

Entwicklung einer Arbeitsdefinition für die Qualität professioneller Betreuung und Pflege

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Entwicklung einer Arbeitsdefinition für die Qualität professioneller Betreuung und Pflege

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Sabine Weißenhofer
Anita Sackl
Elisabeth Rappold
Barbara Stulik
Brigitte Domittner

Unter Mitarbeit von:

Elisabeth Pochobradsky
Linda Eberle
Alice Edtmayer
Leonie Holzweber
Martin Gessl
Lisa Mayer

Projektbegleitende Expertinnen und Experten im Rahmen des Delphi-Prozesses:

Ana R. Valente dos Santos Cartaxo (Karl Landsteiner Privatuniversität für
Gesundheitswissenschaften)
Daniela Deufert (UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften)
Christa Lohrmann (Medizinische Universität Graz)
Gerhard Müller (UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften)
Berta Schrems (Privatdozentin Universität Wien)
Birgit Trukeschitz (Wirtschaftsuniversität Wien)
Angela Wegscheider (Johannes Kepler Universität Linz)

Projektassistenz:

Christiane Fabichler

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen
des Auftraggebers wieder.

Wien, im März 2023

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Weißenhofer, Sabine; Sackl, Anita; Rappold, Elisabeth; Stulik, Barbara; Domittner, Brigitte (2023): Entwicklung einer Arbeitsdefinition für die Qualität professioneller Betreuung und Pflege. Gesundheit Österreich, Wien

ZI. P6/25/5271

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlergehen“.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

Die Gesundheit Österreich GmbH arbeitet im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) am Aufbau eines österreichweiten Pflege-reportings. Für die Auswahl und weitere Entwicklung von Messgrößen zu Outcomes, aber auch als Grundlage für die Interpretation gemessener Werte ist es nötig, ein definiertes Verständnis von Qualität professioneller Betreuung und Pflege zugrunde zu legen. Expertenberichte und eine umfassende Recherche zeigten, dass eine allgemein anerkannte, gebräuchliche und auf Österreich übertragbare Definition für Qualität professioneller Betreuung und Pflege fehlt. Daher gab das BMSGPK die Entwicklung einer Arbeitsdefinition für die Qualität professioneller Betreuung und Pflege in Auftrag, welche, aufbauend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche, im Rahmen eines Prozesses mit breiter Beteiligung entwickelt wurde.

Methoden

Die Entwicklung der Arbeitsdefinition umfasste fünf aufeinander aufbauende Abschnitte:

1. umfassende Literaturrecherche und Analyse bestehender Modelle, Frameworks und Definitionen mit Betreuungs- und Pflegebezug hinsichtlich Inhalt und Aufbau
2. Fokusgruppen zur Erarbeitung der nötigen Inhalte der Arbeitsdefinition mit Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern, Betreuungs- und Pflegepersonen, Personen im Management von Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen, Vertreterinnen und Vertretern der jeweiligen Fachabteilungen der Bundesländer und des zuständigen Bundesministeriums
3. Ergebniszusammenführung der Literaturrecherche und der Fokusgruppen zu einem Erstentwurf und dessen GÖG-interne Reflexion
4. Delphi-Prozess mit Expertinnen und Experten österreichischer Universitäten zum Adaptieren, Weiterentwickeln und zur Qualitätssicherung des ersten Entwurfs der Arbeitsdefinition
5. öffentliche Konsultation des Entwurfs der Arbeitsdefinition zur Finalisierung

Ergebnisse

Professionelle Betreuungs- und Pflegequalität beschreibt den Grad der Erreichung der Qualitätsmerkmale professioneller Betreuung und Pflege. Diese Qualitätsmerkmale sind: Person(en)zentriertheit, Bedarfsorientierung, Sicherheit, Effektivität und Effizienz.

Diese Definition ist anwendbar für professionelle Leistungen durch Angehörige der **Sozialbetreuungsberufe** sowie der **Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) gemäß den jeweiligen (berufs)rechtlichen Regelungen** in allen Versorgungsformen und -stufen. Betreuung und Pflege orientieren sich an einem biopsychosozialen Menschenbild, formen ein zusammenhängendes Kontinuum und greifen dabei ineinander.

Dabei ist die Arbeitsdefinition mit der Beschreibung der betreffenden Handlungsfelder, der Systemaspekte und der Qualitätsmerkmale derzeit auf einer Metaebene angesiedelt und stellt einen Ausgangspunkt für die Operationalisierung und Ableitung von Messgrößen dar.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Mit der vorliegenden Arbeitsdefinition für die Qualität professioneller Betreuung und Pflege liegt erstmals ein fundiert erarbeitetes und breit abgestimmtes Verständnis für diese komplexe Materie in Österreich vor. Die Arbeitsdefinition ist in ihren Merkmalen gut an vorhandene Qualitätsdefinitionen sowohl aus dem Gesundheits- als auch aus dem Pflegebereich anschlussfähig. Die Autorinnen empfehlen, nach einer ersten Phase der Anwendung, die Arbeitsdefinition hinsichtlich ihrer Inhalte und ihrer Formulierung zu evaluieren und sie anhand der gesammelten Erfahrungen und Evaluierungsergebnisse bei Bedarf weiterzuentwickeln.

Schlüsselwörter

Qualität, Betreuung und Pflege, Definition

Summary

Background/Subject/Research Question

Gesundheit Österreich GmbH is working on the development of an Austria-wide care reporting system on behalf of the Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection (BMSGPK). For the selection and further development of outcome measures and as a basis for the interpretation of measured values, it is necessary to have a defined understanding of quality of professional care and nursing care. Expert reports and comprehensive research showed that there is no generally accepted and commonly used definition of quality of professional care and nursing that can be transferred to Austria. Therefore, the BMSGPK commissioned the development of a working definition. The following working definition was based on the results of literature research and a comprehensive participatory process.

Methods

The development of the working definition comprised five consecutive sections:

1. comprehensive literature research on existing models, frameworks and definitions related to care and nursing care followed by an analysis of content and structure
2. focus groups to develop the contents of the working definition with service recipients, professional caregivers, persons in the management of (health) care and nursing facilities, representatives of the respective departments of the federal states and the responsible ministry
3. Consolidation of these results into a first draft and its reflection with GÖG-experts
4. delphi process with experts from Austrian universities for the adaptation, further development, and quality assurance of the first draft of the working definition
5. public consultation of the draft to finalize the working definition

Results/Findings

Professional care and nursing care quality describes the degree to which quality characteristics of professional care and nursing care can be achieved. These quality characteristics are: person centredness, needs orientation, safety, effectiveness and efficiency.

This definition is applicable to professional services provided by members of the care professions (Sozialbetreuungsberufe) as well as the professions of nursing care according to the health- and nursing care act (GuKG) in accordance with the respective (professional) legal regulations in all care settings. Care and nursing care are based on a biopsychosocial view of the human being, form a coherent continuum, and are interrelated.

In this context, the working definition with its description of the relevant fields of action, the system aspects and the quality characteristics is currently set on a meta-level and represents a starting point for the operationalisation of measurement parameters.

Discussion/Conclusion/Recommendations

For the first time a sound and broadly agreed on working definition for the quality of professional care and nursing care is available in Austria. The characteristics of the working definition are well compatible with existing quality definitions from both the health and the care sector. After a first phase of application, the authors recommend evaluating the working definition with regard to its contents and formulation with the aim to make improvements based on evaluation results.

Keywords

quality, care and nursing, definition

Inhalt

Kurzfassung	V
Summary	VII
Tabellen	X
Abkürzungen.....	XI
1 Einleitung und Hintergrund.....	1
2 Methode	3
2.1 Literaturrecherche.....	3
2.2 Fokusgruppen.....	4
2.3 Ergebnissynthese und Erstentwurf.....	6
2.4 Delphi-Prozess zur wissenschaftlichen Qualitätssicherung und Weiterentwicklung	6
2.5 Öffentliche Konsultation	7
3 Ergebnisse der Literaturrecherche	9
3.1 Modelle und Frameworks für Betreuungs- und Pflegequalität	9
3.2 Definitionen für Betreuungs- und Pflegequalität.....	11
3.3 Reflexion der recherchierten Inhalte	20
4 Ergebnis der Analyse der Fokusgruppen.....	21
4.1 Erkenntnisse aus den Fokusgruppen	21
4.2 Reflexion zentraler Beobachtungen	22
5 Ergebnis des Delphi-Prozesses	25
5.1 Ergebnis des Delphi-Prozesses – Entwurf der Arbeitsdefinition.....	25
5.2 Reflexion des Delphi-Prozesses	27
6 Ergebnis der öffentlichen Konsultation.....	28
6.1 Rückmeldungen im Rahmen der Konsultation.....	28
6.2 Reflexion inhaltlicher Ergebnisse aus der öffentlichen Konsultation	29
7 Arbeitsdefinition Qualität professioneller Betreuung und Pflege.....	31
8 Erläuterungen zur Arbeitsdefinition.....	34
9 Conclusio	37
10 Quellen.....	39

Tabellen

Tabelle 3.1:	Inhalte und Spezifikationen der recherchierten Modelle und Frameworks für Betreuungs- und Pflegequalität.....	9
Tabelle 3.2:	Elemente und Spezifikationen der recherchierten Definitionen für Betreuungs- und/oder Pflegequalität	12
Tabelle 4.1:	Kategorien, Themen und zentrale Inhalte aus der Analyse der Fokusgruppen.....	22

Abkürzungen

ANP	Advanced Nursing Practice
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege(person)
Dipl.-PGW	Diplom-Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin
EBSCO	Elton B. Stephens Company
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
ICN	International Council of Nurses
Lic.	Lizentiatin
PA	Pflegeassistenz bzw. Pflegeassistent:in
PFA	Pflegefachassistenz bzw. Pflegefachassistent:in
PROMs	Patient Reported Outcomes
SOB	Sozialbetreuungsberufe bzw. Sozialbetreuer:in
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung und Hintergrund

Aufbau des österreichischen Pflegereportings

Die Gesundheit Österreich GmbH arbeitet im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) am Aufbau eines österreichweiten Pflegereportings. Dieses Pflegereporting soll

- » einen strukturierten Überblick über die Anzahl und Struktur der Pflege- und Sozialbetreuungspersonen in Österreich geben,
- » Daten für die Analyse der Auswirkungen dieser Personalsituation auf die Bevölkerung (z. B. in puncto Zugang, Outcomes) bereitstellen und
- » die Analyse der Auswirkungen dieser Personalsituation auf das Pflege- und Betreuungspersonal (z. B. betreffend den Berufsverbleib) übersichtlich darstellen.

Der Aufbau des Pflegereportings erfolgt schrittweise und bietet Raum für kontinuierliche Weiterentwicklung. Es soll primär als Informationsgrundlage für Planung und Steuerung dienen, aber auch eine gute, zuverlässige und einfach verfügbare Datengrundlage für aktuelle Fragestellungen zum Thema schaffen.

Das Pflegereporting bezieht sich auf folgende Berufe, deren Angehörige im Rahmen der Leistungserbringung anhand der jeweiligen berufsrechtlichen Rahmenbedingungen und Rollen tätig sind:

- » Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP)
- » Pflegeassistenz (PA)
- » Pflegefachassistenz (PFA)
- » Fachsozialbetreuung Altenarbeit (PA-Kompetenz)
- » Fachsozialbetreuung Behindertenarbeit (PA-Kompetenz)
- » Fachsozialbetreuung Behindertenbegleitung (Unterstützung bei der Basisversorgung)
- » Diplomsozialbetreuung Altenarbeit (PA-Kompetenz)
- » Diplomsozialbetreuung Behindertenarbeit (PA-Kompetenz)
- » Diplomsozialbetreuung Familienarbeit (PA-Kompetenz)
- » Diplomsozialarbeit Behindertenbegleitung (Unterstützung bei der Basisversorgung)

Für die Zukunft ist beabsichtigt den Beruf Heimhilfe in das Pflegereporting aufzunehmen, wenn eine entsprechende Datenverfügbarkeit hergestellt werden kann.

Einen zentralen Aspekt der gemeinsamen Betrachtung von Sozialbetreuungs- und Pflegepersonen im Rahmen des Pflegereportings stellt die enge Verflechtung der Aufgabenfelder der beiden Berufsgruppen Gesundheits- und Krankenpfleger:in sowie Sozialbetreuer:in dar. Diese spiegelt sich bereits in der Ausbildung wider, da die Ausbildung in der Sozialbetreuung je nach Berufsbild die Ausbildung in der Pflegeassistenz oder das Ausbildungsmodul „Unterstützung bei der Basisversorgung“ umfasst. Im beruflichen Alltag arbeiten die Angehörigen der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe häufig stark vernetzt bzw. in Abhängigkeit voneinander, und ein Mangel in einem Bereich wirkt sich negativ auf den anderen aus.

Die Notwendigkeit einer Arbeitsdefinition für Betreuungs- und Pflegequalität

Für die Auswahl und weitere Entwicklung von Messgrößen zu Outcomes, aber auch als Grundlage für die Interpretation gemessener Werte, ist es nötig, ein definiertes Verständnis von Qualität professioneller Betreuung und Pflege (durch Angehörige der Sozialbetreuungsberufe und der Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege) zugrunde zu legen. Im Zuge der Konzeption des Pflegereportings im Jahr 2021 konnte im Rahmen von Gesprächen mit Expertinnen und Experten sowie einer ersten Recherche keine allgemein anerkannte Definition für Betreuungs- und Pflegequalität identifiziert werden (Jacobs 2018; Weißenhofer et al. 2021). Eine umfassende Recherche im Jahr 2022 zeigte, dass international zwar Definitionen, Modelle und Frameworks vorhanden sind, eine allgemein anerkannte, gebräuchliche und auf Österreich übertragbare Definition der Qualität professioneller Betreuung und Pflege konnte allerdings nicht identifiziert werden.

