



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

**DIE MULTIDIMENSIONALITÄT DER
ZUFRIEDENHEIT VON BEWOHNERN EINER
STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNG
- EINE QUALITATIVE STUDIE -**

M a s t e r - T h e s i s

zur

Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (M.Sc.)

Vorgelegt von: Johanna Müller

Betreuer: Prof. Dr. Hans-Joachim Goetze

Tag der Einreichung: 01.03.2009

In erster Linie möchte ich mich ganz herzlich bei meinen Eltern,
Anke und Wilfried Müller, für die jahrelange emotionale und finanzielle
Unterstützung während des Studiums bedanken.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Hans-Joachim Goetze, meinem Betreuer und
langjährigen Ansprechpartner, dafür, dass er meine Studienzeit durch seine
Persönlichkeit und seine Vorlesungen enorm bereichert hat und mir in den zahlreichen
Gespräch aufrichtiges Interesse entgegenbrachte.

VIELEN DANK

Inhaltsverzeichnis

1	<u>EINLEITUNG</u>	4
2	<u>THEORETISCHER TEIL</u>	7
2.1	Grundlagen zu den zentralen Begriffen.....	7
2.1.1	Zufriedenheit.....	7
2.1.1.1	Dimensionen der Zufriedenheit.....	9
2.1.1.2	Bewohnerzufriedenheit.....	11
2.1.1.3	Kundenzufriedenheit.....	15
2.1.2	Bewohnerorientierung.....	19
2.1.3	Lebensqualität.....	24
2.1.4	Qualitätsmanagement.....	27
2.2	Warum sollte die Bewohnerzufriedenheit erhoben werden?.....	31
2.3.	Herausforderungen bei der Erhebung der Bewohnerzufriedenheit.	35
2.4	Zufriedenheitsforschung im deutschen Pflegesektor.....	39
3	<u>EMPIRISCHER TEIL</u>	44
3.1	Rahmenbedingungen der Erhebung.....	44
3.1.1	Ort der Erhebung – eine Hamburger Seniorenresidenz.....	44
3.1.2	Beschreibung des Heimalltags.....	49
3.1.3	Charakteristika der Interviewpartner.....	50
3.2	Untersuchungsdesign der Arbeit.....	51
3.2.1	Grundsätze qualitativen Denkens.....	51
3.2.2	Fragestellung der Untersuchung.....	53
3.2.3	Methodik und Rahmenbedingungen.....	54
3.2.3.1	Methodisches Vorgehen.....	54
3.2.3.2	Methodische Schwierigkeiten.....	57
3.2.4	Beschreibung des Datenerhebungsinstrumentes.....	59
3.2.4.1	Das problemzentrierte Interview.....	59
3.2.4.2	Handbuch zum Interviewleitfaden.....	61

3.2.5	Durchführung und Verlauf der Erhebung.....	68
3.2.6	Aufbereitung des Materials.....	68
3.2.7.	Methodik der Datenauswertung.....	70
3.2.7.1	Qualitative Inhaltsanalyse.....	70
3.2.7.2	Induktive Kategorienbildung.....	71
3.3	Interpretation der Ergebnisse der Inhaltsanalyse.....	74
3.3.1	Situation vor dem Heimeinzug.....	74
3.3.2	Allgemeine Zufriedenheit.....	81
3.3.3	Alltag in der Seniorenresidenz.....	91
3.3.4	Essen & Trinken.....	101
3.3.5	Pflege & Betreuung.....	106
3.3.6	Leitung & Hauswirtschaft.....	116
3.3.7	Finale Reflexion des Lebens im Pflegeheim.....	118
3.3.8	Beantwortung der Forschungsfrage.....	125
3.4	Methodenkritik.....	128
3.5	Überprüfung der Postulate qualitativen Denkens.....	129
4	<u>HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR</u>	
	<u>DEN ALLTAG IN DER SENIORENRESIDENZ</u>	130
5	<u>FAZIT</u>	143
6	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	153
7	<u>INTERNETSEITENVERZEICHNIS</u>	159

ANHANG

- I Transkript der Interviews zur Bewohnerzufriedenheit (CD)
- II Auswertung anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (CD)
- III Fragebogen zur Bewohnerzufriedenheit (CD)

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Multidimensionalität der Zufriedenheit.....	10
Abbildung 2: Kundenzufriedenheit als emotionale Reaktion auf einen kognitiven Vergleich	18
Abbildung 3: Die Komplexität der Qualität in pflegerischen Einrichtungen.....	29
Abbildung 4: Erwartungsniveaus zur Qualität.....	33
Abbildung 5: Dilemma der unterschiedlichen Wertesysteme in Pflegeheimen.....	37
Abbildung 6: Vorgarten des Pflegeheims (Foto).....	44
Abbildung 7: Speisesaal der Pflegeeinrichtung (Foto).....	45
Abbildung 8: Aufenthaltsraum der Pflegeeinrichtung (Foto).....	46
Abbildung 9: Verteilung der Pflegestufen in der Einrichtung.....	47
Abbildung 10: Tätigkeitsbereiche und Qualifikationen der Mitarbeiter.....	48
Abbildung 11: Zeitstrahl zu Anfertigung der Master-Thesis.....	56
Abbildung 12: PDCA-Zyklus nach Deming.....	139
Abbildung 13: Prozess der Bereinigung von Schwachstellen.....	140

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Handbuch zum Interviewleitfaden.....	63
---	----

1 Einleitung

Über 709 000 Menschen in Deutschland befinden sich aktuell in der gleichen Situation: Sie leben infolge einer bestehenden Pflegebedürftigkeit in einem Alten- oder Pflegeheim und sind darauf angewiesen, vom Heimpersonal versorgt, betreut und gepflegt zu werden.¹

In vielen stationären Einrichtungen wird Bewohnerorientierung proklamiert, aber Bewohnerignorierung praktiziert. Wohlbefinden, Zufriedenheit und ein selbstbestimmtes Leben werden den zukünftigen Bewohnern in bunten Werbeprospekten versprochen. Doch nach dem Einzug ins Pflegeheim beginnt für die älteren Menschen die Realität: ein ungewohnter, fest strukturierter und nicht selbstbestimmter Alltag in einem fremden Haus mit unbekanntem Menschen.

Der Spiegel titelte: „Angst, Abwehr, Misstrauen. Die Übersiedelung in ein Altersheim ist für viele Ältere die schmerzlichste Entscheidung ihres Lebens. Mit dem Verlust der eigenen vier Wände geht auch die Selbstbestimmung verloren.“²

In den Medien kursieren zahlreiche Schreckensmeldungen über die Situation in Alten- und Pflegeheimen: Mangelhafte Pflege, unzulängliche Betreuung, vereinsamte Bewohner, schlechtes Essen, trister Alltag.

Doch seit einigen Jahren haben immer mehr Organisationen im Gesundheitswesen die immense Bedeutung von Patienten-, Bewohner- und Kundenfeedbacks erkannt. Das gesteigerte öffentliche Interesse an den Leistungsempfängern und der wachsende Konkurrenzdruck zeichnen sich auch im Bereich der Altenpflege ab. Zunehmende wirtschaftliche Transparenz und zugleich die steigenden Qualitätsanforderungen sind maßgeblich für die aktuelle Situation in der stationären Pflege. Die geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen (Beginn: 01. Juli 2008) zwingen die Pflegeeinrichtungen zu verstärkten Bemühungen im internen Qualitätsmanagement und somit zur intensiveren Partizipation der Bewohner an den Entscheidungen des

¹ vgl:

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/12/PD08__491__24.psml (Stand: 11.01.2009)

² zit. nach: Schrep In: Der Spiegel 2005, S. 98

Heimlebens. In diesem Zusammenhang stellt die Erfragung der Bewohnerzufriedenheit einen eminent wichtigen Qualitätsindikator dar. Nicht nur die zuständigen Aufsichtsbehörden (z.B. MDK) prüfen, inwieweit Besonderheiten und Bedürfnisse von Heimbewohnern im Alltag der Altenpflege Berücksichtigung finden.

Ungeachtet der öffentlichen Diskussion über die gravierenden Missstände im Pflegesektor sind die Bewohnerzufriedenheitswerte häufig außergewöhnlich hoch. Die Bewohner scheinen trotz der massiven Veränderungen ihres Lebens zufrieden zu sein. Nun stellt sich die Frage: Sind die Bewohner tatsächlich zufrieden mit ihrer Situation oder haben sie sich einfach nur angepasst und geben vor, zufrieden zu sein?

Die Zufriedenheit ist ein multidimensionales, dynamisches Konstrukt, welches dem Grundsatz der Subjektivität unterliegt. Auf die Zufriedenheit der Personen haben unterschiedliche Aspekte Einfluss: Biografie, Gesundheitszustand, Umwelt, Kultur, Finanzen usw.

Hohe Zufriedenheitswerte sind in sozialwissenschaftlichen Untersuchungen kein seltenes Phänomen. Globale Urteile zu der Betreuung, den Leistungen oder zum Personal beinhalten meist positive Aussagen zu den Teilbereichen des Heims. Konkrete und gezielte Fragen lassen manchmal auf differente Angaben schließen. Generell ist eine Tendenz zu positiven Bewertungen hinsichtlich der Zufriedenheit vorhanden.

Das primäre Ziel dieser Studie zur Bewohnerzufriedenheit in einer stationären Pflegeeinrichtung ist nicht die einfältige Ermittlung des Zufriedenheitsgrades der Bewohner. Vielmehr werden die zentralen Determinanten, die Ursachen und die Einflussfaktoren für die bestehende Zufriedenheit aufgezeigt. Eine realitätsnahe Widerspiegelung der Lebenswelt der Bewohner ist dabei erstrebenswert. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage: Welche Faktoren beeinflussen maßgeblich die Zufriedenheit der Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung?

Die Zufriedenheitsurteile der Bewohner werden anhand von problemzentrierten Interviews erfasst, mittels der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet und anschließend interpretiert. Die Ergebnisse der Untersuchung werden in Handlungsempfehlungen für die Praxis formuliert, um eventuelle Versorgungsdefizite zu benennen und zu

beseitigen, die Leistungen und Betreuung zu optimieren und die Versorgungsqualität zu verbessern. Die kontinuierliche Einbeziehung der individuellen Belange der Bewohner in die Qualitätsdiskussion führt nicht zuletzt zu einer gesteigerten Lebensqualität. Die Relevanz von Bewohnerbefragungen ist somit unumstritten.

Die Arbeit zur Multidimensionalität der Bewohnerzufriedenheit in stationären Pflegeeinrichtungen gliedert sich wie folgt: Der theoretische Teil wird dem empirischen Abschnitt vorangestellt und beginnt mit Definitionen zur Zufriedenheit, Bewohnerorientierung, Lebensqualität und zum Qualitätsmanagement (Kap. 2.1). Die Notwendigkeit (Kap. 2.2) und die Herausforderungen der Erfassung der Bewohnerzufriedenheit (Kap. 2.3) werden anschließend thematisiert. Der Punkt 2.4 beinhaltet einen kurzen Überblick zu einigen Forschungsprojekten zur Zufriedenheit im deutschen Pflegesektor.

Im empirischen Teil wird die Praktikumeinrichtung in Hamburg vorgestellt (Kap. 3.1). Daraufhin werden die Grundsätze des qualitativen Denkens dargelegt (Kap. 3.2.1). Nachdem die Forschungsfrage, das methodische Vorgehen und die methodischen Schwierigkeiten näher erläutert werden, erfolgt die Beschreibung des Datenerhebungsinstrumentes (Kap. 3.2.4). Weiterhin werden detailliert die Schritte der Erhebung und der Datenauswertung dargestellt. Nach der Interpretation der Studienergebnisse (Kap. 3.3) werden die Handlungsempfehlungen für den Alltag in der Seniorenresidenz (Kap. 4) erörtert. Das Fazit der Arbeit (Kap. 5) bildet den Abschluss und fasst die wichtigsten Aspekte nochmals kurz zusammen.

Anmerkung:

Aufgrund dessen, dass im deutschen Sprachgebrauch keine geschlechtsübergreifende Personenbezeichnung vorhanden ist, wird für die Benennung von Personen vereinfachend die männliche Variante verwendet, auch wenn es sich sowohl um männliche als auch um weibliche Personen handelt.

2 Theoretischer Teil

2.1 Grundlagen zu den zentralen Begriffen

2.1.1 Zufriedenheit

Das Konstrukt der Zufriedenheit zeichnet sich durch seine Multidimensionalität, Komplexität, Abstraktheit, Multikausalität und Subjektivität aus. „Zufriedenheit kann als eine grundlegende, notwendige Lebensenergie betrachtet werden.“³

Der Duden definiert Zufriedenheit als: (1) „innerlich ausgeglichen zu sein und nichts anderes zu verlangen, als man hat und (2) mit den gegebenen Verhältnissen, Leistungen o.ä. einverstanden zu sein, nichts auszusetzen zu haben.“

Zufriedenheit kann als emotionaler Zustand verstanden werden, in dem die Bedürfnisse als befriedigt gelten.⁴ Sinnverwandte Begriffe für „Zufriedenheit“ sind Genügsamkeit, Wohlbehagen, Wohlgefühl oder Herzensruhe. Zufriedenheit ist eine individuelle und dynamische Größe, die von der Biografie und von gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Zusammenhängen abhängig ist.⁵

Hinsichtlich der Zufriedenheit kann zwischen der allgemeinen und der bereichsspezifischen Zufriedenheit unterschieden werden, wobei letztere öfter Veränderungen unterliegt, da sich diese leichter beeinflussen lässt.⁶

In der Literatur wird Zufriedenheit als ein affirmativer Gefühlzustand von Menschen und als ein intrinsisches, positives Phänomen beschrieben. Zufriedenheit wird als Resultat eines Bewertungsprozesses beziehungsweise einer Situationseinschätzung dargestellt. Viele Autoren sind der Ansicht, „dass Zufriedenheit beziehungsweise

³ zit. nach: Müller/ Thielhorn 1999, S. 76

⁴ zit. nach: <http://lexikon.calsky.com/de/txt/z/zu/zufriedenheit.php> (Stand: 11.04.2008)

⁵ vgl. Müller/ Thielhorn 2000 In: Schnabel/ Schönberg 2003, S. 179

⁶ vgl. Höpflinger In: Schlumpf 2003. <http://www.reife.ch/Sommer03/zufriedenheit.html> (Stand: 11.04.2008)

Unzufriedenheit aus einem Abgleich von Erwartungen mit Erlebtem, einem Vergleich von Ansprüchen und Überzeugungen mit wahrgenommenen Ereignissen entsteht.“⁷

Zufriedenheit steht in einem untrennbaren Zusammenhang mit der Lebensqualität. Das individuelle Verhältnis von subjektiver Zufriedenheit und den objektiven Lebensbedingungen deutet auf die Komplexität des Zufriedenheitskonstruktes hin. Zwischen der Gesundheit, der Lebensqualität und der Zufriedenheit besteht ebenfalls eine enge Verknüpfung. Eine positive Einschätzung der individuellen Lebensqualität kann Zufriedenheit erzeugen und zu einem gesundheitsbezogenen Wohlfühl beitragen. Das biologische, psychologische und soziale Wohlbefinden steht im engen Zusammenhang mit der Zufriedenheit. Gesundheit kann als die wichtigste Grundlage für Zufriedenheit betrachtet werden.

Zufriedenheit ist auch immer eine Frage des Vergleichs. Mit dem folgenden Satz stellt sich häufig Zufriedenheit ein: „Wenn ich sehe, wie es den anderen geht, bin ich zufrieden mit dem Gegebenen.“ Menschen sind meist dann zufrieden, wenn sie für das, was sie besitzen, dankbar sind. Unzufriedenheit ist vorwiegend bei solchen Menschen vorherrschend, die sich nur auf die Defizite und die negativen Erlebnisse im Leben konzentrieren.

Das Streben nach Zufriedenheit und die Denkweise möglichst, zufrieden mit den vorhandenen Umständen zu sein, hat oft religiöse Wurzeln.

In der Wirtschaft wird Zufriedenheit hauptsächlich aus praktischen Gründen mit der Abwesenheit von Unzufriedenheit (=Nichterfüllung der gestellten Erwartungen) gleichgesetzt.⁸ Das Konstrukt der Zufriedenheit befindet sich jedoch auf einem Zufriedenheits-Unzufriedenheits-Kontinuum, da sich Unzufriedenheit und Zufriedenheit immer miteinander vermengen und nicht dichotom voneinander betrachtet werden können. Menschen sind dementsprechend nie ausschließlich zufrieden oder gänzlich unzufrieden. Zufriedenheit bedeutet demnach nicht automatisch die Abwesenheit von Unzufriedenheit.

⁷ vgl. Avis et al. 1995 In: Müller/ Thielhorn 1999, S. 74

⁸ vgl. <http://lexikon.calsky.com/de/txt/z/zu/zufriedenheit.php> (Stand: 11.04.2008)

2.1.1.1 Dimensionen der Zufriedenheit

Die Berücksichtigung der spezifischen und zugleich komplexen Situation eines Menschen ist hinsichtlich der Erfassung der Zufriedenheit unerlässlich. Das Auseinandersetzen mit den Aussagen, Wünschen und Bedürfnissen sollte mit der Interpretation einiger Faktoren verbunden sein, die einen unmittelbaren Einfluss auf das geäußerte Urteil haben.

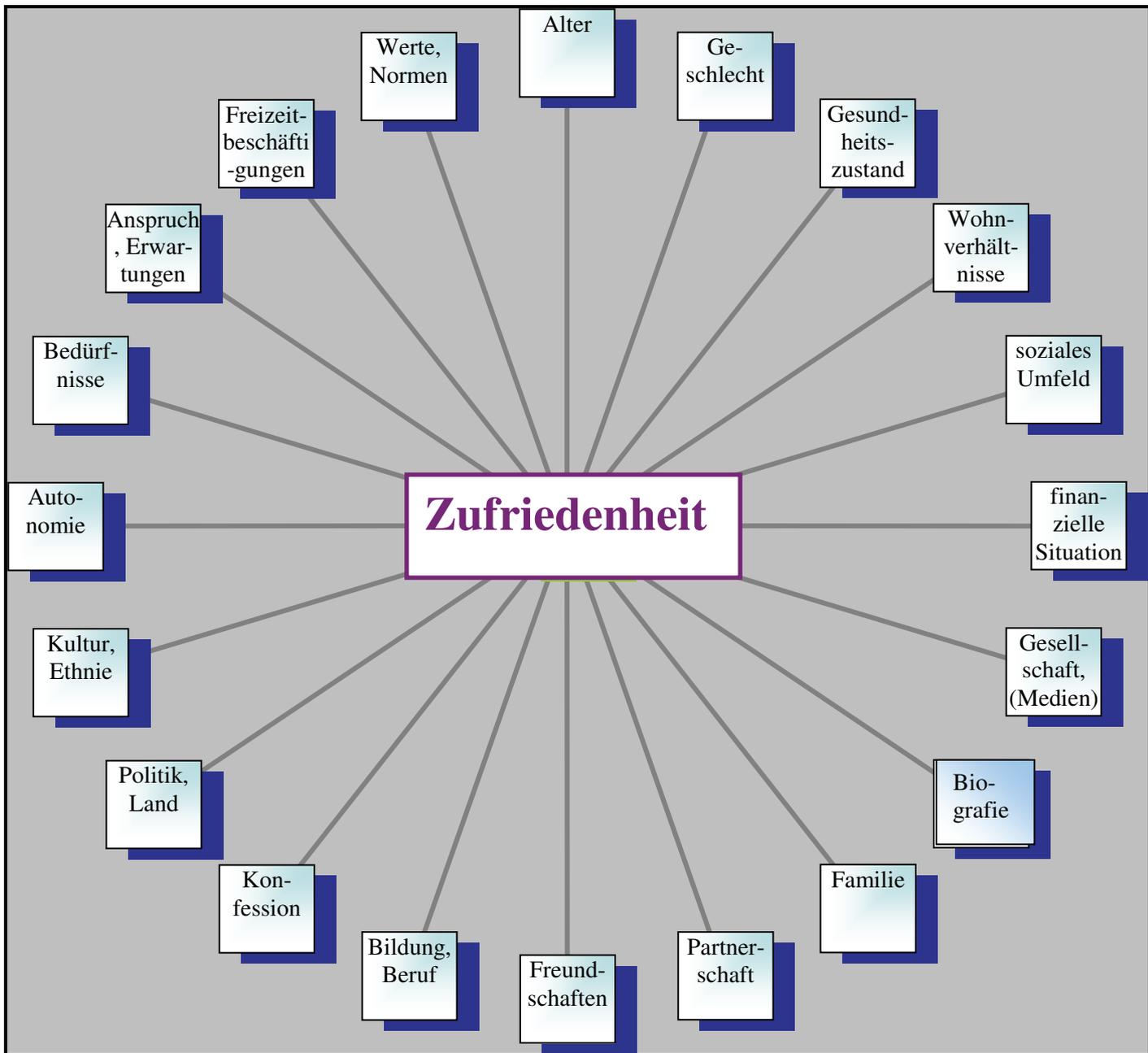
Das Konstrukt der Zufriedenheit ist mehrdimensional und besitzt sowohl eine kognitive Dimension (Lebenszufriedenheit) als auch eine emotionale Dimension (Glück).⁹ Im Rahmen einer Genfer Altersstudie ergaben sich drei Hauptdimensionen: psychisch-physisches Wohlbefinden, materielle und berufliche Zufriedenheit sowie affektiv-soziales Wohlbefinden. Zudem resultieren Wohlbefinden als auch Lebenszufriedenheit oder bereichsspezifische Zufriedenheitswerte aus selbst-regulativen Prozessen, die sich mit veränderten Lebensumständen wandeln. Im Verlauf des Lebens variieren die Erwartungen und die Vergleichsmaßstäbe – eine hohe Lebenszufriedenheit kann sowohl durch das Erreichen gewünschter Lebensziele als auch durch eine Anpassung des Anspruchsniveaus (nach unten) erlangt werden. Das Wohlbefinden im Alter wird damit nicht primär von objektiven Gegebenheiten aufrechterhalten – Zufriedenheit wird vielmehr von deren Interpretationen bestimmt. Die psychischen Ressourcen der Menschen beeinflussen diese Interpretationen.¹⁰

Eine Vielzahl an interdependenten Faktoren, die Einfluss auf die Zufriedenheit nehmen, ist in der folgenden Grafik abgebildet.

⁹ vgl. Höpflinger In: Schlumpf 2003. <http://www.reife.ch/Sommer03/zufriedenheit.html> (Stand: 11.04.2008)

¹⁰ vgl. Lalive d'Épinay et al, 2000 In: Schlumpf 2003. <http://www.reife.ch/Sommer03/zufriedenheit.html> (Stand: 11.04.2008)

Abbildung 1: Die Multidimensionalität der Zufriedenheit



Quelle: Eigene Darstellung

Die Multikausalität des Zufriedenheitskonstruktes führt dazu, dass die Dimensionen von Mensch zu Mensch variieren. Einzelne Dimensionen werden aus einer Fülle von Dimensionen als relevant erachtet und in Abhängigkeit der Wichtigkeit beurteilt.¹¹ Für einige Menschen spielt beispielsweise die Dimension der Partnerschaft im Vergleich

¹¹ vgl. Müller/ Thielhorn 1999, S. 79

zur Dimension des Berufs eine untergeordnete Rolle. Die gute finanzielle Situation ist für einige Menschen ein Indikator für Zufriedenheit, andere sehen ihre Zufriedenheit eher in der Familie begründet. Die verschiedenen Dimensionen und ihre unterschiedlichen individuellen Bewertungen verdeutlichen die Subjektivität und Komplexität des Zufriedenheitskonstruktes. Die einzelnen Dimensionen können sich ebenso im Laufe der Zeit verändern, was auf die Dynamik der Zufriedenheit hinweist. In einer Krankheitsphase wird die Gesundheit sicherlich als wichtiger für die Zufriedenheit eingestuft werden, als in einer Phase, in der sich der Mensch körperlich und geistig fit fühlt und das Streben nach Zufriedenheit eher in anderen Dimensionen stattfindet.

