

Können wir uns unzufriedene Pflegekräfte leisten?

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“

an der Ferdinand Porsche FernFH

Angelika Maierhofer

51807339

Begutachterin: Dr. Esther Thaler

Mürzzuschlag, Jänner 2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

06.01.2020

Angelika Maierhofer

Abstract

Mit dem demografischen Wandel kommt es im Bereich der stationären Altenpflege zu neuen Herausforderungen und Krankheitsformen. Aufgrund der immer höher werdenden Nachfrage nach Pflege und der stagnierenden Personalsituation, rücken Pflegekräfte verstärkt in den Fokus von Managementüberlegungen.

Der Führungsstil des Managements übt großen Einfluss auf die Zufriedenheit von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus. Es ist daher zielführend für das Management, geeignete Wege im Umgang mit dem Pflegepersonal zu finden. Retention Management, Human Resource Management und Organizational Citizenship Management werden als mögliche Managementmodelle beschrieben.

Unter betriebswirtschaftlichen Aspekten kann das Pflegepersonal als *Input* in Korrelation mit Pflegequalität als *Output* betrachtet werden. Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen übt positiven oder auch negativen Einfluss auf die Qualität der Pflege aus.

Eine Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenbefragung stellt die effizienteste Variante zur Ermittlung der Arbeitszufriedenheit dar. Ein kennzahlenbasiertes Bewertungsverfahren kann zur Evaluierung der Befragungsergebnisse herangezogen werden, um darauf aufbauend konkrete Maßnahmen zur Förderung der Arbeitszufriedenheit gezielt setzen zu können.

Schlüsselbegriffe: Arbeitszufriedenheit, Pflegequalität, Management, Altenpflege

Abstract

The demographic change creates new challenges in the care of elderly. The increasing demand of care and the shortage of young nursing staff necessitate new management considerations.

The employees are gaining more and more importance for old people`s homes. Dissatisfied employees have a negative influence on the quality of care. Knowing the reasons for their dissatisfaction is important for making the right choice in changing working conditions. The most effective way of evaluating job satisfaction is a questionnaire for employees.

Management style also appears to be very important for job satisfaction, democratic leadership being the best way to achieve that target. Retention Management, Human Resource Management and Organizational Citizenship Management could be suitable management models. The evaluation of the questionnaire also ensures choosing the economically most effective management method.

Keywords: care, elderly, job satisfaction, management, economy

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Problemstellung und aktueller Forschungsstand | 1 |
| 1.2 | Forschungsfrage und Zielsetzung..... | 2 |
| 2 | Ausgangspunkt | 3 |
| 2.1 | Die demografische Entwicklung..... | 3 |
| 2.2 | Folgen für den Bereich der Altenpflege und -betreuung | 4 |
| 2.2.1 | Folgen des demografischen Wandels für Pflegepersonen | 4 |
| 2.2.2 | Folgen des demografischen Wandels für Pflegekräfte | 5 |
| 3 | Pflegequalität | 5 |
| 3.1 | Definitionen der Pflegequalität | 6 |
| 3.1.1 | Strukturqualität | 7 |
| 3.1.2 | Prozessqualität..... | 7 |
| 3.1.3 | Ergebnisqualität..... | 8 |
| 3.2 | Faktoren zur Beurteilung der Pflegequalität..... | 9 |
| 3.3 | Sicherung und Steigerung der Pflegequalität..... | 12 |
| 3.3.1 | Standards..... | 12 |
| 4 | Zusammenhang von Pflegequalität und Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit | 12 |
| 5 | Arbeitszufriedenheit | 14 |
| 5.1 | Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit | 14 |
| 5.2 | Maßnahmen unter Berücksichtigung der Altersstruktur von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen | 15 |
| 5.3 | Methoden zur Messung der Arbeitszufriedenheit..... | 15 |
| 6 | Nutzenmessung für die Institution | 18 |
| 6.1 | Direkter Nutzen..... | 19 |
| 6.2 | Indirekter Nutzen | 19 |
| 7 | Einfluss des Managements | 19 |
| 7.1 | Allgemein | 19 |
| 7.2 | Kennzahlen..... | 20 |
| 7.3 | Organisational Citizenship Behavior | 22 |
| 7.4 | Retention Management..... | 22 |
| 7.5 | Human Resource Management | 23 |
| 8 | Schlussfolgerungen | 24 |
| 9 | Ausblick | 26 |
| 10 | Literaturverzeichnis | 27 |
| | Abbildungsverzeichnis | 29 |

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und aktueller Forschungsstand

Dem demografischen Wandel geschuldet, sind wir im Feld der stationären Altenpflege und -betreuung mit immer höher werdender Nachfrage bei stagnierenden personellen Ressourcen konfrontiert. Neben dem höheren Arbeitsaufkommen aufgrund der größeren Anzahl an Patienten und Patientinnen ergeben sich durch die sich ändernde Personalstruktur neue zu berücksichtigende Parameter für Institutionen, die sich der Pflege und Betreuung älterer Menschen verschrieben haben (Becker, 2012, S. 16ff.). Für die Pflegekräfte bedeutet das eine teilweise negative Entwicklung der Arbeitsumstände (Evans, Risthaus, Thiele & Ziegler, 2014, S. 126).

Da unzufriedene Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen negative Konsequenzen für Patienten und Patientinnen nach sich ziehen können, steht die Zufriedenheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Fokus der Pflegequalität (Busse & Körner, 2002, S. 161).

Es ist zielführend betriebswirtschaftlich relevante Bereiche wie Kunden- und Kundinnenorientierung, Lean Management und Organisationsentwicklung sowohl in die strategische als auch in die operative Betrachtung der stationären Altenpflege einfließen zu lassen (Poser, 2001, S. 29ff.).

Die Führungsaufgaben des Managements einer Pflegeeinrichtung sollten um die Bereiche Personalmanagement und Leistungsmanagement erweitert werden, um optimal agieren zu können (Busse, Schreyögg & Stargardt, 2017, S. 13).

Welche Handlungsmöglichkeiten sich für das Management einer Pflege- und Betreuungseinrichtung für ältere Menschen als ökonomisch rentabel erweisen, um die Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit zu erhöhen und damit die Pflegequalität hoch zu halten, ist das zentrale Thema dieser Arbeit.

1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung

Es gibt eine Reihe von Publikationen, die sich mit der Erhebung und Bewertung von Qualitätsmanagement, insbesondere der Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnen-zufriedenheit und deren Auswirkungen auf die Pflegequalität, auseinandersetzen.

Diese Arbeit soll einleitend zeigen, welche Veränderungen sich für eine Pflege- und Betreuungseinrichtung älterer Menschen aufgrund des demografischen Wandels ergeben. Nach Darstellung der personellen Ausgangssituation und den zu erwartenden Entwicklungen im Bereich der stationären Altenpflege und -betreuung versucht diese Arbeit zu zeigen, welche sinnvollen und nachhaltigen Maßnahmen das Management einer Pflege- und Betreuungseinrichtung für ältere Menschen ergreifen kann, um die Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu erhöhen. Der Zusammenhang von Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit und Pflegequalität soll erörtert werden. Dazu wird der Begriff der Pflegequalität näher beschrieben.

Wie die Pflegequalität durch erhöhte Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit verbessert werden kann, liegt im Verantwortungsbereich der Leitung eines Hauses. Es soll auf die Handlungsoptionen des Managements einer Institution im Bereich Altenpflege eingegangen werden. Hierbei wird unter ökonomischen Beurteilungskriterien versucht, die effektivsten Optionen zu erkennen und die rentabelsten Maßnahmen zur Förderung der Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit zu benennen.

Daraus ergibt sich die Forschungsfrage:

Welche ökonomische Bedeutung kommt der Zufriedenheit von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Bereich der stationären Altenpflege und -betreuung zu?

und die Unterfrage:

Welche Maßnahmen ergeben sich für die Unternehmensleitung unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Aspekte?