Daher gab das BMSGPK die Entwicklung einer Arbeitsdefinition für die Qualität professioneller Betreuung und Pflege in Auftrag, welche, aufbauend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche, im Rahmen eines Prozesses mit breiter Beteiligung/Mitwirkung entwickelt wurde.

Ausgehend vom primären Verwendungszweck der Arbeitsdefinition für das Pflegereporting und die häufig ineinandergreifenden Tätigkeiten sowie die damit verbundenen Abhängigkeiten und Überschneidungen, umfasst auch die Arbeitsdefinition sowohl die Qualität der professionellen Sozialbetreuung als auch jene der professionellen Pflege, wobei jede Berufsgruppe innerhalb ihrer berufsrechtlichen Rahmenbedingungen ihre Aufgaben erfüllt. Auch in der Literatur im internationalen Kontext sind Pflege und Betreuung stark verwobene Begriffe, die kaum trennscharf voneinander abgegrenzt werden können (WHO und International Council of Nurses zitiert nach I care Pflege 2020). Für den österreichischen Kontext kommt Gugerell (2008) in ihrer Arbeit zu den Begriffen Pflege und Betreuung zum Schluss, dass sich diese nicht klar differenzieren oder voneinander abgrenzen ließen. Vielmehr stehe für die Personen, die eine Leistung empfangen, die professionelle Leistung im Vordergrund (Gugerell 2008).

2 Methode

Die Arbeitsdefinition für Qualität professioneller Betreuung und Pflege wurde aufbauend auf den Ergebnissen einer Literaturrecherche und im Rahmen eines Prozesses mit breiter Beteiligung/Mitwirkung entwickelt. In einer ersten Phase dieses Prozesses wurden Leistungsempfänger:innen, Betreuungs- und Pflegepersonen, Personen im Management von Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen, Vertreter:innen der jeweiligen Fachabteilungen der Bundesländer und des zuständigen Bundesministeriums in die inhaltliche Erarbeitung der Definition miteinbezogen. Aus den Ergebnissen der Literaturrecherche und dieser Phase erstellte das Team der GÖG einen ersten Vorschlag einer Arbeitsdefinition und brachte ihn in einen Delphi-Prozess mit Expertinnen und Experten österreichischer Universitäten ein. Dabei wurde die Arbeitsdefinition adaptiert, weiterentwickelt und einer wissenschaftlichen Qualitätssicherung unterzogen. Daran schloss eine öffentliche Konsultation an, welche die Grundlage für die Finalisierung der Arbeitsdefinition darstellte. Eine detaillierte Beschreibung der methodologischen Vorgangsweise bei der Ausarbeitung der Arbeitsdefinition ist im Folgenden dargestellt.

2.1 Literaturrecherche

Literatur wurde mittels einer strukturierten Datenbanksuche in CINAHL über EBSCOhost („subject headings“ und Stichwortsuche in Text, Titel und Abstract) und einer Handsuche (Google, Google Scholar, vorhandene Literatur im Bestand der GÖG) im Februar und März 2022 durch das Literaturservice der GÖG durchgeführt. Die „subject headings“ und die Stichworte wurden aus einer orientierenden Recherche mit Identifikation geeigneter Schlüsselpublikationen ausgewählt. Die Handsuche wurde durch das Projektteam Pflegereporting ergänzt. Die EBSCO-Suche ist im Anhang 1 abgebildet. Für die Handsuche wurden folgende Begriffe bzw. Kombinationen daraus verwendet:

- » nursing
- » quality of care
- » definition or meaning
- » quality nursing care
- » quality of nursing care
- » nursing care quality
- » concept oder conceptually oder conceptualize
- » framework
- » facilitating and hindering factors

Eingeschlossen wurden Publikationen in deutscher oder englischer Sprache ab dem Jahr 2007, die sich direkt mit der Definition von Pflege- und Betreuungsqualität beschäftigen bzw. mit Qualität im Gesundheitsbereich, sofern ersichtlich war, dass die Definition (das dazugehörige Modell/Framework) für den Bereich der Pflege/Betreuung Anwendung findet. Editorials sowie doppelte Publikationen der gleichen Arbeit wurden ausgeschlossen.

Definitionen und ihre Kernelemente wurden extrahiert und in einem Analyseraster aufbereitet, das die Hauptthemen und eine kurze Erläuterung abbildet.

2.2 Fokusgruppen

Im ersten Halbjahr 2022 wurden fünf Fokusgruppen mit Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern sowie Betreuungs-/Pflegepersonen aus der Praxis sowie sechs Fokusgruppen auf Ebene des Managements von Einrichtungen, der Fachabteilungen des zuständigen Ministeriums sowie der Ämter der Landesregierung durchgeführt.

Die Fokusgruppen umfassten folgende Personengruppen:

- » Personen, die Leistungen empfangen haben oder noch empfangen, konkret solche der Akut- und Langzeitversorgung des mobilen und stationären Sektors. Die Leistungsempfänger:innen inkludierten auch hochaltrige Menschen in der Langzeitpflege und Personen mit Beeinträchtigungen, die Erfahrungen mit Krankenhausaufenthalten haben. (Präsenz)
- » Betreuungs- und Pflegepersonen in der direkten Leistungserbringung (DGKP und PFA/PA sowie SOB) diverser Settings und mit unterschiedlichen Schwerpunkten:
 - » stationäre Langzeitpflege mit unterschiedlichen Schwerpunkten wie Demenz und Wachkoma (Präsenz)
 - » Akutpflege allgemein (Präsenz)
 - » Psychiatrie und Intensivmedizin (online gemeinsam)
 - » Behindertenbetreuung aus den Settings Schule, Alltag und Wohnen, Werkstätte (Präsenz)
- » Personen der Managementebene (Pflegedirektorinnen/-direktoren, Pflegedienstleiter:innen und Mitarbeiter:innen der Pflegedirektionen) aus dem Akut- und Langzeitbereich mobil und stationär (Präsenz im Rahmen der Dialogveranstaltung des ANP-Forums)
- » mit Qualität befasste Abteilungen im BMSGPK (Präsenz)¹
- » durch die Ämter der Landesregierungen nominierte Personen mit Expertise im Bereich Betreuung und Pflege (online)²

1

teilnehmende Abteilungen: Abteilung VI/A/2, Allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten und Gesundheitsberufe; Abteilung IV/B/4, Pflegegeld, Pflegekarenzgeld, pflegende Angehörige; Abteilung IV/B/11, Pflegevorsorge/Art.-15a-Vereinbarung, soziale Dienste; Abteilung IV/B/12, Pflegepersonal, Qualitätssicherung, Demenzstrategie; Abteilung IV/B/13, Grundsatzfragen der Pflegevorsorge, Förderwesen, Zielsteuerungsstrukturen; Abteilung V/A/6, Seniorenpolitische Grundsatzfragen und Freiwilligenangelegenheiten; Abteilung VII/B/8, Qualität im Gesundheitssystem, Gesundheitssystemforschung

2

eine Einladung erging an alle Bundesländer. **Folgende Bundesländer entsandten Teilnehmer:innen:** Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark, Tirol, Vorarlberg, Wien (Gesundheitsverbund)

Es wurde nur eine Fokusgruppe mit Leistungsempfängerinnen und -empfängern durchgeführt, weil diese zum einen sehr umfassende Inputs lieferte und zum anderen zum Zeitpunkt der Datenerhebung aufgrund der COVID-19-Situation und der Vulnerabilität dieser Population weitere Präsenzveranstaltungen schwer vertretbar gewesen wären. Die Fokusgruppe der Leistungsempfänger:innen wurde in Präsenz abgehalten, die Fokusgruppen der Betreuungs- und Pflegepersonen wurden entweder in Präsenz oder online abgehalten (siehe vorangegangene Auflistung der Fokusgruppen).

Die Fokusgruppen mit Leistungsempfängerinnen/-empfängern sowie Betreuungs- und Pflegepersonen aus der Praxis wurden mit einer Vorstellungsrunde eingeleitet. Die Teilnehmer:innen erhielten anfangs jeweils die Zeit, kurz über die erste Frage nachzudenken, wonach die Diskussion gestartet wurde. Die Visualisierung der Diskussion erfolgte mittels Kärtchen auf Pinnwänden. Bei Bedarf wurden Nachfragen gestellt (vorbereitete mögliche Nachfragen und solche, die sich aus der Fokusgruppe ergaben):

- » Einstiegsfrage:
 - » Was ist Ihnen wichtig bei Pflege und Betreuung? Wie sollte Pflege und Betreuung sein? Bzw. was ist für Sie Qualität, wenn Sie pflegen oder betreuen? Wie soll Pflege und Betreuung sein?
- » vorbereitete Nachfragen:
 - » Was ist Ihnen wichtig, wenn Sie pflegen und betreuen / gepflegt und betreut werden? Worauf achten Sie dabei?
 - » Wann ist Pflege und Betreuung für Sie gut und wann schlecht? Wann fühlen Sie sich beim Pflegen und Betreuen wohl bzw. unwohl? Wann fühlt sich Ihr Gegenüber aus Ihrer Sicht wohl/unwohl?
 - » Was hat Ihrer Meinung nach den größten Einfluss auf die Qualität von Pflege und Betreuung? Welche weiteren Aspekte haben Einfluss auf die Qualität?

Die Fokusgruppen mit der Managementebene sowie den Vertreterinnen und Vertretern der Fachabteilungen vom Bundesministerium und von Ämtern der Landesregierungen waren als offene Diskussionsrunden angelegt, eine Visualisierung erfolgte dort ebenfalls mittels Kärtchen auf Pinnwänden oder schriftlich auf Flipcharts. Die Diskussion wurde ausgehend von folgenden Kernfragen geführt:

- » Was ist/umfasst für Sie Pflege- und Betreuungsqualität?
- » Welche Rahmenbedingungen sind für Pflege auf gutem Niveau nötig?
- » Gibt es settingspezifische Unterschiede?

Die Ergebnisse der Fokusgruppen und Workshops wurden in Form von Protokollen dokumentiert und mittels MAXQDA einer Themenanalyse unterzogen. Die identifizierten Themen wurden strukturiert und zu Kategorien gruppiert.

2.3 Ergebnissynthese und Erstentwurf

Aus den Ergebnissen der Fokusgruppen sowie jenen der Literaturanalyse erarbeiteten die Autorinnen einen ersten Vorschlag für eine Arbeitsdefinition inklusive eines Modells zur Abbildung der Einflussgrößen, welche im Rahmen einer GÖG-internen Expertengruppe diskutiert und weiterentwickelt wurden. Das Ergebnis dieses Prozesses stellte die Ausgangsbasis für den Delphi-Prozess zur Weiterentwicklung / wissenschaftlichen Qualitätssicherung der Arbeitsdefinition dar.

An der Diskussion der GÖG-internen Expertengruppe beteiligten sich folgende Personen (DGKP-Qualifikation in Klammern angeführt):

- » Brigitte Domittner (DGKP)
- » Linda Eberle (DGKP)
- » Alice Edtmayer (DGKP)
- » Leonie Holzweber (DGKP)
- » Martin Gessl
- » Lisa Mayer (DGKP)
- » Elisabeth Pochobradsky
- » Elisabeth Rappold (DGKP)
- » Anita Sackl (DGKP)
- » Sabine Weißenhofer

2.4 Delphi-Prozess zur wissenschaftlichen Qualitätssicherung und Weiterentwicklung

Ausgestaltung des Delphi-Prozesses sowie beteiligte Expertinnen und Experten

Die GÖG lud Expertinnen und einen Experten österreichischer Universitäten, die sich mit den Themen Betreuung, Pflege und insbesondere der Qualität in der Pflege und/oder Betreuung (inkl. Disability Studies) auseinandersetzen ein, sich an einem Delphi-Prozess zur Entwicklung einer Arbeitsdefinition für die Qualität professioneller Betreuung und Pflege zu beteiligen. Folgende Expertinnen und Experten kamen der Einladung nach und beteiligten sich an der Delphi-Befragung:

- » Lic. Ana R. Valente dos Santos Cartaxo, MSc; Department Allgemeine Gesundheitsstudien, Fachbereich Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt Person-Centred Care Research, Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften
- » Assoc.-Prof.ⁱⁿ Dipl.-PGW Dr.ⁱⁿ Daniela Deufert; Institut für Pflegewissenschaft, Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie, UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik
- » Univ.-Prof.ⁱⁿ Dipl.-Pflegepäd.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann; Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz
- » Univ.-Prof. Dr. Gerhard Müller, MSc; Institut für Pflegewissenschaft, Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie, UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

- » Dr.ⁱⁿ Berta Schrems, Privatdozentin Universität Wien
- » Dr.ⁱⁿ Birgit Trukeschitz; Forschungsinstitut für Altersökonomie, Wirtschaftsuniversität Wien
- » Mag.^a Dr.ⁱⁿ Angela Wegscheider; Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz

Durchgeführt wurde ein Delphi-Prozess in drei Runden zwischen 28. Juli 2022 und 22. September 2022, wobei den Teilnehmerinnen und dem Teilnehmer bekannt war, wer am Delphi-Prozess teilnimmt (und damit welche Expertise/Fachbereiche vertreten sind). Die Rückmeldungen/Antworten erfolgten anonym (Quasianonymität). Durch das Wissen, wer am Delphi-Prozess teilnimmt, wurde beabsichtigt, die Motivation zur Teilnahme zu erhöhen (Keeney et al. 2006), und es sollte für alle Teilnehmenden die gleiche Voraussetzung geschaffen werden. Aufgrund der kleinen wissenschaftlichen Community zu diesem Thema in Österreich ist davon auszugehen, dass die Teilnehmer:innen auch ohne eine offene Mitteilung der Teilnehmer:innen zumindest teilweise voneinander erfahren hätten. Daher wurde sichergestellt, dass die gleichen Voraussetzungen für alle herrschen.

