchschnittliche Bewertung (bei Verwendung einer Skala in der Befragung)
Nutzen/Zweck	Ein Gefühl von Sicherheit zu haben, ist für die Lebensqualität in Pflegeheimen entscheidend. Dieser Indikator wurde von befragten MitarbeiterInnen als einer der für sie wichtigsten Faktoren identifiziert, um ein Gefühl von Sicherheit im Pflegeheim zu entwickeln. Der Indikator gibt somit Einblick in das gegenseitige Vertrauen sowie in das Organisations- und Teamklima im Heim. Auswertungsgespräche, bei denen die Ergebnisse im offenen Gespräch diskutiert werden, könnten zu gezielten Aktivitäten zur Verbesserung der Teamarbeit und des gegenseitigen Vertrauens führen.
Perspektive	MitarbeiterInnen, Management
Thema	Pflegequalität, Lebensqualität, Teamklima
Quelle	Faulkner et al., 2006

Indikator Nr. 80	
Definition	Anteil der MitarbeiterInnen, die der Aussage zustimmen, dass ihre KollegInnen als Teammitglieder mit ihnen zusammenarbeiten
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der MitarbeiterInnen, die angeben, dass ihre KollegInnen "gewöhnlich" oder "immer" als Teammitglieder mit ihnen zusammenarbeiten Nenner: Zahl der befragten MitarbeiterInnen Alternative: durchschnittliche Bewertung (bei Verwendung einer Skala in der Befragung)
Nutzen/Zweck	Dieser Indikator ist ein valides Item, welches Aufschluss über das gegenseitige Vertrauen und die wechselseitige Wertschätzung des Personals geben kann. Positive Werte drücken ein Gefühl der Zugehörigkeit zu einem Team und zum Alten- und Pflegeheim insgesamt aus. Die Diskussion der Ergebnisse sollte dazu anregen, mögliche Maßnahmen zur Verstärkung dieses Gefühls der Zugehörigkeit und der Teamarbeit im Allgemeinen zu entwickeln.
Perspektive	MitarbeiterInnen, Management
Thema	Lebensqualität, Teamarbeit, Zugehörigkeit
Quelle	Faulkner et al., 2006

Indikator Nr. 81	
Definition	Anteil der MitarbeiterInnen, die der Aussage zustimmen, dass die Pflegedokumentation im Alten- und Pflegeheim immer auf dem aktuellen Stand gehalten wird
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der MitarbeiterInnen, die angeben, dass die Pflegedokumentation "immer" auf dem neuesten Stand gehalten wird Nenner: Zahl der befragten MitarbeiterInnen Alternative: durchschnittliche Bewertung (bei Verwendung einer Skala in der Befragung)
Nutzen/Zweck	Ein Gefühl von "Kontinuität" zu haben, ist für die Lebensqualität von MitarbeiterInnen im Alten- und Pflegeheim einer der für sie wichtigsten Faktoren. Wenn Aufzeichnungen nicht aktualisiert werden, könnte dies die Kontinuität der Pflege gefährden. Dennoch sollte sich die Analyse der Ergebnisse dieses Items auf mögliche Verbesserungen richten und auf Faktoren, die dem Personal ermöglichen könnten, allgemeine professionelle Standards einzuhalten – und nicht auf Schuldzuweisung für einzelne MitarbeiterInnen und Schaffung eines Klimas bürokratischer Kontrolle setzen.
Perspektive	MitarbeiterInnen, Management
Thema	Pflegequalität, Lebensqualität
Quelle	Faulkner et al., 2006

Indikator Nr. 82	
Definition	Anteil der MitarbeiterInnen, die der Aussage zustimmen, dass das Alten- und Pflegeheim das Ziel verfolgt, hohen Pflegestandards zu genügen
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der MitarbeiterInnen, die angeben, dass das Alten- und Pflegeheim "gewöhnlich" oder "immer" das Ziel verfolgt, hohen Pflegestandards zu genügen Nenner: Zahl der befragten MitarbeiterInnen Alternative: durchschnittliche Bewertung (bei Verwendung einer Skala in der Befragung)
Nutzen/Zweck	Dieser Indikator wurde vom Personal als einer der für sie wichtigsten Faktoren für ihr Gefühl von Bedeutung im Pflegeheim bezeichnet. Aufgrund der Ergebnisse dieses Items könnten Heimleitung und MitarbeiterInnen dazu angeregt werden nachzudenken, welche Faktoren die Erfüllung hoher Pflegestandards beeinflussen und wie diese zu verbessern wären.
Perspektive	MitarbeiterInnen, Management
Thema	Pflegequalität, Lebensqualität
Quelle	Faulkner et al., 2006

Indikator Nr. 83	
Definition	Anteil der MitarbeiterInnen, die der Aussage zustimmen, dass alle Hierarchiestufen im Alten- und Pflegeheim gleichermaßen wertgeschätzt werden
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der MitarbeiterInnen, die angeben, dass alle Hierarchiestufen "gewöhnlich" oder "immer" gleichermaßen wertgeschätzt werden Nenner: Zahl der befragten MitarbeiterInnen Alternative: durchschnittliche Bewertung (bei Verwendung einer Skala in der Befragung)
Nutzen/Zweck	Auch dieser Indikator spricht das Gefühl von Bedeutung seitens der einzelnen MitarbeiterInnen an. Er beleuchtet das Ausmaß, in dem sich MitarbeiterInnen innerhalb der Organisation gleichwertig fühlen, und könnte Hinweise auf mögliche Unzulänglichkeiten in Bezug auf gegenseitigen Respekt und allgemeines Arbeitsklima geben. In Kombination mit Daten über Fluktuationsraten oder Abwesenheiten wegen Krankheit, könnten Heimleitung und MitarbeiterInnen über Maßnahmen zur weiteren positiven Beeinflussung nachdenken oder über Möglichkeiten, wie einer Verschlechterung der Situation vorgebeugt werden kann.
Perspektive	MitarbeiterInnen, Management
Thema	Pflegequalität, Lebensqualität
Quelle	Faulkner et al., 2006