2 Ausgangspunkt

2.1 Die demografische Entwicklung

Der demografische Wandel beschreibt die nachhaltige Veränderung der Altersstruktur einer Gesellschaft. In industrialisierten Ländern verschiebt sich die Bevölkerungsstruktur tendenziell zu Gunsten der Älteren und zum Nachteil der Jüngeren. Bereits Ende des 19. Jahrhunderts setzte der erste demografische Übergang ein. Ende der 1960er Jahre sank die Kinderzahl pro Frau unter das Bestanderhaltungsniveau, was den zweiten demografischen Übergang charakterisiert. Aktuell nimmt der Anteil der unter 20-Jährigen aufgrund niedriger Geburtsraten stark ab. Durch diese Entwicklung wird sich der Anteil der Erwerbstätigenbevölkerung, die Gruppe der 15- bis 65-Jährigen, voraussichtlich um zehn Prozent reduzieren. Wie Abbildung 1 entnommen werden kann, wird die Gruppe der über 65-Jährigen kontinuierlich größer. In Österreich verhält es sich ähnlich wie in vielen anderen mitteleuropäischen Ländern. Es ist mit keinem Rückgang der Bevölkerungszahl zu rechnen, doch ist eine Veränderung in der Zusammenstellung der Altersstruktur der Gesellschaft vorherzusehen (Schipfer, 2005, S. 3).

Aufgrund von Migration ist es zu einer Verjüngung der Gesellschaft gekommen, die die demografische Entwicklung allerdings nicht nachhaltig verändert (Becker, 2012, S. 17).

Abbildung 1: Vorausberechnung Bevölkerungsstruktur für Österreich 2018 – 2100

| Jahr | Bevölkerungsstruktur | | | | | | |
|------|----------------------|----------------|-----------------------|-------------------|----------------|-----------------------|-------------------|
| | Insgesamt | Unter 20 Jahre | 20 bis unter 65 Jahre | 65 und mehr Jahre | Unter 20 Jahre | 20 bis unter 65 Jahre | 65 und mehr Jahre |
| | absolut | | | | in % | | |
| 2018 | 8.837.707 | 1.717.385 | 5.462.438 | 1.657.884 | 19,4 | 61,8 | 18,8 |
| 2019 | 8.875.607 | 1.719.666 | 5.476.019 | 1.679.922 | 19,4 | 61,7 | 18,9 |
| 2020 | 8.909.037 | 1.723.527 | 5.480.491 | 1.705.019 | 19,3 | 61,5 | 19,1 |
| 2021 | 8.942.362 | 1.729.002 | 5.477.478 | 1.735.882 | 19,3 | 61,3 | 19,4 |
| 2022 | 8.975.704 | 1.735.172 | 5.469.871 | 1.770.661 | 19,3 | 60,9 | 19,7 |
| 2023 | 9.008.503 | 1.740.988 | 5.460.770 | 1.806.745 | 19,3 | 60,6 | 20,1 |
| 2024 | 9.040.723 | 1.746.801 | 5.448.354 | 1.845.568 | 19,3 | 60,3 | 20,4 |
| 2025 | 9.071.300 | 1.751.958 | 5.431.351 | 1.887.991 | 19,3 | 59,9 | 20,8 |
| 2026 | 9.100.412 | 1.757.162 | 5.409.438 | 1.933.812 | 19,3 | 59,4 | 21,2 |
| 2027 | 9.129.011 | 1.762.756 | 5.383.635 | 1.982.620 | 19,3 | 59,0 | 21,7 |
| 2028 | 9.156.842 | 1.767.953 | 5.355.589 | 2.033.300 | 19,3 | 58,5 | 22,2 |
| 2029 | 9.183.903 | 1.772.650 | 5.326.527 | 2.084.726 | 19,3 | 58,0 | 22,7 |
| 2030 | 9.210.146 | 1.776.383 | 5.298.806 | 2.134.957 | 19,3 | 57,5 | 23,2 |
| 2040 | 9.434.969 | 1.775.141 | 5.175.527 | 2.484.301 | 18,8 | 54,9 | 26,3 |
| 2050 | 9.597.049 | 1.778.736 | 5.171.294 | 2.647.019 | 18,5 | 53,9 | 27,6 |
| 2060 | 9.682.207 | 1.812.553 | 5.112.749 | 2.756.905 | 18,7 | 52,8 | 28,5 |
| 2070 | 9.793.189 | 1.834.200 | 5.131.402 | 2.827.587 | 18,7 | 52,4 | 28,9 |
| 2080 | 9.928.355 | 1.844.683 | 5.171.334 | 2.912.338 | 18,6 | 52,1 | 29,3 |
| 2090 | 10.008.888 | 1.861.064 | 5.188.679 | 2.959.145 | 18,6 | 51,8 | 29,6 |
| 2100 | 10.068.570 | 1.874.416 | 5.210.211 | 2.983.943 | 18,6 | 51,7 | 29,6 |

Quelle: Statistik Austria. (2019). Bevölkerungsprognosen 2019 [file:///C:/Users/HP/Downloads/vorausberechnete_bevoelkerungsstruktur_fuer_oesterreich_2018-2100_laut_hau%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/vorausberechnete_bevoelkerungsstruktur_fuer_oesterreich_2018-2100_laut_hau%20(2).pdf) [Abruf am 20.12.2019]

2.2 Folgen für den Bereich der Altenpflege und -betreuung

Die Konsequenzen des demografischen Wandels kommen im Bereich der Altenpflege und -betreuung stark zum Vorschein.

Der Bedarf an professioneller Pflege hängt von der Pflegebedürftigkeit der Personen ab. Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur und die Menge an Hochaltrigen sind hier die zwei dominanten Einflussfaktoren. Die Gruppe der Hochaltrigen, die rapide wächst, unterliegt aufgrund altersspezifischer Wahrscheinlichkeit einem hohen Risiko pflegebedürftig zu werden. Es gibt Prognosen, dass im Jahr 2050 14 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter sein werden. Aus heutiger Sicht sind 42% aller Pflegebedürftigen zwischen 80 und 89 Jahre alt. Da die Gruppe der Hochaltrigen im Verhältnis zur Gruppe der jungen Alten (65- bis 79-Jährigen) stärker wächst, kommt es zur Verschiebung des intergenerationalen Unterstützungskoeffizienten. Dieser charakterisiert die soziale und pflegerische Unterstützung der Hochaltrigen durch die nächste Generation. Dieser Koeffizient kann auch zur Messung der Pflegekräfte im Verhältnis zur Pflegebedürftigkeit herangezogen werden. Aktuell ist ein großer Teil der Pflegekräfte zwischen 50 und 64 Jahre alt. Diese Altersgruppe nimmt am schnellsten zu. Als Konsequenz werden nicht wie heute 12 Hochaltrige von 100 Erwachsenen der Folgegeneration versorgt, sondern in 20 Jahren werden es 24 Hochaltrige sein (Nowossadeck, 2013, S. 1040ff.).

2.2.1 Folgen des demografischen Wandels für Pflegepersonen

Viele pflegebedürftige Personen werden von Angehörigen zuhause gepflegt. In diesem Bereich ist mit einer Veränderung hin zu professioneller stationärer Pflege zu rechnen. Die Gründe dafür sind einerseits das höhere Maß an notwendiger Pflege für Hochaltrige. Des Weiteren ist im hohen Alter die Wahrscheinlichkeit partnerlos zu leben sehr hoch. Häusliche Pflege wird hauptsächlich von Partnerinnen, Kindern und Schwiegerkindern übernommen. Aufgrund des demografischen Wandels wird es künftig weniger potenzielle Pflegekräfte innerhalb der Familie geben, da sich die geburtenstarke Gruppe der Babyboomer-Generation einer wesentlich kleineren Generation ihrer Kinder gegenübersteht. Die erhöhte Frauenerwerbsquote und die teilweise strukturelle Unvereinbarkeit von Pflege und Beruf bedingen weitere Einschränkungen für die häusliche Pflege (Nowossadeck, 2013, S. 1040ff.).