Ablauf des Delphi-Prozesses

Alle Teilnehmenden erhielten eine grundlegende Information zur geplanten Arbeitsdefinition sowie den auf Basis der Literaturrecherche und der Ergebnisse der Fokusgruppen GÖG-intern entwickelten ersten Vorschlag der Arbeitsdefinition und das Modell der Einflussgrößen. Diese Grundlagen wurden in ein Frage/Antwort-Raster eingebettet. Konkrete Änderungsvorschläge inklusive deren Begründung konnten mithilfe des Frage/Antwort-Rasters strukturiert – jeweils gegliedert nach Absatz – übermittelt werden.

Nach jeder Delphi-Runde wurden die gesammelten Änderungsvorschläge und Begründungen zusammengeführt, bearbeitet und darauf aufbauend, ein Weiterentwicklungsvorschlag für die Arbeitsdefinition erarbeitet. Dieser wurde für die nächste Delphi-Runde gemeinsam mit den zusammengeführten anonymen Rückmeldungen den Expertinnen und Experten gesandt, die um Änderungsvorschläge inklusive Begründungen mittels des Frage-/Antwort-Rasters gebeten wurden. Nach der zweiten Runde zeigte sich, dass das ergänzende Modell der Einflussgrößen in der vorliegenden Form noch nicht geeignet war, einen Mehrwert zur Arbeitsdefinition zu erzeugen. Es wurde daher in Abstimmung mit den Expertinnen und Experten für eine separate Bearbeitung nach Vorliegen der Arbeitsdefinition zurückgestellt.

Die dritte Delphi-Runde brachte einen sehr breiten Konsens der beteiligten Expertengruppe, und die daraus entstandene Version der Arbeitsdefinition wurde als Ergebnis des Delphi-Prozesses nochmals allen Expertinnen und dem Experten zur Verfügung gestellt.

2.5 Öffentliche Konsultation

Auf der Website der GÖG wurde das Ergebnis der Arbeitsdefinition aus dem Delphi-Prozess zur Konsultation mittels Onlinefragebogens (LimeSurvey) zur Verfügung gestellt und mittels E-Mail-Einladung zur Teilnahme insbesondere folgenden Empfängerkreisen zusätzlich bekannt gemacht:

- » Teilnehmer:innen der Fokusgruppen
- » Newsletterabonnentinnen/-abonnenten der Gesundheit Österreich GmbH
- » alle Personen im Verteiler des ANP-Forums
- » Vertreter:innen von Interessengruppen, Interessenvertretungen, Berufsverbänden, die dem Team der GÖG z. B. aus Arbeiten zur Taskforce Pflege bekannt sind bzw. mittels Recherche identifiziert werden konnten

Die Konsultation mittels Fragebogen war zwischen 4. und 18. Oktober 2022 offen.

Eingelangte Änderungsvorschläge wurden strukturiert aufbereitet, und bei Bedarf (z. B. Unklarheit, Verständnisfragen) wurde Kontakt mit den einmeldenden Personen aufgenommen. Jene Konsultationsmeldungen, die einen konkreten Änderungsvorschlag vorsahen, wurden in der GÖG-internen Expertenrunde diskutiert. Vorschläge mit breitem Konsens (mehrere Einmeldungen unterschiedlicher Gruppen) wurden sinngemäß aufgenommen, sofern sie die Arbeitsdefinition per se und nicht eine weitere Operationalisierung betrafen (für einen Überblick zu nichtaufgenommenen Aspekten, z. B. zu einzelnen Settings oder Umsetzungsvorschlägen, siehe Kapitel 6).

3 Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zu Definitionen von Pflege- und Betreuungsqualität lieferten 17 Treffer, sieben davon in Form übergeordneter Modelle/Rahmenwerke, die das Zustandekommen von Qualität darstellen, und zehn konkrete Definitionen entweder spezifisch für Pflege und Betreuung oder genereller sowohl für Betreuung und Pflege als auch für Gesundheitsversorgung.

Im Folgenden werden zunächst die Modelle und Frameworks und im Anschluss die recherchierten Definitionen dargestellt.

3.1 Modelle und Frameworks für Betreuungs- und Pflegequalität

Tabelle 3.1:
Inhalte und Spezifikationen der recherchierten Modelle und Frameworks für Betreuungs- und Pflegequalität

Modell/Framework	Inhalt	Spezifikation/Kurzbeschreibung
Faktoren, die Qualität in der Pflege behindern oder fördern (Murphy 2007)	Gute Qualität in der Pflege wird durch Faktoren behindert oder gefördert:	<p><u>Förderliche Faktoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Grundhaltung, die Unabhängigkeit und Autonomie fördert » Schaffen eines sozialen Umfelds, das dem häuslichen Umfeld ähnelt » personenzentrierte, ganzheitliche Pflege » wissendes, befähigtes Personal » Kennen der gepflegten Person » angemessene multidisziplinäre Ressourcen <p><u>Hinderliche Faktoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » das Fehlen von Wahlfreiheit für Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten » Widerstand bei Veränderungen » an Routinen gebunden sein
Züricher Pflege-Qualitätsmodell (Schmid-Büchi et al. 2008)	basierend auf dem Quality of Health Outcome Model und dem Modell von Donabedian	<p>multidimensionales Modell - folgende Dimensionen beeinflussen die angestrebte Pflegequalität:</p> <ul style="list-style-type: none"> » System (Strukturen) » Prozesssteuerungen/Interventionen » Ergebnisse (Outcome) » Patientinnen/Patienten <p>Der Systemebene und der Ergebnisebene sind Indikatoren zugeordnet.</p>
Model of Quality from doctors and nurses in a hospital (Hudelson et al. 2008)	Die Qualität der Pflege und Medizin liegt in der Verantwortung einzelner Leistungserbringer:innen durch	<p>Das Gesundheitssystem wird als Quelle von Hindernissen für die Entstehung von Qualität gesehen: unzureichende Ressourcen und überbordende administrative Belastung</p>

Fortsetzung nächste Seite

Modell/Framework	Inhalt	Spezifikation/Kurzbeschreibung
Fortsetzung	<ul style="list-style-type: none"> » ihr Beherrschen der technischen Aspekte der Versorgung und » das Beherrschen der zwischenmenschlichen Aspekte der Versorgung. 	
Operationalisierung des Modells von Donabedian für die Pflege (Kobayashi et al. 2011)	Aspekte der Pflegequalität nach den Dimensionen Donabedians	<ul style="list-style-type: none"> » Struktur <ul style="list-style-type: none"> » Annehmlichkeit/Zweckmäßigkeit der Pflege » angenehme Umgebung » Schutz der Privatsphäre » Prozess <ul style="list-style-type: none"> » angemessene Pflegeabläufe (Expertise und Fertigkeit, Unterstützung bei der Verbesserung der Funktionen) » Interaktion zwischen Pflegeperson und Patient:in/Klient:in » Partizipation in der Entscheidungsfindung » Outcomes <ul style="list-style-type: none"> » Änderungen im physischen Status (Schmerzmanagement, Basispflege) » Änderungen im Wissen der versorgten Person (Unterstützung mit Informationen nach der Entlassung) » Zufriedenheit der Person
Nursing Care Performance Framework (Dubois et al. 2013)	3 Pflegesubsysteme arbeiten zusammen, um 3 Kernfunktionen der Pflege zu erfüllen:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beschaffen, Einsatz und Erhalt von Pflegeressourcen (Versorgung mit Pflegepersonal, Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals, Aufrechterhalten und wirtschaftliche Nachhaltigkeit des Pflegepersonals) 2. Umwandeln von Pflegeressourcen in Pflegedienstleistungen (Pflegeprozess, Patientenzentrierung im Pflegeprozess, Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit) 3. Veränderungen des Zustands der Patientinnen/Patienten bewirken (Outcomes – klinische Risiken – und Sicherheit, pflegebezogener Patientenkomfort und pflegebezogene Lebensqualität, Patientenempowerment)
Conceptual Framework: Nursing care sensitive indicators for nursing care (Oner et al. 2020)	konzeptionelles Rahmenwerk, basierend auf Donabedian und pflegesensitiven Indikatoren der American Nurses Association:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisationsbasierte strukturelle Indikatoren (Personalausstattung qualitativ und quantitativ sowie Charakteristika der Institution inkl. des versorgten Patientenstocks/Klientenstocks) beeinflussen pflegebezogene Prozess- oder Interventionsindikatoren (Behandlungen und Abläufe). 2. Diese pflegebezogenen Prozess- oder Interventionsindikatoren wiederum beeinflussen sowohl die pflegekraftbezogenen Outcome-Indikatoren (Zufriedenheit, Berufsverbleib) als auch patientenbezogene Outcome-Indikatoren (klinische Indikatoren wie Dekubitus oder nosokomiale Infektionen). 3. Pflegekraftbezogene Outcome-Indikatoren beeinflussen ebenso die patientenbezogenen Outcome-Indikatoren.
WHO people-centred-integrated care (WHO 2007; WHO 2015) und WHO Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care (WHO 2021)	People-centred integrated Care ist ein Framework für politische Entscheidungsprozesse zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung mit der Vision, eine Personenzentrierung als	Das konzeptuelle Framework stellt die Person, ihre Familie und Community in den Mittelpunkt einer universellen, gerechten und personenzentrierten integrierten Gesundheitsversorgung. Diese wird von der Leistungserbringung, dem Gesundheitssektor und anderen Sektoren wie Bildung und Sozialversorgung beeinflusst. Um den derzeitigen Herausforderungen in den Systemen zu begegnen, werden fünf unabhängige strategische Ziele identifiziert: Fortsetzung nächste Seite

Modell/Framework	Inhalt	Spezifikation/Kurzbeschreibung
Fortsetzung	<p>Schlüssel für passgenauere und qualitätsvolle Versorgung zu etablieren.</p> <p>Das Framework für ein integriertes Kontinuum der Langzeitpflege geht vom Konzept des gesunden Alterns aus und beschreibt die Komponenten dafür von der Gesundheitsförderung bis hin zur Versorgungskoordination. Angeführt werden auch Qualitätskriterien.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personen empowern und beteiligen (Personen, Familien, Gemeinschaften/Gemeinden) 2. Führung (governance) und Verantwortlichkeit verbessern 3. das Versorgungsmodell neu ausrichten 4. Leistungen koordinieren 5. ein förderndes Umfeld schaffen <p>Qualitätskriterien integrierter Langzeitpflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Effektivität » Effizienz » Zugänglichkeit » Rechtzeitigkeit » Patientenzentrierung » Akzeptierbarkeit » Sicherheit » Gerechtigkeit

Quelle: GÖG

3.2 Definitionen für Betreuungs- und Pflegequalität

Es gibt eine Reihe von Definitionen der Betreuungs- und/oder Pflegequalität. Dabei handelt es sich entweder um Definitionen, die konkret dieses Thema definieren, oder allgemeinere Definitionen zur Versorgungsqualität im Gesundheitsbereich, die im Pflege- und Betreuungskontext häufig Verwendung finden. Zudem gibt es Definitionen, die nicht explizit Betreuungs- und Pflegequalität definieren, sondern jene Aspekte, die sich auf die Qualität auswirken bzw. gute Pflege- und Betreuungsqualität ausmachen. Folgende Tabelle listet die recherchierten Definitionen und gibt einen Überblick über den jeweiligen Inhalt:

Tabelle 3.2:

Elemente und Spezifikationen der recherchierten Definitionen für Betreuungs- und/oder Pflegequalität

Definition	Elemente	Spezifikation je Element/Messung
Gesundheitsqualitätsgesetz Österreich (GGG 2004) Qualität ist der Grad der Erfüllung der Merkmale von patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.	Patientenorientierung	„Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen.“
	Patientensicherheit	„umfasst Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der Patientin / des Patienten führen können“
	Transparenz	„Nachvollziehbarkeit durch Dokumentation und Analyse der Leistungen und Ergebnisse und deren systematische Überprüfung; Basis für kontinuierliche und systematische Vergleiche zur Qualitätsverbesserung“
	Effektivität	„Zielerreichungsgrad zwischen einem gesetzten Ziel und dessen Realisierung, wobei das in der Gesundheitsversorgung gesetzte Ziel idealerweise die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten ist.“
	Effizienz	„Verhältnis zwischen dem Einsatz und dem Ergebnis einer Leistung nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip unter Berücksichtigung der Kostendämpfung“
	Strukturqualität	„Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht“
	Prozessqualität	„Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden.“
	Ergebnisqualität	„messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen“

