
Masterthesis

zur Erlangung des akademischen Grades

MBA Health Care Management

an der

Wirtschaftsuniversität Wien
Studiengang MBA für Health Care Management

Thema: Die Therapievisite als Mittel zur Qualitätssicherung in den Berufen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes

Vorgelegt von: Gregor Kurt Höblinger, MSc BSc

Adresse: Schulrat-Franz-Schneider-Gasse 36, 3130 Herzogenburg

Matrikel-Nr.: 0857200

Beurteiler/Betreuer: Dr. Stephan Leixnering

Abgabedatum: 1. September 2022

Ich versichere:

dass ich die Arbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe, dass ich diese Arbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin bzw. einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe, dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin bzw. vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum:

Unterschrift:

Inhalt

Inhalt	1
Tabellenverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
1 Einleitung	5
1.1 Problem und Forschungsfrage	5
1.2 Die Arbeit.....	6
2 Therapie	8
2.1 Der therapeutische Prozess	9
2.1.1 Die Therapie als agiler Prozess.....	10
2.2 Therapiequalität und deren Management	12
2.2.1 Die Stellschrauben der Therapiequalität.....	13
2.2.2 Messbarkeit der Therapiequalität	16
2.2.3 Messzeitpunkt.....	16
2.2.4 Dokumentation der MTD-Berufe.....	17
2.3 Modellfall Pflegevisite	18
2.3.1 Phasen und Ziele der Pflegevisite	19
3 Therapievisite	23
3.1 Konzepttransfer der Pflegevisite in die Therapievisite	24
3.1.1 Therapie als Standard Operating Procedure	25
3.1.2 Phasen der Therapievisite	30
3.1.3 Ziele der Therapievisite	31
3.1.4 Folgenreiche Einführung der Therapievisite	31
3.2 Expert*innen-Befragung	33
3.2.1 Implementierbarkeit und Rahmenbedingungen.....	33
3.2.2 Skalierbarkeit.....	35
3.2.3 Weitere Statements der Expert*innen	36
4 Conclusio, Ausblick und Limitation	37
4.1 Key-Findings.....	38
4.1.1 Verfügbarkeit	38
4.1.2 Akzeptanz	38
4.1.3 Transparenz.....	38
4.2 Ausblick	39
5 Literaturverzeichnis	40

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Der SCRUM-Prozess	11
Abbildung 2 - SOP in BPMN-Schreibweise	25
Abbildung 3 - Ausschnitt aus dem SOP der Physiotherapie	28
Abbildung 4 – SOP „Geriatrisches Assessment“	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Ziele der Pflegevisite.....	22
---	----

Abkürzungsverzeichnis

ASZK.....	<i>Ambulanzselbstzahlerkatalog</i>
CEO	<i>Chief Operating Officer</i>
ICF	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
LKF.....	<i>Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung</i>
MEL.....	<i>medizinische Einzelleistungen</i>
MTD	<i>medizinisch-technischer Dienst</i>
MTDG	<i>medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe</i>
SMART	<i>Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time bound</i>
SOP.....	<i>Standard Operating Procedure</i>

1 Einleitung

Die Berufsgruppen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes haben sich in den letzten Jahrzehnten stark weiterentwickelt. Nach einer Emanzipation aus den Pflegeberufen heraus wurden die Berufe nach und nach akademisiert. Eine besondere Vorreiterrolle nahm dabei bereits früh die Physiotherapie ein, die besonders in Wien auf eine lange Geschichte zurückblicken kann. Auch die Pflege hat sich in den letzten Jahren auf ein höheres, akademisches Niveau entwickelt und konnte so ihre Professionalität und wichtige Rolle im Gesundheitssektor weiter stärken.

Zu den Berufsgruppen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes (MTD) gehören diverse akademisch ausgebildete Gesundheitsdienstleister*innen. Neben Physio- und Ergotherapeut*innen komplettieren Logopäd*innen, Diätolog*innen, und Orthoptist*innen sowie Radiologietechnolog*innen und biomedizinische Analytiker*innen das Feld.

Sie durchlaufen eine mehrjährige akademische Ausbildung an Fachhochschulen der Bundesländer und schließen ihre Ausbildungen mit dem Titel Bachelor Of Science ab. Als Naturwissenschaftler*innen verpflichten sie sich im Zuge der Diplomvergabe zur gewissenhaften Ausübung ihrer Berufe und zur stetigen Fort- und Weiterbildung – das Gesetz und das Gesundheitsberuferegister bestätigen diese Pflicht.

1.1 Problem und Forschungsfrage

Mit einer höheren Akademisierung der Berufe steigt auch der Anspruch an die eigene Arbeit. Nach und nach hat sich in den letzten Jahren in vielen Einrichtungen eine genaue, teils elektronische Dokumentation etabliert. Neben einem therapeutischen Dekurs sind auch Anfangs- zwischen und Endbefunde in den Fokus gerückt. Eine einheitliche Vorgehensweise, welches diese Werkzeuge zum Zwecke der Qualitätssicherung überprüft und mit den Teilnehmer*innen im therapeutischen Prozess bespricht gibt es in der Therapie nicht. Tatsächlich ist auch ein einheitlicher therapeutischer Prozess kaum definiert, wenngleich die Ausbildungen der Fachhochschulen ähnlich sind. Diese Masterthese beschäftigt sich mit der Frage der Implementierbarkeit und Skalierbarkeit einer Therapievisite, die mit Anpassungen analog zur Pflegevisite aufgebaut sein soll. Weiters werden im Zuge der Empirie Expert*innen zum erstellten Konzept und zu diesen Kernthemen befragt

Die Pflege ist hier bereits einen Sprung voraus. Bereits 2009 spricht die Literatur von einem etablierten Werkzeug: die Pflegevisite (Eder, 2009). Hierbei wird der pflegerische Prozess unter Einbindung aller Teilnehmer*innen, also dem Pflegepersonal und den Patient*innen überprüft, um die Qualität zu sichern, zu halten und gegebenenfalls zu verbessern.

Es stellen sich daher die Fragen, wie eine solche Pflegevisite als Therapievisite umgesetzt werden kann und wie die Therapievisite letztendlich auch in einer Langzeitpflegeeinrichtung etabliert werden kann.

Ein zentraler Aspekt dieser Arbeit ist die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement in der Therapie. Dabei wird dieses vielschichte Konstrukt auseinandergenommen und im Detail analysiert. Der Dokumentation kommt dabei eine tragende Rolle zu. Durch den Konzepttransfer der Pflegevisite in die Therapievisite wird dem multidimensionalen Denken – nicht nur hinsichtlich der Therapiequalität sondern auch der Therapie an sich – Rechnung getragen.

1.2 Die Arbeit

Die Herangehensweise an die Fragestellung des vorangegangenen Absatzes ist klar. Zunächst wird die Literatur bemüht. In der Therapie steht man hinsichtlich der Literatur aber vor einem Problem: es wurde noch nicht zu dem Thema geforscht. Es bleibt hier also nichts anderes über, als auf die Literatur der Pflege zurückzugreifen und den ersten Schritt beim Schaffen der therapeutischen Literatur zu tun. In der Pflege beschäftigt man sich nicht erst seit 2009 mit der Pflegevisite, sondern schon länger. Bereits 2007 veröffentlichte Monika Habermann ein Buch zum Thema, das sich mit den gleichen Fragen konfrontiert sah wie diese Arbeit.

Auf Basis dieser Literatur gilt es nun Annahmen zu treffen, welche Anpassungen vorgenommen werden müssen, um die Pflegevisite zur Therapievisite zu machen. Immerhin soll das Werkzeug deutlich mehr Berufsgruppen abdecken. Diese müssen von der Sinnhaftigkeit dieses vermeintlichen Kontrolltools auch überzeugt werden. Wie das gelingt, zeigt die Literatur der Pflege ebenso auf.

Die Arbeit beschäftigt sich zunächst mit grundlegenden Fragen. Es muss der therapeutische Prozess durchgedacht werden und man muss sich über das Thema Therapiequalität Gedanken machen. Außerdem wird – zum besseren Verständnis – auf die Historie der MTD-Berufe am Beispiel der Physiotherapie eingegangen. Letztendlich werden die Forschungsfragen anhand der Literaturrecherche beantwortet. Der therapeutische Prozess muss so weit vom tatsächlichen Handeln abstrahiert werden, dass ein klares Verfahren entsteht, das für alle sechs MTD-Berufe gültig ist. Dazu stellt die Arbeit einen Konnex zum agilen Prozess im Softwaredevelopment her. Berufsgruppenspezifische Prozesse runden das Kapitel ab.

Dass Therapiequalität ein komplexes Thema ist, stellt sich spätestens dann heraus, wenn bereits zwei Personen darüber sprechen. Ein Streitgespräch kann sich hier darum drehen, dass doch gar keine Verbesserung von offensichtlichen Parametern (zum Beispiel der Kraftgrad) eingetreten ist. Das Gegenargument wäre bei diesem fiktiven Argument simpel: Das Wohlbe-

finden der Patient*innen hat sich auf weniger offensichtlichen Ebenen (zum Beispiel die der Psyche) verbessert.

Doch wie kann man ein so komplexes Merkmal definieren, um anhand dessen zu einer Bewertung zu kommen? Die Faktoren, die dabei mitspielen – Assessments, die den Therapieerfolg quantifizieren – werden in der Arbeit erläutert. Beim historischen Rückblick auf die Entwicklung der MTD-Berufe am Beispiel der Physiotherapie erkennt man, warum die Pflegevisite in der Pflege bereits etabliert ist, die Therapievisite in der Therapie aber nicht.

Am Schluss werden die zuvor genauer beschriebene Pflegevisite auf eine mögliche Variante der Therapievisite umgelegt und es wird ein Leitfaden erarbeitet, der die Einführung der Therapievisite in einer Langzeitpflegeeinrichtung beschreibt.

Besonderes Augenmerk wird drauf gelegt wie dieses Werkzeug zur Qualitätssicherung bestehende Elemente verwendet um das vielschichtige Konstrukt „Therapiequalität“ zu durchleuchten. Eines davon ist die gesetzlich vage beschriebene Dokumentation der MTD-Berufe. Auch die Pflege macht sich deren Dokumentation für die Pflegevisite zunutze.

2 Therapie

Um zu verstehen, warum die Dokumentation für die Qualitätssicherung ein so wichtiger Bestandteil der MTD-Berufe ist, ist es wichtig ihre Geschichte zu kennen. Es ist wichtig zu erkennen, aus welchen Feldern sich diese Berufe emanzipiert haben. Es soll sich hierbei aber natürlich nicht um eine historische Aufarbeitung des Werdeganges der MTD-Berufe handeln. Das würde nicht nur den Rahmen sprengen, sondern auch nichts Relevantes beitragen. Weiters soll hier die Geschichte der MTD-Berufe in anderen Ländern als Österreich nicht Rechnung getragen werden, da die gesetzlichen Grundlagen und die Details der Ausbildung zu sehr voneinander divergieren. Die Geschichte und Entwicklung in Österreich allein lassen auf mehr als 100 Jahre zurückblicken.

Als eine der ältesten und bekanntesten Berufsgruppen aus dem Verbund der MTD-Berufe werden nun in den folgenden Absätzen die Entstehungsgeschichte der Physiotherapie exemplarisch dargestellt. Es beginnt die jüngere Geschichte der MTD-Berufe am Anfang des vorigen Jahrhunderts in Wien. Als eine der ersten Vorstufen einer Berufsgruppe des medizinisch-technischen Dienstes entwickelte sich am damaligen Krankenhaus Lainz die Ausbildungsstätte für „Assistent*innen der Physiotherapie“. Das veraltete Wort „Physiotherapie“ transformierte sich – auch durch die allmähliche Etablierung der Heilgymnastik im Berufsbild – zusehends zum Wort „Physiotherapie“. Wir schreiben hier das Jahr 1913. Der Weltkrieg, der das seine zum Kundestrom der Heilgymnasten beitragen wird, steht noch an. 1916 wird diese Ausbildung staatlich anerkannt. Über die nächsten 14 Jahre verlängerte sich die Ausbildung immer weiter, bis sie 1940 letztendlich ein Jahr dauerte. Nach einer Auszeit von wenigen Jahren sprang die Dauer der Ausbildung auf zwei Jahre und näherte sich damit weiter der aktuellen Dauer von drei Jahren an. Die Ausbildung wurde aufgrund der aktuellen Geopolitischen Situation an die in Deutschland angeglichen.

Eine Änderung, von der sich die Physiotherapie noch lange nicht erholen sollte, passierte 1949. Durch eine Änderung des Krankenpflegegesetzes wurden die damaligen medizinisch-technischen Hilfsberufe in die Pflege eingegliedert. Die Eigenständigkeit der Berufe stand auf dem Spiel und konnte erst 1961 durch eine weitere gesetzliche Änderung gesichert werden: die Schaffung des Bundesgesetzes über die Regelung der Krankenpflegefachdienste, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste.