2.1.1.2 Bewohnerzufriedenheit

Die Bewohnerzufriedenheit stellt einen immens wichtigen Qualitätsindikator in stationären Pflegeeinrichtungen dar. Die Aussagen zur Bewohnerzufriedenheit sind in das Qualitätsassessment einzubeziehen. „There is no doubt that patient satisfaction is an important outcome and sensitive to nursing activities.“¹² Die Wahrnehmung des Bewohners ist die schwierigste und unklarste Seite der Qualitätsdiskussion. Die Beurteilung einer Leistung durch den Bewohner erfolgt meist aufgrund spezifischer Kriterien, die zum Teil unbewusst angewandt werden. Die gewonnenen Informationen aus Zufriedenheitsbefragungen lassen sich aufgrund der persönlichen Wertesysteme des Einzelnen kaum quantifizieren.

Eine einheitliche Definition für das Konstrukt der Bewohnerzufriedenheit ist bislang nicht vorhanden. Überwiegend wird dieser Begriff verstanden als: „a function of the congruence between what patients expect to get from care and what they actually receive“.¹³

¹² zit. nach: Doran et al. 2001, S. 55 In: <http://www.olaf-hoewer.de/Diplomarbeit1.pdf> (Stand: 11.04.2008), S. 52

¹³ zit. nach: Doran et al. 2001, S. 54 In: <http://www.olaf-hoewer.de/Diplomarbeit1.pdf> (Stand: 11.04.2008), S. 49

Wichtige Aspekte, die die Zufriedenheit der Bewohner in Langzeitpflegeeinrichtungen beeinflussen können, sind: die pflegerische Versorgung, die medizinische Versorgung, das Essen, die Mitbewohner, die Achtung der Privatsphäre, die baulichen Gegebenheiten, das Gefühl der Sicherheit oder die angebotenen Freizeitaktivitäten. In Zufriedenheitserhebungen sollten die Teilbereiche des Heimlebens erfasst werden, die in erster Linie für die Bewohner bedeutend sind und nicht primär dem Personal als wichtig erscheinen.¹⁴ Interpersonale Aspekte und die Persönlichkeit der Pflegenden stehen in einem engen Zusammenhang mit der Bewohnerzufriedenheit. Charakteristika wie Liebenswürdigkeit, Freundlichkeit, Respekt, Rücksicht, Aufmerksamkeit und Vorsicht spielen eine immens wichtige Rolle bei der Bewertung. Williams (1998) konstatierte, dass Aspekte der Gefühlsarbeit die Zufriedenheit in einem höheren Maß beeinflussen als das technische Können des Pflegepersonals.¹⁵ Die Zuverlässigkeit, die Empathie, das Verständnis und der höfliche Umgang des Personals bilden unter anderem das Fundament für eine zufriedenstellende Pflegebeziehung. Die Betreuung und die Pflege werden durch den Bewohner ebenfalls nach der Sorgfältigkeit und der Individualität bewertet. Die Beziehung zwischen den Bewohnern und den Pflegekräften spielt bei der Bewohnerzufriedenheit eine immens bedeutende Rolle. Für die Bewohner sind Freundlichkeit und persönliches Engagement des Personals sehr wichtig. Als äußerst negativ empfunden wird ein nervöses, hektisches und respektloses Verhalten gegenüber den Bewohnern.

Ein weiterer Parameter für zufriedene Bewohner ist das materielle Umfeld, denn wo sich der Bewohner geborgen und sicher fühlt, ist zumindest weniger Unzufriedenheit zu erwarten. Auch die folgenden Metaparadigmen berücksichtigen das Umfeld. Die vier Aspekte sind die relevanten Phänomene der Pflegedisziplin und sollten in die Betrachtung der Bewohnerzufriedenheit einbezogen werden. Diese Hauptkonzepte sind: Person, Gesundheit, Umgebung und Pflege (als Handlung).¹⁶

Die zunehmende Berücksichtigung von Zufriedenheit im Bereich der pflegerischen Versorgung ist ein Ausdruck fortschreitender Demokratisierung und somit der Stärkung

¹⁴ vgl. <http://www.olaf-hoewer.de/Diplomarbeit1.pdf> (Stand: 11.04.2008), S. 50

¹⁵ vgl. Williams 1998 In: Müller/ Thielhorn 1999, S. 80

¹⁶ vgl. Tackenberg et al. 2002, S. 23

der Position des Leistungsempfängers.¹⁷ Die Zufriedenheit der Alten- und Pflegeheimbewohner spiegelt wider, wie die pflegerischen Einrichtungen den Bedürfnissen, Wünschen und Erwartungen der Leistungsempfänger begegnen. Zufriedenheitsbefragungen unterliegen der Subjektivität – trotzdem oder gerade deshalb dienen Bedürfnisse und Erfahrungen der Bewohner der Qualitätsbewertung in der Einrichtung. Bei der Operationalisierung von Zufriedenheit treten dennoch häufig Unklarheiten auf, da die Urteilsbildung der Bewohner undurchschaubar ist. Weiterhin bleibt ungeklärt, welche individuellen Überzeugungen und Werte in den Prozess der Bewertung einfließen.¹⁸

Das Zufriedenheitskonstrukt stellt ein Zufriedenheits-Unzufriedenheits-Kontinuum dar, weil sich Unzufriedenheit und Zufriedenheit immer miteinander vermischen und nicht getrennt voneinander entstehen. Zufriedenheit bedeutet nicht automatisch die Abwesenheit von Unzufriedenheit, da Menschen nie ausschließlich zufrieden oder unzufrieden sind.

Ipsen (1978) ist der Meinung, dass Unzufriedenheit ein „psychischer Zustand ist, der sich wegen der damit verbundenen Spannung und Aktivitätshemmung auf Dauer nicht aufrecht erhalten lässt.“¹⁹ Um diesen Zustand aufzulösen, erfolgt eine Anpassungsreaktion, indem die Erwartungen an die Realität oder die Realität an die Erwartungen angeglichen werden. Dieser Prozess der „resignativen Anpassung“ hat Zufriedenheit zum Ergebnis. Je weniger die Möglichkeit besteht, dass eine Person ihre Situation selbst aktiv mitgestalten oder verändern kann, desto wahrscheinlicher sind Reaktionen der resignativen Anpassung.²⁰ Bewohner in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung sind auf die Versorgung angewiesen und befinden sich deshalb in einem enormen Abhängigkeitsverhältnis. Die resignative Anpassung könnte somit die in entsprechenden Studien ermittelten hohen Zufriedenheitswerte (80–90 %) erklären.²¹ Hall/Dorman haben in einer Meta-Analyse herausgefunden, dass hohe

¹⁷ vgl. Müller/ Thielhorn 1999, S. 72

¹⁸ vgl. Müller/ Thielhorn 1999, S. 73

¹⁹ zit. nach: Ipsen 1978 In: Müller/ Thielhorn 1999, S. 76

²⁰ vgl. Ipsen 1978 In: Müller/ Thielhorn 1999, S. 76

²¹ vgl. Müller/ Thielhorn 1999, S. 77

Zufriedenheitswerte mit einem höheren Lebensalter, einer geringen Schulbildung, einem höheren sozialen Status und dem Verheiratetsein in Verbindung stehen.²²

Unterschiedliche Bedürfnisstrukturen und vielfältige Ansprüche älterer und pflegebedürftiger Menschen machen ein umfangreiches Dienstleistungsangebot notwendig. Die artikulierten Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner bilden lediglich die Spitze des Eisberges. Die „versteckten“ originären Bewohnerprobleme bleiben meist im Verborgenen, könnten im Allgemeinen jedoch für nachhaltige Problemlösungsstrategien sorgen.²³

Die Erwartungen der Bewohner spielen in dem Zusammenhang der Bedürfnisbefriedigung eine eminent wichtige Rolle. Erwartungen entstehen aus vorhandenen Bedürfnissen, gemachten Erfahrungen, der Mund-zu-Mund-Kommunikation oder aus der Unternehmenskommunikation. Nachdem ein interner Vergleichsprozess zwischen den Erwartungen und der wahrgenommenen Leistung stattgefunden hat, ergeben sich in Abhängigkeit des Grades der Erwartungserfüllung Zufriedenheit oder Unzufriedenheit und demzufolge entweder Loyalität, eine Weiterempfehlungsabsicht oder Beschwerden.²⁴ Die Abwesenheit von Beschwerden in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen lässt jedoch nicht auf zufriedene Bewohner schließen. Viele unzufriedene Bewohner beschwerten sich nicht, nehmen schwierige Situationen stillschweigend hin.²⁵

Die Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen können im Allgemeinen nur einen Teil des Ganzen zur Kenntnis nehmen, da für den Bewohner viele Prozesse und Strukturen im Verborgenen bleiben.

Der Begriff Qualität wurde von Donabedian in drei Aspekte unterschieden. Neben der Struktur- und der Prozessqualität spielt die Ergebnisqualität die bedeutendste Rolle in der Zufriedenheitsdiskussion. Hierbei wird auf das körperliche, soziale und psychische Wohlbefinden oder den Gesundheitszustand des Bewohners verwiesen. Generell können die drei Qualitätsaspekte nicht separat betrachtet werden, da sie in einem engen

²² vgl. Hall/Dornan 1990, S. 77

²³ vgl. Hinterhuder et al. 1997, S. 25

²⁴ vgl. Hinterhuder et al. 1997, S. 15

²⁵ vgl. Hinterhuber 1997, S. 27

Verhältnis zueinander stehen, wodurch sich eine gegenseitige Beeinflussung zwischen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ergibt.²⁶

Für die komplexe Betrachtung der Bewohnerzufriedenheit darf nicht außer Acht gelassen werden, dass jene eine Art der Kundenzufriedenheit darstellt und demzufolge ähnlichen Gesetzmäßigkeiten unterliegt.

2.1.1.3 Kundenzufriedenheit

Die Empfänger von Leistungen im Gesundheitswesen werden mit unterschiedlichen Begriffen bezeichnet. In der Qualitätsdiskussion im Gesundheitssystem ist signifikant, dass der Terminus „Kunde“ in den letzten Jahren vermehrt Verwendung gefunden hat. Der Wandel der Begrifflichkeit kann zum einen auf die veränderte Bewertung der Nutzer von Gesundheitsleistungen und zum anderen darauf zurückgeführt werden, dass auch die pflegerische Versorgung zunehmend als personenbezogene Dienstleistung verstanden wird, welche von ähnlichen Bedingungen geprägt sind wie andere gewerbliche Dienstleistungen auch. Die Wettbewerbssituation, die Ökonomisierung des Pflegesektors und die verstärkte marktwirtschaftliche Orientierung pflegerischer Einrichtungen lassen die Empfänger von Pflege zu Kunden avancieren.²⁷

Die unterschiedlichen Bezeichnungen der Leistungsempfänger sind auch an verschiedene Rollenerwartungen geknüpft. Das Maß an Selbstbestimmung und Souveränität, die Wahlmöglichkeiten und die Ansprüche an eine Leistung sind bei einem Kunden höher als bei einem Heimbewohner. Der Bewohner ist auf die Leistungserbringung angewiesen und verfügt über eingeschränkte Einflussmöglichkeiten, da der Bedarf meist plötzlich durch eine Erkrankung auftritt.²⁸

In einer wissenschaftlichen Studie wird Zufriedenheit als das definiert, was Kunden von einer Firma, einem Produkt oder einer Dienstleistung erwarten und, was sie meinen erhalten zu haben, nachdem sie mit ihr Erfahrungen gemacht, das Produkt gekauft oder

²⁶ vgl. Baartmans/ Geng 2000, S. 17

²⁷ vgl. Müller/ Thielhorn 1999, S. 26

²⁸ vgl. Müller/ Thielhorn 1999, S. 28

die Dienstleistung beansprucht haben. Zufriedenheit, Unzufriedenheit oder Begeisterung entstehen aus der Differenz zwischen Erwartung und Wahrnehmung.²⁹

Die Komplexität der Kundenzufriedenheit kann unmöglich mit einem einzigen Verfahren wahrgenommen werden. Zur Messung der Kundenzufriedenheit ist eine Vielzahl von verschiedenen Prozeduren vorhanden, welche entweder zu den objektiven oder subjektiven Verfahren, zu den merkmalsgestützten oder ereignisorientierten Verfahren oder zu den impliziten und expliziten Methoden zählen.³⁰ Beschwerden-Monitoring, Kundengespräche von Mitarbeitern, Image- und Einstellungsbefragungen oder Kundenzufriedenheitsumfragen können dem Wirtschaftsunternehmen in Verbindung mit internen Mitteln, dem Umsatz, dem Marktanteil, der Abwanderungsrate oder der Wiederkauftrate Aufschluss über die Kundenzufriedenheit geben. Dabei soll, genau wie bei der Bewohnerzufriedenheitsbefragung, nicht nur die Frage nach dem Grad der Zufriedenheit, sondern auch die Gründe für die Zufriedenheit der Kunden geklärt werden.³¹

Die Zufriedenheit der Kunden mit Dienstleistungen wird überwiegend durch die Art der zu beurteilenden Dienstleistung, des Versorgungsprogramms oder der Behandlung bestimmt. Die emotionale Reaktion der Kunden auf eine Dienstleistung oder den Dienstleister wird anhand der Zufriedenheit gemessen. Kundenzufriedenheit stellt eine kognitive Einschätzung zwischen den Erwartungen an die Dienstleistung und der tatsächlichen Erfahrung mit dieser dar (Erwartungsdiskrepanz).³²

Die Kundenzufriedenheit sollte als Stück des Gesamtmodells der Qualitätsverbesserung angesehen werden. Fünf bedeutende TQM-Prinzipien (Total Quality Management) sind bei den Bestrebungen nach Verbesserungen der Qualität zu beachten:

- (1) *Die Kunden müssen bekannt sein.*
- (2) *Die Meinung der Kunden zählt* (Befragungen zur Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit).

²⁹ vgl. Carbonell In: Kranich/ Vitt 2003, S. 110

³⁰ vgl. Simon/ Homburg 1997, S. 45

³¹ vgl. Simon/ Homburg 1997, S. 145-151

³² vgl. Applebaum et al. 2004, S. 33

- (3) *Informationen sind außerordentlich wichtig für eine solide Entscheidungsfindung* (aufschlussreiche Informationen der Kunden dienen der Entscheidungsfindung der Organisationen).
- (4) *Die Gruppe ist klüger als der Einzelne* (bei Problemlösungs- und Verbesserungsprozessen kann die Gruppe – mit ihren Informationen aus allen Ebenen der Organisation – bessere Entscheidungen treffen als ein Einzelner).
- (5) *Suboptimierung ist die besondere Herausforderung für Organisationen* (Beziehungen zwischen untergeordneten und übergeordneten Zielen).³³

Scharnbacher und Kiefer betrachten Zufriedenheit als emotionale Reaktion eines Kunden auf eine Leistung des Unternehmens. Erwartungen stellen in diesem Zusammenhang die Gesamtheit der Vorstellungen eines Kunden über die Bandbreite einer Unternehmensleistung dar und können auch als Qualitätsvorstellungen bezeichnet werden. Erwartungen entstehen generell durch:

- *die persönlichen Bedürfnisse* (individuelle Anforderungen),
- *das Ausmaß der bisherigen Erfahrungen* (frühere Erlebnisse bilden die Erwartungsgrundlage),
- *die direkte Kommunikation der Unternehmensleistung* (Medien, Werbung usw.),
- *die indirekte Kommunikation der Unternehmensleistung* (Mundpropaganda, Bewertungen von unabhängigen Medien wie z. B. Stiftung Warentest).³⁴

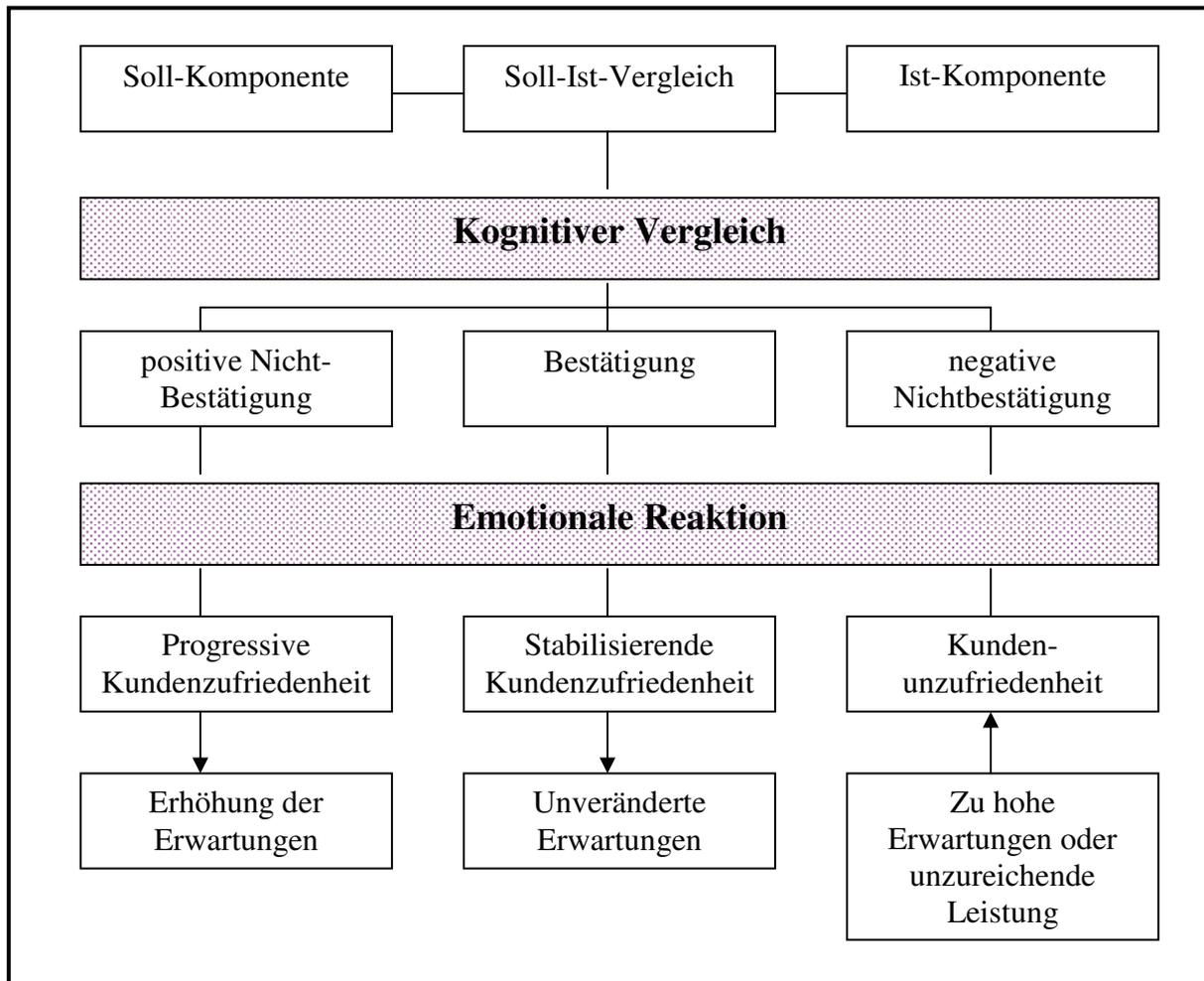
Scharnbacher und Kiefer sehen in dem Vergleich von Soll- und Ist-Leistung die Grundlage für das Bestätigen oder Nicht-Bestätigen von Erwartungen. Anhand der Bewertung der Bestätigung bzw. Nicht-Bestätigung entsteht das Gefühl der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit. Bei einer negativen Nicht-Bestätigung sind die Personen unzufrieden, bei einer positiven Nicht-Bestätigung und bei der Bestätigung empfinden Personen Zufriedenheit. Der Zufriedenheitsgrad hängt maßgeblich davon ab, inwieweit die Erwartungen erfüllt (Bestätigung) oder übertroffen (positive Nicht-Bestätigung) worden sind. Infolgedessen wird Zufriedenheit in die stabilisierende

³³ vgl. Applebaum et al. 2004, S. 25 ff.

³⁴ vgl. Scharnbacher/ Kiefer 1998, S. 5-8

(Erwartungen bleiben unverändert) und die progressive Kundenzufriedenheit (Erwartungen werden erhöht) gegliedert.³⁵

Abbildung 2: Kundenzufriedenheit als emotionale Reaktion auf einen kognitiven Vergleich



Quelle: Scharnbacher/ Kiefer 1998³⁶

Leistungen, die der Kunde voraussetzt, die er als selbstverständlich erachtet, werden bei ihm keine besondere Resonanz hervorrufen. Das maximale Ziel kann hierbei lediglich sein, dass der Kunde nicht unzufrieden ist. Bei anderen Leistungen kann eine große

³⁵ vgl. Scharnbacher/ Kiefer 1998, S. 10 f.

³⁶ vgl. Scharnbacher/ Kiefer 1998, S. 11

Zufriedenheit erzielt, jedoch keine Unzufriedenheit generiert werden, wenn sie nicht angeboten werden (z. B. Pünktlichkeit).

Die Kundenbedürfnisse können somit in Basis-, Leistungs- und Begeisterungsanforderungen eingeteilt werden. Basisanforderungen und Begeisterungsanforderungen werden nicht ausdrücklich verlangt und artikuliert. Basisanforderungen sind verhältnismäßig unwichtig, wenn sie erfüllt werden. Sie sind aber vordergründig, wenn sie nicht erfüllt werden. Leistungsanforderungen werden explizit gefordert und dessen qualitative Ausrichtung kann sowohl die Zufriedenheit als auch die Unzufriedenheit beeinflussen. Die Nicht-Erfüllung der Begeisterungsanforderungen mündet nicht in Unzufriedenheit, kann aber bei Erfüllung Begeisterung auslösen.³⁷

2.1.2 Bewohnerorientierung

In den Einrichtungen des Gesundheitswesens wird zunehmend darauf geachtet, die Perspektive und die Präferenzen der Bewohner zu berücksichtigen. Bewohnerumfragen beispielsweise zur Zufriedenheit können eine Maßnahme einer bewohnerorientierten Unternehmenspolitik sein. Die Bedürfnisse und Belange der Bewohner verkörpern das Zentrum der bewohnerorientierten Bemühungen. Die zunehmende Partizipation der Bewohner an hausinternen Entscheidungen stellt hierbei eine Möglichkeit zur Bewohnerorientierung dar. Stärkere Mitsprache- und Mitgestaltungsmöglichkeiten in allen versorgungsbezogenen Belangen können vor allem durch den Heimbeirat, als Vertreter der Bewohner, realisiert werden, so dass die für die Bewohner relevanten Aspekte in der Diskussion Berücksichtigung finden. Im § 10 Abs. 1 des Heimgesetzes (HeimG) ist die Mitwirkung der Bewohner eindeutig festgelegt: *„Die Bewohnerinnen und Bewohner wirken durch einen Heimbeirat in Angelegenheiten des Heimbetriebs wie Unterkunft, Betreuung, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung mit.“*³⁸

³⁷ vgl. Hinterhuder et al. 1997, S. 31-33

³⁸ zit. nach: http://bundesrecht.juris.de/heimg/_10.html (Stand: 11.01.2009)

Die rechtliche Grundlage für die Bewohnerorientierung liefert weiterhin der § 11 des Heimgesetzes „Anforderungen an den Betrieb eines Heims“.