Fortsetzung nächste Seite

Definition	Elemente	Spezifikation je Element/Messung
<p>Fortsetzung</p> <p>Healthcare Quality: A Concept Analysis (Allen-Duck et al. 2017)</p> <p>Qualität im Gesundheitswesen ist die Zurverfügungstellung einer effektiven und sicheren Versorgung, die sich durch hohe Professionalität auszeichnet und in der Erreichung des optimalen oder erwünschten Ergebnisses resultiert.</p>	effektiv	Eine angemessene Behandlung inkludiert ein Assessment, Intervention und Reaktion, eine gerechte, konsistente und rechtzeitige Analyse, ob die Versorgung den Gesundheitszustand verbesserte, ob Pflege tatsächlich im erforderlichen Maße durchgeführt wurde, ob die Prozesse in der Versorgung ausreichende Wirksamkeit aufwiesen, und ob Dinge ausgelassen oder übersehen wurden.
	sicher	<p>Sicherheit ist die Grundlage für alle anderen Aspekte von Qualität. Sie inkludiert umweltbedingte, physische und psychische Faktoren eines Gesundheitsereignisses.</p> <p><u>Sicherheitselemente:</u> Screeninginstrumente, um Infektionen zu detektieren, die korrekte Verabreichung von Medikamenten sowie die Einhaltung festgelegter Standards zu beobachten, um chirurgische Komplikationen zu verhindern, das Abwenden durch Pflege entstehender Schäden mit dem Ziel der Reduktion der Mortalität</p>
	widerspiegelt sich in einer Kultur der Erstklassigkeit	Diese Kultur der Erstklassigkeit äußert sich in der Zusammenarbeit, der Kommunikation, dem Mitgefühl und der Vertrauenswürdigkeit, in der Perspektive der zu pflegenden Person, in der Wissenschaftlichkeit, im psychosozialen, persönlichen oder durch Erfahrung erworbenen Wissen, in der kognitiven Fähigkeit zur Beurteilung und zur Entscheidungsfindung sowie in effektiven psychomotorischen Fähigkeiten. Außerdem äußert sie sich in den vom Personal vertretenen Werten, in den eigenen und beruflich festgelegten Standards, im Maß der professionellen Pflege, in den ethischen Werten, in der Professionalität, in den finanziellen Ausgaben, in der Qualität und in der Zusammenarbeit mit der zu betreuenden Person. Diese Zusammenarbeit muss konsistent, evidenzbasiert, glaubwürdig, zuverlässig und verständlich sein.
	resultiert in der Erreichung optimaler oder erwünschter Gesundheitsziele	Hierzu zählen die Erreichung von Zielen, bestmögliche Ergebnisse, gemeinsame Entscheidungsfindung, patientenzentrierte Versorgung, Patientenzufriedenheit, Ermittlung der Bedürfnisse, Ermittlung der Präferenzen, die Fähigkeiten der zu betreuenden Personen, die Erreichung des von der zu betreuenden Person gewünschten Gesundheitszustands zu fördern beziehungsweise das subjektive Wohlbefinden während der Behandlung zu steigern
<p>Nursing care quality: a concept analysis (Koy et al. 2015)</p> <p>Pflegequalität wird durch neun Attribute beschrieben.</p>	Pflegekompetenz	<p>Dazu zählen das Verstehen von Wissen, klinische und technische Fähigkeiten sowie Kommunikationsfähigkeit</p> <p>Performance = Fähigkeit, ein Problem mittels klinischer Bewertung zu lösen („clinical judgement“)</p>
	Erfüllung des Pflegebedarfs	Pflegepläne entwickeln oder aktualisieren, Patientengespräche, Trösten von Patientinnen und Patienten, Rückenmassagen und Hautpflege, anleiten von Patientinnen/Patienten und/oder deren Angehörigen, angemessene Dokumentation, Mundhygiene, Patientinnen und Patienten sowie Angehörige auf die Entlassung vorbereiten

Definition	Elemente	Spezifikation je Element/Messung
<p>Fortsetzung</p>	gute Pflegeerfahrung für die Patientinnen und Patienten	<p>ein ganzheitlicher Ansatz mit kontinuierlicher Versorgung, Mitgefühl, professionelles und evidenzbasiertes Vorgehen, sichere, effektive und prompte Pflegeinterventionen</p> <p style="text-align: right;">Fortsetzung nächste Seite</p>
	gute Führung	<p>effektive Kommunikation; Empowerment durch Pflegepersonen in Form von Information; Pflegepersonen berücksichtigen die religiösen und geistigen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten; ein Pflegeumfeld, welches gemeinsame Entscheidungen fördert („shared decision making“); effektives Teamwork mit anderen Professionen; zwischenmenschliche Beziehungen</p>
	Charakteristika des Personals	<p>vorsichtig/umsichtig, flexibel, freundlich, verlässlich, höflich, für Teamarbeit geeignet, ordentliche professionelle Erscheinung</p>
	Voraussetzungen für die Versorgung	<p>Pflegepersonen erreichen Qualität dann, wenn sie kompetent sind, über aktuelles Wissen und praktische Fähigkeiten verfügen und wenn ihnen genug Zeit zur Verfügung steht.</p>
	physisches Umfeld	<p>sauberes, komfortables, sicheres und ruhiges Kranken-/Behandlungszimmer als Teil der Pflegequalität</p>
	Fortschritte im Pflegeprozess	<p>kurze Wartezeiten in Bezug auf die Pflegeintervention nach der Anweisung durch die Ärztin oder den Arzt; freundliche Aufnahme auf der Station / im Krankenzimmer; Möglichkeit, offen mit den Pflegepersonen zu sprechen</p>
	Zusammenarbeit mit Angehörigen	<p>ausreichende Informationen zur Patientenversorgung bereitstellen (Prognose, Prozess, Resultate), Ermutigung und emotionaler Support</p>
<p>A Concept Analysis of Quality Nursing Care (Juanamasta et al. 2021)</p> <p>Pflegequalität hat verschiedene, definierende Attribute. Pflegequalität ist jenes von Pflegepersonen geleistete Maß an professioneller Versorgung, bei dem die Bedürfnisse der zu betreuenden Personen erfüllt werden</p>	<p>Versorgung</p>	<p>Betreuungsfunktion Wie Gefühle/Wahrnehmungen die Pflegeerfahrung beeinflussen (beispielsweise positive Pflegeerfahrungen)</p> <hr/> <p>Charakter der Pflegeperson z. B. fürsorglich, respektvoll, empathisch, verantwortungsbewusst</p> <p style="text-align: right;">Fortsetzung nächste Seite</p>

Definition	Elemente	Spezifikation je Element/Messung
Fortsetzung	Beziehung zwischen Pflegeperson und zu betreuender Person	Kommunikation z. B. Überwachen und Informieren, Effizienz und Genauigkeit, ethisch orientiertes Handeln, Zusammenarbeit mit Angehörigen
		Zwischenmenschliche Fähigkeiten z. B. Interaktion, Aufmerksamkeit, bewusstes Handeln
	Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten	Erfüllen der Pflegebedürfnisse z. B. Ausscheidung, Essen, Trinken, Waschen, Baden, Dich-Kleiden, Sich-Bewegen, Fürsprache
		Die Perspektive und Erfahrung der professionellen Pflegeperson z. B. physische Umgebung, Anforderungen an die Pflegepersonen genügend Zeit, um die Aufgabe zu erledigen genügend Zeit für die Behandlung/Versorgung
Talking about quality: how 'quality' is conceptualized in nursing homes and homecare (Aase et al. 2021) Qualität in Pflegeheimen und in der häuslichen Betreuung ist konzeptualisiert als ein sich permanent weiterentwickelnder Prozess, der auf der „richtigen Kompetenz“, einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit, einer patientenzentrierten Versorgung, einem gewissen Berufsstolz und der Würde der zu betreuenden Person fußt.	berufliche Fragestellungen: mehr als nur bloßes Reagieren auf Probleme	Beruflicher Stolz z. B. Verantwortung (für die eigene Arbeit); gemeinsame ethische Reflexion; professionelles Handeln / professionell sein
		Kompetenz z. B. Training, Information (für das Personal), Umgang mit Abweichungen/Fehlern (bzw. deren Meldung) und Indikatoren (an denen das Personal Qualität ablesen kann, Ownership für die eigene Arbeit)
	patientenzentrierter Versorgungsansatz: mehr als nur die Erfüllung von Grundbedürfnissen	Würde z. B. die zu betreuende Person an die erste Stelle setzen; personalisierte, sichere und gute Pflege
		Kontinuität z. B. Kooperation (einfach möglich, alle nötigen Berufsgruppen vorhanden), gemeinsames Verständnis / interprofessionelle Kommunikation, gemeinsame Tools (Dokumentation)
Factors influencing nurse-assessed quality nursing care: A cross-sectional study in hospitals (Ying/Aungsuroch 2018)	Maß an Versorgungsqualität bei Standardpflegeleistungen	auf Basis der Einschätzung von Pflegepersonen Fortsetzung nächste Seite

Definition	Elemente	Spezifikation je Element/Messung	
Die NAQNC (nurse-assessed quality nursing care) ist die von Pflegepersonen bewertete Qualität der Pflege. Pflegepersonen schätzen jenes Maß an professioneller Versorgungsqualität ein, das bei Standardpflegeleistungen erfüllt ist. Dabei sollen sowohl die eigenen pflegerischen Erwartungen als auch die Bedürfnisse der zu betreuenden Person Berücksichtigung finden.	Erwartung der Pflegeperson, die Bedürfnisse der zu betreuenden Person zu erfüllen (pflegerische Erwartung)	auf Basis der Einschätzung von Pflegepersonen	
	Erwartung der zu betreuenden Person, dass ihre Bedürfnisse erfüllt werden	—	
<p>Are we missing the Institute of Medicine's mark? A systematic review of patient-reported outcome measures assessing quality of patient-centred cancer care (Tzelepis et al. 2014)</p> <p>Das Institute of Medicine (IOM) hat sechs Dimensionen identifiziert, die qualitative, patientenzentrierte Pflege kennzeichnen. Pflege ist demnach dann von hoher Qualität wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Werte, Präferenzen und Bedürfnisse der zu betreuenden Personen respektiert werden, 2) Pflege koordiniert und ganzheitlich ist, 3) Information, Kommunikation und Aufklärung in adäquatem Maß angeboten werden, 4) physischer Komfort gewährleistet ist, 5) emotionale Unterstützung (Abbau von Ängsten und Sorgen) angeboten wird, 6) Familie und Freund:in einbezogen werden. <p>Es wurde untersucht, ob es patient reported outcomes (PROMs) für die in Spalte 2 angeführten Elemente gibt, die diese sechs IOM-Dimensionen messen.</p>	respektvoller Umgang mit den Wertvorstellungen von Patientinnen und Patienten, mit deren Präferenzen und den kommunizierten Bedürfnissen	<ol style="list-style-type: none"> a) ob die Pflege auf kulturelle oder andere Werte, beziehungsweise auf Präferenzen und Bedürfnisse der zu betreuenden Person Rücksicht nahm, b) ob den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit gegeben wurde, ihre Sichtweise darzulegen, c) ob Patientinnen und Patienten während der Betreuung mit Respekt behandelt wurden, d) ob Patientinnen und Patienten entsprechend ihren Präferenzen informiert und in die Entscheidungen involviert wurden 	
	koordiniert und ganzheitlich	PROMs wurden als diese Dimension enthaltend eingestuft, wenn	<ol style="list-style-type: none"> a) die Betreuung der Person koordiniert und ganzheitlich war b) wenn ein zeitnaher Transfer von aktuellen Informationen, die zu betreuende Person betreffend, zwischen den verschiedenen Professionen stattgefunden hat c) der Übergang von einer Gesundheitseinrichtung in eine andere reibungslos verlaufen ist
	Zurverfügungstellung von Information, Kommunikation und Beratung	PROMs erfüllten die Kriterien für diese Dimension, wenn sie untersuchten, ob Angehörige der Gesundheitsberufe	<ol style="list-style-type: none"> a) mit den Patientinnen und Patienten in einer für diese verständlichen Art und Weise kommuniziert haben, b) adäquate Informationen zur Verfügung gestellt wurden (Diagnose, Prognose, Behandlungsmöglichkeiten, Nachsorge, Unterstützungsmöglichkeiten)
	Sicherstellung physischen Wohlbefindens	PROMs wurden als diese Dimension abdeckend eingestuft, wenn das Pflegepersonal die zu betreuenden Personen fragte,	<ol style="list-style-type: none"> a) ob sie Schmerzen hätten (beziehungsweise wenn das Pflegepersonal eine adäquate Schmerztherapie bereitstellte) <p>oder</p> <ol style="list-style-type: none"> b) ob auf ihre körperlichen Symptome und Bedürfnisse eingegangen wurde.
	emotionale Unterstützung anbieten – Ängste und Sorgen abbauen	PROMs wurden als dieser Dimension zugehörig kategorisiert, wenn Pflegepersonen auf die emotionalen und spirituellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingingen (hierunter fallen beispielsweise Ängste, Unsicherheit über die Krankheit, Sorgen über die finanzielle Situation, Auswirkungen der Erkrankung auf das familiäre Umfeld)	

Fortsetzung nächste Seite

Definition	Elemente	Spezifikation je Element/Messung
Fortsetzung	Familie und Freundinnen/Freunde involvieren	PROMs wurden als dieser Dimension zugehörig betrachtet, wenn Pflegepersonen <ul style="list-style-type: none"> a) Familie und Freundinnen/Freunde in die Entscheidungsfindung und Pflege der Patientin / des Patienten entsprechend den Präferenzen der zu betreuenden Person einbezogen, b) auf Themen von Familie und Freundinnen/Freunden eingingen und deren Bedürfnisse berücksichtigten.
Quality nursing care in the words of nurses (Burhans/Alligood 2010)	Qualitätsvolle pflegerische Versorgung bedeutet, die Bedürfnisse von Menschen durch professionelle Pflege zu erfüllen sowie in eine empathische, respektvolle Interaktion mit der zu betreuenden Person zu treten, wobei hier Verantwortung, Intentionalität und Fürsprache wesentliche, integrale Bestandteile der Versorgung darstellen.	—
	Verantwortung, Intentionalität und Fürsprache stellen einen wesentlichen, integralen Bestandteil der Versorgung dar.	—
Understanding quality in district nursing services. Learning from patients, carers and staff (Maybin et al. 2016) Charakteristika einer „guten Pflege“ im Setting Wohnumfeld	ganzheitliche Betrachtung der zu betreuenden Person	Ein ganzheitlicher, personenzentrierter pflegerischer Ansatz ist einem aufgabenorientierten Ansatz vorzuziehen. Die Person selbst sollte in den Fokus gerückt werden und nicht der Versorgungsbedarf. Außerdem müssen auch andere gesundheitliche und soziale Aspekte der zu betreuenden Person berücksichtigt werden. Ein breiterer Ansatz ist notwendig, der Fokus darf nicht nur auf einem bestimmten Problem liegen.
	Durchgängigkeit der Versorgung	Dieselbe Pflegeperson oder eine kleine, möglichst nicht wechselnde Gruppe von Pflegepersonen (die Informationen effektiv weiterleiten), pflegt und betreut jede Person, die Pflege erhält
	das persönliche Auftreten des Personals	<ul style="list-style-type: none"> » Fürsorge und Empathie » Höflichkeit und Respekt » sich Zeit zu nehmen » effektive Kommunikation » Vertrauen aufbauen » Professionalität » Selbstbewusstsein