Indikator Nr. 84	
Definition	Anteil von BewohnerInnen/Angehörigen/Freunden, die der Aussage zustimmen, dass sie bei Aufnahme in das Pflegeheim alle wesentlichen Informationen erhalten haben
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit BewohnerInnen/Angehörigen/Freunden abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der BewohnerInnen/Angehörigen/Freunde, die der Aussage zustimmen Nenner: Zahl der befragten BewohnerInnen/Angehörigen/Freunde Alternative: durchschnittliche Bewertung (bei Verwendung einer Skala in der Befragung)
Nutzen/Zweck	Die Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim stellt eine entscheidende Phase für die BewohnerInnen, ihre Angehörigen und Freunde dar. Die umfassende und von den Beteiligten als ausreichend wahrgenommene Information während dieser Phase ist somit wichtig, um Entscheidungen und Erwartungen aller involvierten Personen in diesem Übergang zu unterstützen. Heimleitung und MitarbeiterInnen sollten bei der Diskussion über die Ergebnisse angeregt werden darüber nachdenken, wie dieser Informationsprozess weiter verbessert werden kann.
Perspektive	BewohnerInnen/Angehörigen/Freunde, Management
Thema	Zufriedenheit der BewohnerInnen/Angehörigen/Freunde
Quelle	PROGRESS, 2010

Indikator Nr. 85	
Definition	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
Operationalisierung	Dieser Indikator geht aus einem zu diesem Zweck entwickelten Item hervor, das im Rahmen jährlicher Zufriedenheitserhebungen oder qualitativer Interviews mit MitarbeiterInnen abgefragt wird.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der MitarbeiterInnen, die angeben, dass die Entscheidungen "gewöhnlich" oder "immer" hinsichtlich der Pflegequalität und nicht allein mit Blick auf die finanziellen Mittel getroffen werden Nenner: Zahl der befragten MitarbeiterInnen Alternative: durchschnittliche Bewertung (bei Verwendung einer Skala in der Befragung)
Nutzen/Zweck	Dieser Indikator zeigt an, in welchem Ausmaß das Personal davon überzeugt ist, dass Qualität ein wesentlicher Entscheidungsfaktor im Alten- und Pflegeheim darstellt. Bei Ergebnissen, durch die das Personal signalisiert, dass Entscheidungen eher aus einer finanziellen Perspektive getroffen werden, könnten Heimleitung und MitarbeiterInnen über mögliche Konsequenzen einer solchen Tendenz nachdenken und, falls notwendig, Maßnahmen zur Verbesserung entwickeln.
Perspektive	MitarbeiterInnen und Management
Thema	Zufriedenheit der MitarbeiterInnen
Quelle	PROGRESS, 2010

Indikator Nr. 86	
Definition	Anteil der Absenzzzeiten (Krankheit, Urlaub, usw.) und Nebenzeiten (Besprechungen, Schulung, usw.) an der Gesamtarbeitszeit
Operationalisierung	Der Indikator wird durch Daten aus der Personalverwaltung generiert. Es ist unerlässlich, genau zu definieren, welche Kategorien von Absenzzzeiten einbezogen werden, z.B. durch Erörterung des Ausmaßes, in dem die Art von Absenzzzeit durch MitarbeiterInnen und Heimleitung beeinflusst werden könnte/sollte.
Berechnung/ Formel	Zähler: Gesamtzahl der Absenzzzeiten (nach Kategorien: Krankheit, Urlaub, Besprechungen, Schulungen, andere) pro Jahr Nenner: Gesamtarbeitszeit (aufgrund bestehender Verträge) pro Jahr
Nutzen/Zweck	Die Ergebnisse dieses Indikators können interessante Einblicke in Zeitverwendung und Verlust von Arbeitszeit aufgrund verschiedener Absenz- und Nebenzeiten geben. Dabei ist zu bedenken, dass einige Kategorien von Absenzzzeiten eindeutig leistungsmindernd auf die Organisation des Heims wirken können (z.B. Krankheit), während andere Absenz- und Nebenzeiten förderlich auf individuelles Wohlbefinden (z.B. Urlaub auf regelmäßiger Basis) oder auf die allgemeine Leistung (z.B. Schulung, Koordinationsbesprechungen) wirken. Andererseits könnten zu ausgedehnte Absenzzzeiten negative Folgen für die person-zentrierte Pflege und die Zufriedenheit der BewohnerInnen haben. Heimleitung und MitarbeiterInnen sollten über die Auswirkungen von steigenden oder sinkenden Absenzzzeiten nach Kategorie nachdenken und die Daten mit anderen Indikatoren verknüpfen, wie z.B. den Ergebnissen von Zufriedenheitserhebungen unter BewohnerInnen oder MitarbeiterInnen.
Perspektive	MitarbeiterInnen, Management
Thema	Nachhaltigkeit, Zufriedenheit des Personals, Zufriedenheit der BewohnerInnen
Quelle	PROGRESS, 2010

Indikator Nr. 87	
Definition	Anteil der MitarbeiterInnen nach Altersgruppen (Berufsgruppen)
Operationalisierung	Der Indikator wird durch Daten aus der Personalverwaltung generiert. Man kann diese Daten auch dazu verwenden, den Anteil der MitarbeiterInnen nach Berufsgruppen zu bestimmen, um extern (gesetzlich) oder intern definierte Personalschlüssel darzustellen.
Berechnung/ Formel	Zähler: MitarbeiterInnen pro Altersgruppe (z.B. 16-19, 20-29, 30-40 usw.) Nenner: Gesamtzahl der MitarbeiterInnen
Nutzen/Zweck	Obwohl zu hinterfragen ist, ob dieser Indikator eher ergebnisorientiert ist oder einfach die Personalstruktur reflektiert, ist es wichtig, das durchschnittliche Alter der MitarbeiterInnen im Auge zu behalten (wenn möglich nach Berufsgruppen) um möglichen Personalengpässen vorzubeugen und auf einen "Generationsmix" zu achten. Heimleitung und MitarbeiterInnen sollten durch diesen Indikator angeregt werden, über die "ideale" Struktur des Personals nachzudenken und beispielsweise zu kontrollieren, ob ein hoher Anteil des Pflegepersonals innerhalb der nächsten fünf Jahre das Pensionsalter erreichen wird. In einem solchen Fall könnten entsprechende Maßnahmen vorbeugend und rechtzeitig ergriffen werden.
Perspektive	MitarbeiterInnen, Management
Thema	Nachhaltigkeit, Einhaltung gesetzlicher Normen
Quelle	PROGRESS, 2010

Bereich 4: Wirtschaftlichkeit

Die Indikatoren in diesem Bereich basieren auf einem Qualitätsbegriff, welcher auch das Konzept der "Nachhaltigkeit" von Alten- und Pflegeheimen umfasst – ein Konzept, das nicht zuletzt im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung der EU im Bereich der Langzeitpflege zentral ist. Die Kontinuität der Bereitstellung von Betreuungsleistungen ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal, das nicht zuletzt nach einer wirtschaftlichen Gebarung verlangt, welche die Lebensfähigkeit von Alten- und Pflegeheimen langfristig garantiert. Jegliche Abweichung von einer "gesunden" Gebarung wird negative Auswirkungen auf die Pflegequalität zeitigen, zum Beispiel in Form erhöhter Personalfuktuation oder eines Mangels an entsprechend ausgebildeten MitarbeiterInnen. Im schlimmsten Fall würde die Schließung eines Pflegeheims und die damit verbundene Notwendigkeit eines Umzugs der BewohnerInnen zu negativen Folgewirkungen führen.