„(1) Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung

- 1. die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner vor Beeinträchtigungen schützen,*
- 2. die Selbständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner wahren und fördern, insbesondere [...] bei Pflegebedürftigen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde gewährleisten,*
- 3. eine angemessene Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, auch soweit sie pflegebedürftig sind, in dem Heim selbst oder in angemessener anderer Weise einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichern,*
- 4. die Eingliederung behinderter Menschen fördern,*
- 5. den Bewohnerinnen und Bewohnern eine nach Art und Umfang ihrer Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung ermöglichen und die erforderlichen Hilfen gewähren,*
- 6. die hauswirtschaftliche Versorgung sowie eine angemessene Qualität des Wohnens erbringen, [...].“³⁹*

Die Heimleitung und die Bewohner haben zu einigen Aspekten durchaus unterschiedliche Auffassungen. Die Prioritäten in der Versorgung werden von den Parteien unterschiedlich gesetzt. Ansichten über die Gestaltung und Veränderung des Heimalltages können ebenso andersartig ausfallen.⁴⁰ Die Sensibilisierung des Pflegepersonals für die Belange der Bewohner ist grundlegend für die Bewohnerorientierung. „Unterordnung und Autoritätshörigkeit des Individuums verlieren an Bedeutung in einem Prozess zunehmender Individualisierung mit der

³⁹ zit. nach: <http://norm.bverwg.de/jur.php?heimg,11> (Stand: 12.11.2008)

⁴⁰ vgl. Schnabel/ Schönberg 2003, S. 174

Stärkung des Rechts des Einzelnen auf Selbstbestimmung und mehr Eigenverantwortlichkeit.“⁴¹

Eine fortschreitende Bewohnerorientierung und die Optimierung der bewohnerbezogenen Leistungen gestalten sich oft schwierig, da die Bewohner ihre Wünsche und Anregungen nicht klar artikulieren können oder wollen. Zudem sind die Beweggründe für die Bewohnerurteile unklar. Bedarfsgerechte Strukturen können jedoch nur unter Mithilfe des Bewohner-Feedbacks etabliert werden. Die individuellen Erfahrungen und Wünsche der Bewohner leisten einen wichtigen Beitrag zur Leistungsoptimierung. Die subjektive Erwartungshaltung der Bewohner sollte im Fokus der Qualitätsbemühungen stehen. Dabei ist darauf zu achten, dass auf das Individuum eingegangen wird. Bewohner werden zu oft pauschal vom Personal behandelt, indem Entscheidungen zum „Wohle“ der Mehrheit getroffen und dadurch die individuellen Bedürfnisse ignoriert werden.⁴²

Die wahrgenommene Versorgungsqualität in einer Einrichtung hängt unter anderem auch davon ab, inwieweit die Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten beeinträchtigt sind. Einschränkungen in der Handlungs- und Entscheidungsautonomie der Bewohner haben oft Unzufriedenheit zur Folge. Das Postulat Bewohnerorientierung dient der Individualisierung der Leistungen, der Transparenz der Leistungsqualität und der Steigerung der Bewohnerzufriedenheit.

Die Prozesse und Strukturen der stationären Einrichtung sind am Bewohner auszurichten und die Rolle der Bedürftigen in der Qualitätsbewertung von Alten- und Pflegeheimen sollte fest konstituiert werden. Die Bewohnerorientierung ist generell allen Qualitätssicherungsinstrumenten (Qualitätszirkel, Zertifizierung, Pflegestandards, Nutzerbefragungen) zu unterstellen, da alle Maßnahmen letztlich auf die Situationsverbesserung der Bewohner ausgerichtet sind.⁴³

Die Bewohnerzufriedenheit sollte als Maxime jeglichen unternehmerischen Handelns dienen. Das Feedback und die Einbindung in die Definition dessen, was Qualität aus ihrer Sicht bedeutet, gehört zum Kern jeglichen Bestrebens, eine Dienstleistung

⁴¹ zit. nach: Haase 1995; Kranich 1995 In: Müller/ Thielhorn 1999, S. 19

⁴² vgl. Harris et al. 1995, S. 39

⁴³ vgl. Schnabel/ Schönberg 2003, S. 172

anzubieten, die die Anforderungen des Kunden bzw. des Bewohners erfüllt. Sie sind als Endverbraucher die Richter über die Qualität, die ihnen geboten wird.⁴⁴

Bewohnerorientierung kann in Abhängigkeit von den daran beteiligten Personengruppen näher erörtert werden. Die Interessen des Heimbetreibers, des Pflegepersonals und vor allem der Heimbewohner gehen auseinander.⁴⁵

Die Bewohnerorientierung einer Einrichtung kann sich bereits in den Umzugsmodalitäten widerspiegeln. Eigene Möbel, vertraute Bilder und alte Erinnerungsstücke erleichtern den Übergang ins Heimleben und sollten von der Institution gestattet werden.

„Auch bei der Gestaltung der Pflegeeinrichtung sollte nicht das ästhetische Empfinden der Betreiber, sondern das der Bewohner entscheiden. Das gilt ganz besonders für Gemeinschaftsräume.“⁴⁶

Der Tagesablauf der Heimbewohner ist ebenfalls ein Indikator für eine gute Bewohnerorientierung. Nicht alle Bewohner möchten um 7.00 Uhr geweckt werden, um dann bereits um 7.30 Uhr zu frühstücken. Für den reibungslosen Arbeitsablauf erscheint diese Variante praktisch, allerdings kann dabei keine Rede von Bewohnerorientierung sein. Individuelle Freiräume sind hierbei Grundvoraussetzung für eine bewohnerzentrierte Versorgung. Gewisse Wahlmöglichkeiten bezüglich des Essens, des Trinkens und der Freizeitgestaltung zu gewährleisten, gehören ebenso zur Bewohnerorientierung.⁴⁷ Den vorgeschlagenen Alternativen der Bewohner sollten maximal finanzielle Grenzen gesetzt werden. Die Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner kann Interessenkonflikte hinsichtlich der Ökonomie generieren.

In puncto Bewohnerorientierung muss differenziert werden, ob sich die Instrumente der Pflegeeinrichtung an den allgemein formulierten Bewohnerwünschen orientieren oder

⁴⁴ vgl. Giebing et al. 1999, S.71

⁴⁵ vgl. <http://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-bewohnerorientierung.htm> (Stand: 14.04.2008)

⁴⁶ zit. nach: <http://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-bewohnerorientierung.htm> (Stand: 14.04.2008)

⁴⁷ vgl. <http://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-bewohnerorientierung.htm> (Stand: 14.04.2008)

unmittelbar an den Bewohnerbedürfnissen des jeweiligen Alten- oder Pflegeheimes. Die Gewichtung der Bewohnerorientierung kann unterschiedlich ausfallen: entweder stellt sie den Ausgangspunkt der Qualitätsbemühungen dar oder sie fungiert ausschließlich als Beurteilungsgrundlage für die bereits durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen.⁴⁸

Eine weitere Dimension der Bewohnerorientierung stellt das Beschwerdemanagement dar. Der richtige Umgang mit Unzufriedenheiten und Beschwerden vermittelt den Bewohnern das Gefühl, dass die Einrichtung am Bewohnerwohl orientiert ist und sich darum bemüht.⁴⁹ Die sorgfältige Aufklärung einer Beschwerde und Lösung eines Problems schafft und stärkt das Vertrauen der Bewohner.⁵⁰ Das Beschwerdemanagement stellt ein bedeutsames Instrument des Qualitätsmanagements dar. Anhand dessen wird dem Unternehmen die Chance gegeben, Qualitätsmängel zu erkennen und zu beseitigen. Noch besser ist, die Probleme zu identifizieren, bevor sie zu Beschwerden oder Klagen Anstoß geben.⁵¹

Bewohnerbefragungen leisten einen entscheidenden Beitrag zu den Qualitätsbemühungen, berücksichtigen die Sicht und die Belange der Bewohner, dehnen die Möglichkeit zur Bewohnerpartizipation aus und ebnen den Weg für eine bewohnerorientierte Versorgung.

⁴⁸ vgl. Schnabel/ Schönberg 2003, S. 172

⁴⁹ vgl. Kranich/ Vitt, 2003 S. 101

⁵⁰ vgl. Kranich/ Vitt, 2003 S. 173

⁵¹ vgl. Kranich/ Vitt, 2003 S. 65

2.1.3 Lebensqualität

Das interdisziplinäre Konzept der Lebensqualität wird von unterschiedlichen Wissenschaften untersucht: Medizin, Psychologie, Ökonomie, Soziologie. Die Lebensqualität wird als ein multidimensionales Konstrukt aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen angesehen und beinhaltet deutlich mehr als nur Aussagen zum individuellen Lebenszustand.⁵²

Laut Meyers Lexikon ist Lebensqualität die „Summe der wesentlichen Elemente, die die Lebensbedingungen in einer Gesellschaft beschreiben und das subjektive Wohlbefinden des Einzelnen ausmachen.“⁵³

Lebensqualität lässt sich in zwei Dimensionen unterteilen: die subjektive und die objektive. Subjektive Lebensqualität drückt die unterschiedlichen Bedürfnisse und Ziele aus, mithilfe derer die Menschen ihre persönliche Lebenssituation beurteilen. Der Grad des Wohlbefindens (subjektive Lebensqualität) steht im Zusammenhang mit der Zufriedenheit bezüglich des erlangten Lebensstandards und der emotionalen Aspekte wie Einsamkeit, Sorge, Glück, aber auch Hoffnungen und Ängste bezüglich der Zukunft beeinflussen die derzeitige Befindlichkeit und somit die subjektive Zufriedenheit.

Die Gesamtheit aller Ressourcen, über die ein Mensch verfügt, kann unter objektiver Lebensqualität erfasst werden. Das „Paradox des subjektiven Wohlbefindens im Alter“ wird in der Gerontologie häufig thematisiert. Folgendes Phänomen tritt auf: Ältere, vielfach hochbetagte Menschen sind zufriedener als die jüngeren. Ältere Menschen verfügen über bestimmte Potenziale, die ihnen erlauben, im Fall von irreversiblen Verlusten neue Standards in der Selbstbewertung zu setzen, nicht mehr realisierbare Lebensziele verlieren an Wert und eine positive Umdeutung der Situationen wird anvisiert. Hierbei laufen meist unbewusst Bewältigungsstrategien zur Anpassung an sich verändernde Lebenslagen ab, um letztlich das subjektive Wohlbefinden aufrechtzuerhalten.⁵⁴ Mit einschneidenden Erlebnissen (chronische Erkrankungen, Verlust nahestehender Personen, Pflegebedürftigkeit) sind ältere Menschen nicht selten

⁵² vgl. http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Auswertungsergebnisse/Lebensqualitaet/lebensqualitaet__node.html__nnn=true (Stand: 11.04.2008)

⁵³ zit. nach: <http://lexikon.meyers.de/wissen/Lebensqualit%C3%A4t+%28Sachartikel%29> (Stand: 14.04.2008)

⁵⁴ vgl. <http://www.wz.nrw.de/magazin/artikel.asp?nr=477&ausgabe=2002/3&titel=Lebensqualit%C3%A4t%5Eim%5EAlter&magname> (Stand: 12.04.2008)

konfrontiert und die Lebensphase, in der sie sich befinden, ist demnach maßgeblich durch Erfahrungen und Ereignisse der Vergangenheit determiniert.

Weiterhin kann zwischen der äußeren und inneren Lebensqualität unterschieden werden. Die äußere Lebensqualität wird maßgeblich von der Gemeinschaft und den in ihr agierenden Individuen geprägt.⁵⁵

Glatzer und Zapf definierten 1984 Lebensqualität als die individuelle Konstellation von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden.⁵⁶

Die Gesundheit ist für die Lebensqualität im Alter von besonderer Bedeutung. In diesem Zusammenhang muss zwischen der objektiven und der subjektiven Gesundheit unterschieden werden. Die subjektive Gesundheit beeinflusst das Wohlbefinden im Alter in einem höheren Maß als die tatsächlich existenten Erkrankungen und wird demnach oft mit Lebensqualität gleichgesetzt. Die subjektiven Einschätzungen des gesundheitlichen Zustands haben entscheidende Auswirkungen auf das, was sich die älteren Menschen selbst noch zutrauen und, wie sie folglich ihren Alltag gestalten.

Die objektive und die subjektive Gesundheit können im Alter voneinander abweichen. Besonders hochbetagte Menschen sehen sich häufig mit mehreren gleichzeitig auftretenden Erkrankungen konfrontiert, z. B. Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens, der Feinmotorik oder der Mobilität. Die funktionelle Gesundheit ist eminent bedeutend, da sie mit Kompetenzen für die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung verbunden ist. Chronische Schmerzen und funktionelle Einbußen haben einen negativen Effekt auf das Wohlbefinden, da die autonome Lebensgestaltung beeinträchtigt wird. Auch psychische Erkrankungen üben einen Einfluss auf die Lebensqualität aus. Dementielle Erkrankungen gehören hierbei zu den wesentlichsten Bedrohungen sowohl für die kognitive Leistungsfähigkeit, als auch für die Lebensqualität insgesamt, da sie im fortgeschrittenen Stadium zu einem völligen Verlust der selbstständigen Lebensführung und zu Pflegebedürftigkeit führen.⁵⁷

⁵⁵ vgl. Harris et al. 1995, S. 160

⁵⁶ vgl. Glatzer/ Zapf 1984 In: Harris et al. 1995, S. 160

⁵⁷ vgl. <http://www.wz.nrw.de/magazin/artikel.asp?nr=477&ausgabe=2002/3&titel=Lebensqualit%C3%A4t%5Eim%5EAlter&magname> (Stand: 12.04.2008)

Bei pflegebedürftigen Personen wird die Lebensqualität vor allem durch die Qualität der geleisteten Pflege bestimmt. Die Beurteilung der Lebensqualität kann darüber hinaus sowohl anhand von objektiven (wissenschaftlichen oder ethischen Einflüssen) als auch von subjektiven Faktoren (Wohlbefinden) erfolgen.⁵⁸ „Ein besonderes Problem bei der Sicherung subjektiver Lebensqualität in Einrichtungen stellt vor allem die Adäquatheit individueller Hilfestellung sowie die Wahrung von möglichst großer Autonomie der Bewohner dar.“⁵⁹

Was für den einen Bewohner eine wichtige Determinante für Qualität ist, stellt für einen anderen eine eher untergeordnete Größe dar. Ein zufriedenstellendes Leben zu führen, hoffen alle Bewohner, dennoch ist dieser Wunsch an unterschiedliche Aspekte gebunden. Privatheit, Würde, Unabhängigkeit, Wahlfreiheit, Rechtssicherheit, Selbstverwirklichung sind Elemente des wertorientierten Qualitätssicherungskonzeptes „Homes are for living-in“ (1989) und sollten Resultate einer guten Pflege sein.⁶⁰ Diese Prinzipien sind eminent wichtig für die Lebensqualität der Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen.

„Zur Kritik aufgefordert, zeigen sich ältere Pflegebedürftige vor allem mit häufigem Personalwechsel unzufrieden. Der Wunsch nach einer festen Bezugsperson, zu der eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann, hat für ältere Menschen die höchste Priorität. Zu den subjektiven Qualitätskriterien gehören ebenso Verlässlichkeit, Transparenz, bessere Zeitorganisation, Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen.“⁶¹ Sowohl Lebensqualität als auch Pflegequalität werden entscheidend von der Einstellung der Betreiber, der Manager und der Belegschaft geprägt.⁶²

⁵⁸ vgl. Schnabel/ Schönberg 2003, S. 179

⁵⁹ zit. nach: <http://www.wz.nrw.de/magazin/artikel.asp?nr=477&ausgabe=2002/3&titel=Lebensqualit%C3%A4t%5Eim%5EAlter&magname> (Stand: 12.04.2008)

⁶⁰ vgl. Harris et al. 1995, S. 7

⁶¹ zit. nach: <http://www.wz.nrw.de/magazin/artikel.asp?nr=477&ausgabe=2002/3&titel=Lebensqualit%C3%A4t%5Eim%5EAlter&magname> (Stand: 12.04.2008)

⁶² vgl. Harris et al. 1995, S. 32

2.1.4 Qualitätsmanagement

In den aktuellen Diskussionen wird Qualitätsmanagement oft auf der Grundlage des Total Quality Managements (TQM) oder basierend auf der ISO-Norm, der International Standardisation Organisation, beschrieben.

Die Definition von Qualitätsmanagement (QM) nach DIN EN ISO 8402 lautet wie folgt: Das Qualitätsmanagement umfasst „*alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des QM-Systems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung/QM-Darlegung und -verbesserung verwirklichen. Anmerkung 1: Qualitätsmanagement ist die Verantwortung aller Ausführungsebenen, muss jedoch von der obersten Leitung angeführt werden. Ihre Verwirklichung bezieht alle Mitglieder der Organisation mit ein. Anmerkung 2: Beim Qualitätsmanagement werden Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte beachtet.*“⁶³

Die acht Grundsätze des Qualitätsmanagements nach der DIN EN ISO 9000:2005-12 lauten:

- (1) Kundenorientierung
- (2) Führung
- (3) Einbeziehung der Mitarbeitenden
- (4) Prozessorientierung
- (5) Systemorientiertes Management
- (6) Ständige Verbesserung
- (7) Sachliche Entscheidungsfindung
- (8) Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen.⁶⁴

Im Gegensatz zur Qualitätssicherung zielt das Qualitätsmanagement nicht primär auf die Festigung des Qualitätsniveaus ab, sondern strebt an, den Status Quo der Qualität zu optimieren. Zur Erlangung eines möglichst komplexen Bildes zur vorherrschenden Qualität ist unerlässlich, alle beteiligten Interessengruppen in den Prozess der

⁶³ zit. nach: Baartmans/ Geng 2000, S. 19

⁶⁴ zit. nach: Fröse 2008, S. 14

Qualitätsfeststellung zu involvieren: die Bewohner, die Pflegenden, die Leitung der Pflegeeinrichtung, die Kranken- und Pflegekassen und die Einrichtungs- und Kostenträger.

Ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem muss in erster Linie von der Einrichtungsleitung erwünscht und implementiert werden, sowie über die nötigen Ressourcen und Kompetenzen verfügen.

Im Rahmen der Verbesserung der Qualität kann zwischen zwei grundlegenden Elementen unterschieden werden: internes und externes Qualitätsmanagement. Ein Instrument des internen Qualitätsmanagements ist neben der Mitarbeiter- und Angehörigenzufriedenheit die Bewohnerbefragung. Befragungen der Bewohner sind ein bedeutendes Hilfsmittel des Qualitätsmanagements und stellen den ersten Schritt zu einem professionellen und fest institutionalisierten Qualitätsmanagement dar.

Des Weiteren besteht zwischen der Bewohnerzufriedenheit und der Pflegequalität eine enge Verbindung. Bei der Überprüfung der Ergebnisqualität ist das Konzept der Bewohnerorientierung in den Vordergrund der Qualitätsbemühungen getreten.

Hinsichtlich des Qualitätsmanagements spielt die Pflegequalität eine immens wichtige Rolle. Donabedian definierte als Erster Pflegequalität als "Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und der wirklichen Pflegeleistung".⁶⁵ Weiterhin entwickelte er die drei Qualitätsdimensionen der Pflege: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Für diese Qualitätsebenen können Standards und Kriterien formuliert werden, welche die Forderungen an die Qualität näher beschreiben sollen.⁶⁶

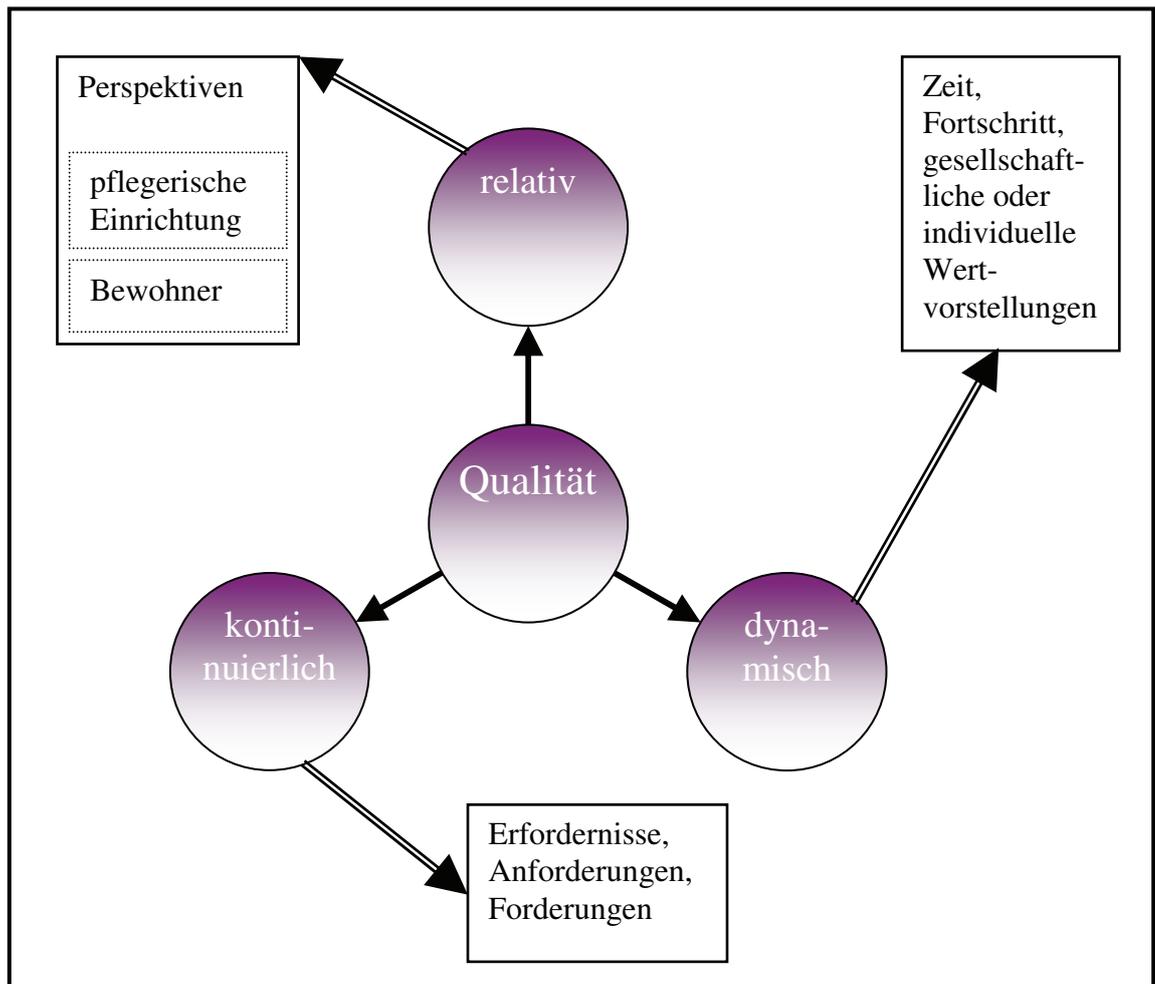
Fakt ist, dass Qualität relativ ist, keinen absoluten Wert darstellt und aus verschiedenen Perspektiven (Pflegeeinrichtung, Bewohner usw.) beurteilt werden kann. Qualität wird als dynamische Größe angesehen, da sie sich durch zeitliche, gesellschaftliche oder individuelle Einflüsse verändern kann. Qualität ist aber auch ein kontinuierlicher

⁶⁵ zit. nach. Harris et al. 1995, S. 13

⁶⁶ vgl. Harris 1995, S. 16

Parameter, welcher auf Forderungen, Anforderungen und Erfordernisse verweist und in unterschiedlichen Ausprägungen vorliegen kann.⁶⁷

Abbildung 3: Die Komplexität der Qualität in pflegerischen Einrichtungen



Quelle: Eigene Darstellung⁶⁸

In dem Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG) wird von den Pflegeeinrichtungen die Einführung eines internen Qualitätsmanagement gefordert. Zur Schaffung von Transparenz und zur Qualitätsbewertung der Leistungen dienen empirische Befragungen, welche unter anderem die Bewohnerzufriedenheit abbilden sollen.