Fortsetzung nächste Seite

Definition	Elemente	Spezifikation je Element/Messung
Fortsetzung	vorhersehbare Zeit des Besuchs (Terminplan und verlässliche Einhaltung der Termine)	Termine vorankündigen Zeitplanung verlässliche und vorhersehbare Zeitplanung Information, wenn ein Termin nicht eingehalten werden kann oder wenn ein Termin zeitlich verschoben werden muss.
	Möglichkeit, jemanden zwischen den Besuchsterminen zu kontaktieren	Es gibt jemanden, der zwischen den Besuchen für Information, Beratung, zur Unterstützung oder in Notfällen kontaktiert werden kann.
	Wertschätzen und Einbeziehen betreuender Personen und von Familienangehörigen	praktische Unterstützung für pflegende Angehörige anbieten pflegende Angehörige in die Pflegeplanung und in Entscheidungen mit einbeziehen Einwände und Expertise pflegender Angehöriger anerkennen und wertschätzen auf die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen, sowie auf ihr persönliches Wohlbefinden eingehen
	Pflegepersonen agieren als Koordinatorinnen/Koordinatoren und Fürsprecher:innen für die Patientinnen und Patienten	Unterstützung von Patientinnen und Patienten sowie der pflegenden Angehörigen im Kontakt mit multiprofessionellen Gesundheitsdienstleisterinnen/-dienstleistern Fürsprache für die Patientinnen und Patienten oder die:den pflegende:n Angehörige:n
	klinische Kompetenz und Erfahrung	Kenntnisse, Erfahrungen, Fachwissen klinische Fertigkeiten und technische Fachkenntnisse Beurteilungsfähigkeit und Fähigkeit, Pflege zu koordinieren
	Schulung der Patientinnen und Patienten beziehungsweise ihre Unterstützung zur Selbsthilfe	Schulung und Beratung zu betreuender Personen, um sie zur Selbsthilfe zu befähigen Einbindung der zu betreuenden Personen in die eigene Versorgung betreffende Entscheidungen
Six Domains of Healthcare Quality (AHRQ 2015)	sicher	Abwendung von Schäden, die der zu betreuenden Person möglicherweise durch die Pflege entstehen
	effektiv	Erbringung wissenschaftlich fundierter Dienstleistungen für all jene, die davon profitieren könnten. Unterlassung der Erbringung dieser Dienstleistungen für diejenigen, die wahrscheinlich nicht davon profitieren (Vermeiden von Unterversorgung beziehungsweise Fehlversorgung)
	Patientenzentriertheit	Pflege gewährleisten, die respektvoll und verantwortungsvoll mit den individuellen Präferenzen, mit den Bedürfnissen und Werten der zu betreuenden Person umgeht, und sicherstellen, dass die Werte der Patientinnen und Patienten die Grundlage für alle klinischen Entscheidungen darstellen

Fortsetzung nächste Seite

Definition	Elemente	Spezifikation je Element/Messung
Fortsetzung	rechtzeitig	Verringerung von Wartezeiten und Verspätungen, die möglicherweise schädlich sowohl für die zu betreuende Person als auch für die Pflegeperson sein könnten
	effizient	Vermeidung von Abfall; ressourcenschonender Umgang mit Ausrüstung, Material und Energie. Auch ein verantwortungsvoller Umgang mit immateriellen Ressourcen erscheint in diesem Zusammenhang wichtig.
	gerecht	Pflege gewährleisten, deren Qualität nicht aufgrund von persönlichen Merkmalen wie dem Geschlecht, der ethnischen Zugehörigkeit, der geografischen Lage oder dem sozioökonomischen Status variiert

Quelle: GÖG

Zudem gibt es in Österreich zahlreiche Regelungen bzw. Rechtsvorschriften, welche die Qualitätskriterien für Versorgungsstrukturen, Gesundheitsdienstleistungen, Betreuung und Pflege betreffen. Darunter fallen z. B. Vorgaben in Berufsrechten (z. B. GuKG), im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) oder in der Rechtsvorschrift für pflegebedürftige Personen im Rahmen der 15a Vereinbarung. In der 15a Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen (15a B-VG pflegebedürftige Personen) sind Leistungen und zugehörige Qualitätskriterien für ambulante, teilstationäre und stationäre Dienste wie Betreuungsdienste oder Pflegeheime festgelegt. Diese Qualitätskriterien umfassen primär strukturelle Aspekte wie Heimgröße, Zimmergröße, Infrastruktur, Standort und Umgebung, Personal und ärztliche Versorgung. Zudem ist das Recht auf Besuch ebenso festgelegt wie Aufsichtsregelungen für die Bundesländer zum Schutz von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern.

3.3 Reflexion der recherchierten Inhalte

Die recherchierten Definitionen und Modelle/Frameworks decken viele Bereiche von Qualität und viele Blickwinkel darauf ab. Unterschiede gibt es vor allem im grundlegenden Ansatz und Fokus. Modelle und Frameworks fokussieren primär auf das Zusammenspiel grundlegender Komponenten in Systemen, während allgemeinere Definitionen primär Merkmale auf Metaebene beschreiben wie z. B. Sicherheit und Effektivität (AHRQ 2015; Allen-Duck et al. 2017). Speziellere Definitionen, die einen Fokus z. B. auf ein Setting richten, weisen meist auch Merkmale auf, die mit diesem in Verbindung gebracht werden, z. B. Vorhersehbarkeit bei Besuchszeiten als Qualitätsmerkmal von Pflege im Wohnumfeld (Maybin et al. 2016). Während ein Teil der Definitionen klinische Kompetenz und Auftreten als separate Merkmale führt (Aase et al. 2021; Maybin et al. 2016), verwenden andere den Begriff der Professionalität oder Exzellenz, um Merkmale zu beschreiben, die mit Kompetenz, Ausbildung, Erfahrung, Kultur der Arbeit bzw. Stolz, Auftreten und Charakter in Verbindung gebracht werden können (Allen-Duck et al. 2017). Es gibt Definitionen, die sehr stark auf der Beziehungsebene angesiedelt sind (Juanamasta et al. 2021), und solche, die organisatorische Aspekte wie Führung hervorheben (Koy et al. 2015).

Dieses Ergebnis zeigt einerseits, wie schwierig es ist, aus vorhandenen Definitionen von Pflege- und Betreuungsqualität den gemeinsamen Kern zu ermitteln, und andererseits, dass unterschiedliche Schwerpunkte und Ansätze gewählt werden. Sichtbar wird aber ebenso, dass trotz vieler Unterschiede auch viele Gemeinsamkeiten über Definitionen hinweg bestehen.

Um die in den Tabellen dargestellten Informationen für die geplante Arbeitsdefinition verwenden zu können, werden diese mit den Erkenntnissen aus den nachgelagerten Arbeiten zusammengeführt.

4 Ergebnis der Analyse der Fokusgruppen

4.1 Erkenntnisse aus den Fokusgruppen

Um sich einer Definition von Pflege- und Betreuungsqualität weiter anzunähern und dabei auch den österreichischen Kontext berücksichtigen zu können, wurden Fokusgruppen durchgeführt, deren Ziel es war, auf diese Weise jene Elemente zu identifizieren, die Betreuungs- und Pflegequalität aus Sicht der Betroffenen, der Betreuungs- und Pflegepersonen, der Managementebene im Bereich Betreuung und Pflege, der Fachabteilungen des zuständigen Bundesministeriums sowie der Ämter der Landesregierungen definieren.

Dazu wurde die Diskussion in den Gruppen in Form von Protokollen dokumentiert und mittels des Softwareprogramms MAXQDA einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Dabei identifizierte Schlagworte (268 Codes) wurden in einem weiteren Schritt zu 27 Themenbereichen zusammengefasst. Die Themen aus den Fokusgruppen wurden dabei für den ersten Entwurf der Arbeitsdefinition sukzessive weiter zu übergeordneten Kategorien verdichtet. Die nachfolgend angeführte Tabelle gibt einen Überblick über die identifizierten Kategorien und Inhalte, die einen Grundpfeiler der Arbeitsdefinition bilden:

Tabelle 4.1:

Kategorien, Themen und zentrale Inhalte aus der Analyse der Fokusgruppen

Kategorie	Themen
professionelle Pflege	Kompetenz Berufs- und Rollenbild Aus- und Weiterbildung Ressourcen und Bedarf Pflege- und Betreuungsbedarf Skill- und Grademix Versorgungssystem und Versorgungsstruktur Organisation
Personenzentriertheit	Partizipation Individualität Ganzheitlichkeit Autonomie Lebensqualität Würde
Sicherheit und Wirtschaftlichkeit	Standards und Leitlinien Evidenz Gesetze Messbarkeit und Überprüfbarkeit Dokumentierbarkeit Effizienz und Effektivität Finanzierung
Gesellschaft und Rahmenbedingungen	Familien und Angehörige Inklusion Sozialraumorientierung Werte und Normen Respekt ethische Grundsätze

Quelle: GÖG

Die Themen vereinen zum Teil Aussagen aus unterschiedlichen Kontexten und Settings. In die Bearbeitung des Entwurfs der Arbeitsdefinition flossen diese Aspekte anhand des Analysedokuments ein, wodurch auch sichergestellt wurde, dass die identifizierten Inhalte im korrekten Kontext verwendet wurden.

4.2 Reflexion zentraler Beobachtungen

Folgende vier Aspekte wurden unabhängig vom Kontext und Setting immer wieder in den Fokusgruppen eingebracht:

- » der Mensch und seine Lebenswelt im Mittelpunkt
- » Personal und Zeitressourcen
- » Professionalität und Kompetenz
- » Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung

Mensch sein und Personenzentrierung

Besonders herausgreifen kann man dabei die drei Aspekte „Mensch sein“, Würde und Beschäftigung/Alltagsgestaltung, die für fast alle Settings und Versorgungsbereiche als zentrale Aspekte der Qualität von Betreuung und Pflege beschrieben wurden, wenngleich in akuten Settings mit sehr kurzen Aufenthaltsdauern Beschäftigung und Alltagsgestaltung weniger zentral, aber dennoch vorhanden sind. Qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung wurde außerdem durch Personenzentriertheit charakterisiert, einen respekt- und würdevollen Umgang mit der zu pflegenden und zu betreuenden Person. Die Teilnehmenden betonten, dass die Förderung von Autonomie und Selbstpflege der Patientinnen und Patienten sowie die Kommunikation mit An- und Zugehörigen wichtig seien, jedoch dafür nicht immer ausreichend Zeit zur Verfügung stehe. Es sollten die zu betreuende Person mit ihren individuellen Bedürfnissen und eine hohe Lebensqualität im Zentrum stehen. Individualität und Partizipation sowie zielorientiertes Arbeiten mit entsprechenden Vereinbarungen sind in diesem Zusammenhang auch Begriffe, die von den teilnehmenden Personen genannt wurden.

Personal- und Zeitressourcen

Ein besonderes Augenmerk wurde in allen Settings und Gruppen auf personelle wie zeitliche Aspekte gelegt. Ein gutes Arbeitsumfeld mit stabilen Teams und einer geeigneten Führung(skultur) wurde als Grundlage für das Erbringen guter Qualität genannt, da nur so Abläufe, Wissenstransfer und Zusammenarbeit mit guter Qualität im Zeitverlauf sichergestellt werden könnten. Aber auch gute multiprofessionelle Zusammenarbeit und Wertschätzung gegenüber der Berufsgruppe der Pflegenden wurden in diesem Zusammenhang genannt. Während aufgrund des Personalmangels Themen rund um personelle Ressourcen sicherlich besonders intensiv diskutiert wurden, zeigte sich auch, dass gute Betreuungs- und Pflegequalität durch ein Zusammenspiel vieler Aspekte zustande kommt.

Professionalität und Kompetenz

Leistungsempfänger:innen nehmen Aspekte wie Kompetenz und implizite Rationierung genauso differenziert wahr, wie dies Leistungserbringer:innen oder die Managementebene tun und formulieren diese Aspekte auch im Zusammenhang mit Qualität. Hohe soziale Kompetenz, Professionalität und Erfahrung der Pflegeperson sind gefragt, um Qualität gewährleisten zu können.

Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung

Dazu wurden in den Fokusgruppen auch das Bereitstellen adäquater Ressourcen und das Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen sowie von Kontinuität genannt, um gute Qualität zu erzielen. Dazu gehören unter anderem Maßnahmen des Wissensmanagements sowie Aus- und Weiterbildungsprogramme, desgleichen die Zurverfügungstellung eines guten Einschulungskonzepts für neue Mitarbeiter:innen. Beachtet werden sollte das Wertesystem, in welches die Pflege eingebettet

ist. Auch das Festhalten an Standards und Qualitätsindikatoren sowie an einer geeigneten Dokumentation der Maßnahmen wurden hervorgehoben.