Damit war der Grundstein für die Weiterentwicklung der Physiotherapie gelegt. Es sollte bis 1993 dauern bis die Physiotherapeut*innen ihre drei jährige Ausbildung mit einem Diplom schließen durften und weitere 13 Jahre bis man beim heutigen Stand angelangte. Seit 2006 schließen Student*innen des Studienganges Physiotherapie an den Fachhochschulen ihre im-

mer noch dreijährige Ausbildung mit einem Bachelor of Science ab. (Dr. Alice Maria Synek-Strassnitzky, M.Ed., 2016) In dieser Ausbildung lernen die angehenden MTDs auch den über die Jahre entwickelten therapeutischen Prozess kennen.

2.1 Der therapeutische Prozess

Der Therapeutische Prozess besteht im Allgemeinen aus drei groben Schritten. Der erste Schritt nach der Zuweisung der Patient*innen durch die Ärzt*innen wie in Paragraf 2 des MTD-Gesetzes¹ gefordert, ist die Anamnese und Diagnostik. Dabei lernen die Therapeut*innen die ihnen anvertrauten Patient*innen kennen. Sie machen sich ein Bild über ihre Krankengeschichte und das aktuelle Hauptproblem. Im Zuge dessen werden gemeinsam mit den Patient*innen Ziele definiert. Es obliegt hier den Therapeut*innen abzuschätzen, ob es sich dabei um realistische oder unrealistische Nah- oder Fernziele handelt. Außerdem obliegt es hier den Therapeut*innen einfühlsam auf die Selbsteinschätzung der Patient*innen zu reagieren. Es wird eine physiotherapeutische Diagnose gestellt.

Mit dieser gemeinsamen Einschätzung der aktuellen Lage und den gemeinsam – oftmals nach der SMART-Methode definierten – Zielen beginnt nun Phase 2 des therapeutischen Prozesses: die Therapie. Hier werden aktive und passive Maßnahmen gesetzt. Es wird beraten und korrigiert. Den Bedürfnissen der Patient*innen entsprechend werden dem Kompetenzbild der jeweiligen MTD-Berufsgruppe Maßnahmen gesetzt zu denen sie berechtigt sind. Diese Maßnahmen werden entsprechend §11a MTD-Gesetz² dokumentiert. Zwischenfeedback an die Patient*innen muss ebenso gegeben werden wie auch Feedback an den Therapiemethoden eingeholt werden muss. Immer wieder müssen sich die Ziele vor Augen geführt werden und es muss überprüft werden, ob man noch „auf Schiene ist“.

In der letzten Phase des therapeutischen Prozesses kommt es zum Abschluss der Therapie. Es wird nun evaluiert, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden. Es werden Wiederbefundparameter kontrolliert und auf Veränderung überprüft. Im gemeinsamen Gespräch schließt man die Therapie ab und klärt offene Fragen und weiterführende Möglichkeiten.

Der therapeutische Prozess ist, und das wird durch die vorangegangenen Absätze sehr schnell klar, eine Symbiose von Therapeut*innen und Patient*innen. Es ist ein gemeinsamer Tanz, auf den sich beide verständigt haben und bei dem die Therapeut*innen führen. Genauso wie beim Tanzen muss man sich zuerst auf eine gemeinsame Richtung einigen und diese konsequent befolgen. Dabei kann es natürlich auch dazu kommen, dass die Tanzpartner*innen nicht

¹ Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) StF: BGBl. Nr. 460/1992 (NR: GP XVIII RV 202 AB 615 S. 78. BR: AB 4332 S. 557.)

² ebenda

zueinander passen. Das hier bereits mehrfach erwähnte MTD-Gesetz bildet die Grundlage für den Therapeutischen Prozess. Ein ganz besonderes, wiederkehrendes Element des Therapieprozesses ist die Dokumentation.

Um zu zeigen, dass der therapeutische Prozess kein exotisches Novum ist, sondern auch anderen Feldern und Sparten in seinem Ablauf ein Begriff ist, wird im nächsten Absatz ein Blick auf den Agilen Prozess des Softwaredevelopments geworfen: ein Exkurs. Er soll als Inspiration dafür dienen, zu erkennen, dass evaluierbare Prozesse auch in anderen professionellen Bereichen existieren.

2.1.1 Die Therapie als agiler Prozess

Selbst bei maximal selbstorganisierten Teams sind regelmäßige Standortbestimmungen notwendig, wichtig und auch vorgesehen. Konkret geht es hier um SCRUM, dem De-Facto-Standard (Gloger, 2010) im agilen Softwaredevelopment. Der Vergleich des therapeutischen Prozesses mit SCRUM passt gleich in mehreren Punkten. Sehen wir uns dazu den SCRUM-Ablauf genauer an. Im Groben besteht der SCRUM-Ablauf aus mehreren aufeinanderfolgenden Perioden, den sogenannten Sprints. (Gonçalves, 2018)

An deren Anfang steht die Analyse des Product Backlogs. Das ist eine Liste von Features, die das fertige Produkt können soll. Daraus leitet sich das Sprint Backlog ab. Dabei wiederum handelt es sich um eine Auflistung erwarteter Funktionen, Fehlerbehebungen und Aufgaben, die im jeweiligen Sprint erledigt werden sollen. Die Einträge in dieser Liste sind sogenannte „User Stories“. Also eine kleine Geschichte, die den Umgang mit einem speziellen Feature des Produktes beschreibt. (Gonçalves, 2018)

Am Ende der Sprints steht ein Sprint Review beziehungsweise eine Retrospektive. Daraus folgt entweder ein Produkt oder ein weiterer Sprint. (Gonçalves, 2018)

Die Sprints werden vom SCRUM-Team durchgeführt. Es gibt dabei drei Rollen. Der Product Owner behält den Überblick über das Projekt und die Features des Produktes. Das SCRUM Team arbeitet in den Sprints an den Verbesserungen des Produktes und der Implementierung der Features. Der SCRUM-Master der die Einhaltung der Regeln kontrolliert sowie durchsetzt und Hindernisse beseitigt (Gloger, 2010; Gonçalves, 2018).

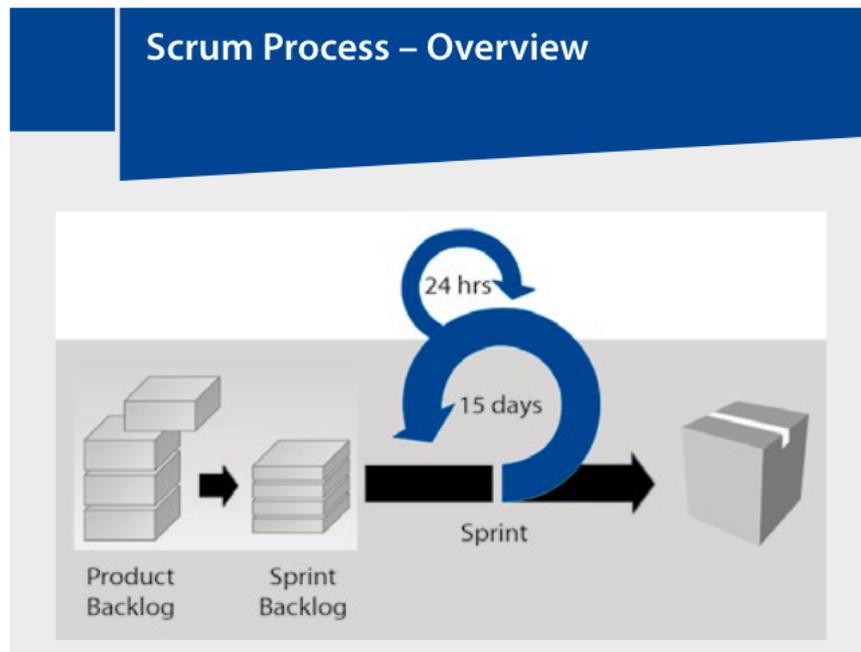


Abbildung 1 - Der SCRUM-Prozess

Concalves et al. (2018) visualisieren den SCRUM-Prozess wie in der Grafik ersichtlich.

Wie lässt sich das nun auf den therapeutischen Prozess umlegen? Dazu muss man davon ausgehen, dass gewissen Standardprozesse definiert sind. Im Speziellen muss die Dauer einer Therapieperiode definiert sein. Während das im Freiberuflichen durch die Anzahl der verordneten Therapien durch Ärzt*innen geschehen ist, gibt es im intramuralen Bereich zwei Sektoren. Der Langzeitbereich braucht zwingend definierte Perioden, da hier meist Therapien ohne bestimmten End-Datum verordnet werden. Im Akut-Sektor fehlt dieses zwar meistens auch, hier sind die Patient*innen aber kurz genug um ein End-Datum obsolet zu machen. Diese Arbeit beschäftigt sich aber im Kern mit der Einführung einer Therapievisite im Langzeitpflegebereich.

Um den Vergleich besonders anschaulich zu machen, sollen die Absätze, die sich auf den SCRUM-Ablauf beziehen paraphrasiert werden. Im Groben besteht der Therapie-Ablauf aus mehreren aufeinanderfolgenden Perioden, den sogenannten Therapieperioden.

An deren Anfang steht die Analyse des Problems und der Ableitung der Fernziele. Das ist eine Liste von Einschränkungen der Patient*innen, die am Ende der Therapie behoben sein sollen. Daraus leiten sich die Nahziele ab. Dabei wiederum handelt es sich um eine Liste von Problemen, die in der jeweiligen Therapieperiode angegangen werden sollen und zur Erreichung der Fernziele beitragen. Die Einträge in dieser Liste sind oft im sogenannten ICF-Modell dargestellt. Also eine Auftrennung der Problematiken der Patient*innen in Strukturelle, Funktionelle und Partizipative Probleme. (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, S. 12; Grötzbach et al., 2014, S. 12)

Die Therapieperioden werden vom Therapieteam begleitet. Es gibt während des gesamten Prozesses viele Rollen, darunter auch die folgenden drei. Die Patient*innen behalten den Überblick über ihren persönlichen Fortschritt und ihre subjektiven Ziele, die am Ende der verordneten Therapie erreicht werden sollen. Das Therapieteam arbeitet in den Therapieperioden gemeinsam mit den Patient*innen an den besprochenen Nahzielen um am Ende die Fernziele zu erreichen. Die Fachbereichsleitung kontrolliert die Einhaltung der Prozesse, setzt diese durch und beseitigt Hindernisse.

Die Erkenntnis, wie nahe sich SCRUM, ICF, der therapeutische Prozess und die Therapievisite zum Teil stehen hat aber auch andere Implikationen. Davidson et al. (2016) haben sich mit den Rollen des CEOs und des SCRUM-Masters gemacht. Sie befinden, dass beide Sprints möglichst kurzhalten wollen. Es geht also ums Optimieren der Therapieperioden. Das kann einige Vorteile haben. Ein wirtschaftlich wichtiger Aspekt ist aber, dass durch einen möglichst raschen Therapieerfolg eine Entlassung aus dem Akutspital früher erfolgen kann. Dadurch verbessert sich die LKF-Wertung. Die LKF Wertung kann im Sinne der Qualitätssicherung auch zur Bewertung der Therapiequalität herangezogen werden. Denn diese ist multidimensional.

2.2 Therapiequalität und deren Management

Woran definiert sich die Therapiequalität? Ist es die Zufriedenheit der Patient*innen? Ist es die Zufriedenheit der Therapeut*innen? Ist es gar die Zufriedenheit der Pflege? Sind es die Ergebnisse der objektivierbaren Tests, wie der Tinetti-Test, das Mini-Nutritional-Assessment oder die Handkraftmessung? Ist es die Statistik der Kennzahlen, wie die Anzahl der Stürze oder die Anzahl der Aspirationen, die uns über die Therapiequalität berichtet? Sehen wir uns diese Punkte genauer an.

Zufriedene Patient*innen können als Indikator für die Therapiequalität dienen. Sie können aber auch stark verfälschend wirken. Denken wir an das folgende Beispiel: Person X ist gestürzt und hat sich einen Oberschenkelhalsbruch zugezogen. Nach der Operation wurde Person X nach Hause entlassen wo sie von einer Servicekraft, einer Heimhilfe und einer Hauskrankenpflegeperson bestens umsorgt wurde. Die Hauskrankenpflegeperson erkannte das Remobilisationspotenzial. Schnell war klar, dass Person X diese Vielzahl an Unterstützung nicht benötigen würde, wenn sie physiotherapeutisch betreut werden würde. Das geschah dann auch. Nach und nach konnten die Leistungen abgebaut werden. Person X war nach 3 Monaten wieder selbstständig mobil, und benötigte nur mehr einmal pro Tag die Unterstützung einer Heimhilfe beim Anziehen. Person X war am Ende dieses Interventionszeitraumes

unglücklich und unzufrieden. Eine Person Y durchlief das gleiche Procedere, erzielte die gleichen Resultate und war am Ende sehr zufrieden. Bei wem war die Therapiequalität also höher? Person X erkannte den Krankheitsgewinn und bewertete deswegen die Therapiequalität schlechter. Person Y hingegen erkannte den Wert der Selbstständigkeit und bewertete deswegen die Therapiequalität höher. Die Patient*innenzufriedenheit alleine kann also keine Aussage über die Therapiequalität treffen.