⁶⁷ vgl. Müller/ Thielhorn 1999, S. 34

⁶⁸ vgl. Müller/ Thielhorn 1999, S. 35

Zentrale oder dezentrale Methoden zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement sind dabei möglich.

Das externe Qualitätsmanagement umfasst unter anderem die auf der Grundlage der Gesetzgebung durchgeführten Kontrollverfahren z. B. durch den MDK oder die Heimaufsicht.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zum Qualitätsmanagement sind im Elften Sozialgesetzbuch festgelegt (§ 112 Abs. 2 SGB XI):

„Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).“⁶⁹

Ein Qualitätsmanagement ist bei gewissenhafter Ausführung, eine umfangreiche und schwierige Aufgabe, die Zeit, Geduld, Fleiß, Kreativität, teilweise Mut und letztlich auch Geld kostet.⁷⁰

⁶⁹ zit. nach: Deutscher Caritasverband 2008, S. 154

⁷⁰ vgl. Fröse 2008, S. 15

2.2 Warum sollte die Bewohnerzufriedenheit erhoben werden?

„Wenn du die Qualität einer Küche beurteilen willst, dann frage nicht den Koch sondern diejenigen, die dort gegessen haben.“

Anonymus, angeblich nach Aristoteles⁷¹

Stationäre Pflegeeinrichtungen können sich nicht an den Bedürfnissen der Bewohner orientieren, ohne diese zu erfragen. Die Wünsche und Bedarfe der Leistungsempfänger müssen demnach bekannt sein. Die Präferenzen, Ansprüche und die Individualität der Bewohner sind in jegliche Qualitätsbemühungen zu integrieren. Die Erfassung der Bewohnerzufriedenheit ist notwendig, da Personen, die in den Leistungsprozess involviert sind, tendenziell eher Probleme oder Schwachstellen aufdecken können als die Einrichtungsleitung oder die Mitarbeiter. Die Bewohner von Pflegeheimen sind nicht als passive Abnehmer von Dienstleistungen anzusehen, sondern als mündige, aktive Kunden, die für ihr Geld das bekommen, was ihnen zusteht. Die aktive Beteiligung der Bewohner an der Leistungsoptimierung stärkt zudem das Zufriedenheitsgefühl mit der eigenen Person und somit mit der Institution.

Eine interaktive Kooperation ist grundlegend, um die Kompetenzen der Bewohner nutzen zu können. Die Alltagserfahrungen der Leistungsempfänger zeichnen ein komplexeres Bild als die stichprobenartigen Qualitätskontrollen verschiedener Instanzen. Bewohnerzufriedenheitsbefragungen liefern dem MDK oder der Heimaufsicht fundierte und aussagekräftige Informationen über den Alltag in der Einrichtung und können die Frequenz der externen Kontrollen minimieren.

Allgemeine Ziele von Bewohnerbefragungen sind: Die Bewohnerzufriedenheit und deren zentrale Determinanten festzustellen, basierend auf den Bewohnerurteilen systematisch Maßnahmen der Qualitätssicherung zu implementieren und das

⁷¹ zit. nach: Schupeta/ Hildebrandt 1999, S. 13

Leistungsangebot an die Präferenzen der Bewohner anzupassen.⁷² Das Handeln der Akteure und der Aufbau und die Koordination der Versorgungsprozesse müssen sich an den Bedürfnissen der Bewohner orientieren.

Durch Bewohnerbefragungen können kostbare Informationen und Hinweise zu möglichen Verbesserungspotentialen im Versorgungsprozess gewonnen werden.⁷³ Den Bewohnern wird durch Befragungen die Möglichkeit zur Artikulation der Wünsche, Erwartungen und Ansichten gegeben.

Dabei zu beachten ist, dass sich die Erwartungen der Bewohner in verschiedene Niveaus gliedern: ein ideales, gewünschtes, ein noch akzeptiertes und ein nicht mehr akzeptiertes Niveau. Was sich der Bewohner hinsichtlich der Qualität erhofft, entspricht dem *gewünschten* Niveau, was eine Kombination darstellt aus dem, was der Bewohner für „möglich“ und für „erforderlich“ erachtet. Qualität wird dann als zufriedenstellend wahrgenommen, wenn die erwarteten und die erlebten Leistungen übereinstimmen.

Das *noch akzeptierte Qualitätsniveau* spiegelt wider, was der Bewohner als gerade noch akzeptabel und grundsätzlich „wahrscheinlich“ ansieht.

Zwischen dem gewünschten und dem noch akzeptierten Qualitätsniveaus befindet sich der Toleranzbereich, welcher das Spektrum beschreibt, in dem der Bewohner die angebotenen Leistungen befürwortet, hinnimmt und damit noch zufrieden ist.

Weiterhin kann der Bewohner in einem Pflegeheim eine Versorgung erleben, die seine Erwartungen übertrifft und als einwandfrei und bestmöglich empfunden wird. Das Überschreiten der Qualitätserwartungen wird als *ideales Qualitätsniveau* bezeichnet und generiert Zufriedenheit oder Begeisterung.

Bei Unterschreitungen des noch akzeptierten Qualitätsniveaus und somit der Qualitätserwartungen der Bewohner ist ein *nicht akzeptiertes Qualitätsniveau* vorherrschend und Unzufriedenheit stellt sich ein.⁷⁴

⁷² vgl. Blum 1995, S. 13

⁷³ vgl. Schupeta/ Hildebrandt 1999, S. 240

⁷⁴ vgl. Schupeta/ Hildebrandt 1999, S. 22

Abbildung 4: Erwartungsniveaus zur Qualität



Quelle: Berry/ Parasuraman 1992 In: Schupeta/ Hildebrandt 1999⁷⁵

Die Erfüllung der Bewohnererwartungen stellt den Schlüssel für zufriedene Bewohner dar. Das komplexe Wissen der Bewohner über mögliche Schwachstellen im Leistungsablauf kann einen enormen Beitrag zur Qualitätsoptimierung leisten. Ein sensibler Umgang mit den subjektiven Beurteilungen der Bewohner gibt wichtige Impulse für zukünftige qualitätsbezogene Maßnahmen.

Die Erwartungen der Bewohner unterliegen jedoch mehr oder weniger bedeutsamen Schwankungen. Anpassende Reaktionen oder Resignationen können im Laufe der Zeit auftreten und die Tatsache, dass Zufriedenheit durch zahlreiche Faktoren konstituiert wird, bestätigt die Forderung nach einem relativ dynamischen Erhebungsinstrument.

Weiterhin erlangt die Einrichtungsleitung anhand von Zufriedenheitsbefragungen einen Einblick in die Gewichtung der verschiedenen Versorgungsaspekte. Die Relevanz einzelner Aspekte kann sich von den Bewohnern vollkommen konträr zu der Bedeutsamkeit des Aspektes der Leitung verhalten. Die Fragen nach den wichtigsten

⁷⁵ vgl. Berry/ Parasuraman 1992 In: Schupeta/ Hildebrandt 1999, S. 23

beziehungsweise den unwichtigsten Versorgungsaspekten können anhand dessen geklärt werden. Die Institution kann ihre Konzentration dadurch auf die entscheidenden und relevanten Anliegen der Bewohner lenken.

Auch die von Donabedian (1966) vorgenommene Differenzierung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschäftigt sich in der zuletzt genannten Dimension mit dem Zielerreichungsgrad der Maßnahme bzw. der pflegerischen Leistungen, in der die Zufriedenheit des Nutzers Berücksichtigung findet. Donabedian legt den Schwerpunkt auf die Nutzerperspektive, weil diese Informationen darüber liefert, inwieweit der Prozess und das Ergebnis der Leistung den Erwartungen und Wertvorstellungen des Nutzers entsprochen haben.⁷⁶ Bewohnerzufriedenheit ist demnach ein enorm bedeutender Teil der Ergebnisqualität, da die Aussagen der Bewohner als wichtiges Assessmentinstrument für die Leistungen eines Pflegeheims dienen. Die Erfassung der Bewohnerzufriedenheit besitzt eine essentielle Kontroll- und Orientierungsfunktion und dient der Beurteilung der Kommunikations- und Versorgungsqualität (Dimensionen der Pflegequalität). Eine bewohnerorientierte Unternehmensführung kann die Bewohnerperspektive als ein wesentliches Evaluationsinstrument der erbrachten Leistungen einer pflegerischen Einrichtung nutzen.

Bewohnerbefragungen stellen ein zusätzliches Beurteilungskriterium dar und lassen sich bei positiven Resultaten als Marketing-Instrument nutzen. Selbst die Befragung allein deutet auf eine Bewohnerorientierung hin und Bewohnerbefragungen können als Argumentationshilfe für interne Optimierungen dienen.⁷⁷

Ein gut organisiertes und aktives Beschwerdemanagement ist in der Qualitätsdebatte unerlässlich und steht in einem engen Zusammenhang mit den Zufriedenheitsbefragungen. Die Perspektive der Leistungsempfänger trägt auch im Rahmen des Beschwerdemanagements maßgeblich zur Gewinnung von speziellen Erkenntnissen (Innovationen, strategische Änderungen) bei.

Im Gesundheitswesen wurde die Orientierung an den Bewohnerbedürfnissen vor allem aufgrund der zunehmenden Wettbewerbssituation vorangetrieben. Unter

⁷⁶ vgl. Schnabel/ Schönberg 2003, S. 173

⁷⁷ vgl. Schupeta/ Hildebrandt 1999, S.261

wirtschaftlichen und ökonomischen Erwägungen ist festzuhalten, dass Zufriedenheit das oberste Leitmotiv unternehmerischen Handelns sein sollte. Anhand von Wettbewerbsvergleichen (Benchmarking) kann die Wettbewerbsfähigkeit der eigenen Einrichtung getestet werden. In internen Vergleichen können über die Jahre (empfohlener Turnus ist halbjährlich) qualitätsbezogene Maßnahmen reguliert und gezielt gesteuert werden. Die Bewohner von stationären Einrichtungen werden infolge der wachsenden marktwirtschaftlichen Orientierung zunehmend als Kunden wahrgenommen.

Letztlich wird der ökonomische Unternehmenserfolg unter anderem maßgeblich von der Bewohnerzufriedenheit bestimmt, da die Urteile der Beteiligten ausschlaggebend für das strategische Management sind.

2.3 Herausforderungen bei der Erhebung der Bewohnerzufriedenheit

Bislang existieren kaum wissenschaftlich fundierte Methoden oder Instrumente zur Erhebung der Bewohnerzufriedenheit. Bei der Erfassung dieses Parameters ergibt sich eine Vielzahl von Schwierigkeiten, die in der Planungsphase einer solchen Erhebung Berücksichtigung finden müssen.

Im Rahmen der Erfassung der Zufriedenheit sind in der Institution zahlreiche Fragen zu klären: Wer soll das durchführen? Wie sollen die Daten erhoben werden? Wie viele Bewohner sollen befragt werden? Was kostet das? Welcher Mehraufwand entsteht durch die Messung?⁷⁸

Viele Pflegekräfte sind davon überzeugt, dass die Bewohner keine adäquaten Beurteilungen über die komplexen fachlichen Fähigkeiten der Mitarbeiter abgeben

⁷⁸ vgl. Applebaum et al. 2004, S. 29 ff.

können. Die Bewohnerkompetenz zur Beurteilung der pflegerischen Leistungen wird somit häufig in Frage gestellt. In vielen Fällen sind die Bewohnermeinungen nicht erwünscht und werden folglich nicht ausreichend respektiert. Die Bewohner werden häufig entweder nicht oder ohne Engagement und ohne echtes Interesse befragt.

Die Leistungsempfänger wie Patienten oder Heimbewohner können durch gezielte Fragestellungen die Erlebnisse, Emotionen und Erfahrungen adäquat reflektieren, sie werden jedoch üblicherweise nicht danach gefragt. Durch Erzählungen werden die Präferenzen der Leistungsempfänger deutlich und zeigen, dass sie sich durchaus ein angemessenes Urteil über deren Behandlung bzw. Versorgung bilden können.⁷⁹

Die Erwartungen und Bedürfnisse der Bewohner sollten das Leistungsangebot bestimmen, in dem Präferenzen und Erfahrungen artikuliert werden. Für die Bewohner muss die Möglichkeit zur Äußerung von Verbesserungsvorschlägen und Kritik geschaffen werden. Ihre Integration in den Prozess der Qualitätssicherung scheint ebenso unerlässlich wie die aktive Beteiligung an der Gestaltung des Heimalltags. Die Wahlmöglichkeiten und die Entscheidungsfreiheit der Bewohner sind maßgeblich für das individuelle Wohlbefinden in dem Pflegeheim.

Die meisten Bewohner sind sich ihrer Rechte in pflegerischen Einrichtungen nicht bewusst und billigen daher Unannehmlichkeiten hinsichtlich der Versorgungsqualität. Das Anspruchsniveau eines Heimbewohners entspricht nicht vollständig den Ansprüchen eines herkömmlichen Empfängers einer Leistung (Kunde) und kann demnach auch nicht genauso erhoben werden (siehe Kapitel 2.1.1.3).

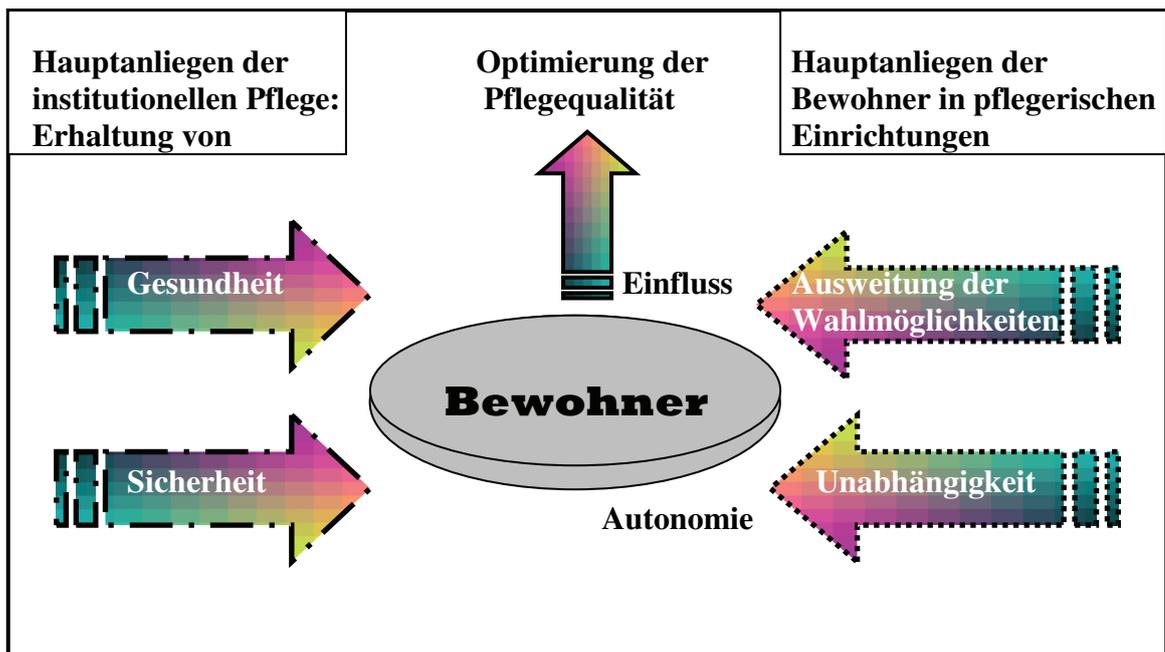
Der Bewohner ist im Gegensatz zu dem Kunden auf die Leistungserbringung der pflegerischen Einrichtung angewiesen und verfügt aufgrund seines meist akuten Bedarfs, der sich häufig aus einer plötzlich eintretenden Notsituation (z. B. Krankheit) ergibt, über begrenzte Einflussmöglichkeiten.

Die Ausweitung der Wahlmöglichkeiten zur Verstärkung der Einflussnahme und die Unabhängigkeit zur Steigerung der Autonomie stellen laut der Bewegung „Unabhängiges Wohnen und Leben“ die wichtigsten Anliegen der Bewohner in

⁷⁹ vgl. Dekkers in: Kranich/ Vitt 2003, S. 88

Langzeitpflegeeinrichtungen dar.⁸⁰ Die Erwartungshaltung der Bewohner steht jedoch den Erwartungen der Einrichtung gegenüber (siehe Abbildung 5). Sicherheit und Gesundheit stellen die zwei hauptsächlichen Anliegen pflegerischer Bemühungen dar. Für die Bewohner sind die beiden Aspekte eminent wichtig, jedoch stehen die Ausweitung der Wahlmöglichkeiten und die Independenz im Mittelpunkt ihrer Vorstellungen. Die zwei Wertsysteme lassen sich nicht immer problemlos vereinen. So kann beispielsweise die Sicherheit der Bewohner nur durch Aufsichtsmaßnahmen garantiert werden, wodurch die Unabhängigkeit jedoch Einschränkungen erfährt. Dieses Dilemma zur Zufriedenheit aller Beteiligten aufzulösen, stellt eine immense Herausforderung im pflegerischen Alltag dar.

Abbildung 5: Dilemma der unterschiedlichen Wertesysteme in Pflegeheimen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Applebaum⁸¹

Die Möglichkeiten, eigenverantwortlich zu agieren, werden den Empfängern der Leistungen kaum gegeben, was das hauptsächlichste Problem und die größte Herausforderung im Gesundheitswesen darstellt.⁸²

⁸⁰ vgl. Applebaum et al. 2004, S. 24

⁸¹ vgl. Applebaum et al. 2004, S. 24

Hinsichtlich der unterschiedlichen Interessen der beteiligten Personengruppen ist festzustellen, dass das Ziel der Optimierung der Pflegequalität von beiden Seiten gleichermaßen verfolgt wird.

Hochaltrigkeit, Gebrechlichkeit, Verletzbarkeit oder Multimorbidität – Menschen mit einem schlechten Gesundheitszustand, mit enormen Beeinträchtigungen (Seh-, Hör- oder Sprachstörungen) oder Bewohner mit kognitiven Störungen geben ihre Zufriedenheitsurteile nicht ohne Wertung der Gesundheit ab. So sind Menschen mit gravierenden Einschränkungen in der Regel unzufriedener.

Die Bewohner haben individuelle Ansprüche und unterschiedliche Erwartungen an die Art und die Qualität der pflegerischen Versorgung. Dementiell erkrankte Menschen können meist aufgrund ihrer geistigen Konstitution nicht an komplexen Befragungen zur Zufriedenheit teilnehmen oder liefern im Falle der Teilnahme kaum aussagekräftige, verwertbare Informationen.

Außerdem weisen Bewohnerbefragungen Grenzen auf, da sie sich nur bedingt für das Benchmarking von Einrichtungen eignen, da die Heimstrukturen in der Gestaltung enorme Unterschiede aufzeigen und somit die Vergleichbarkeit der Qualität auf der Grundlage der Bewohnerdaten nicht gegeben ist.⁸³

Die Erhebung der Zufriedenheit ist an eine Vielzahl von Anforderungen geknüpft, worauf zu einem späteren Zeitpunkt ausführlich eingegangen wird (siehe Kapitel 3.2.3.2). Die Subjektivität der Aussagen, die Schwankungen der Zufriedenheitsurteile (beispielsweise durch die aktuelle Stimmung oder den derzeitigen Gesundheitszustand) und die Multidimensionalität des Zufriedenheitskonstruktes können eine Erhebung schwierig machen. Nicht zuletzt die Angst der Bewohner vor Sanktionen bei wahrheitsgemäßen Aussagen, der Aspekt der sozialen Erwünschtheit beim Antwortverhalten und die Schwierigkeit, die Zufriedenheit zu operationalisieren, wirken sich erschwerend auf die Durchführung einer Studie aus.

Zu konstatieren bleibt, dass die Erhebung der Bewohnerzufriedenheit eine Herausforderung darstellt, die mithilfe der richtigen methodischen Rahmenbedingungen adäquat zu meistern ist.

⁸² vgl. Dekkers in: Kranich/ Vitt 2003, S. 88

⁸³ vgl. Schnabel/ Schönberg 2003, S. 180

2.4 Zufriedenheitsforschung im deutschen Pflegesektor

Lange Zeit ist im Gesundheitswesen davon ausgegangen worden, dass die Meinung der Kunden, Patienten oder Bewohner nicht relevant sei, da diese nicht über die notwendige Kompetenz zur Abgabe von nützlichen Urteilen verfügen würden. Besonders den Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen wurden die Kompetenzen zur Beurteilung der Versorgungsqualität lange Zeit aberkannt. Doch die Meinungen der Pflegeempfänger stellen eine einzigartige Informationsquelle zur Qualität dar.⁸⁴

Die Zufriedenheitsforschung in Deutschland ist im Vergleich zu den angelsächsischen und skandinavischen Sprachräumen gering entwickelt. Die Themen Patientenzufriedenheit bzw. Bewohnerzufriedenheit nehmen weder in der medizinischen, noch in der gesundheitspolitischen Debatte einen erwähnenswerten Stellenwert ein.⁸⁵

„Auffallend zur großen Quantität an Erhebungen und Erhebungsinstrumenten kontrastiert allerdings ihre mangelhafte Qualität. Einstweilen dominieren, nach ‚Gutdünken‘ fabrizierte Instrumente, die weder theoretisch hergeleitet noch messtheoretisch validiert sind.“⁸⁶

Die Mehrzahl der Instrumente ist relativ kurz und undifferenziert, die Fragestellungen sind global und selten relevant für die Verwertung. Viele Studien weisen immense theoretische, methodische und praktische Defizite auf.⁸⁷

In der Zufriedenheitsforschung wird weiterhin davon ausgegangen, dass der Grad der Zufriedenheit zunimmt, je allgemeiner die Nachfragen erfolgen. Weiterhin besteht ein Zusammenhang zwischen Zufriedenheitsäußerungen und dem Bildungsstand. Mit einem höheren Bildungsstand nimmt auch die Häufigkeit der Unzufriedenheitsäußerungen zu. Zudem hängt die Zufriedenheit stark von kurz

⁸⁴ vgl. Applebaum et al. 2004, S. 24

⁸⁵ vgl. Blum 1995, S. 13

⁸⁶ zit. nach: Blum 1995, S. 14

⁸⁷ vgl. Blum 1998, S. 15

zurückliegenden Ereignissen im eigenen Leben ab, die verstärkt in den Vordergrund rücken. Formulierungen, die einen Biografiebezug aufweisen, aber im Kontext der einrichtungsspezifischen Bewertungen geäußert werden, sind mit Vorsicht zu betrachten.⁸⁸

Die Zufriedenheitswerte liegen bei allgemeinen Fragen wesentlich höher als bei konkreten. „Die Betrachtung von Teilaspekten hat aber auch deutlich gemacht, dass sich hinter global geäußelter Zufriedenheit beträchtliche Kritik verbergen kann.“⁸⁹

Demnach können detaillierte Fragestellungen bislang Verborgenes aufdecken.