2.2.2 Folgen des demografischen Wandels für Pflegekräfte

In der professionellen Pflege ist eine Veränderung der Charakteristika der Klienten und Klientinnen zu erwarten. Durch die erhöhte Anzahl an Hochaltrigen werden vermehrt Multimorbidität sowie chronische Erkrankungen im Fokus der Betreuung liegen. Hier sind demenzielle Erkrankungen und ihre Auswirkungen besonders hervorzuheben sowie die veränderten Anforderungen, die sich für das Pflegepersonal dadurch ergeben. Durch die demografische Veränderung der Gesellschaft kommt es auch zu einer Verschiebung in der Altersstruktur der Pflegekräfte. Immer älter werdendes Pflegepersonal sieht sich immer höheren beruflichen Herausforderungen und Belastungen ausgesetzt. Gut qualifizierte jüngere Pflegekräfte anzuwerben ist aufgrund der zu geringen Zahl an Nachwuchs in der Ausbildung keine realistische Option. Zusätzlich wirkt sich die Unattraktivität des Pflegeberufs negativ auf die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen aus. Aufgrund der immer höher werdenden Belastungen in der täglichen Berufspraxis stellen sich Pflegekräfte vermehrt die Frage nach der Sinnhaftigkeit ihres Handelns und denken über eine Berufsaufgabe nach (Becker, 2012, S. 16ff.).

Die Rekrutierung neuer entsprechend qualifizierter Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen stellt ein Problem dar. Eine flächendeckende Versorgung könnte aufgrund des Mangels an Pflegepersonal nicht erreicht werden (Schober, Schober & Simsa, 2004, S. 94).

3 Pflegequalität

Den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen kommt im Bereich der stationären Altenpflege hohe Bedeutung zu. Sie sind maßgeblich an der Versorgung und Pflege der Bewohner und Bewohnerinnen beteiligt. Um die Qualität ihrer Leistung analysieren zu können, bedarf es einer Möglichkeit den pflegerischen Outcome zu ermitteln und zu bewerten. Dieser steht in Zusammenhang mit diversen Einflussfaktoren aus den verschiedenen Bereichen der Pflege. Die Pflegequalität kann als Bewertungsmodell für das Ergebnis verwendet werden. Aufgrund der vielfachen Hinweise auf einen Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals auf die personellen Einflüsse der Versorgungsqualität der Patienten und Patientinnen wird der Begriff Pflegequalität genauer betrachtet (Bartholomeyczik, Haselhorn, Schmid, Schwab & Simon, 2013, S. 1088).

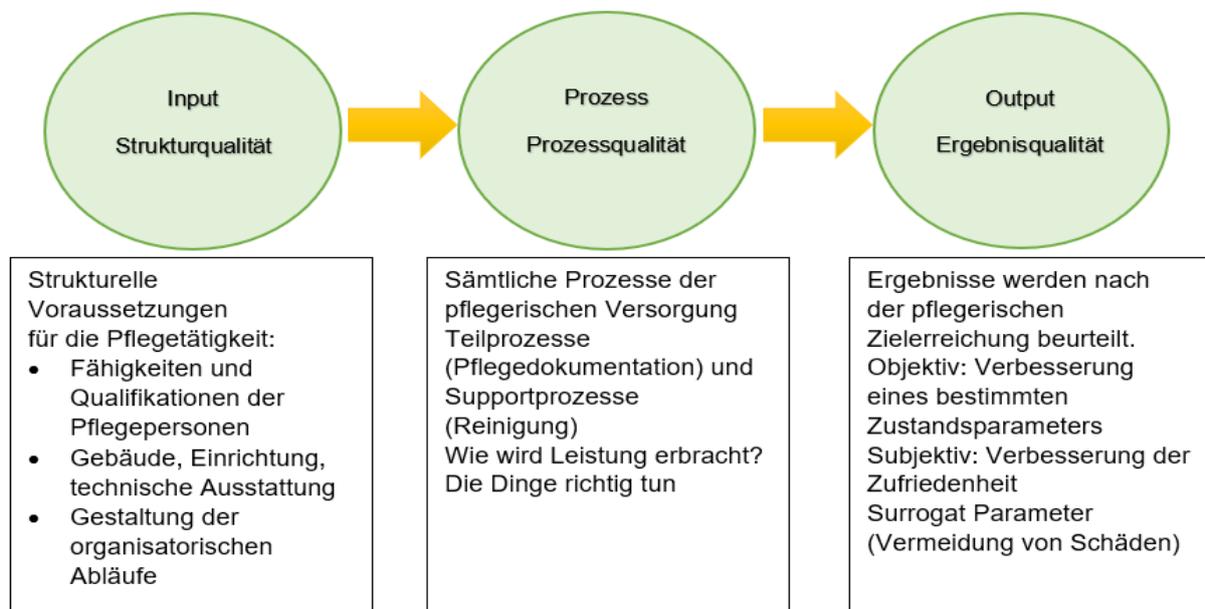
3.1 Definitionen der Pflegequalität

Für die Betrachtung der Pflegequalität werden drei Ebenen der Qualität herangezogen:

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität

Dies geht zurück auf Avedis Donabedian, der ein Qualitätsmodell begründete, indem er einen Zusammenhang zwischen den verschiedenen Dimensionen der Betreuung von Patienten und Patientinnen und den Konsequenzen auf die Qualität der Pflege hergestellt hat. Abbildung 2 stellt die Qualitätsdimensionen dar. Donabedians Qualitätsmodell gilt aktuell als Standard im Gesundheits- und Sozialwesen (Thaler, 2016, S. 37ff.).

Abbildung 2: Qualitätsdimensionen nach Donabedian – eigene Darstellung



Quelle: Hensen, P. (2018). Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege. In *Pflegereport 2018* (S. 5). Berlin: Springer

3.1.1 Strukturqualität

Die Strukturqualität definiert sämtliche quantitativen und qualitativen Ressourcen, die die Ausstattung und Rahmenbedingungen einer Institution zur Erbringung einer Leistung betreffen.

Als Beispiele können genannt werden:

- Bausubstanz, technische Ausstattung
 - Wissen und Fähigkeiten, Qualifikation des Personals
 - Gesetze
 - Organisation, interne Informationspolitik
- (Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2017, S. 133)

3.1.2 Prozessqualität

Als Prozessqualität wird die Qualität aller Arbeitsabläufe definiert. Diese beinhaltet alle Prozesse, die zur Behandlung einer Person beitragen.

Dazu zählen ärztliche, pflegerische sowie administrative Handlungen, die entweder direkt oder indirekt am Versorgungsprozess beteiligt sind. Die Einhaltung von Pflegestandards und Vorschriften, systematisierte Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen und Evaluation (Thaler, 2016, S. 33ff.).

Als Beispiele können genannt werden:

- Pflegeprozessplanung, Pflegedokumentation, Pflegestandards
 - Zusammenarbeit innerhalb eines Teams
 - interdisziplinäre Zusammenarbeit
- (Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2017, S. 133)

3.1.3 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität definiert die messbare Veränderung des Zustandes von Patienten und Patientinnen, die auf die professionell angewandten ärztlichen, pflegerischen und administrativen Interventionen zurückgeführt werden können (Thaler, 2016, S. 37ff.).

Es stellt sich die Frage nach passenden Indikatoren, anhand derer die Pflege-Ergebnisqualität bewertet werden kann, sowie nach den Möglichkeiten, die zur Erhebung dieser zur Verfügung stehen.

Das Gesundheitsqualitätsgesetz definiert:

„Qualitätsindikator: Messbare Größe, welche dazu geeignet ist, die Qualität der Gesundheitsleistung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren.“

(§ 2 Abs. 15 Bundes Gesundheitsqualitätsgesetz,

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883> [Abruf am 22.12.2019]).

Der Nutzen aus dieser Erkenntnis ist für die Pflegeperson selbst groß, aber auch für die Institution zur weiteren Personalentwicklung und Qualitätssicherung.

Die benötigten Daten können auf zwei unterschiedliche Arten erfasst werden. Zum einen aus der täglichen pflegerischen Routine und zum anderen ereignisspezifisch aus beispielsweise Sturzprotokollen (Breyer, Domittner, Schuchter & Stewig, 2013, S. 5).

Aus dem Endbericht der Studie zum Thema Pflege-Ergebnisqualität des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2013 geht ein positiver Zusammenhang zwischen höheren personellen Ressourcen (Strukturqualität) und Ergebnisqualität hervor. Auch hier spielen verschiedene Parameter eine Rolle, die Auswirkungen auf die Veränderung des Zustands eines Patienten oder einer Patientin haben können (Breyer, Domittner, Schuchter & Stewig, 2013, S. 5).