Angesichts der Knappheit der verfügbaren Mittel muss die Bereitstellung von Pflegeleistungen in effizienter Weise organisiert werden, um mit den verfügbaren Ressourcen die besten Ergebnisse für die Bewohner zu produzieren. Dabei ist allerdings wichtig zu betonen, dass die hier vorgestellten Indikatoren nicht allein der Kostenreduktion dienen sollen. Das Ziel besteht vielmehr darin, eine bessere Nutzung der verfügbaren Ressourcen zu erzielen, indem das Verhältnis von Ergebnissen und aufgewendeten Mitteln die Kontinuität der Pflege und Betreuung langfristig sichert.

Die Einbeziehung von Indikatoren, die sich auf die Wirtschaftlichkeit von Alten- und Pflegeheimen beziehen, befasst sich auch mit dem Streben nach mehr Effizienz und Effektivität bei der Erbringung von Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen, welches eines der Merkmale des laufenden Modernisierungsprozesses bildet, einschließlich der Einführung von Ideen über New Public Management auch im Bereich der Langzeitpflege (Huber et al., 2008). In dieser Tradition und indem die Leistungsmessung betont wird, werden die hier präsentierten wirtschaftlichen Kennzahlen Alten- und Pflegeheimen ermöglichen, in Richtung von Vergleichen über die Zeit und, in einer mittelfristigen Perspektive, innerhalb eines Trägers oder auch zwischen einzelnen Organisationen zu arbeiten.

Trotz der Betonung von Effizienz und Effektivität im allgemeinen politischen Diskurs sind wirtschaftliche Kennzahlen in den verschiedenen nationalen Prüfkriterien und Qualitätsrichtlinien kaum aufzufinden, weil offenbar davon ausgegangen wird, dass Wirtschaftlichkeit mit Pflege- und Lebensqualität im Heim nichts zu tun habe. Die Herausforderung besteht dabei darin, wirtschaftliche Kennzahlen mit den Besonderheiten von Alten- und Pflegeheimen zu verknüpfen. Erfahrungen mit einem solchen Zugang stammen weitgehend aus den Kennzahlen im E-Qalin Qualitätsmanagementsystem. Zudem wurden einige wirtschaftliche Kennzahlen im Rahmen der verschiedenen E-Qalin Validierungswshops während dieses Projektes erarbeitet.

Indikator Nr. 88	
Definition	Gesamtkosten des Alten- und Pflegeheims pro BewohnerIn
Operationalisierung	<p>Dieser Indikator basiert auf Finanzdaten des Rechnungswesens, wobei anzugeben ist, ob die Kapitalabschreibung berücksichtigt wird.</p> <p>Die durchschnittliche Zahl der BewohnerInnen wird auf Basis des monatlichen Durchschnitts kalkuliert, um die Variation der Zahl der BewohnerInnen während des Jahres zu berücksichtigen.</p> <p>Eine Aufschlüsselung der Kosten (Personalkosten, Sachkosten, Kosten für externe Dienstleistungen, Kosten pro Wohneinheit, usw.) ist anzuraten.</p> <p>Das Ausmaß der individuellen Pflegebedürftigkeit aller BewohnerInnen sollte berücksichtigt werden, wobei die regional bzw. national gültigen Einstufungsskalen herangezogen werden.</p>
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Gesamtkosten des Pflegeheims</p> <p>Nenner: Zahl der BewohnerInnen (Monatsdurchschnitt)</p>
Nutzen/Zweck	Die wirtschaftliche Bewertung berücksichtigt die Kosten und Nutzen von Maßnahmen oder Strategien unter der Voraussetzung von beschränkten Mitteln und beleuchtet so die kostengünstigste Variante, um bestimmte Ziele zu erreichen. Dieser Indikator erleichtert die Abbildung von Alten- und Pflegeheimen auf einer Produktionskurve und ermöglicht die Analyse von Kosten und wirtschaftlicher Nachhaltigkeit von bestimmten Prozessen über die Zeit und innerhalb des Pflegeheims.
Perspektive	Management, Entscheidungsträger (Betreiber)
Thema	wirtschaftliche Nachhaltigkeit
Quelle	E-Qalin, 2009; Sefton, 2000; Drummond et al., 2005

Indikator Nr. 89	
Definition	Personalkosten pro Pfl egetag
Operationalisierung	<p>Dieser Indikator basiert auf Finanzdaten des Rechnungswesens. Ein Pfl egetag wird als die Gesamtzahl der Pfl egestunden für alle BewohnerInnen dividiert durch 24 definiert.</p> <p>Der Indikator könnte auch mit dem Auslastungsgrad kombiniert werden, um die nicht besetzten Plätze im Pfl eheim zu berücksichtigen. Das Ausmaß der individuellen Pfl egebedürftigkeit aller BewohnerInnen sollte berücksichtigt werden, wobei die regional bzw. national gültigen Einstufungsskalen herangezogen werden.</p>
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Gesamtpersonalkosten</p> <p>Nenner: Zahl der Pfl egetage</p>
Nutzen/Zweck	<p>Die wirtschaftliche Bewertung berücksichtigt die Kosten und Nutzen von Maßnahmen oder Strategien unter der Voraussetzung von beschränkten Mitteln und beleuchtet so die kostengünstigste Variante, um bestimmte Ziele zu erreichen.</p> <p>Dieser Schlüsselindikator ermöglicht die Quantifizierung der MitarbeiterInnenkosten pro Pfl egetag. Dieser Indikator ist erst bei regelmäßiger Anwendung und im Vergleich mit der Entwicklung der individuellen Pfl egebedürfnisse der BewohnerInnen nützlich. Der Indikator kann auch die Wichtigkeit von Fixkosten anzeigen.</p>
Perspektive	Management, Entscheidungsträger
Thema	wirtschaftliche Nachhaltigkeit
Quelle	E-Qalin, 2009; Eisenreich et al., 2004: 59