Eine Studie von François Höpflinger (2003) zur Lebenszufriedenheit und zum Wohlbefinden im höheren Lebensalter geht davon aus, dass die beiden Konstrukte mehrdimensional sind und emotionale und kognitive Komponenten einschließen. Sie entstehen durch selbst-regulative Prozesse, welche sich im Laufe des Lebens verändern. Auch die biographische Komponente nimmt Einfluss auf die Zufriedenheit in reiferen Jahren. Die lebensgeschichtliche Vergangenheit sollte bei der Erhebung der Zufriedenheit stets miteinbezogen werden. Weiterhin fand Höpflinger heraus, dass die höhere Lebenszufriedenheit bei Älteren (im Vergleich zu den Erwachsenen nach dem 50. bis zum 64. Lebensjahr) mit reduzierten Alltags- und Berufsbelastungen, aber auch mit den reduzierten Ansprüchen zusammenhängen kann. Die psychischen Ressourcen wie Zuversichtlichkeit und Kontrollüberzeugungen stellen wichtige Prädiktoren von selbst-regulativen Vorgängen (Zufriedenheit, Wohlbefinden) dar. Im höheren Alter ist die Bewältigung der bisherigen Lebensgeschichte laut Höpflinger ein entscheidender Einflussfaktor der Selbstregulation. Menschen, die im Einklang mit ihrer Vergangenheit stehen, haben es leichter im hohen Alter ein neues Gleichgewicht des Wohlbefindens zu erlangen. Zudem nimmt das gesundheitliche Befinden im Alter zwar tendenziell ab, das psychische Wohlbefinden steigt eher an.⁹⁰

Bezüglich bereichsspezifischer Angaben weist der gesellschaftliche Status enorme Beeinträchtigungen auf. Die Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung steigt im Alter an.

⁸⁸ vgl. Schnabel/ Schönberg 2003, S. 179

⁸⁹ zit. nach: Aust 1994, S. 33

⁹⁰ vgl. Höpflinger 2003 In: Schlumpf <http://www.reife.ch/Sommer03/zufriedenheit.html> (Stand: 11.04.2008)

Die Gewinne und Verluste (Gewinne im Freizeitbereich und eventuell in der Partnerbeziehung, Verluste im gesellschaftlichen Status und für manche auch beim Einkommen) werden im Alter ausbalanciert. Die subjektiven Einschätzungen von Lebensbereichen haben einen stärkeren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit (Wohlfinden) als die objektiven Parameter. Folglich gehen gute Lebensbedingungen nicht automatisch mit einem hohen Wohlbefinden einher und umgekehrt – schlechte Lebensbedingungen bedingen nicht zwangsläufig ein niedriges Wohlbefinden, da psychische Ressourcen, wie Zuversichtlichkeit und Kontrollerleben, einen entscheidenden Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden ausüben können.⁹¹

Die Interdisziplinäre Altersstudie (Basler) wies darauf hin, wie das Wohlbefinden hochsignifikant mit Persönlichkeitsmerkmalen assoziiert wird, da grundsätzliche und überdauernde Persönlichkeitsmerkmale eng mit Werten des Wohlbefindens verknüpft sind. Depressivität, Nervosität, Erregbarkeit und Gehemmtheit sind demnach negativ mit Wohlbefinden verbunden, Geselligkeit und Gelassenheit haben einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden im Alter. Da Persönlichkeitsmerkmale im höheren Alter verhältnismäßig geringen Veränderungen unterliegen, veranschaulichen solche Ergebnisse die biographische Verankerung des Wohlbefindens im Alter.⁹²

James E. Birren, einer der Pioniere der Altersforschung, sagte einmal, dass man die Zufriedenheit alter Menschen nicht mit den jetzt geltenden Maßstäben der jungen Forschergeneration beurteilen soll.⁹³ „Die Interpretation und Bewältigung der bisherigen Biographie sind im höheren Lebensalter ein wesentlicher Einflussfaktor der Selbstregulation von negativen und positiven Emotionen und damit des allgemeinen Wohlbefindens. Wohlbefinden im höheren Lebensalter ist nicht einfach eine von aktuellen Gegebenheiten objektiv bestimmbare Größe, sondern es geht dabei um einen biographisch verankerten, subjektiv interpretierten und regulierten Prozess von Lebensbewältigung.“⁹⁴

⁹¹ vgl. Höpflinger 2003 In: Schlumpf <http://www.reife.ch/Sommer03/zufriedenheit.html> (Stand: 11.04.2008)

⁹² vgl. Höpflinger 2003 In: Schlumpf <http://www.reife.ch/Sommer03/zufriedenheit.html> (Stand: 11.04.2008)

⁹³ vgl. http://www.ageandmobility.de/02_03_22.html (Stand: 12.04.2008)

⁹⁴ zit. nach: Höpflinger 2003 In: Schlumpf <http://www.reife.ch/Sommer03/zufriedenheit.html> (Stand: 11.04.2008)

In der Studie „Lebenszufriedenheit im Pflegeheim“ von Prof. Dr. Anton Amann und dem ZENTAS (Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung an der NÖ Landesakademie) aus dem Jahr 2005 sind objektive und subjektive Faktoren benannt worden, die die Lebensqualität entweder fördern oder behindern können. Zu den objektiven Faktoren zählen unter anderem Barrierefreiheit, die Ausstattung der Zimmer, die Gestaltung der allgemeinen Aufenthaltsbereiche, die Kommunikationsnetze und die Alltagsroutinen. Unter die subjektiven Themenbereiche fallen die Bewertungen und Erfahrungen mit der Zeiteinteilung, dem Essen, den strukturellen und qualitativen Bedingungen der Sozialbeziehungen, der subjektiv erfahrenen Autonomie und Selbstständigkeit, der Nutzungsfähigkeit noch vorhandener Ressourcen und dem daraus resultierenden Wohlbefinden.⁹⁵

Pflegequalität (aus fachlicher Sicht), die wahrgenommene Lebensqualität und Zufriedenheit sind Parameter für Qualitätssicherungsbemühungen, welche sich auf die Bewohnerperspektive konzentrieren. Die allgemeine, alltagstheoretische Annahme diesbezüglich ist, dass die drei Größen positiv korrelieren. Dementsprechend könnten Zufriedenheit und Lebensqualität als Indikatoren für Pflegequalität fungieren. In empirischen Untersuchungen kann dies jedoch häufig nicht bestätigt werden.⁹⁶

Owens und Bachelor haben 1996 in Studien festgestellt, dass Menschen im Alter öfter Zufriedenheit ausdrücken als jüngere. Zudem fanden sie heraus, dass sich die Erwartungen von Pflegebedürftigen offenbar im Verlauf der Versorgung an die erbrachten Leistungen anpassen. Wünsche und Ansprüche können im Versorgungsprozess Veränderungen unterliegen. Ebenso zeigen Owens und Bachelor auf, dass Unzufriedenheit oder Kritik von Pflegebedürftigen oft verschwiegen oder erst nach intensiver Nachfrage artikuliert werden.⁹⁷

In Deutschland wurde die Nutzerperspektive lange Zeit vernachlässigt. Deshalb lassen sich in der Zufriedenheitsforschung des Pflegesektors keine aussagekräftigen, allgemeingültigen Festlegungen zur Durchführung von Zufriedenheitserhebungen

⁹⁵ vgl. <http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/zufriedenheitsstudien.pdf> (Stand: 14.04.2008)

⁹⁶ vgl. Schnabel/ Schönberg 2003, S. 179

⁹⁷ vgl. Owens/ Bachelor 1996 In: Schnabel/ Schönberg 2003, S.178

finden. Eine angemessene Interpretation der Befragungsergebnisse setzt voraus, dass Schwierigkeiten der Zufriedenheitsforschung nicht außer Acht gelassen werden. Die bereits angewandten Instrumente und Methoden werden meist nicht auf ihre Reliabilität oder Validität geprüft, wodurch sie keine wissenschaftliche Grundlage erlangen.

Die Abstinenz der wissenschaftlichen Diskussion kann vermutlich auf folgende zwei Gründe zurückgeführt werden: „Zum einen befinden sich die Veröffentlichungen zum Thema Bewohnerbefragung i.d.R. nicht auf wissenschaftlichem Niveau, sondern haben eher Informations- und Promotionscharakter für die Praxis (z.B. Heimleitungen). Zum anderen stellen Bewohnerbefragungen und diesbezügliche Instrumente ein Kapital für die Urheber dar, da der Markt in Zeiten der Kundenphilosophie boomt.“⁹⁸

⁹⁸ zit. nach: Schnabel/ Schönberg 2003, S. 176

3 Empirischer Teil

3.1 Rahmenbedingungen der Erhebung

3.1.1 Ort der Erhebung - eine Hamburger Seniorenresidenz

Die vorliegende Studie wurde mit Bewohnern einer Seniorenresidenz in Hamburg durchgeführt. Da sich die Einrichtung eher als ein Pflegeheim darstellt, sich aber Seniorenresidenz nennt, werden diese beiden Begriffe im Folgenden ausnahmsweise synonym verwendet.

„Wir wollen, dass sich Menschen im Alter wohlfühlen und Freude am Leben haben. Deswegen werden Sie unser Haus nicht als Pflegeheim, sondern wie ein neues Zuhause erleben.“ Mit diesem Leitsatz wirbt die Hamburger Seniorenresidenz im Internet und in ihren Prospekten. Ob sich die Bewohner tatsächlich in der Einrichtung wohlfühlen und zufrieden sind, wird zu einem späteren Zeitpunkt thematisiert.

Abbildung 6: Vorgarten des Pflegeheims

Die Seniorenresidenz ist Mitglied im Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime e.V. (BPA) und befindet sich in privater Trägerschaft. Das Haus wird seit 1991 als Pflegeheim genutzt. Davor lebten dort ältere Menschen ähnlich wie in Einrichtungen des Betreuten Wohnens zusammen. Die ehemalige Heimleiterin Frau L. übernahm das Haus im Jahre 2000. Das Familienunternehmen wird seit 2008 vom Schwiegersohn Herrn H. geleitet.



Die Seniorenresidenz befindet sich in einem wohlhabenden Villenviertel Hamburgs. Das Pflegeheim besteht aus zwei Villen, welche durch einen Fahrstuhl und ein Treppenhaus miteinander verbunden sind. Eine ansprechende Gebäudefassade, welche im Mai 2008 saniert wurde, empfängt die Besucher. Vor dem Haus befindet sich ein kleines Teehaus, welches von einer Gartenanlage umgeben ist. Hinter dem Haus ist ebenfalls ein kleiner Garten. „Gerade aus den Wohnbedürfnissen alter Menschen nach Vertrautheit und Einbindung ergibt sich die Forderung nach einer bewußten Auseinandersetzung mit Bauformen und Charakter der Umgebung bei der Gebäudegestaltung.“⁹⁹

Im Haus existieren 38 Zimmer, wovon drei aufgrund ihrer Größe (ca. 40 m²) als Doppelzimmer genutzt werden können. Das ausreichende Angebot an Einzelappartements ist ein bedeutender Faktor, da die Mehrheit der Bewohner großen Wert auf die eigenen vier Wände legt. Den vielschichtigen Ansprüchen der Bewohner kann so eher Rechnung getragen werden.

Abbildung 7: Speisesaal der Pflegeeinrichtung



Die Zimmer können mit eigenen Möbeln der Bewohner individuell gestaltet werden, denn eine vertraute Umgebung hilft dabei, sich schneller heimisch zu fühlen. In den Zimmern sind keine Küchenzeilen, da die Speisen für alle Bewohner in der hauseigenen Küche zubereitet

werden. Ein Großteil der Appartements verfügt über einen Balkon, eine Terrasse oder eine Loggia. Sowohl die Einzel- als auch die Doppelzimmer besitzen eine Nasszelle mit Dusche.

Der individuelle Wohn- und Schlafbereich ist als Rückzugsmöglichkeit eminent wichtig. „Der alte Mensch verbringt einen Großteil seiner Zeit im engeren eigenen

⁹⁹ zit. nach: Lorenz 1994, S. 52

Wohnbereich, besonders im fortgeschrittenen Alter bei eingeschränkter Beweglichkeit. Eine Vielzahl von Beschäftigungen sollten im Wohnraum möglich sein: Essen, Sitzen, Lesen, Schreiben, Rauchen, Fernsehen, Basteln und Handarbeiten, Musizieren und das Empfangen von Besuch.¹⁰⁰

Ältere Menschen halten sich im Gegensatz zu jungen deutlich häufiger im Inneren des Wohnhauses auf, Altenheimbewohner durchschnittlich mehr als 80% des Tages.¹⁰¹

In der Hamburger Seniorenresidenz sorgen zahlreiche Begegnungsbereiche für eine angenehme kommunikative Atmosphäre. Die Mehrheit der Bewohner findet sich zu den Mahlzeiten im Speisesaal ein.

Das Interieur auf den Fluren und in den Gemeinschaftsräumen ist sehr geschmackvoll gestaltet: Antiquitäten, Gemälde und Porzellan. Die familiäre Atmosphäre wird dadurch verstärkt, dass kein Zimmer dem anderen gleicht und alle Flure unterschiedlich gestaltet sind. Alles ist sehr sauber, da das Reinigungspersonal jeden Tag das gesamte Haus säubert.

Abbildung 8: Aufenthaltsraum der Pflegeeinrichtung



Im Haus ist für maximal 41 Bewohner Platz. Zu der Zeit der Erhebung lebten 34 Bewohner in der Seniorenresidenz. Das Zusammenleben gestaltet sich mit der aktuellen Bewohneranzahl jedoch angenehmer, beispielsweise da die Kapazitäten im Speisesaal begrenzt sind.

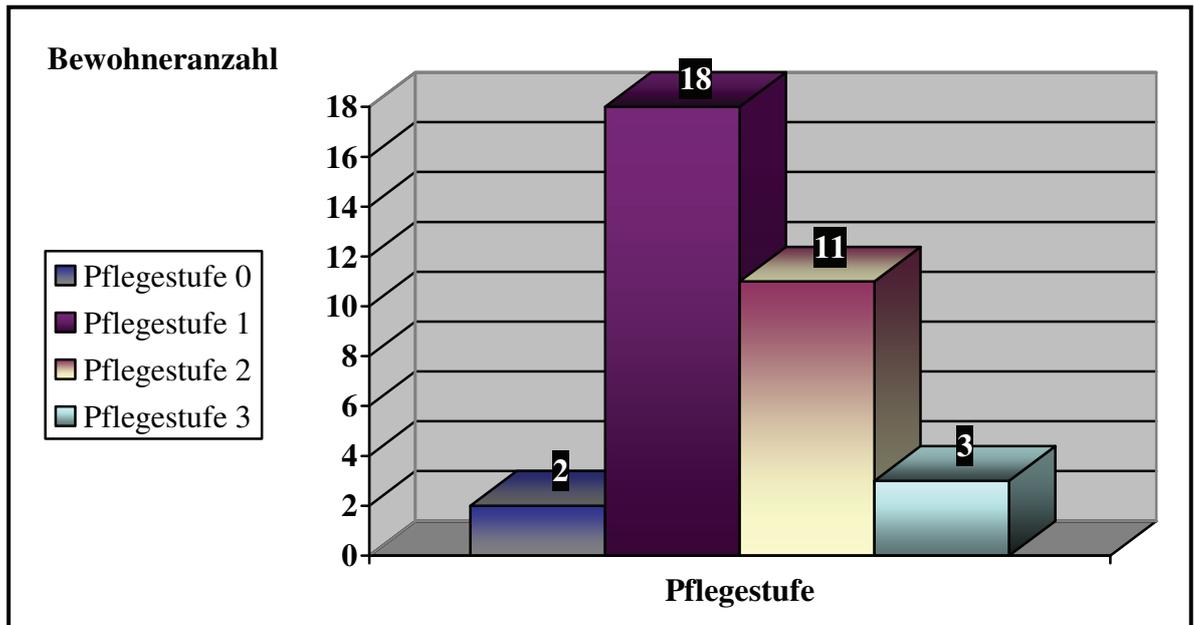
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in dem Pflegeheim liegt bei 2,38 Jahren. Nach Aussagen des Heimleiters war diese früher erheblich länger, aber aufgrund der zunehmenden Multimorbidität und der Hochaltrigkeit zum Zeitpunkt des Einzuges in die Pflegeeinrichtung verbringen die Bewohner durchschnittlich nur noch etwas mehr

¹⁰⁰ zit. nach: Lorenz 1994, S. 42

¹⁰¹ vgl. Lorenz 1994, S. 58

als zwei Jahre im Haus. Die Heimaufnahme erfolgt ohne Abhängigkeit von der Pflegestufe des Bewohners. Rund 6 % der Bewohner haben keine Pflegestufe, die Mehrheit (53 %) hat die Pflegestufe 1, circa ein Drittel (32 %) die Pflegestufe 2 und 9 % der Bewohner sind schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe 3).

Abbildung 9: Verteilung der Pflegestufen in der Einrichtung



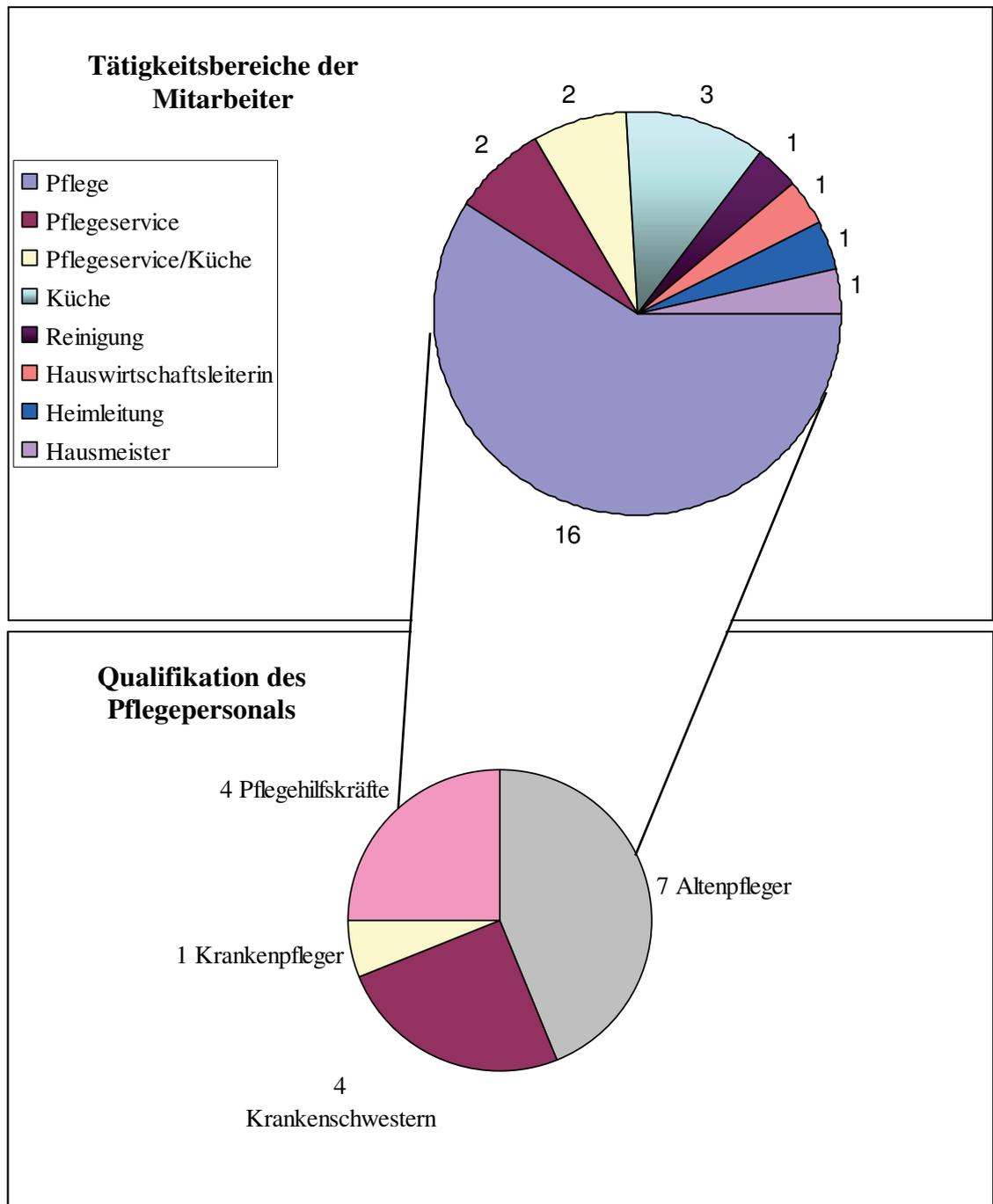
Stand: April 2008

In der Einrichtung leben 28 Frauen und lediglich sechs Männer, so dass das Geschlechterverhältnis nicht ausgeglichen ist.

Das Durchschnittsalter der Bewohner beträgt 85,4 Jahre, woraus resultiert, dass die meisten Bewohner Mobilitätseinschränkungen, dementielle Erkrankungen oder andere altersspezifische Krankheiten haben.

Die Bewohner der Einrichtung werden von 27 Mitarbeitern versorgt und betreut. Im Durchschnitt sind die Angestellten 43,4 Jahre alt und arbeiten seit 6,36 Jahren in der Einrichtung. 78 % der Mitarbeiter haben eine Vollzeit- (38,5 Stunden) und 22 % eine Teilzeitstelle (6,25 – 19,25 Stunden). 11 % der Mitarbeiter sind männlich, 89 % weiblich. Die Tätigkeitsbereiche und die Qualifikationen des Personals teilen sich folgendermaßen auf:

Abbildung 10: Tätigkeitsbereiche und Qualifikationen der Mitarbeiter



In der Seniorenresidenz wird nach dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel gearbeitet. Noch ist die Funktionspflege vorherrschend, aber das Organisationssystem der Bezugspflege wird angestrebt. Dienstbesprechungen finden einmal monatlich, Dienstübergaben dreimal täglich statt. Die Pflegekräfte arbeiten im 3-Schichtsystem.

Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen von Seminaren mehrmals im Jahr innerhalb der Einrichtung statt und werden durch Mitarbeiter eines Instituts für Pflegefortbildung und Beratung realisiert. Themen für das Jahr 2008 sind: Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, Harnkontinenz, Schmerzmanagement, Umgang mit Demenz, Erste-Hilfe-Schulung, Kontrakturenprophylaxe und Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Neben den Pflegenden nehmen am letztgenannten Seminar auch die Mitarbeiter der Hauswirtschaft teil. Durch das erworbene Wissen wird nach Angaben der Mitarbeiter die tägliche Arbeit bereichert und ihre Qualifikation erhöht.

3.1.2 Beschreibung des Heimalltags

Die Leistungsfähigkeit eines Heimes kann unter anderem an der abwechslungsreichen Gestaltung des Alltags gemessen werden. Hinsichtlich der individuellen Zeitstrukturierung sind diverse Unterschiede zu beobachten. Einige Bewohner nehmen regelmäßig an den angebotenen Kursen teil und erhalten häufig Besuch. Bei anderen Bewohnern ist aufgefallen, dass sich die Tage ähneln, kein Plan vorliegt und der Tag zumeist alleine verbracht wird.

Der Alltag im Pflegeheim wird maßgeblich durch die Essenszeiten strukturiert, die sich wie folgt gestalten:

ca. 08.30 Uhr Frühstück

ca. 11.30 Uhr Mittag

ca. 14.30 Uhr Kaffee

ca. 17.30 Uhr Abendbrot.