3.2 Faktoren zur Beurteilung der Pflegequalität

Ein wesentlicher Faktor zur Beurteilung der Pflegequalität ist die Pflegesensitivität. Damit gemeint sind Maßnahmen, die präventiv gesetzt werden und durch die Risiken frühzeitig erkannt werden können. Wenn eine pflegerische Handlung maßgeblich ist oder wenn das Weglassen einer solchen zu einer messbaren Verschlechterung des Zustands einer Person führt, wird von Pflegesensitivität gesprochen (Breyer, Domittner, Schuchter & Stewig, 2013, S. 4ff.).

Es gibt verschiedene Kriterien zur Beurteilung der Güte der Qualität von Pflege, die sich aufgrund der unterschiedlichen Rollen und Sichtweisen der zu berücksichtigenden Interessensgruppen ergeben. Damit sind die verschiedenen Betrachtungsweisen und Interessen von Patienten und Patientinnen, sämtlichen pflegerelevanten Professionen, dem Gesundheitssystem und dem Staat gemeint. Die beteiligten Akteure definieren, was ein gutes Pflegeergebnis ist.

In weiterer Folge ist es notwendig Mittel zur Messung und Bewertung der Pflegequalität zu finden. Einzelne Indikatoren messen nicht Pflegequalität als Gesamtergebnis, sondern jeweils Teilaspekte. Eine zu starke Fixierung auf einzelne Kennzahlen kann zu Fehlinterpretationen führen. In einem Pflegeprozess setzt man auf Assessment-Instrumente (Breyer, Domittner, Schuchter & Stewig, 2013, S. 7).

Der Pflegeergebnisbericht des Bundesministeriums für Gesundheit definiert zweiundzwanzig relevante pflegesensitive Indikatoren zur Messung von Ergebnissen.

Indikatoren zur Messung der Pflegequalität:

1. Entstehung / Verschlechterung von Dekubitus
2. Sturz
3. freiheitsbeschränkende Maßnahmen
4. Health-Care-Associated-Infektion (nosokomiale Infektionen, wie Harnwegsinfekt, Pneumonie)
5. Mortalität durch verspätete Hilfe im Notfall

6. Medikamentenfehler
7. Gewichtsverlust
8. Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen oder Bewohner und Bewohnerinnen mit der pflegerischen Versorgung
9. Harninkontinenz
10. Schmerzmanagement
11. Mortalität
12. psychische Verhaltensauffälligkeiten
13. instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) und Selbstpflegefähigkeiten
14. Stuhlinkontinenz
15. Kommunikationsprobleme
16. Verwirrtheit / Delir
17. Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
18. Beschwerden hinsichtlich der Versorgung
19. Dehydration
20. Defizite im Bereich Mund und Zähne
21. Einschätzung des Ernährungsstatus sowie
22. Mobilität

(Breyer, Domittner, Schuchter & Stewig, 2013, S. 10ff.)

Am Beispiel von Dekubitus soll nachfolgend beispielhaft die Beurteilung der Pflegequalität dargestellt werden.

Dekubitus schränkt die Lebensqualität betroffener Personen stark ein und kann hohe Zusatzkosten verursachen, weshalb es für die Beurteilung der Pflegequalität als besonders relevant angesehen wird.

Als erster Schritt der Dekubitusvermeidung gilt die Risikoeinschätzung. Mit Beginn der pflegerischen Betreuung findet ein Risiko-Assessment statt. Im Fall einer Risikofeststellung startet ein differenziertes Folgeprogramm. Zur Risikoeinschätzung werden verschiedene anerkannte Skalen zielgruppenabhängig angewendet (Hoffmann, Maas & Rodrigues, 2010, S. 30ff.).

Abbildung 3 zeigt die Braden Skala, die zur Klassifizierung des Dekubitus-Risikos häufig verwendet wird.

Bei der Messung von Dekubitus finden standardisierte Verfahren in schriftlicher oder elektronischer Form Anwendung. Dabei werden sämtliche Daten personenbezogen von Risiko-Assessment, über erste Beobachtungen, Diagnosestellung, pflegerische Interventionen bis hin zum Heilungsverlauf dokumentiert (Hoffmann, Maas & Rodrigues, 2010, S. 30ff.).

Abbildung 3: Braden Skala zur Dekubitus Risikoeinschätzung

| | 1 Punkt | 2 Punkte | 3 Punkte | 4 Punkte |
|--|---|--|--|--|
| Sensorisches Empfindungsvermögen Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren | fehlt • keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli mögliche Gründe: Bewusstlosigkeit, Sedierung oder • Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt) | stark eingeschränkt • eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize • Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. durch Stöhnen oder Unruhe) oder • Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist | leicht eingeschränkt • Reaktion auf Ansprache oder Kommandos • Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass die Position geändert werden soll) oder • Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind | vorhanden • Reaktion auf Ansprache, Beschwerden können geäußert werden oder • keine Störung der Schmerzempfindung |
| Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist | ständig feucht • die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot • immer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen | oft feucht • die Haut ist oft feucht, aber nicht immer • Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden | manchmal feucht • die Haut ist manchmal feucht, und etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt | selten feucht • die Haut ist meist trocken • neue Wäsche wird selten benötigt |
| Aktivität Ausmaß der physischen Aktivität | bettlägerig • ans Bett gebunden | sitzt auf • kann mit Hilfe etwas laufen • kann das eigene Gewicht nicht allein tragen • braucht Hilfe, um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl) | geht wenig • geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen • braucht für längere Strecken Hilfe • verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl | geht regelmäßig • geht regelmäßig 2-3 mal pro Schicht • bewegt sich regelmäßig |
| Mobilität Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten | komplett immobil • kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe ausführen | Mobilität stark eingeschränkt • bewegt sich manchmal geringfügig (Körper oder Extremitäten) • kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend umlagern | Mobilität gering eingeschränkt • macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten | mobil • kann allein seine Position umfassend verändern |
| Ernährung Ernährungsgewohnheiten | sehr schlechte Ernährung • isst kleine Portionen nie auf, sondern nur 2/3 • isst nur 2 oder weniger Eiweißportionen (Milchprodukte, Fisch, Fleisch) • trinkt zu wenig • nimmt keine Ergänzungskost zu sich oder • darf oral keine Kost zu sich nehmen oder • nur klare Flüssigkeiten oder • erhält Infusionen länger als 5 Tage | mäßige Ernährung • isst selten eine normale Essensportion auf, isst aber im allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung • isst etwa 3 Eiweißportionen • nimmt regelmäßig Ergänzungskost zu sich oder • erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen | adäquate Ernährung • isst mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen • nimmt 4 Eiweißportionen zu sich • verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich oder • kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zu sich nehmen | gute Ernährung • isst immer die gebotenen Mahlzeiten auf • nimmt 4 oder mehr Eiweißportionen zu sich • isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten • braucht keine Ergänzungskost |
| Reibung und Scherkräfte | Problem • braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel • Anheben ist ohne Schleifen über die Laken nicht möglich • rutscht ständig im Bett oder im Roll-/Stuhl herunter, muss immer wieder hochgezogen werden • hat spastische Kontraktionen oder • ist sehr unruhig (scheuert auf den Laken) | potentielles Problem • bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe • beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben) • kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl) • rutscht nur selten herunter | kein Problem zur Zeit • bewegt sich in Bett und Stuhl allein • hat genügend Kraft, sich anzuheben • kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen | |

Risikograde: Allgemeines Risiko 18-15 Punkte
Mittleres Risiko 14-13 Punkte
Hohes Risiko 12-10 Punkte
Sehr hohes Risiko < 9 Punkte

Quelle: Online: http://www.pflegeschulen-hl.de/wp-content/uploads/2014/08/braden-skala_zur_bewertung_der_dekubitusrisiken.pdf [Abruf am 31.12.2019]

3.3 Sicherung und Steigerung der Pflegequalität

Die Sicherung und Steigerung der Pflegequalität sind Teil des Qualitätsmanagements einer Einrichtung. Für das Qualitätsmanagement zuständig ist die Unternehmensleitung. In größeren Einrichtungen sollte für die Aufgabe des Qualitätsmanagements eine Stabstelle vorhanden sein. Zu den Aufgaben des Qualitätsmanagements zählen

- die Einführung und Umsetzung der für das Qualitätsmanagement erforderlichen Prozesse
- Information der Unternehmensleitung über die Wirksamkeit des Qualitätsmanagements und Berichterstattung über notwendige Verbesserungen
- Zertifizierungen für Abteilungen und die gesamte Einrichtung vorbereiten und begleiten
- Kunden- und Kundinnenorientierung forcieren
(Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2017, S. 139ff.)