Wie verhält es sich mit zufriedenen Therapeut*innen? Hier lässt sich ein ähnliches Spiel erkennen. Die exakt gleich durchgeführte, mit den Patient*innen gemeinsam festgelegte Therapie kann von zwei Therapeut*innen als gut und schlecht beurteilt werden. Warum? Die einen Therapeut*innen bewerten die Therapie als gut, weil sie gerade ihre Ausbildung abgeschlossen haben und nach bestem Wissen und Gewissen ihren gesamten Wissensschatz ausgeschöpft hatten. Ältere Kolleg*innen beurteilen nach der gleich durchgeführten Therapie ihre Maßnahmen als schlecht, weil sie einen größeren Schatz an Behandlungsmethoden im Petto hätten, den aber entsprechend der Patient*innenwünsche nicht einsetzen konnten. Wie lässt sich aber nun doch die Therapiequalität beeinflussen? Es gibt mehrere Möglichkeiten hier an Stellschrauben zu drehen. Wieder zeigt sich die Mannigfaltigkeit der Therapiequalität.

2.2.1 Die Stellschrauben der Therapiequalität

Um die Qualität der Therapie zu verändern, können verschiedene Stellschrauben bedient werden. Während manche dieser Stellschrauben ohne tatsächlichem Geldaufwand verändert werden können, sind manche nur durch eine Veränderung der Ressourcen wie Geld und Personalzahl möglich.

Therapiequalität hängt unter anderem von der Zufriedenheit der Patient*innen mit dem Resultat der Therapie aber auch mit der zwischenmenschlichen Interaktion während der Therapieeinheit ab. Das Resultat als absolute Größe kann aber, je nach befragter Person relativ gesehen positiv oder negativ sein. Nicht jedes Resultat ist für jeden Menschen das gewünschte Resultat.

Es wird somit klar, dass eine gute Therapiequalität bereits bei der Anamnese beginnt. Nur wenn die Therapeut*innen im Zuge einer guten Befundung die Erwartung der Patient*innen herausfinden kann auf die patient*innenorientierten Ziele hingearbeitet werden. Doch beißt sich da nicht die sprichwörtliche Katze in den eigenen Schwanz? Nicht jedes Ziel der Patient*innen ist therapeutisch wertvoll. Es soll trotzdem darauf hingearbeitet werden.

Subjektiv empfinden die Therapeut*innen solch eine Therapie unter Umständen als wenig qualitativ. Es gilt also einen Kompromiss zu finden, der die therapeutischen Ziele mit den der

Patient*innen vereint und Resultate sowie Therapieeinheiten ermöglicht die von allen – oder zumindest den meisten – Teilhaber*innen am therapeutischen Prozess als qualitativ hochwertig angesehen werden.

Warum nur den meisten? Im Volksmund spricht man oft davon, es nicht jedem oder jeder recht machen zu können. Auch im therapeutischen Kontext ist das richtig. Im Zentrum stehen die patient*innenorientierten Ziele, die zwischen Patient*innen und Therapeut*innen vereinbart wurden. Die Ziele von Pflegepersonen, Angehörigen oder anderen involvierten Personen müssen nicht zwangsläufig deckungsgleich sein.

Eine einfache Stellschraube ist es also die Befundung so zu optimieren, dass Ziele optimal definiert werden können. Standardisierte Befundbögen, Entscheidungsbäume und Assessmentwerkzeuge können dabei unterstützend wirken.

Oft ist es aber erst der Vergleich mit den Bettnachbar*innen, der Patient*innen unzufrieden werden lässt. Warum darf die andere Person öfter an Therapien teilnehmen? Warum wird die andere Person von mehr Therapeut*innen besucht? Fragen, die für die Fachpersonen leicht zu beantworten sind, aber für die Betroffenen oft nicht verständlich sind.

Klar definierte Prozesse, sogenannte Standard Operating Procedures, auch SOPs genannt, standardisieren Abläufe und machen Entscheidungen nachvollziehbar. Darauf können sich alle Personen (sowohl Patient*innen und Therapeut*innen als auch Angehörige) berufen. Diese SOPs müssen im Optimalfall evidenzbasiert von Fachexpert*innen ausgearbeitet werden.

Im professionellen Setting in Krankenanstalten sind solche SOPs üblich. Durch die langjährige Erfahrung der Mitarbeiter*innen ist das Ausarbeiten dieser SOPs auf Basis der bisherigen Handlungsabläufe vereinfacht.

Die zweite einfache Stellschraube sind also möglichst klare Abläufe, die von allen eingehalten werden, sodass eine definierte Erwartungshaltung hinsichtlich der geplanten Leistungen eingenommen werden kann.

Um die Therapiequalität auf ein möglichst hohes Niveau zu bringen und auch dort zu halten kann als dritte einfache Stellschrauben bereits bei der Auswahl der Therapeut*innen im Aufnahmeprozess der Einrichtung geachtet werden. Selbstverständlich ist ein Team aufzustellen, mit dem verschiedenste Patient*innentypen bedient werden können, da natürlich die „Chemie“ in der Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung stimmen muss.

Geeignete Prozesse, Bewerbungsverfahren Stellenbeschreibungen und Anforderungsprofile müssen dafür vorliegen. Oft ist aber ein Team bereits aufgebaut. Dann muss durch optimale, kompetenz- und persönlichkeitsorientierte Verteilung der Zuteilungen ein passendes Klima für die Therapie geschaffen werden.

Weiters darf die Therapie die MTD-Berufe nicht als isolierte Leistung betrachtet werden, die keinen äußeren Einflüssen unterliegt und nichts anderes selbst beeinflusst. Erst durch die Mitbeziehung anderer Berufsgruppen und im Grunde aller Stakeholdern des Gesundheitswesens kann die Therapie als erfolgreich angesehen werden. Leitungen haben dafür zu sorgen, dass dies möglich ist. Eine vierte Stellschraube ist also die Schaffung eines Innerbetrieblichen Klimas des interprofessionellen Miteinanders.

Mehr Therapien bedeuten oft besseren Outcome (Horn et al., 2005). Mehr Therapien bedeuten aber auch mehr Therapeut*innen, denn ein besseres Zeitmanagement der Therapeut*innen stößt irgendwann an dessen Grenzen. Mehr Therapeut*innen bedeuten dann natürlich auch höhere Kosten. Im LKF-gesteuerten Krankenhaus ist hier aber sorgfältiges Kalkulieren nötig. Rechnen sich die höheren Personalkosten im Bereich der MTDs, weil mehr Therapeut*innen eine kürzere Verweildauer der Patient*innen bedeutet, der eine bessere LKF-Bewertung des Aufenthaltes bedeutet und somit der Aufenthalt rentabler ist? Eine kürzere Verweildauer ist auch ein mögliches Ziel der Pflegevisite (Flach, 2012).

In der Langzeitpflege – und mit Blick auf dieses Umfeld wird diese Masterthese durchgeführt – ist eine solche Rechnung aber nicht sinnvoll. Hier bedeuten mehr Therapeut*innen primär höhere Kosten. Aber es kann auch zufriedener Patient*innen bedeutet. Das spiegelt sich in den Umfragen, die der Fonds Soziales Wien regelmäßig durchführt, wider. So hat die Einrichtung eine bessere Verhandlungsbasis.

Die Akquirierung neuen Wissens darf nicht bloß durch die Aufnahme neuer Mitarbeiter*innen passieren. Bestehende Mitarbeiter*innen müssen gefördert werden. Im Zuge von Mitarbeiter*innen-Orientierungs-Gesprächen kann der Bedarf an Fortbildungen in verschiedenen Kompetenzbereichen erhoben werden. Dabei beschränkt sich der Bedarf keineswegs auf die Fachkompetenzen. Selbstverständlich ist es dazu nötig, Budget bereit zu stellen.

Wenn gleich manche Therapien im MTD-Bereich auch ohne Hilfsmittel zielführend durchgeführt werden können sind viele Berufsgruppen auf gutes Therapiematerial angewiesen. Auch dafür muss Budget zur Verfügung stehen. Ansonsten kann die höchstmögliche Therapiequalität nicht gewährleistet werden.

Um zu sehen, ob die veränderten Parameter die Therapiequalität verbessert haben, muss nun ein ganz simpler Vorher-nachher-Test durchgeführt werden. Das ist dann sinnvoll, wenn bei der ersten Therapievisite eine mangelhafte Qualität festgestellt wird und Parameter verändert werden mussten. Aber auch eine einfache Erhebung der Therapiequalität erzeugt ein Aussagekräftiges Bild. Mit der Messbarkeit der Therapiequalität beschäftigt sich das nächste Kapitel.

2.2.2 Messbarkeit der Therapiequalität

Mit der Frage, ob Therapiequalität messbar ist, hat man sich bereits beschäftigt. Beliebte ist es, Qualität anhand von Skalen zu messen. Das wurde spätestens durch Dobson et al. (1985) erforscht. Es wurde dort mithilfe der Cognitive Therapy Scale eine kognitive Therapie auf ihre Qualität hin überprüft. Dabei erkannte man, dass eine solche Skala die Qualität beschreiben kann.

Wenngleich eine kognitive Komponente bei der Physiotherapie eine Rolle spielt, ist dies nicht das primäre Augenmerk. In der Literatur wurde auch Servqual als Messinstrument für Therapiequalität erforscht (Curry & Sinclair, 2002). Dieses Modell errechnet, wie sehr sich die wahrgenommene Servicequalität von der erwarteten Servicequalität unterscheidet. Je geringer der Unterschied, desto besser das Resultat des Modells. Dabei wurde festgestellt, dass die Unterscheidung zwischen Erwartung und Wahrnehmung den Proband*innen schwer fällt. Eine Befragung der Stakeholder*innen im therapeutischen Prozess ist zwar sinnvoll aber hat seine Tücken.

Eine niederländische Studie zieht über 20 Indikatoren heran, die die Frage „Has the quality of physiotherapy care [...] improved over time?“ (Oostendorp et al., 2018). Sie haben für diese Indikatoren „performance targets“ festgelegt, die erreicht werden sollten. Die Indikatoren selbst wurden spezifisch für diese Untersuchung passend zusammengestellt und können nur bedingt für den hier vorliegenden Einsatzzweck umgelegt werden.

Betrachtet man den therapeutischen Prozess als das was er ist, also als mehr als nur die Therapieeinheit an sich, gibt es noch weitere Aspekte die Qualität in diversen Graden aufweisen kann. Ein besonders prominenter Aspekt ist dabei die Dokumentation. Diese erfolgt nachvollziehbar und schriftlich. Entweder in einem digitalen oder analogen System. In Australien haben sich Phillips et al. (2006) mit der Qualität der schriftlichen Dokumentation beschäftigt. Grundlage für deren Evaluierungstool waren die Richtlinien des Spitals, in dem die Studie durchgeführt wurde. Die Studie hat herausgefunden, dass die Dokumentation mehr als dürftig war. Veränderung setzt einen Vergleich zweier Datenpunkte voraus. Es ist wichtig den Messzeitpunkt sinnvoll zu wählen.

2.2.3 Messzeitpunkt

Therapiequalität kann permanent gemessen werden. Es macht aber wenig Sinn, Therapeut*innen oder Patient*innen alle fünf Minuten zu fragen, wie sie die Therapiequalität momentan einschätzen. Optimaler Weise wird in regelmäßigen Intervallen ein erneutes Erheben der Evaluierungsparameter durch die Therapeut*innen durchgeführt. In der Physiotherapie

kann das Kraft, in der Diätologie das Gewicht und in der Logopädie eine Bewertung des Schluckaktes sein.

Genau dieser Zeitpunkt eignet sich auch zur Abfrage der Zufriedenheit aller Akteur*innen hinsichtlich der Therapiequalität. Der Aufwand ist hier aber nicht zu unterschätzen. Eine Stichprobenartige Überprüfung scheint wesentlich sinnvoller. Diese Stichprobe muss allerdings umfangreich sein, alle Berufsgruppen und alle weiteren involvierten Personen zusätzlich zu den Patient*innen abholen. Eine Therapievisite, ähnlich der Pflegevisite ist ein adäquates Werkzeug, um eine solche stichprobenartige Erhebung durchzuführen.

Die besondere Schwierigkeit bei der Wahl der Messzeitpunkte liegt aber im Bereich der Therapiequalität an dem Konzept der Wiederholbarkeit der Messungen. Viele Parameter (zum Beispiel tagesaktuelles Befinden) erschweren die Wahl der Zeitpunkte. Wird die Therapiequalität aber nur einmal erhoben entfällt die Problematik.

Um die Therapiequalität aber überhaupt messen zu können, bedarf es niedergeschriebener Daten. Das können Werte eines Assessments oder eines Messinstruments (Goniometer) oder aber Wahrnehmungen der Berufsgruppen sein.

2.2.4 Dokumentation der MTD-Berufe

Paragraf 11a des MTD-Gesetzes³ schreibt in nur drei Absätzen vor, wie die Dokumentation der Angehörigen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes zu erfolgen hat. Alle gesetzten Maßnahmen sind zu dokumentieren, schreibt das MTD-Gesetz. Diese Dokumentation muss, gegebenenfalls gegen eine Gebühr, diversen klar definierten Personengruppen zugänglich gemacht werden. Zehn Jahre muss die Dokumentation aufbewahrt werden und kann – wenn die Patient*innen einwilligen – anderen Berufsgruppen der MTDs zur Fortführung übergeben werden.