Zwischen den Mahlzeiten bleiben einige Bewohner im Speisesaal, andere gehen zu den Kursen, haben Physiotherapie oder beschäftigen sich selbstständig auf ihren Zimmern. In der Woche finden mehrfach Bewegungs- und Gedächtnistrainings statt, an denen sich alle Bewohner beteiligen können. In regelmäßigen Abständen werden spezielle Veranstaltungen angeboten: Diavorträge, Modenschauen, Klavierkonzerte, Stadtrundfahrten, Ausflüge in die Umgebung, außerdem eine Weihnachtsfeier, Fasching und ein Sommerfest. Gläubige Bewohner können sich ins Klavierzimmer zurückziehen

und Andacht halten. Dreimal im Jahr (Ostern, Erntedankfest, Weihnachten) kommt ein Pfarrer in die Einrichtung.

Im Haus existieren Möglichkeiten zur Fußpflege und für einen Friseurbesuch. Da im Haus keine Einkaufsmöglichkeiten vorhanden sind, erledigen die Angehörigen der Bewohner derartige Botengänge. Bei kleineren Anliegen ist auch das Personal vereinzelt dabei behilflich. Die Ausgestaltung von persönlichen Feiern der Bewohner ist in diesem Pflegeheim auch möglich.

Besuch kann jederzeit empfangen werden, da keine festen Besuchszeiten existieren. Auf die Einladung zu Festen in der Seniorenresidenz bestand bislang wenig Resonanz bei den Angehörigen.

3.1.3 Charakteristika der Interviewpartner

In der Hamburger Seniorenresidenz leben zurzeit 34 Bewohner. Das entscheidende Ausschlusskriterium in dieser Erhebung war für zehn Bewohner, dass die beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten nach Einschätzung des Heimleiters und der Pflegedienstleitung die Teilnahme daran nicht möglich machten. Eine Bewohnerin ist innerhalb des Praktikumszeitraums verstorben. Von den 34 Bewohnern sind somit 23 Bewohner kognitiv in der Lage, sich zu den Fragen adäquat zu äußern. Acht der potenziell zu befragenden Bewohner lehnten die Teilnahme an der Befragung ab und konnten auch nicht von einer Zusammenarbeit überzeugt werden. Die Gründe für die Verweigerung der Teilnahme waren unterschiedlich: fehlendes Interesse an der Erhebung oder der Aufenthalt in der Einrichtung beschränkte sich auf eine Kurzzeitpflegemaßnahme. Durch die mangelnde Bereitschaft einiger Bewohner ergab sich ein Stichprobenumfang von 15 Interviews.

Im Folgenden sind die personenbezogenen Daten der beteiligten Bewohner aufgeführt, um einen näheren Einblick in die Teilnehmergruppe zu erhalten.

Die 15 Bewohner sind im Alter von 72 bis 95 Jahren, wobei der Durchschnitt bei 87,3 Jahren liegt. Elf Frauen (73,3 %) und vier Männer (26,7) haben sich an der Befragung beteiligt.

Die Bewohner leben im Durchschnitt bereits seit 21,3 Monaten in der Einrichtung, das entspricht 1,77 Jahren. Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich alle Interviewpartner mindestens einen Monat und maximal 52 Monate (4,33 Jahre) in der Einrichtung.

Die Heterogenität der Stichprobe kann exemplarisch an den früheren Berufen der Interviewpartner verdeutlicht werden. Von der Apothekerin, der Verkäuferin, der Sekretärin, der Zahnärztin bis hin zum Musiker, zur Bühnenbildnerin oder zur Schauspielerin waren vielfältige Berufe unter den Bewohnern vertreten.

3.2 Untersuchungsdesign der Arbeit

Nach der Darstellung des theoretischen Rahmens wird im Folgenden das Untersuchungsdesign mit allen Maßnahmen zum Planen und Durchführen der empirischen Untersuchung näher erläutert. Zu Beginn sind die Grundsätze qualitativen Denkens komprimiert dargestellt, um die Basis für die anschließenden Betrachtungen zu verdeutlichen.

3.2.1 Grundsätze qualitativen Denkens

In der Theorie der humanwissenschaftlichen Forschung existieren laut Mayring (2002) **13 Säulen des qualitativen Denken**, welche sich in *fünf Grundlagen qualitativen Denkens* einordnen lassen. Diese fünf Postulate bilden das Fundament qualitativen Denkens:

- Postulat 1: *Forderung stärkerer Subjektbezogenheit*

Als Subjekte werden in der humanwissenschaftlichen Forschung die Menschen bezeichnet, welche sowohl Ausgangspunkt als auch Ziel der Untersuchung sein sollen. Qualitative Richtlinien der Subjektorientierung sind, dass das Subjekt in seiner **Ganzheit**, in

seiner Gewordenheit (**Historizität**) und anhand seiner konkreten praktischen Probleme (**Problemorientierung**) betrachtet werden soll.

▪ Postulat 2: Betonung der Deskription

Der Gegenstandsbereich ist zu Beginn einer Analyse exakt und ausführlich zu beschreiben. Drei methodische Grundsätze sind hierbei einzuhalten: Der einzelne Fall (Subjekt) bildet den Ausgangspunkt (**Einzelfallbezogenheit**), die Auseinandersetzung mit dem Gegenstand fordert ein hohes Maß an **Offenheit** und die dabei zum Einsatz kommenden Methoden müssen exakt überprüft werden (**Methodenkontrolle**).

▪ Postulat 3: Interpretation der Forschungsobjekte

Der zu untersuchende Gegenstand muss ähnlich wie in der Hermeneutik durch ein Interpretationsverfahren erst erschlossen werden. Das **Vorverständnis** (z.B. Vorurteile) hinsichtlich des Forschungsgegenstandes ist zu explizieren. Die **Introspektion**, das Zulassen eigener subjektiver Erfahrungen mit dem Gegenstand, ist ein anerkanntes Mittel zur Erkenntnisgewinnung. Forschung versteht sich demnach als ein Prozess, in dem sich der Forscher mit dem Gegenstand auseinandersetzt (**Forscher-Gegenstands-Interaktion**).

▪ Postulat 4: Forderung, Objekte auch in ihrer natürlichen, alltäglichen Umgebung zu untersuchen

In der Humanwissenschaft sind Gegenstände aufgrund der starken Situationsabhängigkeit in ihrem natürlichen, alltäglichen Umfeld zu untersuchen. Durch die Alltagsorientierung und die Vermeidung von Laboruntersuchungen können Realitätsverzerrungen verringert werden.

▪ Postulat 5: Generalisierung der Ergebnisse als Verallgemeinerungsprozess

Die Ergebnisse humanwissenschaftlicher Forschung sind nicht automatisch durch gewisse Verfahren zu verallgemeinern, sondern müssen im Einzelfall schrittweise begründet werden. Für diese Forderung sind folgende Aspekte grundlegend: die **argumentative Verallgemeinerung** wird verlangt, die Möglichkeit der **Induktion**

besteht, als Ziel der Verallgemeinerung ist ein **Regelbegriff** zu formulieren und die qualitative Forschung muss überprüfen, an welchen Punkten der Ergebnisprüfung **Quantifizierungen** sinnvoll möglich sind.¹⁰²

3.2.2 Fragestellung der Untersuchung

Eine qualitative Erhebung zu den Erwartungen und Wahrnehmungen der Bewohner in einer stationären Pflegeeinrichtung wurde durchgeführt, um die zufriedenheitskonstituierenden Faktoren zu erfassen.

Angestrebt wird dabei eine möglichst komplexe Bewertung der Bewohnerzufriedenheit. Zur Ermittlung der Einflussgrößen der Zufriedenheit werden Interviews durchgeführt. Durch konkrete Fragestellungen soll herausgefunden werden, was Bewohner zufrieden macht und, welche Aspekte im Alltag zu diesem Urteil führen. Das Augenmerk der Betrachtung liegt demnach auf den vielfältigen Aspekten, die die Zufriedenheitsurteile beeinflussen. Zudem wird in der Studie hinterfragt, wie die Bewohner zu ihren Bewertungen kommen und, welche Faktoren entscheidend für die Einschätzungen sind. Dieser Untersuchung liegt folgende Fragestellung zugrunde:

- **Welche Faktoren beeinflussen maßgeblich die Zufriedenheit der Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung?**

Anhand des umfangreichen Vorwissens durch die Literaturrecherche konnte die Forschungsfrage klar spezifiziert werden. Der Fragetyp der „Erklärung“ ist gewählt worden (Warum ist etwas so?).

Die allgemeine Forschungsfrage soll mithilfe von konkreten Interviewfragen in Form eines Interviewleitfadens beantwortet und der Untersuchungsgegenstand anhand der anschließenden Auswertungsmethode bearbeitet werden.

¹⁰² Mayring 2002, S. 19 ff.

Neben den üblichen Bereichen eines Pflegeheims wie Pflegepersonal, Essen oder Hauswirtschaft werden auch andere Aspekte erfragt, die sich mit dem biografischen Hintergrund und den persönlichen Einstellungen der Interviewpartner beschäftigen.

Als Unterfragen zur Forschungsfrage fungieren die nachstehenden Formulierungen:

- Sind die Ursachen für Unzufriedenheit hauptsächlich in der Versorgung und Betreuung im Pflegeheim zu suchen oder sind dafür andere Gründe zuständig?
- Was bedeutet Zufriedenheit für die einzelnen Bewohner?

Das primäre Ziel der Erhebung ist die Bestimmung der maßgeblichen Einflussfaktoren der Zufriedenheitsurteile von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen. Ein weiteres Untersuchungsziel ist die Anfertigung eines Fragebogens, den die Heimleitung und die Pflegekräfte zukünftig in regelmäßigen Abständen und ohne externe Unterstützung mit den Bewohnern durchführen können, so dass der Qualitätsindikator der Zufriedenheit kontinuierlich erfasst werden kann.

3.2.3 Methodik und Rahmenbedingungen

3.2.3.1 Methodisches Vorgehen

Zur strukturierten Durchführung der Studie ist ein Zeitplan angefertigt worden (siehe Abbildung 11).

Zunächst wurde in einer ausführlichen Literatur- und Internetrecherche nach folgenden Schlagwörtern gesucht:

- Bewohnerzufriedenheit, Kundenzufriedenheit
- Bewohnerorientierung
- Lebensqualität
- Qualitätsmanagement

Die dazu gesammelten Informationen wurden nach ihrer Bedeutsamkeit gesichtet, analysiert und sortiert.

Für die Erhebung sollten Bewohner einer Seniorenresidenz befragt werden. Der „Zugang zum Feld“ war durch die Suche nach einem Praktikumsplatz gegeben. Nach einer schriftlichen Ankündigung im Haus wurden die Bewohner auf ein mögliches

Interview und die Praktikantin vorbereitet. Als Befragungsmethode wurde die persönliche gewählt. In den persönlichen Befragungen sind Aspekte hervorgetreten, die anhand von schriftlichen oder telefonischen Erhebungen nicht möglich gewesen wären.

Die Untersuchung ist ein Primärforschungsverfahren, da eigens für diese Betrachtung Daten zur Bewohnerzufriedenheit erhoben wurden.

Im Interviewleitfaden sind 35 (von 38) offen formulierte Fragen zu finden, drei sind geschlossene Fragen.

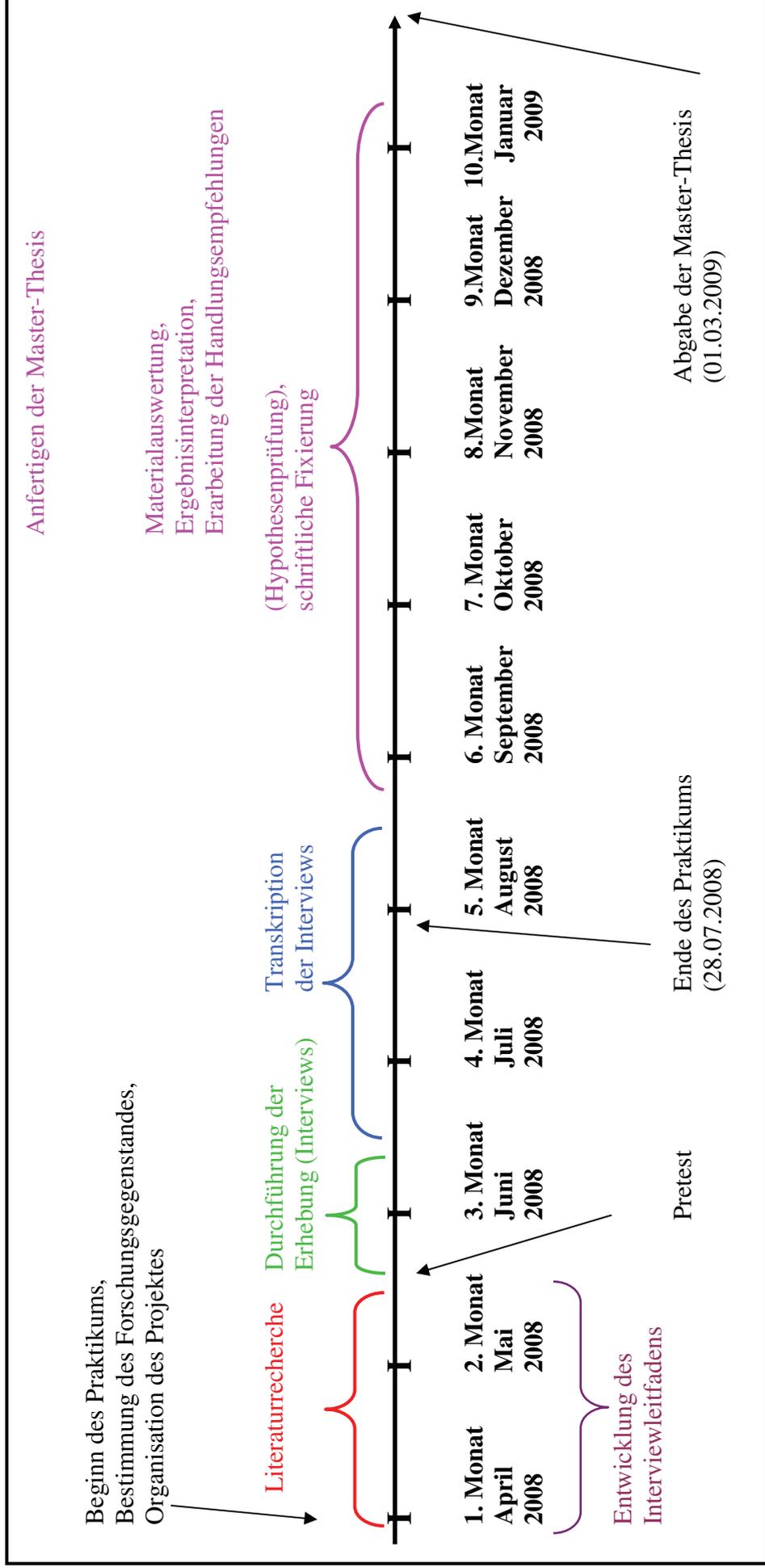
In der Praktikumszeit von April bis Juli 2008 wurden der Pretest (zur Überprüfung der Eignung des Interviewleitfadens) und die Erhebung zur Bewohnerzufriedenheit durchgeführt. Anhand der Probeinterviews konnte herausgefunden werden, dass die Fragestellungen zu den beabsichtigten Antworten führen und somit größtenteils beibehalten werden konnten.

Die Vorgehensweise zur Durchführung von Befragungen sollte die nachstehenden Schritte beinhalten:

- I. Definition der Zielgruppe und der Analyseziele
- II. Festlegen der Befragungsmethode (schriftlich, telefonisch, persönlich)
- III. Entwurf des Fragebogenleitfadens (offene/geschlossene Fragen usw.)
- IV. Festlegen der Befragungsparameter (Zeitraum der Befragung, Vorbereitung der Auswertung, Information der Mitarbeiter)
- V. Durchführung des Pretests
- VI. Durchführung der Befragung
- VII. Auswertung der Befragung
- VIII. Ableiten des Handlungsbedarfs und der Verbesserungsmöglichkeiten¹⁰³

¹⁰³ vgl. Thill 1996, S. 65-72 In: http://pflege.klinikum-grosshadern.de/campus/marketing/settgast/4_474.htm (Stand: 25.03.2008)

Abbildung 11: Zeitstrahl zur Anfertigung der Master-Thesis



3.2.3.2 Methodische Schwierigkeiten

Bei der Erfassung des Qualitätsmerkmals der Bewohnerzufriedenheit ergeben sich einige methodische Schwierigkeiten. Aufgrund der Subjektivität der Aussagen der Bewohner ist eine sachliche und zuverlässige Datengewinnung zur tatsächlichen Qualität schwierig. Einerseits prägt die Subjektivität der Aussagen die Wichtigkeit der Bewohnersicht, andererseits ergeben sich daraus Probleme in der Interpretation. Die Bewohnersicht setzt sich aus dem zusammen, was der Bewohner sagt, wie er dies sagt und was er nicht sagt. Bewusstes und Unbewusstes sind Bestandteile der Bewohnersicht, welche wiederum in Abhängigkeit von der momentanen Situation und der derzeitigen Befindlichkeit zu betrachten ist.¹⁰⁴

Die Komplexität des Zufriedenheitskonstruktes erschwert die Erfassung dessen. Zahlreiche Einflüsse auf die Bewohnerzufriedenheit können festgestellt werden. So wirken sich nicht nur die persönlichen Ansichten der Bewohner auf die bestehende Zufriedenheit aus, sondern auch z. B. die kulturellen, religiösen oder ethnischen Vorstellungen.

Probleme können sich dadurch ergeben, dass bei den Bewohnern eine Anpassung an die Rolle der Abhängigen erfolgt. Entsprechend dem paternalistischen Verständnis dieser Rolle akzeptiert der Bewohner, dass das Pflegepersonal das Bestmögliche zu seiner Versorgung und Betreuung unternimmt. Eigene Erwartungen, Ansprüche und Wünsche zu artikulieren steht im Gegensatz zu dem Wissen des Personals im paternalistischen Verständnis im Hintergrund. Personen zu kritisieren, die nur das Wohl des Bewohners im Auge haben, gilt als sozial unerwünscht.¹⁰⁵

Die soziale Erwünschtheit hinsichtlich des Antwortverhaltens stellt eine enorme methodische Schwierigkeit dar. Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde den Bewohnern in dieser Studie Anonymität hinsichtlich ihrer Aussagen zugesichert, global formulierte Fragestellungen wurden vermieden und die Bewohner wurden ausdrücklich zur Artikulation von konstruktiver Kritik und Verbesserungsvorschlägen aufgefordert. Spezifische, detaillierte Fragestellungen bieten dazu die Möglichkeit und fördern die

¹⁰⁴ vgl. Müller/ Thielhorn 1999, S. 70

¹⁰⁵ vgl. Blum 1998, S. 98

Bereitschaft der Bewohner, sich über die wahrgenommene Versorgung wahrheitsgemäß zu äußern.

Der Bewohner als „Kunde“ verfügt lediglich über ein eher „laienhaftes“ Wissen über die tatsächliche Versorgungsqualität. In den Bewohnerbefragungen werden daher einige Aspekte thematisiert, die den Betroffenen als wichtig erscheinen, in der professionellen Praxis jedoch von sekundärer Bedeutung sind. So können trotz vorhandener pflegerischer Defizite hohe Zufriedenheitswerte erreicht werden. Die gemessene Bewohnerzufriedenheit ist grundsätzlich hoch – unabhängig von der tatsächlichen pflegerischen Qualität.¹⁰⁶ Herabgesetzte Erwartungen der Bewohner, der Druck sozial erwünschte Antworten geben zu müssen oder mit dem zufrieden sein zu müssen, was vorhanden ist, können die Ursprünge für die hohen Werte sein. Ebenso kann die Angst vor Regressionen dazu führen, dass die vorhandenen Umstände von den Bewohnern beschönigt dargestellt werden.¹⁰⁷ Aus Furcht vor Konsequenzen scheuen sich die Bewohner Kritik vorzubringen. Bei hohen Zufriedenheitswerten können demnach kaum Rückschlüsse auf eine positive pflegerische Versorgung gezogen werden. Die Ursachen für die generell hohen Zufriedenheitswerte sind eventuell auch in unpassenden, unzweckmäßigen Erhebungsinstrumenten zu suchen.

Die Operationalisierung des theoretischen Konstrukts der Zufriedenheit stellt zusätzlich eine methodische Schwierigkeit dar. Der abstrakte Sachverhalt der Zufriedenheit kann lediglich anhand von beobachtbaren Indikatoren oder anhand von Meinungsäußerungen erschlossen werden. Ob die Aussagen der Bewohner der Realität entsprechen, bleibt ungeklärt.

Die Zufriedenheitsurteile können aufgrund der derzeitigen Stimmung, dem Gesundheitsstatus oder der Methode der Erhebung Schwankungen unterliegen. Die Variabilität lässt sich in diesem Zusammenhang kaum vermeiden, da der Zeitraum für die Befragung relativ festgelegt ist.

¹⁰⁶ vgl. Ryden et al. 2000 In: <http://www.olaf-hoewer.de/Diplomarbeit1.pdf> (Stand: 11.04.2008), S. 50

¹⁰⁷ vgl. Simmons/ Schnelle 1999 In: <http://www.olaf-hoewer.de/Diplomarbeit1.pdf> (Stand: 11.04.2008), S. 50

3.2.4 Beschreibung des Datenerhebungsinstrumentes

Aufgrund der Forschungsfrage und der klar definierten Ziele wurden zur Erhebung problemzentrierte Interviews durchgeführt. Die Erstellung des Leitfadens erfolgte im Anschluss an eine intensive Literaturrecherche und nach gemeinsamen Gesprächen mit der Heimleitung und der Pflegedienstleitung. Mögliche Fragen wurden gesammelt und schriftlich fixiert. In Abhängigkeit von den inhaltlichen Ausrichtungen der Fragen wurden Fragenblöcke gebildet. Die Methodik des problemzentrierten Interviews wird im folgenden Kapitel näher erörtert.

3.2.4.1 Das problemzentrierte Interview

Das problemzentrierte Interview zählt zu den qualitativen Interviewtechniken und beinhaltet eine offene und halbstrukturierte Verfahrensweise.

Der Begriff des problemzentrierten Interviews wurde durch Witzel (1982) geprägt. Diese Interviewvariante ist den Leitfaden-Interviews zuzuordnen. Das hauptsächliche Strukturierungselement der Befragung ist demnach der Leitfaden. Diese Methode gehört zu den teilstandardisierten Verfahren, da die Leitfragen aus einer Kombination von offenen, erzählgenerierenden Fragen und eher strukturierten Nachfragen besteht. In der Befragungssituation verhält sich der Interviewer eher weich bis teilweise neutral und hat laut Witzel einen sensiblen und akzeptierenden Gesprächsstil, durch den eine Vertrauenssituation generiert werden soll. Eine interaktive Vorgehensweise ist dabei maßgeblich.¹⁰⁸

Der Befragte soll möglichst frei zu Wort kommen, wodurch ein offenes Gespräch bezüglich der bestimmten Problemstellung angestrebt wird. Der Interviewte soll das Gefühl haben, ernst genommen und nicht ausgehorcht zu werden.¹⁰⁹

¹⁰⁸ vgl. Reinders 2005, S. 117 f.

¹⁰⁹ vgl. Mayring 2002, S. 68 f.