3.3.1 Standards

Für die zielgerichtete Umsetzung sämtlicher Qualitätsmanagementmaßnahmen sind in den Bereichen Qualitätssicherung und Risikomanagement maßgebliche Punkte definiert. Es gibt unterschiedliche Qualitätsmanagementsysteme, deren Ziel sowohl das Kunden- und Kundinnenwohl, das Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenwohl wie auch Prozessoptimierung und Expertenstandards darstellen. Die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 beispielsweise kann ein gutes Instrument zur Erfüllung sämtlicher gesetzlicher Auflagen und interner Qualitätsstandards sein (Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2017, S. 137ff.).

4 Zusammenhang von Pflegequalität und Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit

Busse et. al. (2001) definieren den Einsatz des behandelnden Personals als maßgeblichen Faktor für die Qualität der Versorgung von Patienten und Patientinnen.

Aspekte der organisationalen Strukturen, Abläufe und Ausstattung üben dabei Einfluss auf die Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit aus. Diese inkludieren die quantitative und qualitative personelle Struktur, erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit, autonomes Arbeiten und Anerkennung der pflegerischen Leistung. Anhand der Ergebnisse mehrerer internationaler Studien wird verdeutlicht, welche Parameter der Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit unmittelbar messbar sind und welche Auswirkungen diese auf die dadurch höhere Versorgungsqualität ausüben. Als beeinflussende Faktoren werden ein passender Stellenschlüssel, Flexibilität der Arbeitszeiten, Führungsverhalten des Managements, Anerkennung für die pflegerische Leistung, geeignete und ausreichende Kommunikation sowie interdisziplinär gute Kooperation definiert. Aufgrund der Implementation dieser Parameter in den pflegerischen Arbeitsalltag konnte eine niedrigere diagnosespezifische Mortalität nachweislich beobachtet werden. Die Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit wurde als maßgebliche Größe neben Patienten- und Patientinnenzufriedenheit und Sicherheit erachtet (Busse & Körner, 2001, S. 161). Abbildung 4 zeigt den Zusammenhang der pflegerischen Versorgung und der Ergebnisqualität auf.

Abbildung 4: Pflegerische Versorgung und Pflegequalität



Quelle: Busse, R., Köppen, J., Zander, B. (2017). Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2017* (S.75). Berlin: Schattauer

5 Arbeitszufriedenheit

Aufgrund der fehlenden eindeutigen Definition des Begriffs „MitarbeiterInnenzufriedenheit“ wird von einem Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit und Motivation gesprochen.

Die berufliche Tätigkeit sollte Bedürfnisse befrieden und mit dem eigenen Handeln sollten persönliche Ziele erreicht werden, um Zufriedenheit durch und mit der beruflichen Tätigkeit zu erreichen (Brasse et al., 2002, S. 7).

Arbeitszufriedenheit charakterisiert die Einstellung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen gegenüber ihrer beruflichen Tätigkeit. Dabei kann unterschieden werden zwischen der beruflichen Tätigkeit als Ganzes oder einzelnen Aspekten wie Tätigkeitsfeld, Kollegen und Kolleginnen sowie Vorgesetzten. In die Beurteilung der Arbeitszufriedenheit fließen sowohl kognitive, aber auch soziale Parameter ein. Die sozialen Aspekte werden als *Commitment* beschrieben und sind für die persönliche Verbundenheit eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin mit einem Unternehmen verantwortlich. Für die Bewertung von Arbeitszufriedenheit sind kognitive Vergleichsprozesse und Bewertungen wichtig, aber auch die Befriedigung emotionaler Bedürfnisse, wie persönliche Werte und Ziele (Felfe & Six, 2006, S. 39ff.).

5.1 Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit

Für Personen aus dem Bereich Altenpflege ist die Tätigkeit an sich ein großer Motivationsfaktor. Die Gewissheit einer sinnstiftenden und nutzenbringenden Arbeit nachzugehen, ist einer der wichtigsten Gründe für die Ausübung eines Pflegeberufs. Auch die atypischen Arbeitszeiten werden positiv bewertet. Das Betriebsklima, der Informationsfluss und die Führung sind weiters wichtige Parameter für zufriedene Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (Schober, Schober & Simsa, 2004, S. 504).

Die Beteiligung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erfolgt durch Qualifizierung; das trägt zu deren Zufriedenheit bei. Interne Kommunikationskultur, Sensibilisierung für Problemstellen und Personalentwicklung durch Fort- und Weiterbildungen sorgen für ein gutes Betriebsklima und Commitment (Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2017, S. 145).

Negativ wirkt sich das per se relativ schlechte Image des Pflegeberufs aus. Die geringen Aufstiegsmöglichkeiten und die teilweise schlechte Bezahlung üben ebenfalls einen negativen Effekt auf die Arbeitszufriedenheit von Personen, die in der stationären Pflege tätig sind, aus (Schober, Schober & Simsa, 2004, S. 501).

5.2 Maßnahmen unter Berücksichtigung der Altersstruktur von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen

Für viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Pflege stellt Zeitdruck eine enorme Belastung dar. Diese wird mit zunehmendem Alter noch schwerer empfunden. Der emotionale Stress, der mit Tätigkeiten in der Pflege einhergeht, ist für alle Altersgruppen eine tendenzielle Gefahr. Um auf etwaige Missstände aufmerksam werden zu können, sind Gespräche mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen eine zielführende Maßnahme. Die abnehmenden körperlichen Fähigkeiten können durch soziale Kompetenzen kompensiert werden. Flexible Arbeitszeitmodelle, Weiterbildungsmaßnahmen sowie die gezielte Zusammenarbeit von älteren und jüngeren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen können Maßnahmen zur Berücksichtigung der steigenden Altersstruktur des Personals in der stationären Pflege sein.

Betriebliches Gesundheitsmanagement und die Anpassung des Arbeitsumfeldes sind Faktoren, die auch Berücksichtigung finden sollten (Fuchs, Kurth & Scriba, 2010, S. 405).

5.3 Methoden zur Messung der Arbeitszufriedenheit

Die klassische Messung der Arbeitszufriedenheit erfolgt mittels standardisierter Fragebögen (Organizational commitment questionnaire - OCQ von Moday et al 1979).

Ein Beispiel eines Fragebogens ist als Abbildung 5 angeführt.

Abbildung 5: Deutsche Fassung des Organizational Commitment Questionnaire

Hier finden Sie eine Liste von Aussagen zu möglichen Einstellungen von Arbeitnehmern gegenüber Ihrem Unternehmen. Geben Sie bitte an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

| | Stimme überhaupt nicht zu | | | Stimme voll und ganz zu | |
|---|---------------------------|---|---|-------------------------|---|
| Ich bin bereit, mich mehr als nötig zu engagieren, um zum Erfolg des Unternehmens beizutragen | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Freunden gegenüber lobe ich dieses Unternehmen als besonders guten Arbeitgeber. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ich fühle mich diesem Unternehmen nur wenig verbunden. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ich würde fast jede Veränderung meiner Tätigkeit akzeptieren, nur um auch weiterhin für dieses Unternehmen arbeiten zu können | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ich bin der Meinung, dass meine Wertvorstellungen und die des Unternehmens sehr ähnlich sind. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ich bin stolz, wenn ich anderen sagen kann, dass ich zu diesem Unternehmen gehöre. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Eigentlich könnte ich genauso gut für ein anderes Unternehmen arbeiten, solange die Tätigkeit vergleichbar wäre. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Dieses Unternehmen spornt mich zu Höchstleistungen in meiner Tätigkeit an. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Schon kleine Veränderungen in meiner gegenwärtigen Situation würden mich zum Verlassen des Unternehmens bewegen. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ich bin ausgesprochen froh, dass ich bei meinem Eintritt dieses Unternehmen anderen vorgezogen habe. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ich verspreche mir nicht allzu viel davon, mich langfristig an dieses Unternehmen zu binden. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ich habe oft Schwierigkeiten, mit der Unternehmenspolitik in Bezug auf wichtige Arbeitnehmerfragen übereinzustimmen. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Die Zukunft dieses Unternehmens liegt mir sehr am Herzen. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ich halte dieses für das beste aller Unternehmen, die für mich in Frage kommen. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Meine Entscheidung, für dieses Unternehmen zu arbeiten, war sicher ein Fehler. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Quelle: Maier, G. W. & Woschèe R. (2014): Deutsche Fassung des Organizational Commitment Questionnaire (OCQ-G). *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*. <https://doi.org/10.6102/zis10>