Damit wären die rechtlichen Rahmenbedingungen geklärt, doch wie sieht es in der Praxis aus? Dokumentation freiberuflicher Therapeut*innen sei hier ausgeklammert, da eine Umsetzung einer Therapievisite in der Freiberuflichkeit unrealistisch ist.

Das Gesetz regelt die Qualität der Dokumentation nicht. Daher ist es ebenso valide eine umgangssprachliche „Stricherliste“ über die gesetzten Maßnahmen zu führen, wie einen ausführlichen Dekurs bei jedem Termin niederzuschreiben. Befunde, die zumindest am Anfang und am Ende oder sogar regelmäßig und periodisch durchgeführt werden, sind per Gesetz nicht erforderlich. Sie werden dennoch auf den Fachhochschulen gelehrt und in vielen Einrichtungen als geführt.

³ Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) StF: BGBl. Nr. 460/1992 (NR: GP XVIII RV 202 AB 615 S. 78. BR: AB 4332 S. 557.)

Dokumentation in den MTD-Berufen besteht aus 3 Komponenten: Leistungserfassung, Verlaufsdocumentation, therapeutischer Befund. Alle Komponenten sind für sich gesehen optional, können sich zum Teil gegenseitig ersetzen und haben jeweils ihre ganz eigene Berechtigung.

Im klinischen Kontext erhält die Leistungserfassung eine gehobene Bedeutung. Zum Vergleich: In der Freiberuflichkeit ist eine Therapieeinheit eine Leistung. Es wird gleich verrechnet. In der Klinik, in der auch immer LKF-Punkte im Kopf behalten werden müssen und eine möglichst transparente Aufschlüsselung der Kosten im Vordergrund steht, ist die genaue Zuordenbarkeit der erbrachten Leistungen zum Ambulanzselbstzahlerkatalog (ASZK) oder den medizinischen Einzelleistungen (MEL) unabdingbar. Ohne einer korrekten Dokumentation der Leistungen und Verknüpfung der erbrachten Leistungen zu diesen Katalogen ist eine richtige Errechnung der Punkte für die Leistungsorientierte Krankenanstalten Finanzierung (LKF) nicht möglich.

Die Dokumentation ist in den Pflegevisiten ein zentrales Werkzeug der Qualitätssicherung und der Vorbereitung auf die Pflegevisite an sich (Habermann, 2007; Ranegger, 2009). Davon lässt sich die Wichtigkeit der Therapiedokumentation für die Therapievisite ableiten.

Eine Form der Kommunikation stellt die Dokumentation dar. Die interprofessionelle Kommunikation wird bei Therapeut*innen als sehr wichtig angesehen (Shiney, 2019). Auch daher ist eine verständliche und lückenlose Dokumentation sehr wichtig. Eine offene Kommunikation fördert die Zusammenarbeit in den Teams (Xyrichis & Ream, 2008). Daher muss auch die Dokumentation als Kommunikationsform offen gestaltet sein und Fakten widerspiegeln ohne persönliche Angriffe in Textpassagen zu orte.

Die vorangegangenen Überlegungen hat die Pflege bereits seit einiger Zeit gemacht und eine Pflegevisite entwickelt. Sie dient als Modellfall für die hier konzipierte Therapievisite.

2.3 Modellfall Pflegevisite

Die Pflegevisite ist ein etabliertes Element in der Pflege, um die Qualität auf einem möglichst hohem Niveau zu halten (Eder, 2009). Dabei durchläuft man drei Phasen: Vorbereitung, Patient*innenbesuch und Nachbereitung (Habermann, 2007). Es handelt sich bei der Pflegevisite um einen Managementprozess (Flach, 2012). Anders als die ärztliche Visite, die sich mit dem aktuellen Status der Patient*innen beschäftigt, beschäftigt sich die Pflegevisite mit der Qualität der pflegerischen Versorgung im Kontext des gesamten Aufenthaltes. Dabei kann man mit der Durchführung dieses Tools mannigfaltige Ziele verfolgen, die von statistischer Auswer-

tung bis zur Personalentwicklung führen können. Man hat dieses Tool in mehreren Phasen organisiert.

2.3.1 Phasen und Ziele der Pflegevisite

Die Pflegevisite ist in drei Phasen eingeteilt. In der Vorbereitung werden Schritte gesetzt, die in der Phase des Patient*innenbesuchs hilfreich sind. Abschließend werden die Ergebnisse in der Nachbereitung analysiert. Die beschriebenen Phasen orientieren sich an der Beschreibung nach Ranegger (2009), Habermann (2007) und Pfeilstecher (2017), da sie alle eine Patient*innenpartizipation vorsehen. Wenngleich reine Pflegemappenvisiten in den genannten Publikationen Erwähnung finden, sind sie nicht der Regelfall.

Die Modi der Vorbereitungsphasen divergieren in der Literatur je nach Institution. In vielen Institution entfällt beispielsweise die inhaltliche Vorbereitung auf die Pflegevisite (Habermann, 2007). Prinzipiell soll die Vorbereitungsphase aber von den Mitarbeiter*innen die direkt in den Pflegeprozess involviert sind genauso genutzt werden wie von Führungskräften die die Pflegevisite durchführen. Vor allem eine gut geführte Dokumentation ist wichtig und sollte vorliegen. Immerhin dient die Pflegedokumentation auch anderen Instrumenten im Patient*innenmanagement als Grundlage, wie beispielsweise der Pflegegeldeinstufung (Hellmann & Rößlein, 2011). Die Vorbereitung dient zum einen bereits dazu, eine erste Kontrolle verschiedener Instrumente der Patient*innendokumentation durchzuführen, aber auch um die Patient*innen näher kennen zu lernen. Es sollen die Bedürfnisse der Patient*innen begreiflich gemacht werden (Ranegger, 2009).

In der Vorbereitungsphase müssen auch alle involvierten Teilnehmer*innen der Pflegevisite über die Durchführung informiert werden.

Während des Patient*innenbesuchs werden nicht nur der aktuelle Pflegeprozess sondern auch die Wünsche und Erwartungen der Patient*innen besprochen. Ranegger (2009) beschreibt eine Moderation des Besuchs durch die Bezugspflege.

Es ist wichtig, in diesem Gespräch – und auch im weiteren Verlauf - die Privats- und Intimsphäre der Patient*innen zu schützen (Eder, 2009). Obwohl eine Bezugspflegeperson beim Gespräch anwesend ist, wird das Gespräch mit einer Führungskraft geführt die den Patient*innen fremd sein kann (Habermann, 2007).

Habermann (2007) konnten im Zuge ihrer Arbeit auch feststellen, dass Patient*innen die Pflegevisite eher negativ wahrnehmen. Sie schreiben den Patient*innen eine Wahrnehmung von Kontrolle zu – sowohl den Patient*innen selbst als auch den evaluierten Pflegepersonen gegenüber.

Während in die Literatur zumeist ein Gespräch mit den Patient*innen beschreibt (Ranegger, 2009), kennt man auch Pflegevisiten, bei denen die Pflegehandlung beobachtet wird (Habermann, 2007). Eine Kombination dieser beiden Komponenten kann ein gesamtheitlicheres Bild der Qualität der Pflege ergeben.

Wie in vielen Bereichen der Qualitätssicherung ist es wichtig, darauf zu achten, dass zwar Hierarchien respektiert werden, dass es aber nicht zur Exzessiven Ausübung von Macht und Autorität kommt (Eder, 2009). Ein freundliches Gespräch in dem zwanglos und kollegial Stärken und Lernfelder angesprochen werden sollte also Teil einer offenen Fehlerkultur und der Nachbereitung sein.

Im Zuge der Pflegevisite fordert die Leitung eine nachvollziehbare und lückenlose Dokumentation ein. Diesen Anspruch muss die Führungskraft auch an sich selbst stellen. Daher ist es unabdingbar im Zuge der Nachbereitungsphase auch die Ergebnisse der Pflegevisite selbst aber auch des abschließenden Gesprächs zu dokumentieren.

Weiters kann die Nachbereitungsphase auch dazu genutzt werden den Termin für die nächste Pflegevisite zu bestimmen.

Das primäre Ziel der Pflegevisite ist selbstverständlich die Pflegequalitätsentwicklung / Qualitätssicherung (Habermann, 2007). Nicht außer Acht zu lassen ist aber, dass es sich bei der Pflegevisite auch um ein Tool der Personalentwicklung handelt. Durch die Kontrolle und das anschließende Gespräch können eben nicht nur Lernfelder aufgedeckt werden, sondern es ist auch möglich besonders ausgeprägte Stärken weiterzuentwickeln. „Zeigen die Mitarbeiter*innen besonderes Interesse im Bereich der Wundversorgung, der basalen Stimulation oder der Kinästhetik? Eventuell wäre eine Weiterentwicklung in einem solchen Bereich möglich und sinnvoll.“ Zu solchen Überlegungen kann die Pflegevisite Anstoß geben und die Motivation der Mitarbeiter*innen steigern (Ranegger, 2009).

Während Habermann (2007) und auch Pfeilstecher (2017) zwar die Edukation von Patient*innen und Angehörigen als Ziel der Pflegevisite aufführt wird die Wirtschaftlichkeit anderen Bereichen als Ziel aufgebürdet (vergleiche Tabelle 1 - Ziele der Pflegevisite). Eine optimale Einhaltung der Prozesse – welche durch die Pflegevisite kontrolliert wird – erlaubt wirtschaftlichere Abläufe und den besseren Einsatz von Personalressourcen. Ranegger (2009) erkennt diesen Zusammenhang.

Ziele	Instrumente	Verantwortliche / Beteiligte Personen der Pflegeeinrichtung
Beratung von Patienten /	Integriert in die Pflege	MitarbeiterInnen

Ziele	Instrumente	Verantwortliche / Beteiligte Personen der Pflegeeinrichtung
Angehörigen	Pflegevisite, anlassbezogen, Routinevisite	MitarbeiterInnen / Pflegedienstleitung
	Telefonische Beratung	MitarbeiterInnen / Pflegedienstleitung
	Besuche in der häuslichen Pflege nach § 45, § 37 SGB XI	MitarbeiterInnen / Pflegedienstleitung
	Website (auch: Weiterleitung/eigene Zusammenstellung von Informationsblättern, Broschüren)	Pflegedienstleitung verantwortet pflegfachlichen Inhalte
Pflegequalitätsentwicklung / Qualitätssicherung	Fallbesprechungen	Pflegedienstleitung / MitarbeiterInnen
	Fortbildungen	MitarbeiterInnen
	Gezielte Anleitung	Pflegedienstleitung / MitarbeiterInnen Kollegiale Anleitung
	Pflegevisiten (auch: „Pflegemappenvisiten“)	Pflegedienstleitung / MitarbeiterInnen
	Standardentwicklung und Implementierung	Pflegedienstleitung / Qualitätssicherungsbeauftragte / MitarbeiterInnen
	Beschwerdemanagement	Pflegedienstleitung
	Arbeit an der Organisationskultur / Kommunikationskultur	Pflegedienstleitung / MitarbeiterInnen
Personalentwicklung	Pflegevisite	Pflegedienstleitung / MitarbeiterInnen
	Mitarbeitergespräch	Pflegedienstleitung / MitarbeiterInnen
	Fortbildung(splanung), Arbeit an der Organisationskultur	Pflegedienstleitung / MitarbeiterInnen

Ziele	Instrumente	Verantwortliche / Beteiligte Personen der Pflegeeinrichtung
	tur	
Marketing und Kundenbindung	Telefonische Befragung	Pflegedienstleitung
	Andere Marketinginstrumente wie kommunale Netzwerksarbeit etc.	Pflegedienstleitung / MitarbeiterInnen
Wirtschaftlichkeit	Kennziffern erarbeiten	Geschäftsführung / Pflegedienstleitung
	Tourenplanung	Pflegedienstleitung

Tabelle 1 - Ziele der Pflegevisite

Die Tabelle zeigt die Ziele der Pflegevisite nach Habermann (2007). Die für die Therapievisite relevanten Inhalte wurden hervorgehoben.

3 Therapievisite

Das vorangegangene Kapitel zeigt die stetige Weiterentwicklung der therapeutischen Berufe. Es zeigt aber auch ein Einzelkämpfertum das die Messung und vorherige Definition von Qualitätskriterien deutlich erschwert. In den Institutionen die Therapie der MTDs anbieten, ist das Potenzial, eine solche Definition und eine anschließende Messung zu realisieren aber deutlich höher als im niedergelassenen Bereich. Dieses Momentum gilt es zu nutzen.

Viele Berufe des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes haben sich aus der Pflege emanzipiert. Seitdem haben sich alle Berufsgruppen deutlich weiterentwickelt. Die Berufe der MTDs und der Pflege wurden zum Teil akademisiert und stellen daher andere Ansprüche an sich selbst. Immerhin werden hier Eide abgelegt, die eine ständige Weiterentwicklung der beruflichen Person besiegeln. Aus der Historie heraus ist also abzuleiten, dass die ursprüngliche Pflegevisite sehr wohl als neue Therapievisite umgesetzt werden kann.