Indikator Nr. 90	
Definition	Durchschnittliche Zeit für direkte Pflege pro Tag pro BewohnerIn
Operationalisierung	Erhebung/Beobachtung nur von direkter individueller Pflege während einer Woche. Aufschlüsselung nach Berufsgruppen und Tag/Nacht wäre von zusätzlichem Wert. Zu berechnen ist auch der Anteil der Zeit für direkte Pflege an der Gesamtarbeitszeit der MitarbeiterInnen.
Berechnung/ Formel	Zähler: Minuten/Stunden, die von den MitarbeiterInnen für direkte Pflege und Betreuung der BewohnerInnen aufgewendet werden (nach Berufsgruppe) Nenner: Zahl der BewohnerInnen während der Erhebungswoche
Nutzen/Zweck	Zweck dieses Indikators ist die Abschätzung der von den MitarbeiterInnen für die direkte individuelle Pflege aufgewendeten Zeit, also nur jene Zeit, die für die persönliche Pflege, Betreuung und Unterstützung verwendet wird. Die Ergebnisse könnten mit den Zufriedenheitserhebungen unter BewohnerInnen verknüpft werden. Als Ausgangspunkt von Steuerungsmaßnahmen könnte die Festsetzung von Zielen für ein optimales Ausmaß direkter Pflege sein. Um diese Ziele zu erreichen, sind entsprechende Prozesse und Aufgabenverteilungen zu optimieren, um die MitarbeiterInnen zu befähigen, die mit direkter Pflege verbrachte Zeit zu erhöhen.
Perspektive	MitarbeiterInnen, Management
Thema	Pflegeprozess
Quelle	Angeregt von MAGS, 2006

Indikator Nr. 91	
Definition	Kapazitätsauslastung pro Monat
Operationalisierung	Dieser Indikator basiert auf Auslastungsdaten in einem bestimmten Monat. Er könnte durch Informationen über die Struktur des Pflegebedarfs der BewohnerInnen ergänzt werden. Kapazität wird als Gesamtzahl der für das Alten- und Pflegeheim bewilligten Plätze definiert.
Berechnung/ Formel	Zähler: Zahl der abrechenbaren Tage für die im Vormonat beherbergten BewohnerInnen (nach individueller Pflegestufe aufgrund nationaler/regionaler Bestimmungen) Nenner: Gesamtzahl der für das Pflegeheim bewilligten Plätze multipliziert mit der Anzahl der Tage im jeweiligen Monat
Nutzen/Zweck	Dieser Indikator gibt Aufschluss über das Ausmaß ungenützter Kapazität und signalisiert damit potentielle Risiken für die mittel- bis langfristige Nachhaltigkeit der Einrichtung. Ungenützte Kapazitäten können unter Umständen auf ein schlechtes Image des Alten- und Pflegeheims hinweisen, möglicherweise aber auch durch Überkapazitäten von Heimplätzen in der jeweiligen Region entstehen. Aggregierte Daten von Pflegeheimen können somit zu einem wichtigen Instrument für die regionale oder lokale Altenhilfeplanung werden. Für den/die einzelne/n HeimleiterIn wird es wichtig sein, realistische und machbare Ziele zu definieren und Strategien zur Erhöhung der Auslastung zu entwickeln.
Perspektive	Management, Entscheidungsträger
Thema	Wirtschaftliche Nachhaltigkeit
Quelle	PROGRESS, 2010

Bereich 5: Kontext

Eine der Schwierigkeiten von Vergleichen zwischen Alten- und Pflegeheimen, ganz zu schweigen von "Benchmarking", ist sicherlich die Tatsache, dass deren Ergebnisse stark vom jeweiligen Kontext, in dem sie tätig sind, beeinflusst wird. Dazu gehören zum Beispiel die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Arbeitsmarktregelungen und die wirtschaftliche Situation sowie die vorherrschenden kulturellen Werte. Da Alten- und Pflegeheime innerhalb einer bestimmten Gesellschaft operieren, muss deren Leistung in Bezug auf die zur Verfügung stehenden Mittel, insbesondere auch der Humanressourcen (Personal und freiwillige Helfer), gemessen werden.

Eine Schwierigkeit bei der Suche und Auswahl der in diesem Bereich relevanten Indikatoren bestand in den Auswahlkriterien selbst, die v.a. darauf abstellten, ob ein Indikator dazu dienen kann, Änderungen und Verbesserungen im Alten- und Pflegeheim zu steuern. Da beispielsweise der gesetzliche Rahmen für den Betrieb eines Alten- und Pflegeheims auf der Ebene nationaler oder regionaler Regierungen festgelegt wird, ist die Einfluss- und Steuerungsmöglichkeit auf der Mikro-Ebene zwangsläufig gering. Auch wenn ein/e HeimleiterIn Probleme hat, qualifiziertes Personal zu finden und zu behalten, kann er/sie – unter Androhung strafrechtlicher Verfolgung – nicht eigenmächtig einen neuen Personalschlüssel festlegen.

Dennoch bestehen Entscheidungs- und Steuerungsspielräume, die Führungskräfte und Personal nutzen können, um die Ergebnisse eines "Kontext"-Indikators zu verändern und zu verbessern. Obwohl beispielsweise die Personalfuktuation im Pflegebereich – bedingt durch die Art der Arbeit, meist niedrige Entlohnung und einen relativ niedrigen Berufsstatus – eine systemische Herausforderung in ganz Europa darstellt, kann es doch auch Gründe dafür geben, warum die Fluktuation in einem Heim höher ist als im anderen oder im Jahr 2009 höher war als im Jahr 2007. Liegt dies vielleicht daran, dass seit dem Jahr 2008 keine regelmäßigen Mitarbeitergespräche mit allen Mitarbeitern durchgeführt wurden und dass die speziellen Maßnahmen zur Burn-out-Prävention eingestellt wurden? Sollte man vielleicht überlegen, Interviews mit MitarbeiterInnen einzuführen, die das Heim verlassen möchten, um deren Beweggründe besser zu verstehen?