Ein Fragebogen sollte folgende Punkte behandeln:

- Arbeitsumgebung, Klima, Ausstattung des Arbeitsplatzes
- Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz
- Führungskräfte
- Information, Kommunikation
- Betriebsklima, KollegInnen
- Tätigkeit (Inhalte, Abwechslungsreichtum, Anforderungsgehalt)
- Arbeitsorganisation
- Entgelt und Sozialleistungen
- Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten
- Arbeitsplatzsicherheit

(Havighorst, 2006, S. 35)

Im Vorfeld einer Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenbefragung zum Thema Arbeitszufriedenheit sollte eine konkrete Zielsetzung der Befragung vorhanden sein. Die Zielsetzung bestimmt die Formulierung der Fragen und die Vorgehensweise der Befragung. Auf diese Weise können gezielt Informationen gesammelt werden, die zur weiteren Auswertung und Maßnahmensetzung erforderlich sind.

Es empfiehlt sich die Einsetzung einer Projektgruppe, bestehend aus Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen verschiedener Tätigkeitsbereiche, sowie einer verantwortlichen Person aus dem Qualitätsmanagement. Diese Projektgruppe ist für den gesamten Ablauf der Befragung zuständig. An der Fragebogenzusammenstellung sollten sämtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mitwirken, die an der späteren Maßnahmenimplementierung beteiligt sind.

Zur erfolgreichen Umsetzung einer Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenbefragung ist die rechtzeitige Information des Personals zu beachten. Die Mitarbeit des Managements wird als zentrale Komponente für eine erfolgreiche Befragung angesehen. Um Missverständnissen vorzubeugen sollten die Bereiche Information und Kommunikation besondere Beachtung finden (Brasse, et al., 2002, S. 21ff.).

Auch qualitative Messmethoden wie Leitfadeninterviews können zum Einsatz kommen. Der Arbeitsklima-Index kann zum Vergleich mit anderen österreichischen Daten zum Thema Arbeitszufriedenheit herangezogen werden (Schober, Schober & Simsa, 2004, S. 499).

Eine beispielhafte Darstellung des MitarbeiterInnenzufriedenheitsindex ist als Abbildung 6 angeführt.

Abbildung 6: MitarbeiterInnenzufriedenheitsindex

| BEISPIEL | | | |
|--|------------------------|------------------|-------------|
| Zwischen Betriebsrat und Geschäftsleitung wurden in einer Betriebsvereinbarung »Mitarbeiterbefragung« die im Text angeführten Befragungsbereiche sowie deren Gewichtung festgelegt. Die Antworten konnten anhand einer fünfstufigen Skala von »stimmt völlig« (+2) bis »stimmt gar nicht« (-2) gegeben werden. Die Summe der Gewichtungen ist 50, so dass im besten Fall ein MZI von $+2 * 50 = +100$, im schlechtesten Fall ein MZI von $-2 * 50 = -100$ erreicht werden kann. | | | |
| Bereich | Gewichtungs- faktor | Bereichsergebnis | Beitrag MZI |
| Arbeitsplatzsicherheit | 9 | + 0,5 | + 4,5 |
| Arbeitsbedingungen | 12 | + 0,7 | + 8,4 |
| Einkommen etc. | 7 | - 0,2 | - 1,4 |
| Arbeitsinhalte | 5 | + 0,8 | + 4,0 |
| Weiterbildung/Aufstieg | 5 | - 0,7 | - 3,5 |
| Arbeitssicherheit | 6 | + 1,2 | + 7,2 |
| Mitwirkung etc. | 6 | + 0,2 | + 1,2 |
| Mitarbeiterzufriedenheitsindex (MZI): $+ 4,5 + 8,4 - 1,4 + 4,0 - 3,5 + 7,2 + 1,2 = + 20,4$ | | | |

Quelle: Havighorst, F. (2006). *Personalkennzahlen* (S. 35). Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.

6 Nutzenmessung für die Institution

Die Korrelation zwischen zufriedenen Pflegekräften und langfristig gesünderen Patienten und Patientinnen ist die für diese Arbeit relevante Größe. Sie kann am Outcome mittels der Anzahl unerwünschter Ereignisse bewertet werden (Nadj-Kittler & Stahl, 2016, S. 59ff.). Siehe auch Absatz 3 Pflegequalität

6.1 Direkter Nutzen

Von direktem Nutzen für eine Pflegeeinrichtung durch höhere Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit wird in Zusammenhang mit Opportunitätsleistungen gesprochen (Müller, 1996, S. 162).

Zufriedene Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen engagieren sich mehr, sind freundlicher im Umgang und aufmerksamer.

Die Auswirkungen auf die Pflegequalität und die damit einhergehenden positiven Ereignisse sind als direkter Nutzen zu betrachten. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen pflegerischem Outcome und der Arbeitszufriedenheit der pflegenden Personen kann festgestellt werden. Die Interaktion zwischen Patienten und Patientinnen mit ihren Pflegekräften wird als weitaus zentraleres Element für den Zustand der Patienten und Patientinnen bewertet als Räumlichkeiten und Einrichtungen (Braun, Darmann-Finck, Greiner, Siepmann & Stegmüller, 2014, S. 88ff.).

6.2 Indirekter Nutzen

Hohe Arbeitszufriedenheit wirkt sich positiv auf den Verbleib von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Unternehmen aus. Das wiederum hat einen positiven Einfluss auf die Personalkosten, da sowohl Rekrutierungs-, Einarbeitungs- und Schulungskosten verringert werden; es werden Produktionseinbußen vermieden und Kompetenzen im Unternehmen gehalten (Havighorst, 2006, S. 22).

7 Einfluss des Managements

7.1 Allgemein

Die persönlichen Eigenschaften von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen bilden die Basis für Motivation. Bestimmte Charakteristika, wie beispielsweise Empathie-Fähigkeit, soziale Kompetenz, Fachkompetenz und Motivation, sollten bereits bei der Akquirierung von neuem Personal berücksichtigt werden. Klarheit die Zielsetzung und Aufgabenstellung betreffend, sowie die daraus resultierenden Anforderungen und

Erwartungen an die zukünftigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, sollten vom Management kommuniziert werden.

Das Unternehmen gibt Rahmenbedingungen vor, die Einfluss auf die Motivation von Pflegekräften ausüben. Dazu zählen oben genannte Auswahlkriterien neuer Teammitglieder, Weiterbildungsmöglichkeiten, Führungsstil des Managements sowie das Entlohnungssystem. Die Umsetzung eines funktionierenden Kommunikationswesens und das Agieren im Sinne der Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenorientierung fällt in flachen Hierarchieorganisationen meist leichter (Falkenreck, 2015, S. 81ff.).

7.2 Kennzahlen

Im Bereich der stationären Altenpflege können betriebswirtschaftliche Größen nicht entsprechend der gleichen Parameter eingesetzt werden wie im freien Markt.

Das Management von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen steht in der Pflicht, die Verwendung öffentlicher Gelder den verschiedenen Stakeholdern gegenüber zu rechtfertigen. Als Stakeholder sind öffentliche Kostenträger, Patienten und Patientinnen sowie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vordergründig zu nennen. Die öffentliche Hand definiert ihre finanzielle Leistung an Ergebnissen und Resultaten, wie beispielsweise der Kostendefinition einzelner Dienstleistungen. Kennzahlen können auf Problemstellen und Verbesserungspotenziale hinweisen und damit der Optimierung von Prozessen dienen.

Vorab definierte Ziele sind essenziell für die Auswahl der passenden Kennzahlen. Es sollten zehn bis fünfzehn relevante Kennzahlen mittels Strategieprozess benannt werden und durch die Implementierung eines Qualitätsmanagements oder einer Controlling-Instanz umgesetzt und laufend evaluiert werden.