Es bedarf dazu allerdings einiger Modifikationen, da die Methoden der Pflege sich von denen der Therapie unterscheiden. Es müssen also andere Qualitäts- und Gütekriterien zur Überprüfung herangezogen werden. Der Unterschied der Methoden begründet sich in der unterschiedlichen Wissensgrundlage. Ähnlich wie im Software-Engineering gibt es auch im Gesundheitswesen die Taktik des „Separation of Concerns“. Damit wird das Gesundheitswesen Modular. Während die Module (also die einzelnen Berufsgruppen) gut miteinander zusammenarbeiten können, ist das Fachwissen auf die jeweiligen Berufsgruppen aufgeteilt.

Nachfolgend darf Ihnen im Kapitel „Methoden und Durchführung“ die Fragestellung erläutert und beantwortet werden.

Ein zweiter wichtiger Aspekt einer neuen Methode zur Qualitätssicherung beschäftigt sich damit, wie dieses Instrument implementiert und etabliert werden kann. Immerhin handelt es sich aus Mitarbeiter*innensicht um ein Kontrollinstrument (Habermann, 2007) und damit üblicherweise um etwas Unangenehmes.

Auch hier gibt die geleistete Vorarbeit der Berufsgruppe der Pflege im Bereich der Pflegevisite Anhaltspunkte, wie das auf die Therapievisite umgelegt werden kann. Da es sich bei den MTDs um einen Verbund mehrerer Berufsgruppen handelt müssen natürlich Adaptionen erfolgen. Diese können sowohl den Inhalt als auch das Intervall der Wiederholungen der Therapie betreffen.

Letztendlich schränkt diese Arbeit die Frage auf die Etablierung in Langzeitpflegeeinrichtungen ein. Das hat hier konkret zwei Gründe. Zum einen wird das Vorhaben in einer Langzeitpflegeeinrichtung konzipiert. Zum anderen ist eine Therapievisite in einer Langzeitpflegeeinrichtung besonders sinn- und wertvoll, da die Patient*innen hier – der Name der Einrichtung

deutet dies schon an – über einen längeren Zeitraum betreut werden. Akutspitäler oder Rehaeinrichtungen haben – hinsichtlich einer Therapievisite – das Problem, dass die Patient*innen zum Teil nur Tage oder Wochen, aber nie Monate oder Jahre betreut werden. Der Erfolg von Anpassungen an der Therapie kann also nur bedingt überprüft werden.

Um die Therapievisite zu etablieren muss sie

1. gemeinsam mit den Mitarbeitenden erarbeitet werden,
2. vor Beginn der Durchführungsphase im Rahmen einer Fortbildung vorgestellt werden
3. regelmäßig und konsequent durchgeführt werden,
4. einen Benefit in der Qualitätssicherung bringen

Die Therapievisite verändert die Art wie Qualität gesichert wird. Von den Mitarbeiter*innen wird erwartet, dass sie die Veränderungen mittragen. Daher ist es notwendig, die Mitarbeitenden in den Entwicklungsprozess miteinzubeziehen (Ranegger, 2009).

Die Literatur (Habermann, 2007) beschreibt verschiedene partizipative Prozesse, doch viele haben eine Gemeinsamkeit: Sie beinhalten eine Fortbildungsveranstaltung, die die Konzeption zusammenfasst und die Mitarbeiter*innen auf die Durchführung vorbereitet.

Eine regelmäßige und konsequente Durchführung festigt die Therapievisite als alltägliches Mittel zur Qualitätssicherung.

Die Mitarbeiter*innen müssen außerdem einen Benefit für die Qualität der eigenen therapeutischen Leistungen erkennen können. Es hat sich gezeigt, dass die Pflegevisite als Gewinn gesehen wird (Ranegger, 2009). Ein solcher Erfolg ist auch für die Therapie möglich. Darum ist es sinnvoll, die Pflegevisite als Konzept in den gehobenen medizinisch-technischen Dienst zu transferieren.

3.1 Konzepttransfer der Pflegevisite in die Therapievisite

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Konzeptionierung einer Therapievisite am Beispiel der Pflegevisite. Sie beschäftigt sich mit einem Konzepttransfer und der anschließenden Überprüfung des vorgestellten Konzeptes durch Expert*innen. Dazu wird vorgeschlagen, Standard Operating Procedures für die Prozesse in den therapeutischen Berufen zu Beginn zu kreieren. Im weiteren Verlauf dieses Teiles der Arbeit wird die Therapievisite inklusive ihrer Ziele definiert. Dabei wird sich auf die Ergebnisse der Literaturrecherche gestützt. Letztendlich werden Vorschläge zur Implementierung und Etablierung vorgestellt. Auch hier wird die Literatur der Pflege zur Grundlage genommen.

3.1.1 Therapie als Standard Operating Procedure

Da an der Therapievisite, so wie auch in der Pflegevisite (Flach, 2012), diverse Personen teilnehmen ist es wichtig einen klaren Prozess zu definieren. Im konkreten Fall wurde dieser Prozess mit der Software Adonis BE als Standard Operating Procedure (SOP) BPMN 2.0 abgebildet.

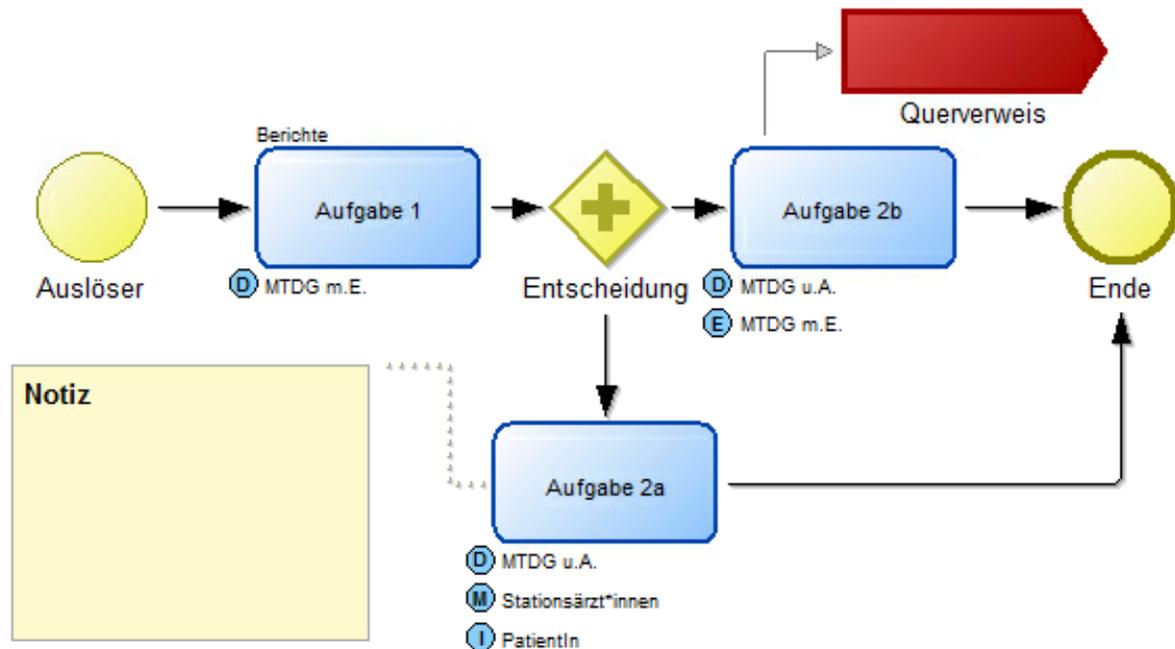


Abbildung 2 - SOP in BPMN-Schreibweise

Die Abbildung zeigt einen beispielhaften Standard Operating Procedure in Business Process Model Notation 2.0-Schreibweise.

Im Wiener Gesundheitsverbund – dort wird diese Therapievisite im Rahmen der Arbeit konzipiert – werden verschiedene Frameworks zur Erstellung von SOPs verwendet. Ein solches Framework ist die Business Process Model Notation (BPMN) 2.0. In diesem Framework liegen Prozesslandkarten, Geschäftsprozessmodelle, Rollenmodelle und weitere Komponenten vor.

Aufgrund der komplexen Abläufe und der vielen involvierten Teilbereichen, Prozessteilnehmer*innen und IT-Systemen eignet sich BPMN 2.0 bestens für die zu definierenden Prozesse. Außerdem handelt es sich bei BPMN 2.0 um den führenden Standard der Schreibweisen von SOPs (Allweyer, 2016).

Am Anfang eines Prozessdiagramms in BPMN-Schreibweise steht ein Auslöser, bzw. ein auslösendes Ereignis. Dabei kann es sich um den Erhalt einer Zuweisung zur Therapie, eine mündliche Anweisung oder um einen medizinischen Zustand der Patient*innen handeln.

Aufgaben können mit einer Vielzahl an Attributen versehen werden. Die wichtigsten sind dabei die zugeteilten DEMI-Rollen und die verwendeten IT-Systeme. Bei der Aufgabe 1 wurde das IT-System „Berichte“ der Aufgabe zugewiesen.

DEMI steht als Akronym für die Kategorien der Rollen, die bei diesem Aufgabenschritt involviert sind. „D“ steht für „Durchführungsverantwortung“ und beinhaltet Rollen, die die Aufgabe durchführen. Das sind zum Beispiel medizinische Masseur*innen. Die Berufsgruppe ist bewusst gewählt, da diese nicht eigenverantwortlich handeln darf.

In der Kategorie „Ergebnisverantwortung“ sind die Rollen abgebildet, die für das Ergebnis der Aufgabe verantwortlich sind. Das können für das konkrete Beispiel Ärzt*innen oder Physiotherapeut*innen sein, da sie an die Berufsgruppe der medizinischen Masseur*innen delegieren dürfen.

Als „Mitwirkende“ Rollen („M“) werden Rollen beschrieben, die an der Aufgabe mitwirken, aber keine konkrete Verantwortung für die Aufgabe tragen. Das können für dieses Beispiel Mitarbeiter*innen der Pflege sein, die Hilfstätigkeiten für die Durchführungsverantwortlichen ausführen.

Letztens werden in der Kategorie „I“ alle Rollen abgebildet die über die Aufgabe „zu informieren“ sind. Patient*innen sind über die Heilbehandlung an ihrem Körper zu informieren und können daher sehr oft in den SOPs der MTDs in dieser Kategorie gefunden werden.

Entscheidungen teilen den Fluss des Prozesses in zwei oder mehr Arme auf. Querverweise erlauben das Hinweisen auf verwandete Prozesse und Notizen bieten Platz, um Aufgaben zu konkretisieren, wo es notwendig ist. Letztendlich Enden SOPs nach BPMN in einem oder mehreren Endknoten.

SOPs müssen einfach und kurz sein (Akyar, 2012). Obwohl SOPs wenig interpretationsspielraum bieten sollten, ist es beim Erstellen dieser SOPs wichtig, genug Raum für die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen zu geben. Gleichzeitig ist ein komplexer Ablauf wie der therapeutische Prozess aber nicht „einfach und kurz“ abbildbar. Es liegt also am Geschick der Ersteller*innen einen Mittelweg zu finden.

In Gesprächen mit den Mitarbeiter*innen muss erhoben werden, inwiefern spezifische SOPs für die einzelnen Berufsgruppen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes notwendig sind. Dabei gilt es abzuklären, ob jede Hilfsmittelversorgung die gleichen Meilensteine beinhaltet, oder ob aus Sicht der Qualitätssicherung die Versorgung von Patient*innen mit einer Schiene anders ist als die Versorgung von Patient*innen mit einem Rollstuhl.

Wie in Kapitel **Error! Reference source not found.** beschrieben, sind für jede MTD-Berufsgruppe gewisse Assessment-Werkzeuge vorgeschrieben. Diese Assessment-Werkzeuge

sollen im Standard Operating Procedure abgebildet werden. Zum einen beugt man damit Missverständnissen vor, weil die konkreten Verfahren schriftlich an zentraler Stelle festgehalten sind und zum anderen erspart man den Mitarbeiter*innen mühsames durchsuchen von Dokumenten, Intranet-Artikeln oder ähnlichem, um die gewünschten Informationen zu erhalten, wenn beispielsweise nur eine vage Aufgabe wie „Assessments durchführen“ abgebildet wäre.