In Zusammenhang mit Kontext-Indikatoren besteht eine wichtige Aufgabe des Managements darin, zu einem positiven Bild des Pflegeheims beizutragen und die Beziehungen zu externen Partnern, Lieferanten und regionalen Netzwerken zu steuern. So könnte sich z.B. das Ausmaß der Einbettung eines Pflegeheims in einer Gemeinde an der Anzahl der Freiwilligen, welche das Heim zu gewinnen vermag, ablesen lassen. Zu den entsprechenden Lenkungsmaßnahmen zählen Aktivitäten, die sich an die Umgebung des Pflegeheims richten, einschließlich einer aktiven Suche nach freiwilligen MitarbeiterInnen. Die Öffnung des Pflegeheims für die Öffentlichkeit, z.B. durch die Vermietung der Aula an lokale Vereine oder die Einrichtung eines öffentlichen Kaffeehauses mit Vorträgen und Möglichkeiten, die Begegnung von Generationen, von BewohnerInnen und Familien zu fördern, könnten zusätzliche Wege sein, um die Akzeptanz und Beteiligung der lokalen Öffentlichkeit zu verbessern.

Indikator Nr. 92	
Definition	Anzahl von Stunden, welche im Alten- und Pflegeheim durchschnittlich pro BewohnerIn von Freiwilligen erbracht werden
Operationalisierung	<p>Ein/e MitarbeiterIn (in vielen Heimen wird dies der/die KoordinatorIn für Freiwillige sein) ist verantwortlich für Aufzeichnungen über die Mitarbeit von Freiwilligen und ersucht diese, sich jeweils am Anfang und Ende ihrer Tätigkeit zu registrieren.</p> <p>Man sollte vereinbaren, ob bei Angehörigen, die auch Freiwilligenarbeit im Heim leisten, jene Zeit einzubeziehen ist, die sie ausschließlich mit ihrem im Heim lebenden Familienmitglied verbringen.</p> <p>Der Indikator kann auch als Anteil an den Gesamtarbeitsstunden der angestellten MitarbeiterInnen ausgedrückt werden.</p>
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Anzahl von Stunden, die von Freiwilligen erbracht werden</p> <p>Nenner: Zahl der BewohnerInnen (monatlicher Durchschnitt) oder Gesamtarbeitsstunden der angestellten MitarbeiterInnen</p>
Nutzen/Zweck	<p>Der Indikator zeigt an, in welchem Ausmaß es dem Heim gelingt, externe Personen und Gruppen als Freiwillige zu engagieren, um die professionellen Dienstleistungen zu ergänzen. Er zeigt auch an, inwiefern das Alten- und Pflegeheim Verbindungen zum sozialen Umfeld herzustellen vermag, um dadurch BewohnerInnen die Möglichkeit zu bieten, soziale Kontakte mit Personen außerhalb des Heims herzustellen bzw. aufrecht zu erhalten.</p> <p>Heimleitung und MitarbeiterInnen sind aufgerufen, auf Basis eines Konzepts zur Freiwilligenarbeit zu definieren, welche Aufgaben in welchem Ausmaß durch Freiwillige erbracht werden können bzw. sollen. Der Indikator dient zur Evaluierung von Zielvorgaben und regt zur Entwicklung entsprechender Steuerungsmaßnahmen an.</p>
Perspektive	Management
Thema	Entwicklung, soziale Kontakte, Networking
Quelle	E-Qalin, 2009

Indikator Nr. 93	
Definition	Durchschnittliche Beschäftigungsdauer pro MitarbeiterIn im Pflegeheim
Operationalisierung	<p>Der Indikator geht aus Aufzeichnungen der Personalabteilung hervor und wird zu einem Stichtag, z.B. 31. Dezember, für das vergangene Jahr berechnet. Die durchschnittliche Beschäftigungsdauer bezieht sich nur auf das Alten- und Pflegeheim, nicht auf frühere Arbeitgeber. Alle Daten sollten nach Beruf aufgeschlüsselt werden.</p> <p>Neben der durchschnittlichen Beschäftigungsdauer sollte auch die Standardabweichung berechnet werden, da diese anzeigt, wie weit die individuelle Beschäftigungsdauer der MitarbeiterInnen streut bzw. wie nahe sie zum Mittelwert liegt.</p>
Berechnung/ Formel	<p>Zähler: Summe der individuellen Beschäftigungsdauer (Zahl der Monate) jeder einzelnen MitarbeiterIn zum Stichtag (31. Dezember)</p> <p>Nenner: Zahl der MitarbeiterInnen zum Stichtag (31. Dezember)</p> <p>Die Formel für die Standardabweichung ist:</p> $\sigma = \sqrt{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (x_i - \mu)^2}$ <p>N ist die Zahl der Angestellten, x_i die Beschäftigungsdauer des Angestellten i, μ die mittlere oder durchschnittliche Beschäftigungsdauer aller Angestellten und \sum die Summe.</p>
Nutzen/Zweck	<p>Gerade in Zeiten verschärfter Personalknappheit im Pflegebereich ist es wesentlich, Strategien zu entwickeln, um Personalfluktuation zu begegnen. Der Indikator hilft, Hinweise auf Abwanderungstendenzen zu identifizieren, um frühzeitig entsprechende Gegenmaßnahmen zu entwickeln. Neben dem klassischen Indikator zur Messung der durchschnittlichen Beschäftigungsdauer hilft das Streuungsmaß (die Standardabweichung), um weitere Informationen über die Verteilung der Beschäftigungsdauer zu erhalten.</p> <p>Heimleitung und MitarbeiterInnen sollten die aktuellen Daten erheben, Ziele festlegen, Soll- und Ist-Werte vergleichen, die allgemeine Tendenz reflektieren sowie über Steuerungsmaßnahmen nachdenken, um die festgesetzten Ziele in der nächsten Phase erreichen zu können.</p>
Perspektive	Management, MitarbeiterInnen
Thema	Entwicklung, Nachhaltigkeit
Quelle	E-Qalin, 2009

Indikator Nr. 94	
Definition	Durchschnittliche Zeitspanne, welche für die Besetzung einer offenen Stelle mit derselben Qualifikation benötigt wird
Operationalisierung	Der Indikator beruht auf Aufzeichnungen der Personalabteilung und einer Messung zu einem definierten Stichtag. Sämtliche offenen Stellen im Zeitraum des letzten Jahres sind einzubeziehen.
Berechnung/ Formel	Zähler: Summe der Tage, welche für die Besetzung einer offenen Stelle im abgelaufenen Jahr benötigt wurde (Stichtag) Nenner: Zahl der offenen Stellen im vergangenen Jahr
Nutzen/Zweck	Mit diesem Indikator wird versucht, mögliche Schwierigkeiten bei der Suche nach MitarbeiterInnen zu quantifizieren. Gestaltet sich die Suche nach neuen MitarbeiterInnen langwierig, fallen zusätzliche Kosten an. Der Mangel an MitarbeiterInnen führt auch zu negativen Folgen für die vorhandenen MitarbeiterInnen (Überstunden, Mehrarbeit) mit entsprechenden Auswirkungen auf die Betreuungsqualität und die Zufriedenheit der BewohnerInnen. Steuerungsmaßnahmen können hier darin bestehen, Kontakte zu Ausbildungseinrichtungen, Schulen und Universitäten oder auch zu Arbeitsämtern und Beschäftigungsinitiativen zu verstärken.
Perspektive	Management, Entscheidungsträger
Thema	MitarbeiterInnen/HRM
Quelle	E-Qalin, 2009

Literatur

Abele, A. & P. Becker (Hrsg.) (1991). *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*. München: Juventa.