Eine zu starke Bürokratisierung und ein unverhältnismäßiger Mehraufwand dürfen nicht das Resultat dieser Maßnahmen sein. Vielmehr soll eine Möglichkeit geschaffen werden, mit ergebnisorientierten Kennzahlen Qualität zu beziffern. Die Analyse dieser Zahlen und die daraus abgeleiteten Steuerungsmaßnahmen stellen den eigentlichen Zweck von Kennzahlen dar. Bei einer Abweichung von definierten Soll-Werten können somit kritische Erfolgsfaktoren erfasst werden. Als Konsequenz sollten frei von Schuldzuweisungen im offenen Gespräch Prozesse und Strukturen ermittelt und

angepasst werden, um ein besseres Ergebnis erzielen zu können (Hoffmann, Maas & Rodrigues, 2010, S. 15).

Für das Feld der stationären Altenpflege werden folgende fünf Bereiche als besonders relevant erachtet:

1. Pflegequalität (BewohnerInnen, MitarbeiterInnen)
2. Lebensqualität (BewohnerInnen, MitarbeiterInnen)
3. Führung (Management, MitarbeiterInnen)
4. Wirtschaftlichkeit (Management, Finanzierungsträger)
5. Kontext (soziales Umfeld, Gesetzgeber)

In dem Bereich der Führung werden Kennzahlen zur Zufriedenheitserhebungen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, Patienten und Patientinnen sowie deren Umfeld angeführt. Als rein objektive Kennzahlen sind der Anteil der Absenzzzeiten (Krankheit, Urlaub) und Nebenzeiten (Besprechungen, Schulungen) an der Gesamtarbeitszeit erwähnenswert. Diese Kennzahl wird ermittelt, indem die Absenzzzeiten (nach Kategorie Krankheit, Urlaub, Besprechung, Schulung, andere) pro Jahr durch die Gesamtarbeitszeit (nach Dienstverträgen) geteilt wird.

Die Ergebnisse geben Aufschluss über die Zeitverwendung. Einerseits über den Verlust von Arbeitszeit, der sich leistungsmindernd und mit negativen Folgen für die Institution und auf die Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen auswirken kann. Als positive Effekte von Absenzen können aufgrund von Urlaub erholte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen angeführt werden sowie leistungsbereitschaftsfördernde Weiterbildungen (Hoffmann, Maas & Rodrigues, 2010, S. 108).

Es folgt die Beschreibung von drei Managementmodellen zur Hebung der Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit.

7.3 Organisational Citizenship Behavior

Das „*Organisational Citizenship Behavior*“ versucht Parameter wie Optimismus und positive Arbeitseinstellung zu fördern. Das Engagement von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen sowie den Führungspersonen soll dadurch erhöht werden und in weiterer Folge einen Aufstieg der Institution in den Hochleistungsbereich ermöglichen. Dazu ist die Einbindung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Unternehmensentscheidungen ebenso wichtig, wie fördernde und unterstützende Führungsmaßnahmen, um die notwendige Identifikation der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit dem Unternehmen zu erreichen. Kommunikation sollte automatisiert und bedarfsgerichtet erfolgen.

Durch grundsätzliche Wertschätzung und Interesse des Managements an den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen kann Vertrauen geschaffen werden, das für den Unternehmenserfolg essenziell ist. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sollen an der Ziel- und Strategieentwicklung soweit wie möglich mitwirken (Falkenreck, 2015, S. 81ff.).

7.4 Retention Management

Das Retention Management fokussiert sich auf die Gewinnung und den Erhalt guter Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Hauptziel sind strategisch besonders bedeutsame Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, sogenannte Schlüsselkräfte, sowie Personen, die nach bestimmten Kriterien (Qualifikation, Geschlecht, Alter) ausgewählt werden. Es werden materielle und nichtmaterielle Anreizfaktoren (Arbeitsaufgabe, Arbeitsumfeld, Personalentwicklung, Personalführung, Arbeitszeit, Betriebsklima) kombiniert (Brauweiler, 2014, S. 88ff.).

Die Struktur des Retention Management folgt drei Schritten:

- Identifikation und Analyse der Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenstrukturen
- Anhand der Analyseergebnisse wird der Handlungsbedarf festgestellt und nach Verfügbarkeit mittels Kennzahlen gemessen (quantitativ: Fluktuation, qualitativ: Grad der Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenbindung)
- Retention-Management-gemäße zielgruppenspezifische Maßnahmenplanung und -umsetzung kombiniert aus materiellen und nichtmateriellen Anreizen

In Anbetracht der demografischen Entwicklung sollte der Fokus auf die Bindung von älteren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen liegen. Als zwingend notwendig für den Erfolg des Retention Management Modells wird eine kontinuierliche Controllingfunktion erachtet. Diese orientiert sich an geeigneten Kennzahlen und greift bei Bedarf steuernd ein (Brauweiler, 2014, S. 88ff.).

7.5 Human Resource Management

Human Resource Management und die Strategie eines Unternehmens beeinflussen sich rekursiv, da die Strategie Vorgaben für das Human Resource Management erstellt, welches wiederum die Strategie beeinflusst. Die Strategie entsteht aus der Kernkompetenz eines Unternehmens, die sich laufend an die Marktveränderungen anpassen sollte. Um erfolgreich zu sein, sollten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen die Werte des Unternehmens vertreten können und wollen. Aus der Qualität der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie der Führungskräfte wird die Qualität des Unternehmens bestimmt. Die Unternehmensvision muss bekannt sein und vom Management vorgelebt werden. Den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen den Sinn und den Wert des Unternehmens und des Produktes zu zeigen und damit ein Gefühl der Verbundenheit zu fördern, ist ein wichtiger Teil des Human Resource Managements. Ein weiterer Aufgabenbereich des Human Resource Managements ist die Festlegung der Kernwerte. Diese sollten aus der Sicht des Marktes und der Außenwelt definiert werden. Beispiele für Kernwerte können der Mehrwert für Patienten und Patientinnen sein, aber auch Teamwork, Wissenstransfer oder Fehlertoleranz, um nur einige wenige Beispiele zu nennen. Durch gezielte Schulungsmöglichkeiten schafft Human Resource Management Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenkompetenzen im Sinne des Unternehmens. Damit baut es Brücken zwischen unternehmerischem Habitus wie Leadership und anzueignenden Verhaltensweisen und Fähigkeiten, die im Sinne des Unternehmens erforderlich sind (Hinterhuber & Pechlahner, 2002, S. 39ff.).

8 Schlussfolgerungen

Aufbauend auf die Darstellung der demografischen Entwicklung kann die Relevanz von Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit und die Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit und Pflegequalität für den Sektor der stationären Altenpflege festgehalten werden.

Allgemeingültige und universell wirksame Managementmaßnahmen können nicht benannt werden.

Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive scheint eine genaue Analyse der Ist-Situation einer Pflegeeinrichtung der sinnvollste erste Schritt zu sein, um konkret Mängel und Wünsche aus Sicht des Personals benennen zu können. Anschließend können gezielte Maßnahmen gesetzt werden, um die Zufriedenheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu erhöhen.

Es erscheint sinnvoll, betriebswirtschaftlich relevante Kennzahlen gepaart mit den Ergebnissen der internen Arbeitszufriedenheitsmessung in eine Analyse miteinzubeziehen. Daraus sollten Handlungsmöglichkeiten abgeleitet werden können, die sich positiv auf die Effizienz und die Effektivität des Unternehmens auswirken. Aus diesen Erkenntnissen können wiederum strategische Überlegungen entstehen.

Insgesamt scheint im Bereich der stationären Pflege ein demokratischer Führungsstil und die Miteinbeziehung von Schlüsselkräften in die Entscheidungsfindung erfolgsversprechend zu sein. Grundlegende Übereinstimmung in den verschiedenen Managementmodellen besteht darin, gute Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu akquirieren und im Unternehmen zu halten.

Das Management sollte über fundierte betriebswirtschaftliche Kenntnisse verfügen, aber auch die persönliche Eignung und erforderlichen Führungsqualifikationen mitbringen.

Der Zufriedenheit von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Bereich der stationären Altenpflege und -betreuung kommt sehr hohe ökonomische Bedeutung zu. Sowohl durch die Betrachtung der Pflegequalität und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Patienten und Patientinnen als auch aufgrund klar definierter betriebswirtschaftlicher Kennzahlen, kann die große Bedeutung der Arbeitszufriedenheit belegt werden.