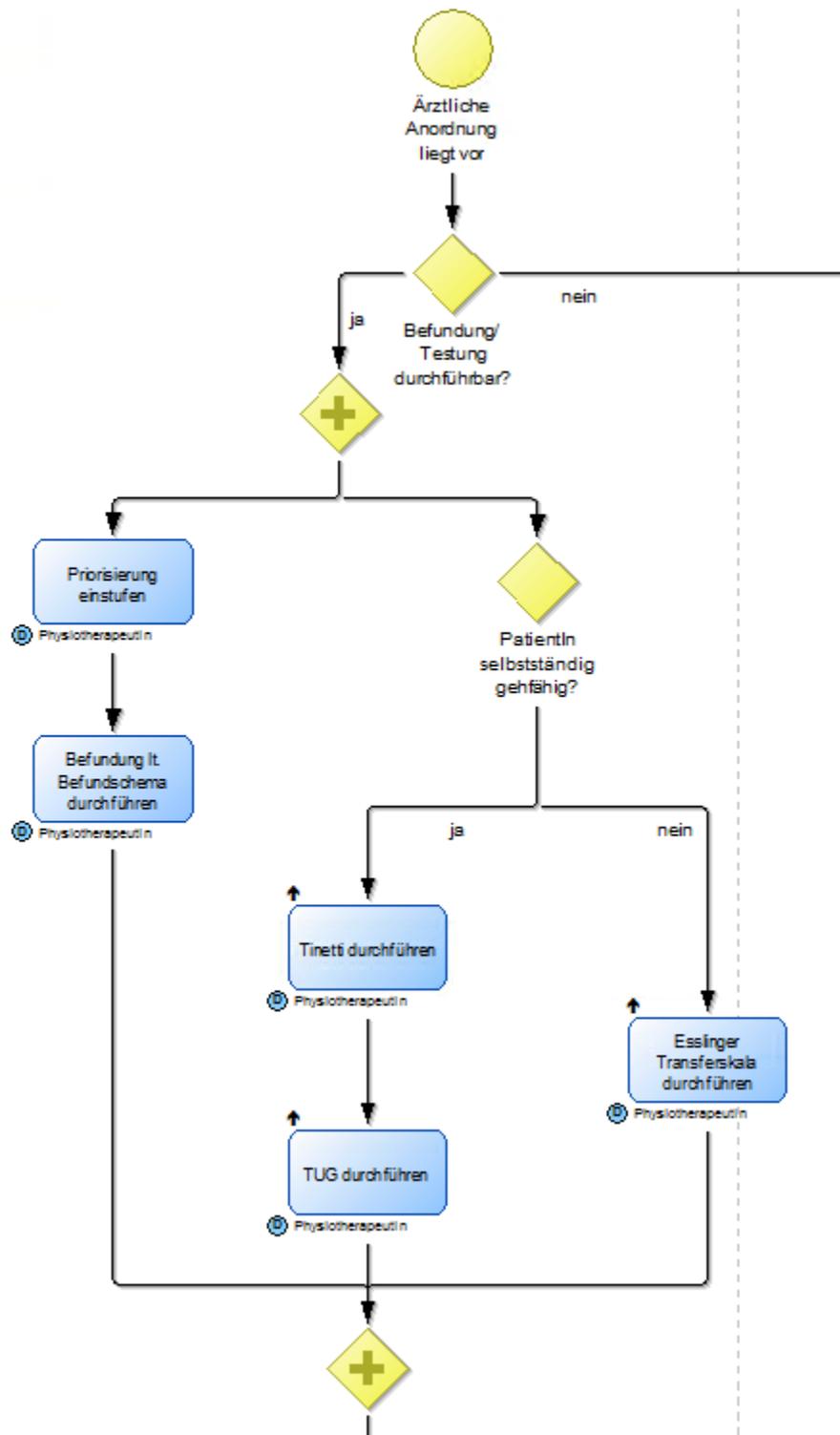


Abbildung 3 - Ausschnitt aus dem SOP der Physiotherapie

Die Abbildung zeigt den ersten Abschnitt aus dem SOP der Physiotherapie und verdeutlicht das Bedürfnis für berufsgruppenspezifische SOPs. Dieser SOP dient als plakatives Beispiel.

In der Konzept-Einrichtung wird bereits seit vielen Jahren ein sogenanntes „Geriatrisches Assessment“ durchgeführt. Im Zuge dessen werden alle Berufsgruppen der MTDs, die in diesem Haus angestellt sind bei den neu aufgenommenen Patient*innen vorstellig und führen ein

erstes Gespräch durch. So entsteht ein interprofessionelles Bild der Patient*innen, das durch die Eindrücke der Pflege und der Ärzt*innen komplettiert wird.

Der Prozess ist in allen Berufen deckungsgleich und kann daher als berufsgruppenübergreifender SOP abgebildet werden. In diesem SOP erkennt man auch das Enge Zusammenspiel zwischen Prozessen und Dokumentation: Der Prozess (Abbildung 4) schreibt die Durchführung eines Prozessschrittes nach einer definierten Zeit vor. Erst durch die genaue Kontrolle der Dokumentation kann sichergestellt und rekonstruiert werden, ob der Prozess entsprechend den Vorgaben durchgeführt wurde.

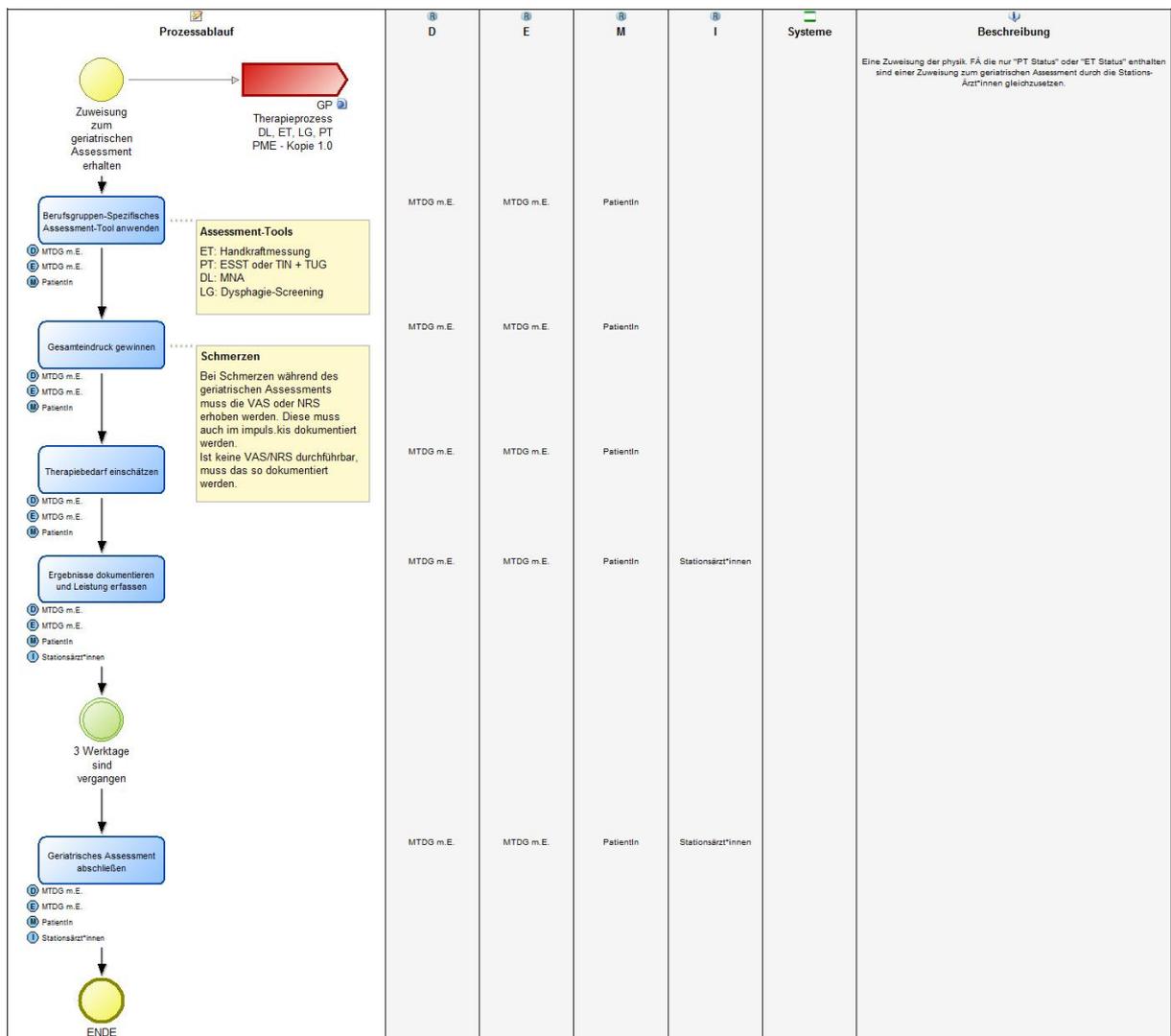


Abbildung 4 – SOP „Geriatrisches Assessment“

Die Abbildung zeigt den SOP zum „geriatrischen Assessment“ und beinhaltet, als grünes Symbol dargestellt, einen zeitlichen Auslöser für einen Prozessschritt.

Es zeigt sich, dass simple Dinge oft nur mangelhaft ausgeführt werden. Die Dokumentation ist dafür ein besonders plakatives Beispiel (Phillips et al., 2006). Die klare Definition und Kommunikation von Standards ist also wichtig und muss auch kontrolliert werden.

Solche Standards können in einem SOP nach BPMN 2.0 entweder als Kommentar zur Aufgabe oder als eigenes Notizfeld niedergeschrieben werden. Querverweise auf Ressourcen im Inter- und Intranet sowie auf Unternehmensspezifischen Laufwerken sind möglich und sinnvoll für eine tiefere Auseinandersetzung mit dem geforderten Standard.

Bereits jetzt sind für jede der MTD-Berufsgruppen gewisse Assessment-Werkzeuge als Standard-Repertoire definiert. Die Abbildung dieser standardisierten Fragebögen und Methoden muss in den SOPs definiert werden.

Die Assessments können den Therapieerfolg und -misserfolg quantifizieren, dürfen aber nie als alleiniges Erfolgskriterium gesehen werden. Mit den nunmehr definierten SOPs muss man auch die Therapievisite, analog zur Pflegevisite in Phasen einteilen.

3.1.2 Phasen der Therapievisite

Die Therapievisite soll ebenso wie die Pflegevisite in mehrere Phasen eingeteilt werden. Die fünf Phasen sollen eine optimale Skalierbarkeit ermöglichen und die klare Struktur der Therapievisite unterstreichen.

In der Vorbereitungsphase muss sich die Führungskraft mit der Dokumentation der einzelnen Mitarbeiter*innen beschäftigen. Das ist, je nach unterstellten Berufsgruppen etwas bis viel mehr Aufwand im Vergleich mit der Pflegevisite. Im Fall des Wiener Gesundheitsverbundes ist oftmals die Dokumentation und Leistungserfassung von mehreren Berufsgruppen zu sichern.

Außerdem muss in der Vorbereitungsphase ein Gesamteindruck der Patient*innen gewonnen werden. Zusätzlich müssen auch Informationen zu den Mitarbeiter*innen für ein stimmiges Gesamtbild zusammengetragen werden. Was kann von den einzelnen Mitarbeiter*innen hinsichtlich Fortbildungen erwartet werden?

Beim Patient*innenbesuch interviewt die Führungskraft die Patient*innen (wenn es erforderlich ist mit den Angehörige gemeinsam). Dabei wird die subjektive Zufriedenheit mit dem Therapiefortschritt und mit der therapeutischen Betreuung erhoben. Oben genannte Verzerrungen (Krankheitsgewinn, etc.) sollen von der Führungskraft erkannt und vermerkt werden.

In dieser Phase werden die Therapeut*innen interviewt. Dabei wird ebenso die subjektive Zufriedenheit mit dem therapeutischen Prozess erhoben. Hier oder beim Patient*innenbesuch (Punkt **Error! Reference source not found.**) kann ein Beobachtung einer Therapieeinheit passieren.

Wie weiter oben beschrieben, darf der therapeutische Prozess nicht isoliert betrachtet werden, sondern als Puzzlestein in einem interprofessionellen Prozess. Daher sind Pflegepersonen und

Ärzt*innen sowie andere Berufsgruppen weitere, wertvolle Teilnehmer*innen am therapeutischen Prozess deren Beobachtungen in die Therapievisite einfließen können und sollen.

In der Nachbereitungsphase werden die vorher erhobenen Daten ausgewertet und es werden Lernfelder erkannt und besonders positive Aspekte des Prozesses hervorgehoben. Die Lernfelder werden mit den jeweiligen Mitarbeiter*innen gemeinsam besprochen und können in weiter Zielvereinbarungen einfließen. Unter Umständen zeigt sich auch ein Mitarbeiter*innenübergreifendes Lernfeld, das bearbeitet werden muss. Um die Akzeptanz zu stärken, empfiehlt es sich, auch die Ziele der Therapievisite zu definieren.

3.1.3 Ziele der Therapievisite

Die Ziele der Therapievisite sind deckungsgleich mit den Zielen der Pflegevisite. Als primäres Ziel wird die Therapiequalitätsentwicklung und die Qualitätssicherung definiert. Auch in der Therapie nimmt die Personalentwicklung einen hohen Stellenwert ein und die Therapievisite unterstützt die leitenden Personen dabei.

Lernfelder können besser aufgedeckt und in – im Wiener Gesundheitsverbund üblichen – Mitarbeiter*innen-Orientierungsgesprächen als Grundlage für Entwicklungsmaßnahmen eingesetzt werden. Vorhandene Stärken können so besser gestärkt werden: Ein Grundsatz des Wiener Gesundheitsverbundes ist immerhin „Stärken stärken“.

Standard Operating Procedures können, besonders wenn sie regelmäßig auf Aktualität und Effizienz überprüft werden deutlich zum besseren wirtschaftlichen Handeln von Organisationseinheiten beitragen. Daher ist auch die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der MTDs ein klares Ziel der Therapievisite.

Letztendlich muss es auch den MTDs ein Anliegen sein, Patient*innen bestmöglich zu informieren. Das zu überprüfen und gegeben falls die Edukation der Patient*innen voranzutreiben ist Ziel der Therapievisite.