Exkurs: *Essen*

Abschließend soll noch auf die Rolle der Nahrung im Zuge der Betreuungs- und Pflegequalität hingewiesen werden. Essen als ein Punkt, in dem sich Qualität auf unterschiedlichen Ebenen widerspiegelt, wurde sowohl von Leistungsempfängerinnen/-empfängern als auch von Leistungserbringerinnen/-erbringern aus unterschiedlichen Settings angesprochen. Über die Thematik Essen wurde die Prozessqualität (Prozessabläufe der Verpflegung, Verpflegungsqualität in Bezug auf Mahlzeiten und Kostformen bei speziellen Bedürfnissen) dargelegt. Die Essensausgabe und speziell die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme sind Beispiele, welche den Personal- und Zeitmangel sowie Defizite bei der Wahrnehmung von Bedürfnissen oder in puncto Interaktion aufzeigen. Neben der Qualität der Nahrung/Mahlzeiten wurden ebenfalls die falschen Portionsgrößen wahrgenommen und beispielsweise unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit und der Ressourcenverschwendung reflektiert. Allgemein zeigt der Exkurs *Essen*, dass Qualität etwas mit dem Wahrnehmen von Bedürfnissen und Werten zu tun hat. Wenn man bedenkt, welche zentrale Rolle die Einnahme von Mahlzeiten/Nahrung in unserem Leben sowohl für die körperliche als auch geistige (Genuss) und soziale Gesundheit (gemeinsames Essen als wichtiges soziales Ritual) einnimmt (Rozin et al. 1999), sollte diesem Aspekt in der Versorgung im Gesundheits- und Sozialbereich insgesamt viel mehr Beachtung zuteilwerden.

5 Ergebnis des Delphi-Prozesses

5.1 Ergebnis des Delphi-Prozesses – Entwurf der Arbeitsdefinition

Folgender Entwurf der Arbeitsdefinition stellt das Ergebnis der Delphi-Befragung und somit die Ausgangslage für die anschließende öffentliche Konsultation dar:

Betreuung und Pflege durch Angehörige der Sozialbetreuungsberufe sowie der Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) erfolgt gemäß den jeweiligen berufsrechtlichen Regelungen in allen Versorgungsformen und -stufen. Sie zielt auf die Befähigung von Personen, Familien, Gemeinden, Gemeinschaften oder Gruppen zur Bewältigung des täglichen Lebens mittels Betreuungs- und Pflegemaßnahmen ab. Wesentliche Handlungsfelder sind dabei die Erhaltung, Förderung, Verbesserung oder bestmögliche Wiederherstellung von Wohlbefinden, Lebensqualität, Gesundheit oder Handlungsfähigkeit, die Chancen- und Bedarfsgerechtigkeit sowie die Inklusion.

Definition

Betreuungs- und Pflegequalität beschreibt den Grad der Erreichung der Qualitätsmerkmale professioneller Betreuung und Pflege. Diese Qualitätsmerkmale sind: Person(en)zentriertheit, Bedarfsorientierung, Sicherheit, Effektivität und Effizienz. Dafür benötigte Versorgungssysteme, -strukturen und -prozesse, Leistungen und Angebote basieren auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, erfordern eine Kultur der Professionalität und fokussieren auf überprüf- oder messbare Ergebnisse.

Person(en)zentriertheit

Person(en)zentriertheit umfasst die Ausrichtung der Betreuungs- und Pflegeleistungen am Menschen, an Familien und Gemeinschaften, deren Lebenswelten, Zielen, Wünschen und Ressourcen. Die Umsetzung einer person(en)zentrierten Haltung in der Betreuung und Pflege erfordert

- » die Berücksichtigung persönlicher und kultureller Werte der zu betreuenden/pflegenden Person(en),
- » Respekt gegenüber dieser (diesen) und Rücksichtnahme auf ihre Würde,
- » Partizipation,
- » Selbstbestimmung und Selbstkompetenz,
- » eine professionell sorgende Haltung.

Bedarfsorientierung

Am Bedarf der Person(en) orientierte integrierte Versorgung mit aus fachlicher Perspektive angezeigten, korrekt durchgeführten und überprüfbar³ und Angeboten. Dazu bedarf es

- » eines chancengerechten Zugangs in Bezug auf Verfügbarkeit, Wartezeit, gleiche Chancen auf eine Leistung unabhängig von der persönlichen Situation,
- » zeitgerechter Ressourcenverfügbarkeit und adäquaten Ressourceneinsatzes (Fachkräfte qualitativ und quantitativ, Arbeitsmittel, Infrastruktur und Organisation inkl. Dateninfrastruktur),
- » geeigneter Führungsstrukturen und adäquater -kultur,
- » der Planung, Koordination und interprofessionellen Kooperation sowie
- » fachlicher, informeller, zeitlicher und personeller Kontinuität.

Sicherheit

Leistungserbringung, welche die Sicherheit aller beteiligten Personen in den Fokus der Betreuung und Pflege rückt. Dazu werden folgende Aspekte benötigt:

- » Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagement – insbesondere transparente und fachlich abgestimmte Prozesse, Standards, wissenschaftlich basierte Leitlinien, Qualitätskriterien, definierte Kommunikation, Fehlermelde- und Lernsysteme
- » digitale Dokumentation der Leistungserbringung über Funktions- und Systemgrenzen hinweg
- » Sicherheitskultur, Kultur der kontinuierlichen Verbesserung

Effektivität

Bereitstellung und Erbringung von Leistungen gemäß aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Ein zentraler Aspekt dabei ist der Grad der Erreichung der gesetzten Ziele für Personen, Familien, Gemeinden, Gemeinschaften oder Gruppen durch die Leistungen und Angebote (Art und Form ihrer Erbringung, geregelte und regelmäßige Qualitätsmessung).

Effizienz

Fach- und bedarfsgerechte Nutzung aller zur Verfügung stehenden materiellen, personellen und immateriellen Ressourcen zur Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung in der Leistungserbringung und unter Berücksichtigung des Aspekts der Nachhaltigkeit.

³

lt. GuKG § 12 in Bezug auf die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, die Unterstützung des Heilungsprozesses und die Linderung und Bewältigung gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht

5.2 Reflexion des Delphi-Prozesses

Die strukturierte Expertendiskussion in Form einer Delphi-Befragung startete anhand des GÖG-intern entwickelten ersten Entwurfs für eine Arbeitsdefinition mit den Inhalten aus der Literaturrecherche und aus den Fokusgruppen. Sieben Expertinnen und Experten diskutierten in Form quasi-anonymer strukturierter Rückmeldungen den Entwurf. Hierfür befüllte jede Expertin / jeder Experte jeweils eine Tabelle mit Rückmeldungen zu den einzelnen Abschnitten des Entwurfs mit konkreten Änderungsvorschlägen und Begründungen. Diese wurden vom Autorenteam gesammelt, zusammengeführt, wovon ausgehend ein überarbeiteter Entwurf erstellt wurde. Sowohl die gesammelten Rückmeldungen als auch jeweils der überarbeitete Entwurf wurden vom Autorenteam wieder an die Expertinnen und Experten rückgemeldet. Die Rückmeldungen der ersten beiden Runden zeigten, dass anstelle der geplanten zwei Runden eine dritte Befragungsrunde nötig war, um eine im Sinn der Expertinnen und Experten schlüssige Arbeitsdefinition zu erreichen.

Die Delphi-Methode führte zu einer inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung des ersten Entwurfs der Arbeitsdefinition aus den Fokusgruppen. Während in der ersten Runde noch starker Überarbeitungsbedarf bestand, konnte nach der dritten Runde weitgehender Konsens erreicht und eine gute Ausgangsbasis für die folgende öffentliche Konsultation der Arbeitsdefinition geschaffen werden. Die unterschiedlichen Expertisen und daher unterschiedlich gelagerten Rückmeldungen führten zu einer intensiven inhaltlichen Weiterentwicklung des ersten Entwurfs.

6 Ergebnis der öffentlichen Konsultation

6.1 Rückmeldungen im Rahmen der Konsultation

Das Ergebnis der Arbeitsdefinition Qualität professioneller Betreuung und Pflege des Delphi-Prozesses wurde in eine öffentliche Onlinekonsultation gebracht. 27 vollständige Antworten von insgesamt 439 Zugriffen auf den Fragebogen konnten der Auswertung zugeführt werden. Hatten eingeladene Personen keine Anmerkungen zur Arbeitsdefinition, war es ihnen freigestellt, einen leeren Fragebogen zu retournieren oder auf eine Abgabe zu verzichten. Infolgedessen wird angenommen, dass ein Großteil der Zugriffe der Arbeitsdefinition zustimmte, wobei ein Teil der Zugriffe auch auf Mehrfachzugriffe zurückzuführen sein wird. Das verwendete Tool lässt keine Rückschlüsse darauf zu, welcher Anteil der Zugriffe auf Mehrfachzugriffe entfällt. Zweimalig wurde angemerkt, dass dem Änderungsvorschlag eine gemeinsame Diskussion vorangehen müsste, um sich gezielt äußern zu können.

Die 27 Rückmeldungen umfassten Vorschläge zum Fachinhalt und zur Formulierung sowie weiterführende Erläuterungen der Inhalte/Abschnitte der Arbeitsdefinition Qualität professioneller Betreuung und Pflege. Formulierungsvorschläge der Teilnehmer:innen führten zu Neuformulierungen oder zur Reorientierung inhaltlicher Darstellung und/oder Zusammenführung von Aspekten mit anderen Abschnitten/Begriffen.

Zentral im Bearbeitungsprozess war die mit den Vorschlägen eingebrachte Begründung ebendieser. In der Zusammenführung und Einarbeitung wurden die Vorschläge meist sinngemäß und nicht wörtlich aufgenommen. Änderungsvorschläge aus der Konsultation unterstützen in weiterer Folge

- a) die Klärung von Begriffen,
- b) die Abgrenzung und Differenzierung sowie
- c) die Detaillierung bzw. Erweiterung einzelner Aspekte der Arbeitsdefinition Qualität professioneller Betreuung und Pflege.

Diverse fachliche Anmerkungen unterstützten die Ergebnisse des Delphi-Prozesses – auch wenn sie in der abschließenden Definition nicht explizit aufscheinen.

Hinweise zur Arbeitsdefinition, die darüber hinausgingen (z. B. zur Arbeitsweise oder zu Motivationssystemen für Pflegekräfte, zur Finanzierung extramuraler Leistungen, zu fehlenden Zugängen zu Literaturdatenbanken, zum über die inkludierten Berufsgruppen hinausgehenden Versorgungsteam), wurden nicht aufgenommen. Anmerkungen zur Operationalisierung (z. B. dahingehend, wie die Prozesse umgesetzt werden sollen, oder betreffend technische Voraussetzungen für Dokumentation, die gesetzliche Verankerung überprüfbarer Ergebnisse, die Personalbemessung, Kennzahlen und Tools zur Evaluierung, Räumlichkeiten) wurden nicht aufgenommen, da dies den Umfang der Arbeitsdefinition übersteigt und in einem nachgelagerten Prozess für den jeweiligen Anwendungsfall erfolgen sollte. Anmerkungen zu einzelnen Gruppen oder Settings (z. B. Schüler:innen oder Schulgesundheit) wurden nicht aufgenommen, da diese im Allgemeinen umfasst sind oder bei Bedarf in einer Operationalisierung für das Setting Niederschlag finden können. Auch

einzelne Kompetenzen (wie beispielsweise soziale Kompetenz) wurden nicht separat herausgegriffen, da viele Kompetenzen ineinandergreifen müssen.

Das folgende Kapitel führt jene Punkte an, die einen konkreten Änderungsvorschlag für die Arbeitsdefinition darstellen und auf der Metaebene der Definition angesiedelt sind.

6.2 Reflexion inhaltlicher Ergebnisse aus der öffentlichen Konsultation

Die **gemeinsame Definition von Betreuungs- und Pflegequalität** wurde zweimalig von Teilnehmerinnen und Teilnehmern der öffentlichen Konsultation infrage gestellt. Die diesbezüglichen Anmerkungen forderten eigenständige Definitionen für die Betreuungs- und für die Pflegequalität. Die Begriffe Betreuung und Pflege werden in der Definition aufgrund zweier Punkte zusammengeführt. Erstens dient die Arbeitsdefinition primär dem Pflegereporting, welches die Berufsgruppen der professionellen Sozialbetreuung und der Pflege gemäß GuKG umfasst. Ebenso zeigt sich in der Praxis, dass die Sozialbetreuungsberufe vielfach in enger Zusammenarbeit mit den Pflegeberufen verbunden sind und die Qualität sich aus beiden ergibt. Zweitens kann die Begriffsanalyse nach Avant und Walker (1998) von Gugerell (2008) keine eindeutigen Unterschiede der Begriffe Betreuung und Pflege auf Basis gesetzlicher Regelungen oder anderweitiger Begriffsdefinitionen anschaulich ableiten. Da die Begriffe Betreuung und Pflege im Gesundheits- und Pflegebereich getrennt und hier im Sprachgebrauch nicht synonym verwendet werden, wird ein inhaltlicher Unterschied zwischen den Begriffen suggeriert, der aber aus Sicht der Leistungsempfänger:innen nicht wahrnehmbar ist (Gugerell 2008). Auch in der internationalen Literatur sind die Begriffe Pflege und Betreuung eng miteinander verbunden. So findet sich etwa der Begriff Betreuung ebenfalls in der Definition der Pflege der ICN (International Council of Nurses) und der WHO (WHO und International Council of Nurses zitiert nach I care Pflege 2020).

Der **Begriff der Evidenz** im Kontext der evidenzbasierten Medizin leitet sich vom englischen Wort *evidence* (dt. Nachweis, Beweis) ab und bezieht sich auf den Nachweis eines Zusammenhangs / einer Wirksamkeit primär aus kontrollierten Studien. Das Aufgabenfeld von Betreuung und Pflege umfasst Bereiche, in denen diese nachweislichen Zusammenhänge/Wirkungen nicht ohne weiteres zu erbringen sind (z. B. aufgrund von Problemen mit dem Studiendesign, der Art der Intervention). Das aktuelle Wissen und die vorhandenen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse werden in Standards und Leitlinien der Pflege- und Betreuungspraxis verankert. In diversen Institutionen sind hierfür Fachexpertinnen und -experten aus der Pflege im Einsatz. Jedoch zeichnen sich in der Praxis Herausforderungen im Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis ab, bzw. sind für viele Fragestellungen noch keine oder wenige Studien verfügbar. Im Bereich der Betreuung zeigt sich dasselbe Bild. Um diese Differenzen aufzufangen, führt die Arbeitsdefinition Qualität professioneller Betreuung und Pflege dies als „*verfügbare wissenschaftliche Erkenntnisse, Standards sowie Leitlinien ...*“ aus und verzichtet auf den Begriff der Evidenz.