Bond, S. & L.H. Thomas (1991). 'Issues in Measuring Outcomes of Nursing', *Journal of Advanced Nursing*, 16: 1492-1502.

Brink, T.L. & J.A. Yesavage (1982). 'Somatoform Disorders: Differentiation of Conversion, Hypochondriacal, Psychophysiological, and Related Disorders', *Postgraduate Medicine*, 72 (1): 189-94, 196, 198.

Bullen, P. (1991). 'Performance Indicators. New Management Jargon, Political Marketing, or One Small Element in Developing Quality Services?', *Caring, the Association of Children's Welfare Agencies Newsletter* (Editorial Comment), September Issue – Veröffentlicht unter: <http://www.mapl.com.au/>.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) / Bundesministerium für Gesundheit (2009)⁶ *Deutsche Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin: BMFSFJ – Veröffentlicht unter: <http://www.pflege-charta.de>.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2002). *MDS 2.0 for Nursing Homes. Manuals and Forms* – Veröffentlicht unter: https://146.123.140.205/NursingHomeQualityInits/20_NHQIMDS20.asp.

Challinger, Y., Julious, S., Watson, R. & I. Philip (1996). 'Quality of Care, Quality of Life and The Relationship between Them in Long-Term Care Institutions for the Elderly', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1: 883-888.

Challis, D., Clarkson, P. & R. Warburton (2006). *Performance Indicators in Social Care for Older People*. Aldershot: Ashgate.

Closs, S.J., Barr, B., Briggs, M., Cash, K. & K. Seers (2004). 'A Comparison of Five Pain Assessment Scales for Nursing Home Residents with Varying Degrees of Cognitive Impairment', *Journal of Pain and Symptom Management*, 27 (3): 196-205.

Cohn, J. & J. Sugar (1991). 'Determinants of Quality of Life in Institutions. Perceptions of Frail Elderly Older Residents, Staff and Families', pp. 28-49 in. J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe & D. E. Deutchman (eds.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in Frail Elderly*. San Diego, CA. Academic Press.

Commission for Social Care Inspection/CSCI (2008). *Annual Quality Assurance Assessment. Care Homes for Older People Guidance*. London: CSCI.

Cooperrider, D. L., Whitney, D. L. & J. Stavros (2003). *Appreciative Inquiry Handbook: The First in a Series of AI Workbooks for Leaders of Change*. Lakeshore Communications.

Davies, S. (2001). 'The Care Needs of Older People and Family Caregivers in Continuing Care Settings', chapter 5 in: M. Nolan, S. Davies & G. Grant (eds.) *Working with Older People and Their Families*. Buckingham: Open University Press.

Department of Health (2001). *National Service Framework for Older People*. London: DoH.

Department of Health (2008). *Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff*. London: DoH.

Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1992). 'The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance', *Quality Review Bulletin*, 18 (11): 356-360.

Donabedian, A. (1966). 'Evaluating the Quality of Medical Care', *Milbank Found Quarterly*, 2: 166-206.

Drummond, M. F., Sculpher, M.J., Torrance, G.W., O'Brien, B.J. & G. L. Stoddart (2005). *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford/New York: Oxford University Press.

DZA (=Deutsches Zentrum für Altersfragen) (Hrsg.) (2005). Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe II – Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der stationären Betreuung und Pflege. September 2005. <http://www.dza.de>.

Eisenreich, T., Halfar, B. & G. Moos (Hrsg.) (2004). *Steuerung sozialer Betriebe und Unternehmen mit Kennzahlen*. Baden-Baden: Nomos.

E-Qalin (2009). *Manual United Kingdom, Version 3.0*. Bad Schallerbach: E-Qalin GmbH.

EUPIDH (2001). The Development of a European Health Promotion Monitoring System (The EUHPID Project) – Veröffentlicht unter:
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_03_en.pdf.

Evers, A., Haverinen, R., Leichsenring, K. & G. Wistow (eds.) (1997). *Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments*. Aldershot: Ashgate.

Faulkner, M. (2001). 'A Measure of Patient Empowerment in Hospital Environments Catering for Older People', *Journal of Advanced Nursing* 34 (5): 676-686.

Faulkner, M., Davies, S., Nolan, M. & C. Brown-Wilson (2006). 'Development of the Combined Assessment of Residential Environments (CARE) Profiles', *Journal of Advanced Nursing*, 55 (6): 664-677.

Faust, R. (2003). Indikatoren zur Beurteilung pflegesensitiver Ergebnisqualität in Pflegeheimvergleichen. Messung und Risikobereinigung ausgewählter RAI MDS basierter Qualitätsindikatoren. Diplomarbeit für den Studiengang Pflege, Frankfurt am Main.

Filipp, S.H. & A. K. Mayer (2002). 'Gesundheitsbezogene Lebensqualität alter und hochbetagter Frauen und Männer', S. 315-415 in: DZA (Hrsg.). *Expertisen zum 4. Altenbericht der*

Bundesregierung. Band I. Das hohe Alter. Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität. Hannover: Vincentz Verlag.

Gardner, J. F., Carran, D. T. & S. J. Taylor (2005). 'Attainment of Personal Outcomes by People With Developmental Disabilities', *Mental Retardation*, 43 (3): 157-174.

Gebert, A. & H.U. Kneubühler (2003). *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen*. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber.

Gerritsen, D.L., Steverink, N., Ooms, M.E. & M.W Ribbe (2004). 'Finding A Useful Conceptual Basis for Enhancing the Quality of Life of Nursing Home Residents', *Quality of Life Research*, 13: 611-624.