Eine behutsame Einführung der Therapievisite ist notwendig. Doch auch über die Folgen der Therapievisite, sowohl auf wirtschaftlicher als auch auf Management-Ebene muss man sich bewusst sein.

3.1.4 Folgenreiche Einführung der Therapievisite

Abhängig vom Führungsstil sind mehrere Strategien zur Einführung der Therapievisite möglich. Dazu haben sich Habermann (2007) ebenfalls Gedanken gemacht. Sie schlagen drei Varianten vor: die Einbindung aller Mitarbeiter*innen, die Einbindung nur einiger Mitarbeiter*innen oder keine Einbindung von Mitarbeiter*innen.

Letzteres eliminiert den Bedarf an regelmäßigen Treffen mit Subteams, bietet aber den geringsten Entscheidungsspielraum. Ersteres überspringt eine Einführungsveranstaltung unter der Annahme, dass sich alle Mitarbeiter*innen mit der Ausarbeitung der Grundlagen des Instruments beschäftigt haben.

Die zweite Variante kann sich als besonders Förderlich für die Akzeptanz erweisen: Repräsentant*innen erarbeiten gemeinsam mit der Fachbereichsleitung MTD die notwendigen Prozesse in Form von SOPs. Die Prozesse werden den Mitarbeiter*innen im Rahmen einer Teamsitzung präsentiert. Davon leiten sich dann mögliche Therapievisitenformulare ab, die von der Fachbereichsleitung selbst erarbeitet werden können. Diese Formulare werden in einer separaten Teamsitzung präsentiert. Dabei wird auch der Modus der Therapievisite und das dazugehörige Intervall besprochen.

Die so eingeführte Therapievisite kann im Anschluss in definierten Intervallen von 6 Monaten evaluiert werden. Dabei soll überprüft werden, wie es um die Akzeptanz des Werkzeuges steht und ob die Ziele der Therapievisite erreicht werden.

In vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens, vor allem in der Langzeitpflege, sind regelmäßige Besprechungen, an denen alle Berufsgruppen, die mit Patient*innenkontakt arbeiten teilnehmen, Usus. In diesen interprofessionellen Besprechungen wird zumeist der aktuelle Status und Bedarf der Patient*innen erhoben. Zusätzlich zu diesem Werkzeug kann auch die Therapievisite zu einem vermehrten Zuweisungsaufkommen beitragen. Der Grund dafür ist, dass während der Therapievisite Bedarf an weiteren Beteiligungen anderer MTDs (z.B. zusätzlich Physiotherapie zur bestehenden Ergotherapie) durch eine Person festgestellt werden kann, die aufgrund ihrer Funktion eine besondere Flughöhe erreicht hat, um ein umfassendes Bild vor sich zu haben: die Fachbereichsleitung.

Mitarbeiter*innen mit Führungsaufgaben müssen eine Gratwanderung hinlegen, die nicht immer leicht gelingt. Zum einen wirkt sich die Nähe zu den Mitarbeiter*innen positiv auf das Teambuilding und darauf aus, wie gut sich die Leitung mit den Bedürfnissen und Sorgen der Mitarbeiter*innen identifizieren kann. Zum anderen muss eine Führungskraft auch strategische Ziele des Unternehmens und der Abteilung im Auge behalten. Dazu ist eine hohe Flughöhe nötig, die man zu verlieren droht. Die Therapievisite kann den Fachbereichsleitungen dabei helfen bei maximaler Mitarbeiter*innennähe die Sicht auf die übergeordneten Ziele nicht zu verlieren und den Weitblick zu bewahren.

Nicht-Ziel dieser Arbeit ist es, die ökonomischen Auswirkungen der Therapievisite zu analysieren Sie müssen aber dennoch aufgezeigt werden, denn sie sind nicht zu unterschätzen. Zunächst ist zu bedenken, dass – abhängig von der Anzahl der untergeordneten Berufsgruppen –

die Fachbereichsleitung viel Zeit in die Vorbereitung und Durchführung der Therapievisite investieren muss. Je nach bereits bestehender Belastung kann es daher sein, dass die Einführung und spätere Durchführung der Therapievisite schlicht nicht möglich sind. Expert*innen bewerten vor dem Hintergrund dieser Überlegungen das Konzept.

3.2 Expert*innen-Befragung

Die Konzeption der vorangegangenen Kapitel wurde gemeinsam mit fünf Expert*innen (n=5) aus den Berufen der MTD durch das Verteilen eines Fragebogens besprochen. Dabei wurden Meinungen und Statements zu drei Aspekten eingeholt. Wie kann sich die Implementierbarkeit einer solchen Therapievisite im bekannten Setting darstellen? Ist das hier skizzierte Konzept skalierbar und auf größere wie auch kleinere Einrichtungen gleich anwendbar? Welche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden um die Therapievisite wie sie hier vorgestellt wird zu ermöglichen?

Die fünf Expert*innen waren Führungskräfte und Mitarbeiter*innen aus den geriatrischen Langzeiteinrichtungen des Wiener Gesundheitsverbundes. Sie beleuchteten die drei Kernfragestellung also aus den Blickwinkeln der Basis und der Leitung.

3.2.1 Implementierbarkeit und Rahmenbedingungen

Besonders beim Thema „Implementierbarkeit“ zeigt sich die Individualität der einzelnen Einrichtungen aus denen die Expert*innen stammen. Verschiedene Persönlichkeiten in den Direktionen und auch in den Teams stellen der Implementierbarkeit ein gutes bis weniger gutes Zeugnis aus.

Ein genaues, nachvollziehbares Werkzeug zur Qualitätserfassung ermöglicht natürlich ein Benchmarking der einzelnen Häuser untereinander. Dass das wohl nicht bei allen gleichermaßen gewünscht ist, zeigen zum Teil die Rückmeldungen der Führungskräfte.

Das Interesse an der Therapievisite ist bei den Expert*innen groß. Als „ein wichtiges Werkzeug, das in der Therapie längst überfällig ist“, wird die Therapievisite bezeichnet.

Die Expert*innen unterstreichen die in dieser Arbeit von der Pflegevisite abgeleitete Schulungsmaßnahme die begleitend zur Einführung stattfinden muss. Es wird auf bestehende Werkzeuge zur Qualitätssicherung hingewiesen. Solche Methoden sind allerdings nicht auf die Sicherung der Therapiequalität per se ausgelegt. Angesprochen wird die im Wiener Gesundheitsverbund übliche, regelmäßig und im Bedarfsfall durchgeführte Mitarbeiter*innenbeurteilung ebenso wie die Fachaufsicht. Erstere zielt aber auf die Kompetenzen in

verschiedenen Bereichen von einzelnen Mitarbeiter*innen ab. Letzteres überprüft, ob die organisatorischen Vorgaben eingehalten werden.

Vor allem der Aufwand für die Durchführung wird als sehr hoch eingeschätzt. Eine Rahmenbedingung, die es also zu erfüllen gilt, ist das Vorhandensein einer ausreichend großen Zeitressource. Die Expert*innen sehen darin ein Problem, denn sie erkennen den Bedarf an einer Feedbackschleife: Sollte die Therapievisite zu einem negativen Ergebnis kommen, ist eine Wieder-Visitierung nötig, die in ihrem Umfang der primären Visite in fast nichts nachsteht.

Wie im Kapitel 2.2 angeführt, gibt es für angehörige der Berufe des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes eine Dokumentationspflicht. Diese wird auch hier schlagend. Die Expert*innen schlagen eine Checkliste vor, die eine standardisierte, elektronisch ablegbare Dokumentation der Therapievisite ermöglicht. Sie kann außerdem eine objektivere Beurteilung oder gar Quantifizierung der Ergebnisse zulassen. Dazu bemerken die Expert*innen aber auch, dass eine Möglichkeit im elektronischen Dokumentationssystem des Wiener Gesundheitsverbundes geschaffen werden muss. Lagerung von Patient*innendaten außerhalb dieses Systems ist nicht zulässig. Selbstverständlich ist auch die Frage zulässig, wo die Leistung die durch diese Therapievisite generiert wird verbucht werden soll.

Wie der Begriff „Standard Operating Procedure“ bereits verrät, sollte dieser Prozess – also die Therapievisite – standardisiert sein. Der Meinung sind auch die Expert*innen. Sie sprechen sich für eine „gleiche Anwendung“ in allen Häusern aus. Gleichzeitig sehen sie hier aber große Hürden, da die Individualität in den Häusern des Wiener Gesundheitsverbundes besonders wichtig ist. Die Leitungen der Häuser müssen das Konzept mittragen. Nur so ist es möglich, dass das Tool als „Bestandteil eines guten Qualitätsmanagements anerkannt“ wird. Durch eine gute Akzeptanz wäre es auch leichter die dringend notwendigen zeitlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt zu bekommen. Die „Rückendeckung“ von der „(besonders ärztlichen) Direktion“ wird als Must-have von den Expert*innen genannt. Gar von einer „Anordnung durch die Direktion“ sprechen die Expert*innen.

Besonders in Zeiten der immer noch vorherrschenden Pandemie sind die personellen und zeitlichen Ressourcen knapp. Fachbereichsleitungen werden vermehrt zur Patient*innenbetreuung hinzugezogen. Für qualitätssichernde Maßnahmen bleibt da wenig Platz. Mitarbeiter*innen seien dadurch vorbelastet und könnten die Therapievisite als „zusätzliche Belastung und nicht wie geplant als Qualitätsgewinn“ beurteilen.

Zusätzlich zum vorgelegten Konzept schlagen die Expert*innen in der Befragung eine Konzipierung eines finalen Werkzeugs unter Einbeziehung von „Key-Opinion-Leader*innen“ vor. So soll eine möglichst hohe Akzeptanz gewährleistet werden. Diese könnten auch für einen

permanenten Informationsfluss in die Teams während der Konzeptphase sorgen. Dadurch könnte sich die Motivation der Mitarbeiter*innen dahingehend verbessern, dass eher Inputs geleistet werden und die Therapievisite dann auch mitgetragen wird.

Eine Rahmenbedingung für die Einführung der Therapievisite ist, wie in der vorliegenden Arbeit beschrieben, das Vorhandensein von SOPs zu den zu überprüfenden Prozessen. Weiters unterstreichen die Expert*innen aber auch die Notwendigkeit die Therapievisite selbst nach Abschluss der Konzeptionierung in einen Standard Operating Procedure zu gießen.

Auch eine Evaluierung der Therapievisite nach einem definierten Zeitraum nach der Einführung wird von den Expert*innen vorgeschlagen.

Expert*innen können sich auch vorstellen die Ergebnisse der Therapievisite im Anlassfall in bestehende Besprechungsstrukturen zu integrieren. Besonders Fallbesprechungen im Zuge derer ein Fall aus den Blickwinkeln aller involvierten Berufsgruppen beleuchtet wird, böten sich hierzu an, so die Expert*innen.

Auch in den Berufen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes muss man sich auf einen Generationenwechsel (Rappold & Mathis-Edenhofer, 2020) einstellen. Einem „jungem, engagierten“ Team wird eine bessere Implementierbarkeit durch die Expert*innen unterstellt. Dort sei das Interesse an Lernfeldern oft präsenter.

3.2.2 Skalierbarkeit

Die Frage der Skalierbarkeit ist für die Expert*innen schwer zu beantworten, da sich die Aufgabenbereiche kaum voneinander unterscheiden. Die Expert*innen sehen besonders in kleinen Häusern und kleinen Teams, dass der „Therapeut*innen-Patient*innen-Draht“, also die Beziehung zwischen Therapeut*innen und Patient*innen für den Therapieerfolg ausschlaggebend ist. Expert*innen sehen hier also ein Problem in der Skalierbarkeit nach unten. Wie muss die Therapievisite gestaltet sein, um hier eine Verzerrung zu vermeiden? Standardisierung und Objektivierung ist auch hier eine mögliche Lösung. Mit einer Checkliste wie in 3.2.1 angemerkt kann hier ein möglicher Vektor gefunden werden.

Die Expert*innen weisen darauf hin, dass die Intensität des Patient*innenkontaktes bei verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich stark ist. Während die Diätologie beispielsweise mit vergleichsweise geringem Patient*innenkontakt qualitativ sehr hochwertige Therapie durchführen kann, tut sich die Physiotherapie hier schon sehr schwer. Hier eine objektive Beurteilung zu ermöglichen ist schwierig. Die Expert*innen haben Schwierigkeiten zu erkennen, wie die in dieser Arbeit vorgestellte Therapievisite das zu lösen vermag.

Durch die fünf Phasen der Tools – so eine Expertin – ist das Konzept gut skalierbar. Es kann so „gut an unterschiedliche Berufsgruppen und Teamgrößen“ angepasst werden.

3.2.3 Weitere Statements der Expert*innen

Die Expert*innen loben die mit der Therapievisite ermöglichte Transparenz des therapeutischen Prozesses. Während die Fachbereichsleitungen oft durch andere Aufgaben die Überwachung des therapeutischen Prozesses in regelmäßigen Abständen eine Herausforderung sehen, kann durch die Therapievisite dazu beitragen, die Fachbereichsleiter*innen näher an die sonst oft unsichtbaren Details des therapeutischen Prozesses heranzubringen. Dazu zählen vor allem Themen im Schnittstellenmanagement mit den anderen Berufsgruppen, wie der Pflege.