Unter dem Qualitätsmerkmal der **Person(en)zentriertheit** wird die Berücksichtigung alters- und/oder entwicklungsadäquater Erfordernisse/Bedürfnisse aufgenommen, da diese die spezifischen Bedürfnisse von Menschen nochmalig darlegt. Zu berücksichtigen ist, dass das Qualitätsmerkmal der Person(en)zentriertheit substanzielle Herausforderungen in der Messung aufweist (Santana et al. 2019). Trotz dieser Herausforderung ist Person(en)zentriertheit ein zentrales Merkmal der Qualität von Betreuung und Pflege, wird von der WHO für die Ausrichtung von Gesundheitssystemen forciert und findet sich bereits im Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen unter dem Begriff „Patientinnen- und Patientenorientierung“ (GQG 2004; WHO 2015). Vor diesem Hintergrund fokussiert die Forschung zunehmend auf die Messung von Person(en)zentriertheit mit quantitativen und/oder qualitativen Ansätzen (Cribb/Woodcock 2022; Louw et al. 2020; McCance et al. 2020).

Die finale Arbeitsdefinition Qualität professioneller Betreuung und Pflege wird in Kapitel 7 dargestellt.

7 Arbeitsdefinition Qualität professioneller Betreuung und Pflege

Angehörige der **Sozialbetreuungsberufe** sowie der **Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege** (GuK) erbringen professionelle **Dienstleistungen gemäß den jeweiligen (berufs)rechtlichen Regelungen** in allen Versorgungsformen und -stufen. Betreuung und Pflege orientieren sich an einem biopsychosozialen Menschenbild, formen ein zusammenhängendes Kontinuum und greifen ineinander.

Betreuung und Pflege zielen auf die Begleitung, Unterstützung und das Empowerment von gesunden und/oder kranken Personen, Familien, Gemeinden, Gemeinschaften oder Gruppen ab. Wesentliche Handlungsfelder sind dabei die Erhaltung, Förderung, Verbesserung oder bestmögliche Wiederherstellung von Wohlbefinden, Lebensqualität, Gesundheit und/oder Handlungsfähigkeit, die Chancen- und Bedarfsgerechtigkeit, Selbstbestimmung sowie die Inklusion.

Dafür benötigte Leistungen und Angebote basieren auf verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen, Standards sowie Leitlinien und fokussieren auf überprüf- und/oder messbare Ergebnisse. Integrierte Versorgungssysteme, -strukturen und -prozesse ermöglichen die bedarfsgerechte Erbringung dieser Leistungen und Angebote. Dies erfordert neben fachlichen und persönlichen Kompetenzen der handelnden Personen sowohl eine Kultur der Professionalität und Interprofessionalität als auch Koordination und Vernetzung.

Arbeitsdefinition⁴

Professionelle Betreuungs- und Pflegequalität beschreibt den Grad der Erreichung der Qualitätsmerkmale professioneller Betreuung und Pflege. Diese Qualitätsmerkmale sind: Person(en)zentriertheit, Bedarfsorientierung, Sicherheit, Effektivität und Effizienz

Person(en)zentriertheit umfasst eine professionelle Haltung mit einer Ausrichtung der Betreuungs- und Pflegeleistungen am Menschen, dessen Lebenswelten, Zielen, Wünschen und Ressourcen. Die Umsetzung einer person(en)zentrierten Betreuung und Pflege stützt sich auf aktuelle Theorien und Konzepte und erfordert in Hinblick auf die zu betreuenden/pflegenden Person(en)

- » die Berücksichtigung persönlicher, kultureller und spiritueller Werte und der Diversität,
- » das Entgegenbringen von Respekt und die Wahrung der Würde,
- » die Berücksichtigung alters- und/oder entwicklungsadäquater Erfordernisse/Bedürfnisse,
- » das Fördern der Selbstbestimmung, Selbstkompetenz und Autonomie,
- » das Ermöglichen von Partizipation am Betreuungs- und Pflegeprozess sowie der gesellschaftlichen Teilhabe,

4

Ausgehend von den Erkenntnissen aus der Entwicklung der Arbeitsdefinition und in Anlehnung an das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG) ist das Qualitätsmerkmal Person(en)zentriertheit trotz der damit verbundenen Herausforderungen bei der Messung ein zentrales Merkmal der Qualität.

- » das Aufbauen tragfähiger, wertschätzender Beziehungen.

Bedarfsorientierung umfasst eine am ermittelten Bedarf sowie den Bedürfnissen und Zielen der Person(en) orientierte integrierte Versorgung mit aus fachlicher Perspektive angezeigten, korrekt durchgeführten und überprüfbaren Betreuungs- sowie Pflegeleistungen⁵ und -angeboten. Dazu bedarf es

- » eines chancengerechten Zugangs in Bezug auf die Verfügbarkeit der Leistungen und auf Wartezeiten ohne Benachteiligungen,
- » zeitgerechter Ressourcenverfügbarkeit und adäquaten Ressourceneinsatzes (Fachkräfte qualitativ und quantitativ in handlungsfähigen Teams, Arbeitsmittel, Infrastruktur und Organisation inkl. Dateninfrastruktur),
- » geeigneter Führungsstrukturen, adäquater Führungskultur und Personalentwicklung,
- » der Planung, Koordination und interprofessionellen Kooperation sowie
- » fachlicher, zeitlicher und personeller Kontinuität sowie der Kontinuität der Information.

Sicherheit in der Betreuung und Pflege bezieht sich auf eine Leistungserbringung und die Rahmenbedingungen, welche das Vermeiden von unvermeidbaren Risiken, Gefahren, (Beinahe-)Fehlern und Schäden für alle am Betreuungs- und Pflegeprozess beteiligten Personen in den Fokus rücken. Dazu werden folgende Aspekte benötigt:

- » Rahmenbedingungen, welche ein sicheres Arbeiten ermöglichen (Personalausstattung, Arbeitsbedingungen/Arbeitsqualität, Organisation und Struktur inkl. digitaler Dokumentation der Leistungserbringung über Funktions- und Systemgrenzen hinweg)
- » Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagement: transparente und fachlich abgestimmte Prozesse, Standards, wissenschaftlich basierte Leitlinien, Qualitätskriterien, definierte Kommunikation, Fehlermelde- und Lernsysteme sowie Sicherheitskultur, Kultur der kontinuierlichen Verbesserung
- » ein person(en)zentriertes Beachten von Selbstbestimmung und des Bedarfs an Schutz und Fürsorge (Sicherheit) bzw. des Rechts darauf

Effektivität in der Betreuung und Pflege bedeutet die Bereitstellung und Erbringung von Leistungen mit gewünschten Wirkungen gemäß verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen. Ein zentraler Aspekt der Effektivität ist der Grad der Erreichung der gesetzten Ziele für Personen, Familien, Gemeinden, Gemeinschaften oder Gruppen durch die erbrachten Leistungen. Standardisierte und regelmäßige Qualitätsmessungen stellen die Basis für die Bewertung der Effektivität dar und umfassen die Art und Form der Erbringung der Leistungen, deren Akzeptanz bei den unterstützten Menschen und die Eignung der Methoden und Maßnahmen.

5

lt. GuKG § 12 in Bezug auf die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, die Unterstützung des Heilungsprozesses und die Linderung und Bewältigung gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht

Effizienz in der Betreuung und Pflege umfasst die fach- und bedarfsgerechte Erfüllung des Versorgungsauftrags mit optimalem Einsatz der zur Verfügung stehenden materiellen, personellen und immateriellen (etwa Ideen für Innovationen) Ressourcen zur Vermeidung von Unter-, Über- oder Fehlversorgung unter Berücksichtigung des Aspekts der Nachhaltigkeit.

8 Erläuterungen zur Arbeitsdefinition

Im Rahmen der Arbeitsdefinition sind die Qualitätsmerkmale beschrieben. Weitere verwendete Begriffe, die für das Verständnis der Arbeitsdefinition relevant sind, werden im Folgenden unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus den vier Projektphasen (Literaturrecherche, Fokusgruppen, Delphi-Prozess und öffentliche Konsultation) erläutert.

Angehörige der Sozialbetreuungsberufe

Laut Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe gelten Personen mit folgenden Ausbildungen als Angehörige der Sozialbetreuungsberufe (Sozialbetreuungsberufe Bund-Länder 2005):

1. Diplom-Sozialbetreuer:innen
 - a) mit dem Schwerpunkt Altenarbeit (Diplom-Sozialbetreuer:innen A),
 - b) mit dem Schwerpunkt Familienarbeit (Diplom-Sozialbetreuer:innen F),
 - c) mit dem Schwerpunkt Behindertenarbeit (Diplom-Sozialbetreuer:innen BA),
 - d) mit dem Schwerpunkt Behindertenbegleitung (Diplom-Sozialbetreuer:innen BB),
2. Fach-Sozialbetreuer:innen
 - a) mit dem Schwerpunkt Altenarbeit (Fach-Sozialbetreuer:innen A),
 - b) mit dem Schwerpunkt Behindertenarbeit (Fach-Sozialbetreuer:innen BA),
 - c) mit dem Schwerpunkt Behindertenbegleitung (Fach-Sozialbetreuer:innen BB)
3. Heimhelfer:innen, soweit in den landesrechtlichen Vorschriften vorgesehen

Angehörige der Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege (GuK)

Laut § 1 des Bundesgesetzes über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuKG) sind Gesundheits- und Krankenpflegeberufe:

1. der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
2. die Pflegefachassistenz
3. die Pflegeassistenz

Versorgungsstufen

Gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017 in der geltenden Fassung sind Versorgungsstufen Gestaltungselemente der Gesundheitsversorgung und beziehen sich auf die Abstufung der Versorgung von Laienversorgung über Primärversorgung, ambulante Fachversorgung bis hin zur stationären Versorgung (BMSGK 2019).

Versorgungsformen

„Versorgungsform“ bezeichnet die Struktur der Versorgung hinsichtlich ihrer Art und Ausgestaltung. Hiermit können verschiedene stationäre oder ambulante etablierte oder neue Versorgungsformen wie z. B. mobile Langzeitpflege, Tageszentren gemeint sein (BMASGK 2019).

Kultur der Professionalität

Der Begriff Kultur der Professionalität dient als Überbegriff für Aspekte wie Zusammenarbeit in der Berufsgruppe und über Berufsgruppen hinweg, Entwicklung der Praxis und Arbeitskultur, Übernehmen von Verantwortung für die eigene Tätigkeit und professionelle Kommunikation in diesem Zusammenhang, Professionalisierung der Pflege und Betreuung sowie damit verbundene Aus- und Weiterbildung.

Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung (IV) ist eine

- » patientenorientierte,
- » kontinuierliche,
- » sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre und an
- » standardisierten Behandlungskonzepten (Guidelines, Behandlungspfaden ...) ausgerichtete Versorgung (Eger et al. 2012).

Sie umfasst Prozess- und Organisationsintegration (Gesundheitsreformgesetz 2013 2013, . Abschnitt § 3 Punkt 5). Damit ist eine bedarfsgerechte Ausgestaltung der Versorgung gemeint, die nötige Leistungen aufeinander abstimmt oder sie so zusammenführt, dass sie ohne großen Aufwand durch die empfangende Person einfach in Anspruch genommen werden kann.

Chancengerechtigkeit

„Chancengerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit bedeutet einen gerechten Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit, damit alle Menschen bedarfsgerechte Möglichkeiten zur Entwicklung und Erhaltung ihrer Gesundheit haben. Soziale Ungleichheit, also die ungleiche Verteilung materieller und immaterieller Ressourcen in einer Gesellschaft, hat einen bedeutsamen Einfluss auf die Lebenschancen und damit auch die Gesundheit von betroffenen Personen, Gruppen oder Gesellschaften. Die Möglichkeiten des Zugangs zu und der Verteilung von Ressourcen werden meistens entlang von Unterschieden im sozioökonomischen Status (Unterschiede nach Bildung, Einkommen, beruflicher Position und sozialem Status) beschrieben. Darüber hinaus lassen sich auch andere Bestimmungsfaktoren sozialer Ungleichheit beschreiben wie Migrationshintergrund, Wohnregion, Lebensalter, Gender und Familienstand.“ (FGÖ o.D.)

Versorgungsauftrag

Ein Versorgungsauftrag ist eine Festlegung dessen, welche Versorgungsleistungen zu erbringen sind. Es gibt beispielsweise Versorgungsaufträge, die im Rahmen des ÖSG festgelegt wurden (BMSGK 2019). Im Sinn der Arbeitsdefinition ist der Begriff aber weiter gefasst und beinhaltet auch einen definierten Versorgungsauftrag, der sich aus dem konkreten Versorgungsbedarf ergibt.

Nachhaltigkeit

Ein nachhaltiger Umgang mit Ressourcen umfasst alle Aspekte, die sich auf einen ressourcenschonenden und wertschätzenden Umgang mit Personen, Infrastruktur, materiellen und immateriellen Aspekten der Leistungsbereitstellung und Leistungserbringung (z. B. Ideen oder Materialien) und die Verwendung umweltschonender Materialien beziehen, aber auch nachhaltige Entscheidungen, die z. B. auf einen langfristigen Nutzen ausgerichtet sind.