Für die Unternehmensleitung ergeben sich eine Reihe von Maßnahmen, die abhängig von den institutionellen Bedingungen, betriebswirtschaftlich zielführend eingesetzt werden können, sofern eine entsprechende Datenanalyse vorab durchgeführt wird.

Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung kann eindeutig festgestellt werden, dass wir uns unzufriedene Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nicht leisten können.

9 Ausblick

Aufgrund der hohen pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Bedeutung von Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit im Bereich der stationären Altenpflege, sollte diesem Bereich erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden; besonders in Hinblick auf die demografische Entwicklung und den damit einhergehenden neuen Herausforderungen.

Das Management sollte über die notwendigen betriebswirtschaftlichen Kenntnisse und Fähigkeiten der demokratischen Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenführung verfügen, um optimal agieren zu können. Aufgrund der emotionalen und zwischenmenschlichen Komponente sollten Entscheidungen aber nicht ausschließlich nach ökonomischen Gesichtspunkten getroffen werden.

Breit ausgebildetes Managementpersonal in der Pflege scheint sehr wichtig für hohe Arbeitszufriedenheit zu sein. Es gibt verschiedene Aspekte, die sich positiv oder negativ auf die Zufriedenheit von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen auswirken können. Neben dem Führungsstil, der Kommunikation und geeigneter organisationaler Rahmenbedingungen gibt es eine Reihe weiterer wichtiger Bereiche, die Einfluss ausüben. Welche die relevantesten Parameter sind, bedarf es institutionsabhängig intern zu erheben. Auf die Ergebnisse dieser Erhebung aufbauend, kann zielgerichtet reagiert werden.

Eine Reihe von geeigneten Managementmodelle wurden beispielhaft beschrieben. Welches Führungsmodell als optimal für den Bereich der stationären Altenpflege angesehen werden kann, bedarf wiederum unternehmensspezifischer Analysen. Die hohe Relevanz dieses Themas und die zu erwartende Entwicklung im Bereich der stationären Altenpflege rechtfertigten einen erhöhten Planungsaufwand.

10 Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S., Haselhorn, H. M., Schmid, S. G., Schwab, G. C. & Simon, M. (2013, 08). Messung der Pflegequalität in der Langzeitpflege. Eine vergleichende Analyse von Pfl egetransparenzkriterien, bewohnerbezogenen Indikatoren und Beurteilungen der Mitarbeiter. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, pp. 1089-1097. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1748-8>
- Becker, S. (2012). Demografische Herausforderungen. In P. B. Ingrid Smerdka-Arhelger (Ed.), *Pflege im Wandel gestalten* (pp. 15-23). Berlin - Heidelberg: Springer.
- Brasse, C., Bröch, A., Budde, H., Grothe, I., Guzinski, U., Körner, A., . . . Meißner, P. (2002). Mitarbeiterzufriedenheit. *Arbeitspapier 54 Fachausschuss 2/99 der Engeren Mitarbeiter der Arbeitsdirektoren Stahl*. (Hans-Böckler-Stiftung, Ed., & H. Klein-Schneider, Compiler) Düsseldorf.
- Braun, B., Darmann-Finck, I., Greiner, A.-D., Siepmann, M. & Stegmüller, K. (2014). *Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern*. Hessisches Sozialministerium, Bremen.
- Brauweiler, J. (2014). Retention Management im demografischen Wandel. In P. Dagmar (Ed.), *Erfolgreiches Personalmanagement im demografischen Wandel* (p. 79 ff). München, Deutschland: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Breyer, E., Domittner, B., Schuchter, P. & Stewig, F. (2013). *Pflege-Ergebnisqualität Ergebnisbericht*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. Online: <https://jasmin.goeg.at/214/1/Pflege-Ergebnisqualit%C3%A4t.pdf> [Abruf am 28.12.2019]
- Busse, R., Schreyögg, J. & Stargardt, T. (2017). *Management im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.
- Busse, T. & Körner, T. (2001). Reformen im Krankenhaus: Wie können Effekte von Reformen auf Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenoutcomes erfaßt und analysiert werden? *Internationale Studie zu pflegesensiblen Ergebnissen von Krankenhausreformen*. Online: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/papers/Reformen_im_Krankenhaus.pdf [Abruf am 28.12.2019]
- Busse, T. & Körner, T. (2002). Mitarbeiterzufriedenheit und Pflegequalität. In M. Arnold, J. Klauber, & H. Schellschmidt, *Krankenhaus Report 2001* (pp. 155-166). Stuttgart: Schattauer GmbH, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Evans, M., Risthaus, F., Thiele, G. & Ziegler, K. (2014). Zwischen Ökonomisierungsangst und Wachstumseuphorie: Zur Governance der Arbeit im Pflegesektor. *Vierteljahresheft zur Wirtschaftsforschung*, 83(4), 123-136.
- Falkenreck, C. (2015). Kooperative Unternehmenskultur und Führung als Erfolgsgrundlagen des Performance Managements. *Erfolgsfaktor Performance Management*. (H. Künzel, Ed.) Hof: Springer-Verlag, Berlin Heidelberg. DOI 10.1007/978-3-662-47102-9_5
- Felfe, J. & Six, B. (2006, Jänner). Die Relation von Arbeitszufriedenheit und Commitment. In F. Lorenz, *Arbeitszufriedenheit* (pp. 37-60). Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Fuchs, C., Kurth, B.-M. & Scriba, P. (2010). *Report Versorgungsforschung*. Deutscher Ärzteverlag.
- Havighorst, F. (2006). *Personalkennzahlen*. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.
- Hensen, P. (2018). Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege. In *Pflegereport 2018* (p. 5). Berlin: Springer.
- Hinterhuber, H. H. & Pechlahner, H. (2002). Innovatives Unternehmertum durch innovatives Human Resource Management. In G. Klaus, & G. Klaus (Ed.), *Personalarbeit der Zukunft* (pp. 39-58). München: Rainer Hampp Verlag.
- Hoffmann, F., Maas, F. & Rodrigues, R. (2010). *Verbesserung messen*. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.
- Müller, K. (1996). Kosten und Nutzen betrieblicher Berufsausbildung. In J. Münch, *Ökonomie betrieblicher Bildungsarbeit* (pp. 159-174). Berlin: Erich Schmitt Verlag.
- Nadj-Kittler, M. & Stahl, K. (2016). Arbeitszufriedenheit in der Pflege als Faktor der Versorgungsqualität. In J. Jerosch, & C. Linke (Eds.), *Patientenzentrierte Medizin in Orthopädie und Unfallchirurgie* (pp. 59-65). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Nowossadeck, S. (2013). Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften. In H. Hengel, & G. Peters, *Bundesgesundheitsblatt 2013* (pp. 1040-1047). Berlin Heidelberg: Springer.
- Poser, M. (2001). *Kundenorientierung und Beschwerdemanagement*. Planegg: Neuer Merkur GmbH.
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (2017). *Thiemes Pflege Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag GmbH.
- Schipfer, R. (2005). *Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich: Auswirkungen auf Regionen und Kommunen*. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien.
- Schober, C., Schober, D. & Simsa, R. (2004, 04). Belastete AltenpflegerInnen: zur Notwendigkeit verbesserter Rahmenbedingungen für eine langfristige Qualitätssicherung der Altenpflege (44. JG). *SWS-Rundschau*(04/2004), pp. 497-509. Online: http://www.sws-rundschau.at/archiv/SWS_2004_4_simsa_schober.pdf [Abruf am 29.12.2019]
- Thaler, E. (2016, August). Qualitätsentwicklung durch Qualitätsmanagement. S. 33 ff. Wr. Neustadt: FFH Gesellschaft zur Erhaltung und Durchführung von Fachhochschulstudiengängen m.b.H.

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1 Vorausberechnung Bevölkerungsstruktur für Österreich 2018 – 2100 ... | 3 |
| Abbildung 2 Qualitätsdimensionen nach Donabedian | 6 |
| Abbildung 3 Braden Skala zur Dekubitus Risikoeinschätzung..... | 11 |
| Abbildung 4 Pflegerische Versorgung und Pflegequalität..... | 13 |
| Abbildung 5 Deutsche Fassung des Organizational Commitment Questionnaire..... | 16 |
| Abbildung 6 Mitarbeiterzufriedenheitsindex | 18 |