In dem hier vorgelegten Konzept konnten die Expert*innen die fünf Phasen der Therapievisite erfahren. Eine Phase davon ist das Gespräch mit der Bezugspflegerperson. Diese Phase ist das Hauptunterscheidungsmerkmal zur Pflegevisite, denn diese schließt andere Berufsgruppen, die auch am pflegerischen Prozess teilhaben von der Visite aus. Die Expert*innen goutieren diese Phase als „wichtig für das interprofessionelle Setting“.

In Sachen Dokumentation lauern Stolperfallen, so die Expert*innen. Denn: Hier treffen zwei Ansprüche der Therapeut*innen aufeinander die oft nur schwer vereinbar sind. Zum einen haben Therapeut*innen – besonders durch die fortschreitende Akademisierung – den Anspruch, eine möglichst professionelle, in der Fachsprache verfasste Dokumentation niederzuschreiben. Gleichzeitig gibt es aber auch Bedarf – beispielsweise in der Basispflege – an Dokumentation und damit Kommunikation in einer möglichst verständlichen und einfachen Sprache. Das mache die Beurteilung aber natürlich nicht leichter. Bereits angesprochene rare Personalressourcen drängen die Therapeut*innen zu Entscheidung zwischen den zwei Optionen. Entscheidet man sich für das eine oder andere kann das vom SOP abweichen und eine ungerechtfertigt schlechtere Beurteilung nach sich ziehen.

Die Expert*innen sprechen sich für die Einbeziehung der Angehörigen in die Therapievisite. Sie erkennen, dass die Ziele und damit die Bewertung der Therapie sich zwischen Patient*innen und Angehörigen unterscheiden kann. Gleichzeitig erkennen sie aber auch, dass besonders in der Geriatrie die Aussagen der Patient*innen zum Teil wenig zuverlässig sind. Grund dafür sind kognitive Einschränkungen der Patient*innen, beispielsweise durch demenzielle Erkrankungen.

4 Conclusio, Ausblick und Limitation

Es zeigt sich in vielerlei Hinsicht, dass die Berufsgruppen der gehobenen medizinisch-technischen-Dienste zwar allesamt eine mehrere Dekaden lange Historie hinter sich haben, aber dennoch großes weiteres Entwicklungspotenzial zeigen. Das ist auch dem geschuldet, dass diese Berufe oft ein Nischendasein fristen. Die Pflege, aus der sich die Berufsgruppen der MTDs emanzipiert haben, macht es vor und zeigt, wie Pflegequalität gemessen werden kann und muss.

Diverse Messmethoden und -parameter ermöglichen die Objektivierbarkeit der Therapiequalität. Sie alle setzen aber eine lückenlose, professionelle, nachvollziehbare und strukturierte Dokumentation voraus, die der Gesetzgeber auch in ihren Grundzügen vorschreibt. Die an mehreren Messzeitpunkten erhobenen Daten können dann zum Verändern einiger mehr oder weniger aufwändigen Stellschrauben herangezogen werden.

Grundlage für eine wiederholbare Messung sind standardisierte Workflows und Standard Operating Procedures Voraussetzung. Im Zuge der Arbeit wurden sie erstellt und plakativ am Beispiel der Physiotherapie vorgestellt.

Es ist dringend notwendig, dass dieses Werkzeug auch im wissenschaftlichen Rahmen weiter überprüft wird. Nachfolgende Studien müssen zeigen, dass die langfristigen Ziele dieses Werkzeugs erreicht werden können. Dabei wird man sich darüber Gedanken machen müssen, wie ein Vergleichszeitraum etabliert werden kann.

Die Arbeit beschäftigt sich mit einem Werkzeug für Fachbereichsleitungen im MTD-Bereich. Eine solche Führungsrolle ist in vielen Unternehmen, die Angehörige dieser Berufsgruppen beschäftigen gar nicht vorgesehen. Daher ist das hier vorgestellte Konzept und die Beantwortung der Forschungsfrage natürlich schwer auf eben solche Einrichtungen umzulegen. Viel eher bedarf es im Vorfeld auch Arbeiten zu den Fragen der Hierarchien im MTD-Bereich. Denn das Vorhandensein entsprechender Personalien ist eine Grundvoraussetzung, um Qualität im Allgemeinen zu gewährleisten und Qualitätssicherung zu betreiben.

Als eine der ersten Arbeiten die sich mit der Therapievisite als solches Beschäftigen ist die Literaturlage äußerst dünn. Nachfolgende Arbeiten werden an diesem Zustand etwas positives bewirken können. Empirische Forschung, die die tatsächliche Einführung der Visite begleitet ist, ein notwendiger nächster Schritt, den diese Arbeit nicht leisten kann.

Die Expert*innenbefragung beschränkt sich auf Mitarbeiter*innen des Wiener Gesundheitsverbundes. Das ist dem Umstand im ersten Absatz dieser Sektion geschuldet. Eine ausführlichere Expert*innenbefragung war aufgrund des Scopes (Langzeitpflegeeinrichtungen) nicht möglich. Um ein noch repräsentativeres Ergebnis zu erhalten, muss die Forschung auf Kran-

kenhäuser und andere Trägerorganisationen ausgeweitet werden. Dadurch wird die Teilnahme an der Befragung für mehr Expert*innen ermöglicht, was ein breiteres und diversifizierteres Meinungsspektrum zur Folge hat.

Die Expert*innenbefragung muss ausgeweitet werden. Es ist nötig, die Frage nach Implementierbarkeit und Skalierbarkeit auch Führungskräften in Einrichtungen anderer Träger und anderen Bundesländern zu stellen. Die GÖG könnte sich hier als wertvolle Partnerin erweisen.

4.1 Key-Findings

Die Therapievisite wird als probates Mittel zu Qualitätssicherung gesehen. Drei Key-Findings aus dieser Masterthese unterstreichen aber notwendige Rahmenbedingungen, die es zu schaffen gilt.

4.1.1 Verfügbarkeit

Primär müssen ausreichend Zeitressourcen und sekundär auch ausreichend Personalressourcen den Führungskräften zur Verfügung gestellt werden, um die Therapievisite Implementieren und je nach Teamgröße auch skalieren zu können. Eine geeignete Leistung muss im verwendeten Dokumentationswerkzeug zur Verfügung stehen, um den Aufwand evaluieren zu können.

4.1.2 Akzeptanz

Es muss für die nötige Akzeptanz gesorgt werden. Das betrifft nicht nur die ausführende Person, also die Führungskraft, sondern auch die Leitung des Hauses und natürlich die Mitarbeiter*innen. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Therapievisite als Mittel zur Qualitätssicherung auch ernst genommen wird.

4.1.3 Transparenz

Um die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse der Therapievisite zu ermöglichen, und um die Visite an sich für die Visitierenden zu erleichtern ist es notwendig, dass Transparenz geschaffen wird. Das erreicht man am besten durch klare Kommunikation – beispielsweise in einer Fortbildungsveranstaltung zur Therapievisite – und durch Niederschrift der Prozesse in einem nachvollziehbaren Format. Dabei haben sich SOPs im BPMN im Gesundheitsverbund bewährt.

4.2 Ausblick

Die Gruppe der MTDs ist im Wiener Gesundheitsverbund eine wertgeschätzte. Sie ist in Führungsebenen vertreten und wird durch eine starke Fortbildungsakademie gestützt. Einen qualitativen Anspruch muss sie aber selbst an sich Stellen, das Interesse aus anderen, übergeordneten Bereichen ist kaum vorhanden. Doch auch aus den eigenen Reihen ist das Interesse an einer solchen, hier konzeptionierten Therapievisite oftmals gering. Es muss großer Aufwand betrieben werden und die Ressourcen sind knapp, die Sichtweise kurzsichtig und einschichtig. Das vorliegende Dokument bietet eine hervorragende Inspiration für dringend notwendige und von einzelnen betriebenen Offensiven im Bereich des Qualitätsmanagements. In einer von Daten getriebenen Welt wird es in den nächsten Dekaden notwendig werden auch im Bereich der MTDs solche Werkzeuge zu verwenden, um die eigene Daseinsberechtigung zu festigen.

Diese Arbeit trägt mit ihren Überlegungen dazu bei, das Bestreben der MTDs, die Therapiequalität auf einem möglichst hohen Niveau zu halten und die Therapiequalität optimal zu managen, sichtbarzumachen. Weiters trägt sie dazu bei, das vielschichtige Konstrukt der Qualität verständlich zu machen und ermöglicht so, die hier konzipierte Therapievisite umzusetzen.

5 Literaturverzeichnis

- Akyar, Isin (2012) Standard Operating Procedures (What Are They Good For?). In: Akyar, Isin (Hrsg.) *Latest Research into Quality Control*. InTech DOI: 10.5772/50439 - Abgefragt am 06.04.2022
- Allweyer, Thomas (2016) *BPMN 2.0: Introduction to the Standard for Business Process Modeling*. BoD – Books on Demand
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2006) *Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit): beim Zugang zur Rehabilitation*. Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
- Curry, Adrienne, & Sinclair, Emma (2002) Assessing the quality of physiotherapy services using Servqual. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15 (5), 197–205 DOI: 10.1108/09526860210437412
- Davidson, Alistair, & Klemme, Laura (2016) Why a CEO should think like a Scrum Master. *Strategy & Leadership*, 44 (1), 36–40 DOI: 10.1108/SL-11-2015-0086
- Dobson, Keith S., Shaw, Brian F., & Vallis, T. Michael (1985) Reliability of a measure of the quality of cognitive therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 24 (4), 295–300 DOI: 10.1111/j.2044-8260.1985.tb00662.x
- Dr. Alice Maria Synek-Strassnitzky, M.Ed. (2016) 100 Jahren Physiotherapie in Österreich. *inform*, 2016,
- Eder, Karin (2009) Die Rolle der Pflegevisite: Vor- und Nachteile sowie mögliche Weiterentwicklungen. *ProCare*, 14 (1–2), 30–30 DOI: 10.1007/s00735-009-0112-6
- Flach, Jana (2012) Die Pflegevisite als Kontrollinstrument: Pflege besser planen. *Heilberufe*, 64 (2), 14–15 DOI: 10.1007/s00058-012-0244-0
- Gloger, Boris (2010) Scrum: Der Paradigmenwechsel im Projekt- und Produktmanagement – Eine Einführung. *Informatik-Spektrum*, 33 (2), 195–200 DOI: 10.1007/s00287-010-0426-6
- Gonçalves, Luis (2018) Scrum: The methodology to become more agile. *Controlling & Management Review*, 62 (4), 40–42 DOI: 10.1007/s12176-018-0020-3
- Grötzbach, Holger, Hollenweger, Judith, & Iven, Claudia (Hrsg.) (2014) *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie: Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis*. Idstein: Schulz-Kirchner. 2., aktualisierte und überarb. Aufl
- Habermann, Monika (2007) *Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege*.
- Hellmann, Stefanie, & Rößlein, Rosa (2011) *Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege: Mit Transparenzkriterien, Risikobereichen und Checklisten*. Schlütersche
- Horn, Susan D., DeJong, Gerben, Smout, Randall J., Gassaway, Julie, James, Roberta, & Conroy, Brendan (2005) Stroke Rehabilitation Patients, Practice, and Outcomes: Is Earlier and More Aggressive Therapy Better? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86 (12, Supplement), 101–114 DOI: 10.1016/j.apmr.2005.09.016
- Oostendorp, Rob AB, Elvers, Hans, van Trijffel, Emiel, Rutten, Geert M., Scholten-Peeters, Gwendolyne GM, Heijmans, Marcel, Hendriks, Erik, Mikolajewska, Emilia, De Koning, Margot, Laekeman, Marjan, Nijs, Jo, Roussel, Nathalie, & Samwel, Han (2018) Has the quality of physiotherapy care in patients with Whiplash-associated disorders (WAD) improved over time? A retrospective study using routinely collected data and quality indicators. *Patient preference and adherence*, 12, 2291–2308 DOI: 10.2147/PPA.S179808

-
- Pfeilstecher, Manuel (2017) *Patientinnen- und patientenpartizipative Pflegevisite – Ein Instrument zur Gesundheitsförderung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege.*
- Phillips, Anna, Stiller, Kathy, & Williams, Marie (2006) Medical Record Documentation: The Quality of Physiotherapy Entries. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 4 (3) DOI: 10.46743/1540-580X/2006.1110
- Ranegger, Renate (2009) *Die Pflegevisite als Maßnahme zur Qualitätssicherung.* Medizinische Universität Graz
- Rappold, Elisabeth, & Mathis-Edenhofer, Stefan (2020) *MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030.* Gesundheit Österreich GmbH https://wien.arbeiterkammer.at/interessenvertretung/wirtschaftswissenschaften/initiativ_einvestieren/MTD-Prognose.pdf - Abgefragt am 15.07.2022
- Shiney, Franz (2019) Interprofessionelle Kommunikation zwischen therapeutisch Pflegenden und anderen therapeutischen Berufsangehörigen (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) in der neurologischen (Früh-)Rehabilitation: eine an Grounded Theory angelehnte Studie. DOI: 10.25673/13852 - Abgefragt am 14.04.2022
- Xyrichis, Andreas, & Ream, Emma (2008) Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (2), 232–241 DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x