9 Conclusio

Das Fehlen eines gemeinsamen Verständnisses dafür, was Betreuungs- und Pflegequalität ist, stellte ein Hindernis für den Aufbau des österreichischen Pflegereportings und hier insbesondere der Säule 2, „Auswirkungen der Personalsituation auf die Bevölkerung“, dar. Die nun vorliegende Arbeitsdefinition bewegt sich auf der Metaebene und hebt jene Aspekte hervor, die für das Zustandekommen von Betreuungs- und Pflegequalität zentral sind. Für die Anwendung der Arbeitsdefinition wird in vielen Fällen eine Operationalisierung für den konkreten Anwendungsfall notwendig sein. Im Kontext des Pflegereportings bedeutet das insbesondere eine intensive Arbeit an den Messgrößen und eine schrittweise Entwicklung hin zu einem aussagekräftigen Messmodell.

Besonders nutzbringend im Zuge der Erarbeitung der Arbeitsdefinition war das breit angelegte Einbeziehen unterschiedlicher Sichtweisen, Nutzer- und Interessengruppen. Dadurch konnte Einsicht in die Vielfalt der Merkmale von Betreuungs- und Pflegequalität gewonnen werden und eine kritische Reflexion stattfinden. Die gewählte Methode für die Entwicklung der Arbeitsdefinition zielte darauf ab, ein Ergebnis zu erhalten, das für viele (Versorgungs-)Bereiche anschlussfähig ist, unterschiedliche Blickwinkel auf Qualität einschließt und für Österreich gültig ist. Die gemeinsame Betrachtung von Sozialbetreuungsberufen und von Pflegeberufen des GuKG zeigte sich insbesondere für jene Bereiche, in denen längerfristig Versorgung in Anspruch genommen wird, als notwendig und wurde im weiteren Prozess überwiegend positiv gesehen – besonders vor dem Hintergrund der Verwendung der Arbeitsdefinition für das berufsgruppenübergreifende Pflegereporting und wegen des Fokus auf die Person und auf die Qualität, die unabhängig von arbeitsteiligen Prozessen bei der Person ankommt. Zu beachten bleiben dabei jedenfalls die unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen der umfassten Berufsgruppen, die Unterschiede im Aufgabenbereich, aber auch dass Befürchtungen geäußert wurden, dass durch eine gemeinsame Qualitätsdefinition eine Verschiebung von Tätigkeiten hin zu weniger qualifiziertem Personal stattfinden könnte. Ein Nachteil der gemeinsamen Definition liegt darin, dass eine gemeinsame Ausgangsbasis das Ableiten konkreter Qualitätskriterien für einzelne Berufe oder Aufgabenfelder schwieriger machen kann und zunächst eine nähere Spezifikation des Berufs/Aufgabenfelds voraussetzt.

Die Messbarkeit der einzelnen Qualitätsmerkmale ist derzeit sehr unterschiedlich. Während Aspekte wie Effektivität und Effizienz einfacher messbar sind, stellt sich die Messung von Person(en)zentrierung deutlich herausfordernder dar und bedarf gerade für ein Vorhaben wie das Pflegereporting noch umfassender Arbeit, da geeignete Messgrößen für die Ebene eines nationalen Reportings fehlen. Der starke internationale Fokus auf Person(en)zentriertheit und die vermehrte Forschungstätigkeit zu Patientenzentriertheit, aber auch zu Patient-reported Outcomes legen aber nahe, dass in absehbarer Zeit auch für diesen Bereich ausreichend geeignete und valide Messgrößen zur Verfügung stehen werden.

Mit der vorliegenden Arbeitsdefinition für die Qualität professioneller Betreuung und Pflege liegt erstmals ein fundiert erarbeitetes und breit abgestimmtes Verständnis für diese komplexe Materie in Österreich vor. Die Arbeitsdefinition ist in ihren Merkmalen an vorhandene Qualitätsdefinitionen sowohl aus dem Gesundheits- als auch aus dem Pflegebereich gut anschlussfähig. Auch jene Qua-

litätskriterien, welche die WHO für Indikatoren zur Messung der Effizienz von Gesundheitssystemen und für die Beurteilung von Langzeitpflegesystemen vorschlägt, finden sich in den Merkmalen der Definition wieder.

Die Autorinnen empfehlen, nach einer ersten Phase der Anwendung die Arbeitsdefinition hinsichtlich ihrer Inhalte und Formulierung zu evaluieren und sie anhand der gesammelten Erfahrungen und Evaluierungsergebnisse bei Bedarf weiterzuentwickeln.

10 Quellen

- 15a B-VG pflegebedürftige Personen: Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen samt Anlagen, BGBl. Nr. 866/1993 (NR: GP XVIII RV 1069 AB 1331 S. 136. BR: AB 4660 S. 576.)
- Aase, Ingunn; Ree, Eline; Johannessen, Terese; Strømme, Torunn; Ullebust, Berit; Holen-Rabbersvik, Elisabeth; Thomsen, Line Hurup; Schibeveag, Lene; van de Bovenkamp, Hester; Wiig, Siri (2021): Talking about quality: how 'quality' is conceptualized in nursing homes and homecare. In: BMC Health Services Research 21/1:1-12
- AHRQ (2015): Six Domains of Healthcare Quality [online]. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html> [Zugriff am 9.1.2023]
- Allen-Duck, Angela; Robinson, Jennifer C.; Stewart, Mary W. (2017): Healthcare Quality: A Concept Analysis. In: Nursing Forum 52/4:377-386
- BMASGK (2019): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 27. September 2019 beschlossenen Anpassungen. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Burhans, Linda Maas; Alligood, Martha Raile (2010): Quality nursing care in the words of nurses. In: Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc) 66/8:1689-1697
- Cribb, Alan; Woodcock, Thomas (2022): Measuring with quality: the example of person-centred care. In: Journal of Health Services Research & Policy 27/2:151-156
- Dubois, Carl-Ardy; D'Amour, Danielle; Pomey, Marie-Pascale; Girard, Francin; Brault, Isabelle (2013): Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. In: BMC Nursing 12/7:
- Eger, Karin; Höfler, Sabine; Rossa, Martina (2012): Strategien für die Gesundheitsversorgung. Lösungsansätze des Competence Centers Integrierte Versorgung. In: Soziale Sicherheit 2012/1:14-24
- FGÖ (o.D.): Chancengerechtigkeit [online]. Gesundheit Österreich GmbH [Zugriff am 22.12.2022]
- Gesundheitsreformgesetz 2013 (2013): Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Sonderunterstützungsgesetz,

Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, das Familienlastenausgleichsgesetz 1967, das Gesundheitsqualitätsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden, Bundesgesetzblatt 81/2013, Fassung vom 23.5.2013

GQG (2004): Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen

(Gesundheitsqualitätsgesetz), BGBl I Nr 179/2004, in der geltenden Fassung

Gugerell, Monika (2008): Pflege und Betreuung – die Verwendung von Begriffen bestimmt das Bild. Master of Science. Donausuniversität Krems, Stockerau

GuKG: Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), BGBl I Nr 108/1997 in der geltenden Fassung

Hudelson, P.; Cleopas, A.; Kolly, V.; Chopard, P.; Perneger, T. (2008): What is quality and how is it achieved? Practitioners' views versus quality models. In: Qual Saf Health Care 17/1:31–36

I care Pflege (2020): Was ist Pflege? Definition des ICN [online]. Schwencke Silja

https://eref.thieme.de/ebooks/cs_11485596#/ebook_cs_11485596_cs190 [Zugriff am 17.11.2022]

Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (2018): Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege., Berlin

Juanamasta, I. Gede; Aunguroch, Yupin; Gunawan, Joko (2021): A Concept Analysis of Quality Nursing Care. In: Journal of Korean Academy of Nursing 51/4:430–441

KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. I Nr. 69/2011, in der geltenden Fassung

Keeney, S.; Hasson, F.; McKenna, H. (2006): Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. In: J Adv Nurs 53/2:205–212

Kobayashi, H.; Takemura, Y.; Kanda, K. (2011): Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure–process–outcome approach theory. In: Scand J Caring Sci 25/3:419–425

Koy, Virya; Yunibhand, Jintana; Angsuroch, Yupin (2015): Nursing care quality: a concept analysis. In: International Journal of Research in Medical Sciences 3/8:1832–1838

Louw, J. M.; Marcus, T. S.; Hugo, J. (2020): How to measure person-centred practice – An analysis of reviews of the literature. In: Afr J Prim Health Care Fam Med 12/1:e1–e8

Maybin, Jo; Charles, Anna; Honeyman, Matthew (2016): Understanding quality in district nursing services. Learning from patients, carers and staff. The King's Fund, London

- McCance, T.; Dickson, C. A. W.; Daly, L.; Boomer, C. A.; Brown, D.; Lynch, B.; MacArthur, J.; Mountain, K.; McCormack, B. (2020): Implementing person-centred key performance indicators to strengthen leadership in community nursing: A feasibility study. In: *J Nurs Manag* 28/6:1443–1452
- Murphy, K. (2007): Nurses' perceptions of quality and the factors that affect quality care for older people living in long-term care settings in Ireland. In: *J Clin Nurs* 16/5:873–884
- Oner, Beratiye; Zengul, Ferhat D.; Oner, Nurettin; Ivankova, Nataliya V.; Karadag, Ayise; Patrician, Patricia A. (2020): Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997–2017). In: *Nursing Open* 8/3:1005–1022
- Rozin, P.; Fischler, C.; Imada, S.; Sarubin, A.; Wrzesniewski, A. (1999): Attitudes to Food and the Role of Food in Life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: Possible Implications for the Diet-Health Debate. In: *Appetite* 33/2:163–180
- Santana, Maria-Jose; Ahmed, Sadia; Lorenzetti, Diane; Jolley, Rachel J; Manalili, Kimberly; Zelinsky, Sandra; Quan, Hude; Lu, Mingshan (2019): Measuring patient-centred system performance: a scoping review of patient-centred care quality indicators. In: *BMJ Open* 9/1:e023596
- Schmid-Büchi, S.; Rettke, H.; Horvath, E.; Marfurt-Russenberger, K.; Schwendimann, R. (2008): The 'Zurich Quality Model of Nursing Care', based on the 'Quality of Health Outcome Model' (QHOM): a new perspective in measuring quality in nursing care. In: *Pflege* 21/5:309–317
- Sozialbetreuungsberufe Bund-Länder 2005: Sozialbetreuungsberufe (Bund – Länder). Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, BGBl. I Nr. 55/2005,, in der geltenden Fassung.
- Tzelepis, Flora; Rose, Shiho K.; Sanson-Fisher, Robert W.; Clinton-McHarg, Tara; Carey, Mariko L.; Paul, Christine L. (2014): Are we missing the Institute of Medicine's mark? A systematic review of patient-reported outcome measures assessing quality of patient-centred cancer care. In: *BMC Cancer* 14/1:41–41
- Weißenhofer, Sabine; Rappold, Elisabeth; Pochobradsky, Elisabeth; Gyimesi, Michael; Schmidt, Andrea (2021): Konzept für den Aufbau eines Pflegereportings. *Gesundheit Österreich, Wien*
- WHO (2007): *People-Centred Health Care: A policy framework*. WHO, Genf
- WHO (2015): *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services*. World Health Organisation
- WHO (2021): *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care* CC BY-NC-SA 3.0 IGO. World Health Organization, Genf

Ying, Liu; Aunguroch, Yupin (2018): Factors influencing nurse-assessed quality nursing care: A cross-sectional study in hospitals. In: *Journal of Advanced Nursing* (John Wiley & Sons, Inc) 74/4:935-945

Anhang

Anhang 1: Dokumentation CINAHL Suche via EBSCOhost

Anhang 1

Dokumentation CINAHL Suche via EBSCOhost

Tabelle 2: Such-Historie von EBSCOhost 9.3.2022

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S7	S6 OR S2	Limiters – Language: English, German Expanders – Apply equivalent subjects Search modes – Boolean/Phrase	Interface – EBSCOhost Research Databases Search Screen – Advanced Search Database – CINAHL	885
S6	S1 AND S5	Expanders – Apply equivalent subjects Search modes – Boolean/Phrase	Interface – EBSCOhost Research Databases Search Screen – Advanced Search Database – CINAHL	341
S5	S3 AND S4	Expanders – Apply equivalent subjects Search modes – Boolean/Phrase	Interface – EBSCOhost Research Databases Search Screen – Advanced Search Database – CINAHL	9,029
S4	(MM "Nursing Practice") OR (MM "Nursing Theory") OR (MM "Nurse Attitudes") OR (MM "Nursing Models, Theoretical") OR (MM "Quality of Nursing Care") OR (MM "Nursing Care")	Expanders – Apply equivalent subjects Search modes – Boolean/Phrase	Interface – EBSCOhost Research Databases Search Screen – Advanced Search Database – CINAHL	68,601
S3	(MM "Quality of Health Care") OR (MM "Quality of Care Research") OR (MM "Quality of Nursing Care") OR (MM "Process Assessment (Health Care)")	Expanders – Apply equivalent subjects Search modes – Boolean/Phrase	Interface – EBSCOhost Research Databases Search Screen – Advanced Search Database – CINAHL	49,684
S2	AB (S1) N3 (nurs* OR health#care OR ((elder* OR old*) N2 care))	Limiters – Language: English, German Expanders – Apply equivalent subjects Search modes – Boolean/Phrase	Interface – EBSCOhost Research Databases Search Screen – Advanced Search Database – CINAHL	719
S1	AB (concept* OR defini* OR meaning OR framework OR	Expanders – Apply equivalent subjects Search modes – Boolean/Phrase	Interface – EBSCOhost Research Databases Search	19,421

factors OR understanding OR beliefs OR perspective OR typology OR continuum OR dimension OR debate OR theor* OR model OR criteria OR elements) N3 quality

Screen - Advanced Search
Database - CINAHL

Quelle: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=5&sid=c1a3e2e2-a270-4b86-bf52-4cd354cd015f%40redis&theSearchH>