Halfon, P., Luthi, J.C. & J. P. Vader (2000). 'Worauf es bei der Ergebnismessung ankommt. Ergebnismessung in den kantonalen stationären Einrichtungen im Waadtland (CHUV)', *Managed Care* 4: 26-28.

Höwer, O. (2002). Pflegequalität – Was sollte gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen. Diplomarbeit für den Studiengang Pflege, Frankfurt am Main – Veröffentlicht unter <http://www.diplomarbeit.de>.

Huber, M., Maucher, M. & B. Sak (2008). *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*. Vienna/Brussels: European Centre for Social Welfare Policy and Research, ISS, CIRIEC.

Husebo, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S.B., Snow, A.L. & A.E. Ljunggren (2007). 'Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): Development and Validation of a Nurse-Administered Pain Assessment Tool for Use in Dementia', *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (1): 67-80.

Idler, C. E. (1993). *Human Emotions*. New York: Plenum Press.

Johnson, M., Maas, M. & S. Moorhead (eds.) (2002). *Nursing Outcome Classification (NOC)*. Toronto: Mosby.

Kane, R. A. (2003). 'Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable practice, Research, and Policy Agenda', *The Gerontologist*, 43, Special Issue II: 28-36.

Kane, R. A. (2001). 'Long-term Care and Good Quality of Life. Bringing Them Closer Together', *The Gerontologist*, 41 (3): 293-304.

Kane, R. A., Kane, R. L. & R. C. Ladd (1998). *The Heart of Long-term Care*. New York, Oxford: Academic Press.

Keith, K., D., & G. S. Bonham (2005). 'The Use of Quality of Life Data at the Organization and Systems Level', *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10): 799-805.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2007). *Dienstleistungen von allgemeinem Interesse unter Einschluss von Sozialdienstleistungen* (Begleitdokument zur Mitteilung "Ein Binnenmarkt für das Europa des 21. Jahrhunderts"). Brüssel: Kommission [KOM(2007) 724 endgültig].

Kruzich, J.M. (2000). 'Correlates of Nursing Home Satisfaction', pp. 76-100 in: Cohen-Mansfield J., Ejaz, F.K., Werner, P. (eds.), *Satisfaction Surveys in Long-Term Care*. New York: Springer Publishing Company.

Kruzich, J. M., Clinton, J. F. & S. T. Kelber (1992). 'Personal and Environmental Influences in Nursing Home Satisfaction', *The Gerontologist*, 32: 342-350.

KVZ-VVT, 2007 = ActiZ et al. (2007). *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (langdurige en/of complexe zorg) – Veröffentlicht unter:*
http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/Kwaliteitskader_Verantwoorde_Zorg_VVT_2007.pdf.

KVZ-VVT, 2010 = ActiZ, et al. (2010). *Verbeterd Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging Verzorging & Thuiszorg – Veröffentlicht unter:*
http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/VV&T/Kwaliteitskader%20VZ%20VV&T_2010.pdf

Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen/LPZ (2008). *National Prevalence Measurement of Care Problems*. Maastricht: Maastricht University – Veröffentlicht unter:
http://www.lpz-um.eu/media/text/Brochure_LPZ_ENG_2008_At_a_Glance.pdf.

Lavizzo-Mourey, R. J., Zinn, J. & L. Taylor (1992). 'Ability of Surrogates to Represent Satisfaction of Nursing Home Residents with Quality of Care', *Journal of the American Geriatrics Society*, 40: 39-4.

Lawton, M. P. (1984). 'The Varieties of Well-being', in: C. Z. Malatesta & C. E. Izard (eds.), *Emotion in Adult Development*. Beverly Hills, CA: Sage.

Lehr, U. (1997). 'Gesundheit und Lebensqualität im Alter', S. 51-64 in: R. M. Schütz, W. Ries & H. P. Tews (Hrsg.), *Altern in Gesundheit und Krankheit. 3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*. Schriftenreihe der Internationalen Homecare Stiftung Band 13. Bibliomed Verlagsgesellschaft.

Lehr, U. & H. Thomae (1987). *Formen seelischen Alterns*. Stuttgart: Enke.

Lind, S. (2000). *Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden*. Stuttgart: Paul Lempp Stiftung.

LPZ, 2009 = Halfens, R.J.G./Meijers, J.M.M./Neyens, J.C.L. & J.M.G.A. Schols (2009). *Rapportage Resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2009*. Maastricht: Maastricht University – Veröffentlicht unter: <http://www.lpz-um.eu/media/text/LPZ%20rapport%202009.pdf>.

Magee, H., Parsons, S., & Askham, J. (2008). *Measuring Dignity in Care for Older People: A Research Report for Help the Aged*. London: Help the Aged.

Mayring, P. (1987). 'Subjektives Wohlbefinden im Alter'. Stand der Forschung und theoretische Weiterentwicklung', *Zeitschrift für Gerontologie*, 20: 367-376.

Mayring, P. (1991). 'Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens', S. 51-70 in: A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik*. München. Juventa.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen/MDS (2009). *Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung*. Essen: MDS.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2006). Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004–2006 – Qualitätsmaßstäbe für die vollstationäre Pflege – Version 1.0. Düsseldorf: MAGS NRW.

Mossey, J. M. & E. Shapiro (1982). 'Self-rated Health. A Predictor of Mortality Among the Elderly', *American Journal of Public Health*, 72: 800-808.

Mukamel, D. B. & C. A. Brower (1998). 'The Influence of Risk Adjustment Methods on Conclusions About Quality of Care in Nursing Homes Based on Outcome Measures', *The Gerontologist*, 38: 695-703.

NCHR&D Forum (2007). *My Home Life: Quality of Life in Care Homes – A Review of the Literature*. London: Help the Aged (www.myhomelife.org.uk).

Nolan, M., Brown, J., Davies, S., Nolan, J. & J. Keady. (2006). *The Senses Framework: Improving Care for Older People Through a Relationship-Centred Approach*. University of Sheffield.

Noll, H. H. (1997). 'Wohlstand, Lebensqualität und Wohlbefinden in den Ländern der Europäischen Union', in: S. Hradil & S. Immerfall (Hrsg.), *Die Westeuropäischen Gesellschaften im Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich.

Noll, H. H. & A. Schäub (2002). *Lebensqualität im Alter*; Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.). Expertisen zum 4. Altenbericht der Bundesregierung, Band 1. Konzepte, Forschungsfelder. Hannover: Vincentz Verlag.

Owens, D. J. & C. Batchelor (1996). 'Patient Satisfaction and the Elderly', *Social Science and Medicine*, 11: 1483-1491.