Die fünf Phasen des problemzentrierten Interviews gestalten sich wie folgt: Problemanalyse → Leitfadenkonstruktion → Pilotierung → Interviewdurchführung → Aufzeichnung/Auswertungsphase.¹¹⁰

Ein wesentliches Grundprinzip des problemzentrierten Interviews ist, das sowohl deduktiv (Vorwissen des Forschers dient der Vorstrukturierung des Leitfadens) als auch induktiv (Modifizierung der Fragestellungen anhand der Informationen aus bereits durchgeführten Interviews) vorgegangen wird.

Witzel legt weiterhin drei zentrale Aspekte zur Durchführung von problemzentrierten Interviews fest:

- **Problemzentrierung** – Die Basis für das Durchführen von problemzentrierten Interviews ist die „Orientierung an einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung.“ Die Grundstruktur der Problemstellung wird vorab vom Forschenden analysiert, wozu er sich durch Literaturrecherchen Vorwissen aneignen muss, um letztlich Fragestellungen für das Interview zu generieren. Im Zentrum dieser Interviewvariante befinden sich nicht weit gefasste, wenig spezifizierte Themen, sondern eingegrenzte Fragestellungen.
- **Gegenstandsorientierung** – Neben der Interviewmethode nach Witzel können auch andere Varianten (Gruppendiskussionen, narrative Interviews, standardisierte Fragebögen) zum Erschließen des Themas genutzt werden. Durch das problemzentrierte Interview wird zudem versucht, die Fragen hinsichtlich ihrer Reihenfolge und ihres Inhalts den Kompetenzen der Befragten anzugleichen. Das Interviewverfahren ist dem spezifischen Gegenstand anzugleichen und kann nicht als fertiges Instrument übernommen werden.
- **Prozessorientierung** – Der komplette Forschungsprozess ist flexibel und offen, um neue Fragen aufzunehmen und alte zu entfernen. Die Prozesshaftigkeit bezieht sich ebenso auf die Interviewführung selbst. Die Fragen werden den Erzählungen des Befragten angepasst und nicht starr entlang des Leitfadens gestellt.¹¹¹

Entsprechend der insgesamt vier Grundprinzipien nach Witzel (Gleichzeitigkeit von Deduktion und Induktion, Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung, Prozessorientierung) wurde die vorliegende Studie durchgeführt.

¹¹⁰ vgl. Mayring 2002, S. 71

¹¹¹ vgl. Reinders 2005, S. 118 f.

3.2.4.2 Handbuch zum Interviewleitfaden

Die im Rahmen der Problemanalyse durchgeführte Literaturrecherche dient der Erlangung von Kenntnissen hinsichtlich des Forschungsgegenstandes und ermöglicht die Erstellung des Leitfadens. Die Einschätzungen und Äußerungen der Bewohner zu diversen Versorgungsaspekten in der Einrichtung, zu ihrer Zufriedenheit und zahlreiche persönliche Aussagen, die die Zufriedenheitswerte näher erklären sollen, stehen im Mittelpunkt der Erhebung.

Der umfangreiche Leitfaden mit 38 Fragen fungiert nicht nur als Gedächtnisstütze für den Interviewer, sondern auch als Strukturierungsmittel (roter Faden) für die Gespräche mit den Bewohnern. Da ältere Menschen im Allgemeinen dazu neigen, sich schnell von dem eigentlichen Sachverhalt zu entfernen, sind der Interviewleitfaden und damit die Vorgabe von Themenblöcken zwingend notwendig, um alle forschungsrelevanten Themen wirklich anzusprechen. Dabei muss darauf geachtet werden, dass das Mitteilungsbedürfnis der Befragten nicht ‚abgewürgt‘ wird.

Die aus der Literatur entnommenen relevanten Themen sind in eine bewohnerfreundliche, übersichtliche und logische Abfolge gebracht worden. Der mutmaßliche Gesprächsverlauf konnte somit eingeschätzt werden. Die Vergleichbarkeit zwischen den Interviewpartnern wurde durch die Wahl des leitfadengestützten Interviews ebenso gewährleistet und erleichterte im Anschluss die Auswertung.

Der Leitfaden wurde flexibel im Gesprächsverlauf gehandhabt und gegebenenfalls dem Gesprächsverlauf angepasst. Die Reihenfolge der Fragen variierte. Die Übergänge zu den verschiedenen Themenkomplexen waren fließend, wobei der Interviewer nicht den Überblick über das bereits Gesagte verlieren durfte.

Der Leitfaden ist bezüglich seiner Gestalt und seiner Handhabung mit der Maxime der Offenheit behandelt worden. Eine weitere Grundlage der qualitativen Forschung ist die Prozesshaftigkeit, welcher in dieser Studie ebenso Rechnung getragen wird. Auch das Prinzip der Kommunikation findet bei der Leitfadenkonstruktion Berücksichtigung. Die Fragen sind dem alltäglichen Sprachgebrauch der Interviewten angepasst worden.¹¹²

¹¹² vgl. Reinders 2005, S. 153 f.

Globale Fragestellungen und Suggestivfragen sind vermieden worden, um möglichst aussagekräftige, valide Antworten zu erlangen. Den Bewohnern sind Erzählstimuli geliefert worden, um ausführliche, detaillierte Antworten zu erzeugen.

Durch die offene Interviewmethode wird dem Bewohner die Möglichkeit gegeben, in selbst gewählten Formulierungen zu antworten. Die freie Artikulation der Gedanken, Erfahrungen und Ansichten der Bewohner und die selbst gewählte Ausführlichkeit der Antworten erlauben eine realitätsnahe Widerspiegelung der Lebenswelt der Bewohner.

Mit einigen Erklärungen zur Studie, zum Gesprächsgegenstand und zur Person des Interviewers wurde das Interview eingeleitet. In diesem Zusammenhang erfolgte die Zusicherung der Anonymisierung der Aussagen. Fragen zur Person des Bewohners (Alter, früherer Beruf, Einzugstermin usw.) sind anschließend gestellt worden. Die Fragen sind nach einzelnen Themenblöcken bzw. thematischen Schwerpunkten geordnet worden, wobei sich der erste Block mit der „Situation vor dem Heimeinzug“ beschäftigt und fünf Fragen umfasst. Als Einstiegsfrage wurde eine offene, erzählgenerierende Frage gestellt (Wie sind Sie auf dieses Haus hier aufmerksam geworden?). Durch die Antworten auf die Einstiegsfrage ergaben sich einige Anknüpfungspunkte für den weiteren Interviewverlauf.

Der zweite Block untersucht die allgemeine Zufriedenheit (sechs Fragen). Im dritten Abschnitt wird der „Alltag in der Seniorenresidenz“ (sieben Fragen) thematisiert und im folgenden Teil wird das „Essen & Trinken“ zum Gegenstand der Befragung gemacht (fünf Fragen). Die „Pflege & Betreuung“ findet Berücksichtigung im fünften Bereich (sieben Fragen). Meinungen zur „Leitung & Hauswirtschaft“ wurden in zwei Fragen im sechsten Block erfragt. Der letzte Fragenkomplex handelt von der „finalen Reflexion des Lebens im Pflegeheim“ und beinhaltet insgesamt sechs Fragen.

Tabelle 1: Handbuch zum Interviewleitfaden

Nummer der Frage	Fragestellung	Quelle
	SITUATION VOR DEM HEIMEINZUG	
1	Wie sind Sie auf dieses Haus hier aufmerksam geworden?	eigene Formulierung in Anlehnung an: Hanisch/Göritz 2005, http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html (Stand: 10.04.2008)
2	Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie die Gewissheit hatten, dass Sie in ein Pflegeheim ziehen werden?	eigene Formulierung in Anlehnung an: Hanisch/Göritz 2005, http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html (Stand: 10.04.2008)
3	Gab es Alternativen zum Einzug in ein Pflegeheim?	eigene Formulierung in Anlehnung an: Hanisch/Göritz 2005, http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html (Stand: 10.04.2008)
4	Was waren die größten Veränderungen, die mit dem Umzug ins Pflegeheim verbunden waren?	eigene Formulierung in Anlehnung an: Hanisch/Göritz 2005, http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html (Stand: 10.04.2008)
5	Wie haben Sie sich früher immer ein Pflegeheim vorgestellt?	eigene Formulierung in Anlehnung an: http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/zufriedenheitsstudien.pdf (Stand: 14.04.2008)

ALLGEMEINE ZUFRIEDENHEIT	
6	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Situation? eigene Formulierung http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/zufriedenheitsstudien.pdf (Stand: 14.04.2008)
7	Was bedeutet für Sie persönlich Zufriedenheit? eigene Formulierung in Anlehnung an: Steingrübner 2003
8	In welchen Situationen sind Sie besonders zufrieden hier? eigene Formulierung in Anlehnung an: Steingrübner 2003
9	In welchen Situationen sind Sie besonders unzufrieden hier? eigene Formulierung in Anlehnung an: Steingrübner 2003
10	Ich lese Ihnen nun ein Zitat von Oscar Wilde vor und Sie äußern bitte Ihre Gedanken dazu. „Ich habe einen ganz einfachen Geschmack, ich bin immer mit dem Besten zufrieden.“ eigene Formulierung in Anlehnung an: http://www.zitate-online.de/literaturzitate/allgemein/797/fich-habe-einen-ganz-einfachen-geschmack.html (Stand: 13.03.2008)
11	Welche Ereignisse haben Sie in Ihrem Leben besonders geprägt? eigene Formulierung in Anlehnung an: http://www.reife.ch/Sommer03/zufriedenheit.html (Stand: 11.04.2008)
ALLTAG IN DER SENIORENRESIDENZ	
12	Wie gestaltet sich Ihr Alltag hier in der Seniorenresidenz? http://www.mdk.de/media/pdf/Anleitung_stat_10112005.pdf (Stand: 13.03.2008)
13	Wie beurteilen Sie die angebotenen Freizeitaktivitäten? http://www.jelena-busch.de/Fragebogengalerie/altenheim/Fragebogen-Bewohne-auszug.PDF (Stand: 13.03.2008)

14	Was sollte zusätzlich noch angeboten werden?	eigene Formulierung in Anlehnung an: http://www.mdk.de/media/pdf/Anleitung_stat_10112005.pdf (Stand: 13.03.2008)
15	Wie häufig bekommen Sie Besuch?	http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html (Stand: 10.04.2008)
16	Wie würden Sie den Kontakt zu den anderen Bewohnern beschreiben?	http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html (Stand: 10.04.2008)
17	Wie würden Sie die Atmosphäre hier im Haus beschreiben?	http://www.jelena-busch.de/Fragebogengalerie/altenheim/Fragebogen-Bewohne-auszug.PDF (Stand: 13.03.2008)
18	Wie finden Sie die baulichen Gegebenheiten hier?	http://pflege.klinikum-grosshadern.de/campus/marketing/settgast/4_474.htm (Stand: 25.03.08)
	ESSEN & TRINKEN	
19	Wie finden Sie die Essenszeiten hier?	Steingrübner 2003
20	Wo nehmen Sie gewöhnlich Ihr Essen ein?	Steingrübner 2003
21	Wie beurteilen Sie die Vielfältigkeit der Speisen?	http://www.health-compare.com/pdf/bewohnerbefragung_musterbogen.pdf (Stand: 13.03.2008)
22	Wie beurteilen Sie den Geschmack der Speisen?	http://www.mdk.de/media/pdf/Anleitung_stat_10112005.pdf (Stand: 13.03.2008)

23	Wie schätzen Sie das Getränkeangebot hier ein?	http://www.mdk.de/media/pdf/Anleitung_stat_10112005.pdf 13.03.2008)	(Stand: _____)
	PFLEGE & BETREUUNG		
24	Bei welchen Tätigkeiten brauchen Sie Hilfe vom Pflegepersonal?	http://www.mdk.de/media/pdf/Anleitung_stat_10112005.pdf 13.03.2008)	(Stand: _____)
25	Wie schätzen Sie dabei die Einbeziehung Ihrer eigenen Fähigkeiten ein?	http://www.health-compare.com/pdf/bewohnerbefragung_musterbogen.pdf (Stand: 13.03.2008)	
26	Wie schätzen Sie allgemein den Kontakt zum Pflegepersonal ein?	http://www.mdk.de/media/pdf/Anleitung_stat_10112005.pdf 13.03.2008)	(Stand: _____)
27	Wie bewerten Sie die Freundlichkeit des Pflegepersonals?	http://www.jelena-busch.de/Fragebogengalerie/altenheim/Fragebogen-Bewohne-auszug.PDF (Stand: 13.03.2008)	
28	Wie beurteilen Sie die Zuverlässigkeit vom Pflegepersonal?	http://pflege.klinikum-grosshadern.de/campus/marketing/settgast/4_474.htm (Stand: 25.03.08)	
29	Haben Sie unter den Mitarbeitern eine Bezugsperson?	eigene Formulierung	
30	Wie beurteilen Sie den Umgang mit den Beschwerden der Bewohner?	http://www.mdk.de/media/pdf/Anleitung_stat_10112005.pdf 13.03.2008)	(Stand: _____)
	LEITUNG & HAUSWIRTSCHAFT		
31	Wie beurteilen Sie allgemein die Arbeit der Heimleitung?	eigene Formulierung in Anlehnung an: Steingrübner 2003	

32	Wie beurteilen Sie die Hauswirtschaft und die Zimmerreinigung?	http://www.jelena-busch.de/Fragebogengalerie/altenheim/Fragebogen-Bewohne-auszug.PDF (Stand: 13.03.2008)
	FINALE REFLEXION DES LEBENS IM PFLERGEHEIM	
33	Wenn Sie noch mal vor der Entscheidung stehen würden, hätten Sie sich wieder für dieses Haus entschieden?	eigene Formulierung in Anlehnung an: Göbl 2003, S. 41
34	Würden Sie Ihren Freunden und Verwandten dieses Haus weiterempfehlen?	http://www.health-compare.com/pdf/bewohnerbefragung_musterbogen.pdf (Stand: 13.03.2008)
35	Wie beurteilen Sie das Preis-Leistungs-Verhältnis hier?	eigene Formulierung in Anlehnung an: Göbl 2003, S. 19
36	Abschließend noch einmal, was finden Sie hier am Besten?	http://www.jelena-busch.de/Fragebogengalerie/altenheim/Fragebogen-Bewohne-auszug.PDF (Stand: 13.03.2008)
37	Was gefällt Ihnen hier allgemein nicht so gut?	eigene Formulierung in Anlehnung an: http://www.jelena-busch.de/Fragebogengalerie/altenheim/Fragebogen-Bewohne-auszug.PDF (Stand: 13.03.2008)
38	Was wünschen Sie sich für die Zukunft?	eigene Formulierung

3.2.5 Durchführung und Verlauf der Erhebung

Nachdem eine für die Erhebung geeignete stationäre Pflegeeinrichtung gefunden und die Vorgehensweise mit dem Heimleiter und der Pflegedienstleitung besprochen wurde, sind das Vorhaben und die Inhalte den Bewohnern (Informationsblatt) und den Mitarbeitern (in der Dienstbesprechung) angekündigt worden. Somit war sozialwissenschaftlich der Feldzugang arrangiert.

Nach der intensiven Literaturrecherche folgte die Entwicklung des Interviewleitfadens. Drei Interviews wurden für die Erprobung des Leitfadens angesetzt. Nach der Durchführung des Pretests ist der Leitfaden anschließend minimal verändert und angepasst worden.

Im Mai 2008 wurde mit der Durchführung der Interviews begonnen. Nach ungefähr drei Wochen (Mitte Juni) war die Erhebung abgeschlossen.

Pro Tag sind maximal zwei Bewohner befragt worden. Die Interviews dauerten zwischen 15 und 62 Minuten und wurden mithilfe einer Videokamera aufgezeichnet. Insgesamt waren 537 Minuten (knapp neun Stunden) Material zu transkribieren, auszuwerten und zu interpretieren. Die Interviews fanden in 11 Fällen im Zimmer des Bewohners statt. Mit 4 Bewohnern erfolgte die Befragung in Gemeinschaftsräumen, in denen sich jedoch kein Unbeteiligter aufhielt. Die Interviews wurden ausschließlich zwischen 09.00 und 11.00 Uhr durchgeführt, weil in diesem Zeitraum selten andere Termine für die Bewohner anstanden (Arztbesuche, Therapie oder ähnliches).

3.2.6 Aufbereitung des Materials

Die Aufbereitung des Materials stellt einen wichtigen Schritt zwischen Erhebung und Auswertung der gewonnenen Aussagen dar. Das gesprochene Wort des Interviewten ist anschließend in eine zur Auswertung geeignete Form gebracht worden. Die mit einer Videokamera aufgezeichneten Aussagen der Bewohner wurden in einem aufwändigen Transkriptionsverfahren verschriftlicht. Das gewählte Darstellungsmittel ist dem Untersuchungsgegenstand angemessen, da der schriftliche Text als ein passendes

Instrument zur weiteren Bearbeitung der Bewohneraussagen fungiert. In dieser Studie findet die Protokollierungstechnik der wörtlichen Transkription Anwendung.

Die gesprochene Sprache, unter anderem aus Interviews, in eine schriftliche Fassung zu bringen, wird als Transkription bezeichnet.

Dialekte, Füllwörter und Sprachfeinheiten erschweren die Lesbarkeit des Materials, haben keine Relevanz bei dem anschließenden Auswertungsverfahren und wurden demnach in dieser Erhebung weggelassen. Das gesprochene Wort wurde in ein normales Schriftdeutsch übertragen. Diese Protokolltechnik findet in der Sozialforschung am häufigsten Anwendung und eignet sich besonders für Studien, in denen die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht.

Ebenso wurde auf zusätzliche Informationen, die über das Wortprotokoll hinausgehen (kommentierte Transkription), verzichtet, da Auffälligkeiten der Sprache wie Betonungen, Lachen oder Pausen keine Berücksichtigung in der Auswertung fanden.¹¹³

Das Material wurde folgendermaßen geordnet: Die gewonnenen Informationen der Einzelinterviews wurden fragenweise zerlegt, bewohnerübergreifend, entsprechend der Fragenummer sortiert, willkürlich angeordnet und zu den Interviewfragen hinzugefügt. Das entstandene Transkript beinhaltet somit 38 Interviewfragen, auf die die verschiedenen Antworten der 15 Bewohner folgen (siehe Anhang).

Das Transkript umfasst somit 570 Aussagen auf 49 Seiten und dient als Grundlage für die ausführliche Auswertung mittels der qualitativen Inhaltsanalyse.

¹¹³ Mayring 2002, S. 85 ff.

3.2.7 Methodik der Datenauswertung

3.2.7.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Die transkribierten Bewohnerinterviews wurden mittels der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Prof. Philipp Mayring (2000) ausgewertet.

Die qualitative Inhaltsanalyse strebt eine systematische Analyse des Textes an. Dazu wird das „Material schrittweise mit theoriegeleiteten, am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet.“¹¹⁴ Der Gegenstand der qualitativen Inhaltsanalyse kann jede Art von fixierter Kommunikation sein (Videos, Dokumente, Interviews). Durch die Bildung von Kategorien (Codes) und die Zuordnung der Textstellen zu den jeweiligen Kategorien werden die Transkripte codiert (analysiert).

Die Grundaussagen der einzelnen Fragen werden als Kategorien bezeichnet, innerhalb des Forschungsprozesses sukzessiv ermittelt und dienen der Textbeschreibung.

Die Vorteile der qualitativen Inhaltsanalyse liegen darin, dass das Material schrittweise und unter streng methodischer Kontrolle analysiert wird. Das Material wird in Einheiten zerlegt und nacheinander bearbeitet. Den Kern dieser Auswertungsmethode bildet das theoriegeleitete, am Material entwickelte Kategoriensystem, wodurch die Aspekte festgelegt werden, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen.¹¹⁵

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse werden laut Mayring drei grundlegende Techniken unterschieden:

- **Strukturierung:** Mittels vorher festgelegten Ordnungskriterien werden bestimmte Aspekte aus dem Material herausgefiltert, um einen Querschnitt durch das Material zu legen, oder um das Material anhand von bestimmten Kriterien zu beurteilen.
- **Explikation:** Zu einzelnen fraglichen Textstellen (Sätze, Begriffe) soll zusätzliches Material herangetragen werden, welches zur Erweiterung des Verständnisses dient.
- **Zusammenfassung:** Das Material wird auf die wesentlichen Inhalte reduziert – Redundanzen werden entfernt. Durch Abstraktionen entsteht ein überschaubares

¹¹⁴ zit. nach: Mayring 2002, S. 114

¹¹⁵ vgl. Mayring 2002, S. 114

Gerüst, welches nach wie vor das Grundmaterial abbildet. Diese Analysevariante findet in der Erhebung zur Bewohnerzufriedenheit Anwendung. Vor der eigentlichen Inhaltsanalyse sind die Kategoriendimension, das Abstraktionsniveau und das Selektionskriterium für die Kategorienbildung festzulegen. Der weitere Vorgang der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gestaltet sich wie folgt:

- I. Analyseeinheiten bestimmen,
- II. Paraphrasieren (die Aussagen in anderen Worten ausdrücken, umformulieren),
- III. Generalisieren (verallgemeinern, Abstraktionsniveau bestimmen),
- IV. Reduzieren (streichen, selektieren, Subsumption, keine Überlappungen),
- V. Kategoriensystem zusammenstellen (Kategorien konstruieren und bezeichnen), Kategoriensystem bezüglich der Fragestellung interpretieren oder quantitativ auswerten (welcher Kategorie sind die meisten Textstellen zugeordnet worden).

Das Ergebnis der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist ein Set von Kategorien zu bestimmten Themen (hier: Fragen), denen spezifische Textstellen (hier: Bewohnerantworten) zugeordnet sind.¹¹⁶

3.2.7.2 Induktive Kategorienbildung

Im Zentrum der Inhaltsanalyse steht die Kategorienkonstruktion. In dieser Studie erfolgte anhand einer induktiven Kategorienbildung eine systematische Ableitung von Auswertungsgesichtspunkten aus dem Material.

Die Auswertungsaspekte bzw. die Kategorien wurden nahe am und aus dem Material und in einem systematischen Reduktionsprozess entwickelt und anhand dessen ausgewertet.

¹¹⁶ vgl. Mayring 2002, S. 115 ff.

Das allgemeine Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse nach Prof. Philipp Mayring gliedert sich in neun Schritte:

- I. Festlegung des Materials: *Transkripte zur Bewohnerzufriedenheit*
- II. Analyse der Entstehungssituation: *siehe Kapitel 3.1 und 3.2.5*
- III. Formale Charakteristika des Materials: *Interviews, siehe 3.2.6*
- IV. Richtung der Analyse (Gegenstand): *Untersuchungsfrage, siehe Kapitel 3.2.2*
- V. Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung: *siehe Kapitel 2*
- VI. Bestimmung der Analysetechnik und Festlegung des konkreten Ablaufmodells: *zusammenfassende Inhaltsanalyse, induktive Kategorienbildung, siehe Kapitel 3.2.7*
- VII. Definition der Analyseeinheiten: *Bildung der Kategorien, siehe Kapitel 3.2.7.2*
- VIII. Analyse des Materials: *siehe Anhang (Analyse mit Excel)*
- IX. Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestelle: *siehe Kapitel 3.3.*¹¹⁷

Vor der Inhaltanalyse sind die Kategorisierungsdimension und das Abstraktionsniveau zu definieren. Mittels des Vorgangs der Generalisierung soll die Paraphrase abstrahiert werden. Die einzelnen Paraphrasen werden dabei auf das festgelegte Abstraktionsniveau generalisiert.¹¹⁸

Subjektive Aussagen werden objektiviert und doppelte oder sinnfreie Wörter entfernt. Markante Aussagen bleiben bestehen. Das Abstraktionsniveau hängt von der Fragestellung ab und kann sich demnach in dem Auswertungsverfahren verschieden gestalten. Nach der Selektion und Streichung, Bündelung und Integration erfolgt die Konstruktion der Kategorien. Die in der Reduktion entstandenen Kategorien sind klar differenziert, verständlich und logisch.