Porell, F. & F. G. Caro (1998). 'Facility-Level Outcome Performance Measures for Nursing Homes', *The Gerontologist*, 38: 665,668,673.

PROGRESS (2010) *Beispiele und Vorschläge für ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren des Projektteams sowie von ExpertInnen, die an der DELPHI-Befragung und/oder an den E-Qalin Validierungsworkshops im Rahmen des PROGRESS Projekts 'Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People' teilnahmen*. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.

Rubinstein, R. L. (2000). 'Resident Satisfaction, Quality of Life, and "Lived Experience" as Domains to Be Assessed in Long-term Care', pp. 13-28 in: J. Cohen-Mansfield, F. K. Ejaz, P. Werner (eds.). *Satisfaction Surveys in Long-Term Care*. New York.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009*. Baden-Baden: Nomos.

Schalock, R. L. (2006). *Quality of Life as an Objective of Catalan Social Services: Implications for Policy and Practice*. Catalan Institute for Assistance and Social Services and Department of Welfare and Family Services, Barcelona Workshops and Presentations.

Schalock, R. L., Bonham, G., S. & M. A. Verdugo (2008). 'The Conceptualization and Measurement of Quality of Life: Implications for Program Planning and Evaluation in the Field of Intellectual Disabilities', *Evaluation and Program Planning*, 31: 181-190.

Schnabel, E. & F. Schönberg (2003). 'Qualitätssicherung und Nutzerperspektive', S. 168-190 in: E. Schnabel und F. Schönberg (Hrsg.), *Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven*. Münster: Lit Verlag.

Schnabel, E. (2009). 'Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Pflege', in: Gaertner et al. (Hrsg.), *Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*.

Schols, J.M.G.A., De Groot, C.P.G.M., Van Der Cammen, T.J.M. & M.G.M. Olde Rikkert (2009). 'Preventing and Treating Dehydration in the Elderly during Periods of Illness and Warm Weather', *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13 (2): 150-157.

Schönberg, F. (2005a). Qualitätssicherung und Nutzerperspektive in stationären Einrichtungen: Möglichkeiten und Grenzen von Bewohnerbefragungen. Arbeit zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.) im Fachbereich 12 Erziehungswissenschaften und Soziologie der Universität Dortmund.

Schönberg, F. (2005b). Instrumente der internen Qualitätssicherung in stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten. Bestand und Evaluation. Untersuchung im Auftrag des BMFSFJ. Unveröffentlichter Forschungsbericht Dortmund.

Schönberg, F. (2006). Indikatoren für die Erfassung der Ergebnisqualität in Pflegeheimen. Unveröffentlichte Expertise im Auftrag des BmFSFJ.

Sefton, T. (2000). *Getting Less for More: Economic Evaluation in the Social Welfare Field*. London: London School of Economics (CASE paper no. 44).

Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R. & U. Kunzmann (1996). 'Wohlbefinden im hohen Alter. Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung', S. 497-523 in: K. U. Meyer & P. B. Baltes (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.

Sowarka, D. (2000). 'Merkmale der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen', S. 69-82 in: H. Entzian, K. I. Giercke, Th. Klie & Schmidt (Hrsg.), *Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.

Staudinger, U. M. (2000). 'Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut. das Paradox des subjektiven Wohlbefindens', *Psychologische Rundschau*, 54: 185-197.

Staudinger, U. M. & A. Freund (1998). 'Krank und "arm" im hohen Alter und trotzdem guten Mutes? Untersuchungen im Rahmen eines Modells psychologischer Widerstandsfähigkeit', *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 27: 78-85.

Tackenberg, P. & A. Abt-Zegelin (2001). *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.

Tresloni, C.P. & the Pew-Fetzer Task Force (1994). *Health Professions Education and Relationshipcentered Care: a report of the Pew-Fetzer taskforce on advancing psychosocial education*. San Francisco: Pew Health Professions Commission.

US Department of Health and Human Services (US DHHS) (2008). MDS 2.0 Public Quality Indicator and Resident Reports – Veröffentlicht unter:
http://www.cms.hhs.gov/MDSPubQlandResRep/02_qmreport.asp?qtr=13&isSubmitted=qm2.

Van Herk, R., Boerlage, A., Van Dijk, M., Baar, F.P., Tibboel, D. & R. de Wit (2009). 'Pain Management in Dutch Nursing Homes Leaves Much to Be Desired', *Pain Management Nursing*, 10 (1): 32-39.

Van Herk, R., Van Dijk, M., Biemold, N., Tibboel, D., Baar, F.P. & R. de Wit (2009). 'Assessment of Pain: Can Caregivers or Relatives Rate Pain in Nursing Home Residents?', *Journal of Clinical Nursing*, 18 (17): 2478-2485.

Veenhoven, R. (1997). 'Die Lebenszufriedenheit der Bürger. Ein Indikator für die "Lebbarkeit" von Gesellschaften?', S. 267-293 in: H. H. Noll (Hrsg.), *Sozialberichterstattung in Deutschland. Konzepte, Methoden und Ergebnisse für Lebensbereiche und Bevölkerungsgruppen*. Weinheim. Juventa.

Weidekamp-Maicher, M. (2002). Lebensqualität im Alter. Dortmund (Unveröffentlichte Expertise).

Weidekamp-Maicher, M. (2008). Materielles Wohlbefinden im späten Erwachsenenalter und Alter. Eine explorative Studie zur Bedeutung von Einkommen, Lebensstandard und Konsum für Lebensqualität. Berlin: Dissertation.de Verlag im Internet.

Wettstein, A., Bielak A., Knecht R., Christen L., & S. Christen (1998). 'Erfolgreiche Bewältigung abnehmender objektiver Lebensbedingungen institutionalisierter Langzeitpatienten', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 3: 222-228.

WHO (2004). *Standards for Health Promotion in Hospitals: Development of indicators for a Self-Assessment Tool*. Copenhagen: WHO – Veröffentlicht unter:
<http://www.euro.who.int/document/e84988.pdf>.

Wingenfeld, K. & Schaeffer, D. (2001). 'Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34: 140-146.

Wingenfeld, K. (2003). *Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege*. Bielefeld.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & V.O. Leirer (1982). 'Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report', *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1): 37-49.

Zimmerman, D., Karon, S. L., Arling, G., Clark, B. R., Collins, T., Ross, R. & F. Sainfort (1995). 'Development and Testing of Nursing Home Quality Indicators', *Health Care Financing Review*, 16: 107-127.