Für die Kategorienbildung ist weiterhin ein Selektionskriterium festzulegen. Hierbei stellt die Untersuchungsfrage (Welche Faktoren beeinflussen maßgeblich die Zufriedenheit der Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung?) und somit das Ziel der Erhebung (Bestimmung der maßgeblichen Einflussfaktoren der

¹¹⁷ vgl. Mayring 2003, S. 54 In: <http://www.mutzumhandeln.de/downloads/qualitativeinhaltsanalyse.pdf> (Stand: 14.04.2008)

¹¹⁸ vgl. Mayring 2000

Zufriedenheitsurteile von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen) das Selektionskriterium dar. Nachdem ein Satz paraphrasiert und generalisiert wurde, ergibt sich innerhalb der Reduktion eine induktiv formulierte Kategorie (siehe Anhang, Analyse mit Excel). Wenn der nächste Satz nach dem Analyseverfahren inhaltlich in die bereits vorhandene Kategorie passt, wird er dieser zugeordnet (Subsumption). Sollte der nächste Satz inhaltlich nicht in die bestehende Kategorie gehören, wird aus der spezifischen Textstelle eine neue Kategorie abgeleitet. Das Transkript wird in dieser Art Satz für Satz durchgegangen.

Die Anzahl der gebildeten Kategorien variiert. Zu einigen Fragen wurden lediglich vier Kategorien abgeleitet, zu anderen waren über 15 Kategorien nötig, um die unterschiedlichen Antworten der Bewohner und somit das Grundmaterial abzubilden. Insgesamt sind im Auswertungsverfahren 358 Kategorien konstruiert worden, wobei für jede der 38 Fragen durchschnittlich 9,4 Kategorien notwendig waren.

Die Auswertung ist mittels eines Tabellenkalkulationsprogramms (Excel) angefertigt worden. Die Spalten der Analyse sollen im Kommenden aufgezählt werden, um die äußere Form der Kategorienherleitung zu verdeutlichen (von links nach rechts):

- Seite im Transkript
- Zeile im Transkript
- laufende Nummer der einzelnen Sätze zu der Frage
- Nummer der Bewohnerantwort (1 bis 15)
- Paraphrase (Umformulierungen)
- Generalisierung (abstrahieren, verallgemeinern, objektivieren)
- Nummer der gebildeten Kategorie
- Reduktion der Generalisierung, Bildung der Kategorien

(in Klammern befinden sich die Nummern der zutreffenden Bewohnerantworten aus der vierten Spalte).

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring ermöglicht nun die Deutung der Ergebnisse. Das gesamte Kategoriensystem wird bezüglich der Fragestellung interpretiert.

3.3 Ergebnisse der Inhaltsanalyse

Die Resultate des aufwendigen Analyseverfahrens werden in diesem Kapitel umfassend dargelegt. Die Ergebnisse besitzen ausschließlich Gültigkeit für die 15 befragten Bewohner, da die anderen Heimbewohner dieser Einrichtung nicht an dieser Studie teilgenommen haben. Bei verallgemeinernden, interpretierenden Aussagen ist demnach lediglich die Rede von den beteiligten Personen. Die Zahlen in den Klammern im laufenden Text bezeichnen die Häufigkeiten der gegebenen Antworten. Zum Beispiel: Über Unzufriedenheit zu klagen, hätte keinen Zweck, offenbarten die Heimbewohner (2). Hinter den direkten Zitaten der befragten Bewohner befinden sich ebenfalls in Klammern die Seitenzahlen mit den entsprechenden Zeilen für die jeweilige Textstelle im Transkript (siehe Anhang).

3.3.1 Situation vor dem Heimeinzug

(Frage 1) Auf die Frage, wie die Bewohner auf dieses Haus aufmerksam geworden sind, gaben zehn Bewohner an, dass ihre körperlichen und (teilweise) kognitiven Beeinträchtigungen und die enorm begrenzte Zeit für die Entscheidungsfindung dazu führten, dass Verwandte oder Bekannte die Suche nach einem Pflegeheim übernommen hätten. Zwei Bewohner seien zu Hause gestürzt und hätten dort nicht mehr allein wohnen bleiben können. Einige Personen sind im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt ins Pflegeheim gezogen (5) oder sie sind gleich nach einer Kurzzeitpflegemaßnahme für immer in dieser Einrichtung geblieben (2). Drei Bewohner gaben zu, dass sie zu Hause allein nicht mehr zurechtgekommen wären.

Eine weitere der zwölf konstruierten Kategorien umfasst zwei Interviewte, die angaben, nicht genau gewusst hätten, wo sie hingehen sollten. Zudem äußerten sich die Bewohner, dass ihnen das Haus sehr gefallen hätte (5) und sie die Nähe zum gewohnten Umfeld beibehalten wollten und deshalb in die Einrichtung gezogen sind, weil diese nur wenige Straßen von ihrem früheren Wohnumfeld entfernt sei (3). Durch Empfehlungen fanden ebenfalls einige Bewohner den Weg in das Pflegeheim. Diese kamen zum einen

vom Krankenhaus (3), zum anderen vom Arzt (1) oder von Bekannten (1). Ein Bewohner konnte keine Angaben zu der ersten Frage machen.

Fest steht, dass die meisten der Heimbewohner nicht rechtzeitig die Gelegenheit genutzt hatten, selbstständig nach einer passenden stationären Einrichtung oder nach alternativen Betreuungsformen zu suchen. Der plötzliche Wechsel des Lebensmittelpunktes geschah niemals ohne akuten Anlass, sondern immer aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes (z. B. durch einen Sturz oder einen Apoplex). In fast allen Fällen wurden die Betroffenen unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt in die stationäre Pflegeeinrichtung gebracht, die zumeist nicht von ihnen selbst gewählt wurde. Eine vorübergehende Rückkehr in die alte Wohnung war angesichts des hohen Pflege- und Betreuungsbedarfs, der psychischen Konstitution oder der unerwartet eingetretenen Unselbstständigkeit nicht mehr möglich. Diese schmerzlichen Erinnerungen an den plötzlichen und unerwünschten Lebenswandel belasten die Bewohner und führen in einigen Fällen zu einer völligen Lebensunzufriedenheit. Schließlich konnten die Befragten ihr Leben lang den eigenen Wohnort entsprechend ihrer persönlichen Vorlieben und Bedürfnisse aussuchen und mussten nicht unvermittelt „irgendwo“ einziehen. Diesbezüglich sind die Einrichtung und die Angehörigen gefragt, die neue Situation und die abrupten Veränderungen für die älteren Menschen bestmöglich zu beeinflussen und zu gestalten.

Wie schnell sich der Bewohner in der neuen Umgebung einlebt und damit arrangiert, hängt maßgeblich vom Ablauf des Heimübergangs ab. Jeder Mensch sollte sich grundsätzlich selbst und rechtzeitig über Wohnalternativen im Alter informieren und zu potentiellen Einrichtungen frühzeitig Kontakt aufnehmen.¹¹⁹

Zudem sollte der Zeitpunkt des Heimeinzugs bewusst und ausdrücklich von dem Betroffenen und deren Angehörigen gewählt werden. Eine rechtzeitige Auseinandersetzung zum Thema Heimeinzug ermöglicht eine frühzeitige Absprache der zukünftigen Geschehnisse, gibt dem Beteiligten Sicherheit und kann einer akuten Entscheidungssituation vorbeugen.

¹¹⁹ vgl. Hanisch/ Göritz: [Url: http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html](http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html) (Stand: 10.04.2008)

Die Entscheidung, in eine stationäre Einrichtung zu ziehen, fällt, wie bereits erwähnt, in den meisten Fällen kurzfristig und somit stellt sich zusätzlich die Frage, ob in der bevorzugten Einrichtung überhaupt noch ein Heimplatz zur Verfügung steht. Die finanziellen Verhältnisse spielen dabei ebenfalls eine wichtige Rolle. Das Spektrum der potenziellen Pflegeheime vergrößert sich bei gut situierten Personen und kann demnach die Auswahl erleichtern. Also hängt der Heimübergang auch von der jeweiligen finanziellen Situation ab.

(Frage 2) „Dass der Heimübergang ein positives Erlebnis darstellt und den Charakter eines normalen Umzugs von einer Wohnung in die andere hat, ist eher ein Ausnahmefall. Begünstigt wird ein positiver Heimübergang vermutlich durch die Abwesenheit traumatischer Ereignisse vor dem Heimübergang, insbesondere Verwitwung, aber auch durch die Möglichkeit, auf Empfehlungen anderer zurückgreifen bzw. sich Vorschläge zu passenden Einrichtungen einholen zu können.“¹²⁰

Die zweite Frage im Interview lautete: „Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie die Gewissheit hatten, dass Sie in ein Pflegeheim ziehen werden?“ Anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurden dazu zehn Kategorien konstruiert. Die Gefühle beim Heimübergang waren unterschiedlich. Drei Bewohner beschrieben die neue Situation als ungewohnt, sie hätten ein Fremdheitsgefühl und Angst vor dem Unbekannten gehabt.

„Naja, ich hatte ein bisschen Befürchtungen, weil ja alles fremd ist – alles ist fremd. Und dann die ewigen Leute um einen herum, daran muss man sich sehr gewöhnen – das Personal hier, ist ja klar, und zum Essen gehen. Es war doch Einiges, was einem fremd war. Ich hatte immer die große Freiheit“ (S. 3, Z. 4).

Ebenso voller Angst war ein Bewohner, da er befürchtet hätte, in so einer Einrichtung permanent mit dem Tod konfrontiert zu werden. An schlechte Gefühle konnten sich sechs Bewohner erinnern, da die Selbstständigkeit und das bisherige Leben dadurch verloren gegangen seien. Gemischte Gefühle wurden von zwei Befragten geschildert.

¹²⁰ zit. nach: Hanisch/ Göritz: Url: <http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html> (Stand: 10.04.2008)

Aufgrund der fehlenden Alternativen hätten sich die Befragten gut gefühlt (5), einer Person sei alles gleichgültig gewesen oder diese Lebenslage ist nicht bewusst erlebt worden (3). Mit der Situation hätten sich zu der Zeit zwei Interviewte abgefunden. Drei machten die Aussagen, dass sie optimistisch und glücklich gewesen seien und sich wohlgefühlt hätten. Die Antwort, froh darüber zu sein, dass man nicht mehr allein sei, wurde einmal gegeben.

„Ich war natürlich nicht so begeistert, dass ich mein ganzes Leben, was ich bisher hatte, aufgeben musste – von einer Sekunde auf die nächste“ (S. 3, Z.33).

Die Plötzlichkeit und Alternativlosigkeit eines Heimübergangs forderten den älteren Menschen viel Kraft und Überwindung ab, worauf durch besondere Maßnahmen seitens der Einrichtung hätte eingegangen werden müssen. Aus der eigenen Wohnung langsam und bedacht auszuziehen und den Wohnungsbestand selbst aufzulösen, blieb den meisten Heimbewohnern verwehrt. Somit hatten viele Bewohner anfänglich keine positiven Gefühle dem Pflegeheim gegenüber. Ein wohl überlegter und selbstbestimmter Schritt sollte der letzte Umzug für die älteren Menschen sein. Die Entscheidung zum Heimeinzug wurde nicht selten über den Kopf des zukünftigen Bewohners hinweg getroffen, und deshalb stellte der Übergang ins Pflegeheim eine schwierige Zeit für den älteren Menschen dar, obwohl die Notwendigkeit dieses Entschlusses häufig plausibel gemacht wurde.¹²¹

Die plötzliche Unselbstständigkeit, die veränderte Umgebung, die vielen Menschen in unmittelbarer Nähe, das Essen, was einem nun vorgesetzt wurde und der Verlust vieler lieb gewonnener, erinnerungsträchtiger Gegenstände (Möbel, Fotoalben, Geschirr etc.), die infolge des enorm begrenzten Wohnraums in einem Pflegeheim nicht alle mitgenommen werden konnten, waren eventuell grundlegende Ursachen für eine anfängliche oder permanente Unzufriedenheit der Bewohner.

¹²¹ vgl. Hanisch/ Göritz: [Url: http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html](http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html) (Stand: 10.04.2008)

(Frage 3) Nach den Alternativen zum Einzug in ein Pflegeheim gefragt, äußerten zehn der fünfzehn Bewohner, dass keine zusätzlichen Optionen vorhanden gewesen seien. Nur vier Bewohner erwähnten explizit, dass sie nicht mehr in der Lage gewesen wären, ein selbstständiges Leben zu führen.

„Naja, mit 83? Ich konnte den Haushalt nicht mehr alleine machen. Ich hatte auch kein Personal, weil meine Rente ziemlich knapp ist. Da musste ich mir schon irgendwo was suchen, wo ich verpflegt und versorgt werde. Auf Kochen hatte ich sowieso keine große Lust. Das wäre ja nur ein Heim gewesen“ (S. 4, Z. 19).

Der Entschluss, in diese Seniorenresidenz zu ziehen, wurde bei drei Interviewten von den Kindern gefasst. Ansonsten stellten fünf Befragte in diesem Zusammenhang fest, dass sie zufrieden mit der umfassenden Versorgung in diesem Haus seien. Eine ambulante Versorgung kam für vier Bewohner nicht in Frage, ein anderer berichtete davon, dass die ambulante Pflege bei ihm aus verschiedenen Gründen gescheitert sei.

Die Ergebnisse der Erhebung haben gezeigt, dass die Entscheidung, in ein Pflegeheim zu ziehen von den meisten Personen in einer Situation gefällt wurde, in der selten Alternativen zur Verfügung standen. Aufgrund des sich kurzfristig geänderten Gesundheitszustandes musste möglichst schnell eine Lösung herbeigeführt werden. Für persönliche Vorlieben und Bedürfnisse blieb infolge des Zeitdrucks kaum Spielraum. Schlaganfälle, unvorhergesehene Stürze usw. haben den älteren Menschen keine bewusste Auseinandersetzung mit der sich verändernden Situation erlaubt. Mit dieser zumeist unbefriedigenden neuen Lebenssituation sahen sich viele der Befragten konfrontiert.

(Frage 4) Die Frage nach den größten Veränderungen, die mit dem Umzug ins Pflegeheim verbunden waren, beantworteten sechs Bewohner damit, dass das alte Leben vorbei sei und sich alles geändert hätte.

„Alles ist verändert! Ich war ja vollkommen selbstständig und habe alles alleine gemacht – alleine eingekauft, gekocht und was man so als Hausfrau eben macht und jetzt brauche ich gar nichts mehr zu tun“ (S. 5, Z. 30).

Viele sind der Ansicht, dass die Selbstständigkeit (6) und die Entscheidungsfreiheit (3) komplett verloren gegangen seien. Obwohl die Eingewöhnung schwierig gewesen sei (3), seien die Befragten nach eigenen Angaben trotzdem zufrieden mit der neuen Situation gewesen (4). Jeweils zwei Interviewte betonten, dass die plötzliche Wohnungsauflösung und die Trauer über den Verlust des Eigentums die schwierigsten Neuerungen gewesen seien.

„Ich habe überhaupt nichts mehr machen können. Meine zwei Enkelinnen und mein Sohn haben meinen ganzen Haushalt aufgelöst. Die schönen Sachen, die man hat, werden dann nur noch zerkloppt und verkauft und das konnte ich mir nicht mit ansehen, deshalb bin ich auch gar nicht mehr in meine Wohnung zurück, weil ich ja wusste, was da auf mich zukommt. Dann sind wir dann gleich hierher gekommen – ein totaler Stillstand ist das gewesen“ (S. 6, Z. 4).

Von einem Heimbewohner wurde der Umgang mit Kranken als schwierig eingeschätzt. Ein anderer sah die größten Veränderungen darin, dass die eigenen Fähigkeiten, welche immens eingeschränkt seien, nun die Selbstständigkeit enorm bremsen würden.

Als die größten Veränderungen gelten zweifelsohne das Aufgeben des gewohnten Lebens, des eigenen Haushaltes und damit des Gefühls, der „Herr im Haus“ zu sein. Unter Zwang, meist bedingt durch einen sich plötzlich ändernden Gesundheitszustand, mussten die Interviewpartner ihre gewohnte Umgebung verlassen und konnten nicht einmal entsprechend davon Abschied nehmen. Resultierend daraus gingen das Kontrollgefühl, die Selbstbestimmung, die Entscheidungsfreiheit und letztlich die Selbstständigkeit verloren. Das Unterordnen oder Anpassen an die neuen Gepflogenheiten im Pflegeheim wurde auch als problematisch wahrgenommen. Die Lebensqualität erfuhr enorme Einschränkungen durch die Umstrukturierung des Alltags, die veränderte Umgebung und die fremden Menschen. Begründet dadurch zog sich die Verarbeitung dieses einschneidenden Erlebnisses, die Eingewöhnung und die Akzeptanz der neuen Lebenssituation über Monate hin. Die wichtigsten Aspekte in diesem Zusammenhang waren nicht nur, dass sich der Gesundheitszustand und die Selbstständigkeit zum Negativen entwickelten und sich das soziale Umfeld und die Wohnverhältnisse drastisch umgestalteten, sondern vor allem, dass diese sehr

komplexen und lebensentscheidenden Veränderungen „von heute auf morgen“ passierten.

Viele Bewohner waren (sehr) lange damit beschäftigt, sich an die neue Situation zu gewöhnen und einzusehen, dass in Anbetracht der Umstände der Heimeinzug die richtige Entscheidung gewesen war. Zufriedenheit kann diesbezüglich auch ein Resultat dessen sein, dass sich die Bewohner mit den Bedingungen im Heim lediglich arrangiert haben. Ein wirkliches Gefallen am Heimleben stellt sich, wenn überhaupt, erst sehr spät ein, besonders dann, wenn der Heimübergang nicht auf völliger Freiwilligkeit beruht hat.¹²²

(Frage 5) Wie haben sich die Bewohner früher immer ein Pflegeheim vorgestellt? Dies sollte ebenso Gegenstand der Befragung sein. Vierzehn verschiedene Kategorien ergaben sich bei dieser Frage. Mehrheitlich wurde eröffnet, dass sich darüber keine Gedanken gemacht wurden (6).

„Richtige Vorstellungen habe ich mir eigentlich nicht gemacht, aber Sorgen. Ich war noch nicht so alt, fand ich – mir ging es ganz gut“ (S. 7, Z. 14).

Keine Erfahrungen mit einer Pflegeeinrichtung hatten bis zum Einzug demnach mehrere ältere Menschen, lediglich einer tat dies ausdrücklich kund. Des Weiteren wurde eine Vielzahl an früheren Vorstellungen über ein Pflegeheim jeweils von einem einzelnen Bewohner geäußert: steril wie im Krankenhaus, unpersönliche Stimmung, Massenbetrieb, keine Ruhe, Bekannte haben vor Pflegeheimen gewarnt und einer gab zu, ausschließlich mit Sorge an ein Pflegeheim gedacht zu haben.

„Überhaupt nicht! Ich habe nur immer gehört, gehe bloß nicht ins Altersheim. Das habe ich immer gehört von den Leuten, die ein bisschen Erfahrung hatten“ (S. 7, Z. 31).

Nur sehr alte und kranke Menschen gehörten in so eine Einrichtung, wurde von jemandem verraten. Positive Assoziationen mit einer stationären Einrichtung hatten nur wenige Bewohner. Einer dachte dabei an schnelle Hilfe im Notfall und den Erhalt der

¹²² vgl. Hanisch/ Göritz: [Url: http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html](http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html) (Stand: 10.04.2008)

Selbstständigkeit, ein anderer an ein vorherrschendes Gemeinschaftsgefühl. Zwei Interviewte waren der Ansicht, dass eine Ganztagsbetreuung charakteristisch für ein Pflegeheim sei. Von einem Befragten wurde betont, dass sich die Pflegeheime in den letzten Jahren völlig verändert hätten. Diese Aussage sei möglich, da bereits Erfahrungen durch Verwandte in Pflegeeinrichtungen gesammelt werden konnten.

Negative Assoziationen zum Thema Pflegeheim können bei den älteren Menschen dazu führen, dass das Leben im Heim schon von vornherein als unangenehm und nicht wünschenswert angesehen wird. Von diesen Ansichten kann dann der Heimübergang begleitet sein. Dieser Sachverhalt ist vergleichbar mit dem in der Literatur bekannten Phänomen der „self fulfilling prophecy“. Die Sich-selbst-erfüllende-Prophezeiung kann also eintreten, wenn ein potentieller Bewohner von Bekannten oder aus den Medien von schlechten Zuständen in Pflegeheimen erfährt, dem anschließenden Heimeinzug mit einer negativen Einstellung begegnet und sich diese dann im Laufe der Zeit aufgrund dieser Annahme offenbar bewahrheitet.

3.3.2 Allgemeine Zufriedenheit

In der Zufriedenheitsforschung wird davon ausgegangen, dass der Grad der Zufriedenheit zunimmt, je allgemeiner die Nachfragen erfolgen. „Die Betrachtung von Teilaspekten hat aber auch deutlich gemacht, dass sich hinter global geäußelter Zufriedenheit beträchtliche Kritik verbergen kann.“¹²³ Somit werden im Folgenden detailliert Fragen zur Zufriedenheit (in bestimmten Situationen usw.) gestellt, die aber noch keinen bestimmten Bereich der Versorgung oder der Betreuung ansprechen sollen.

(Frage 6) „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Situation?“

Zu dieser Frage wurden die meisten Kategorien konstruiert (20). Jeder dritte Bewohner gab vor, dass kein Grund zur Unzufriedenheit vorhanden sei. Jeder fünfte äußerte sich zufrieden mit der Wahl des Pflegeheims. Je ein Bewohner war zufrieden, weil ein guter

¹²³ zit. nach: Aust 1994, S. 33

Kontakt zu Freunden und Verwandten bestünde, er an der Lebensgestaltung beteiligt, der gesundheitliche Zustand vergleichsweise zufriedenstellend sei und, weil Grund zur Freude über jeden neuen Tag vorhanden sei. Zwei Interviewte legten dar, dass sie sich derzeit gut fühlten, da sie bisher ein schönes Leben gehabt hätten. Die zahlreichen Erinnerungen an die Vergangenheit (Kindheit, Beruf, Eheleben) wirkten sich nachhaltig auf die Stimmung der Befragten aus. *„Na, eigentlich im Unterbewusstsein, da fühle ich mich dann gut und wenn ich in Erinnerungen schwelgen kann. Für mich war das ganze Leben und meine Kindheit ganz, ganz wunderbar und ich habe sehr vieles Schönes erlebt“* (S. 11, Z. 26).

Über Unzufriedenheit zu klagen, hätte keinen Zweck, offenbarten die Heimbewohner (2). Doppelt so viele meinten, dass man ja zufrieden sein müsse (4).

„Naja, also ich muss zufrieden sein. Was nutzt es denn, wenn ich sage, ich bin nicht zufrieden. Klar, ich möchte gerne jeden Tag spazieren gehen, wenn das Wetter schön ist. Ich habe aber keinen, der mich rausführen kann – soviel Personal haben wir nicht“ (S. 7, Z. 46).

„Oh, Gott, wie soll ich das sagen? Ich muss es ertragen – es ist nicht schwer zu ertragen, weil die Menschen sehr nett sind, aber die Situation ist natürlich für mich sehr ungewöhnlich und auch nicht sehr schön“ (S. 8, Z. 22).

„Naja, ich bin nicht mehr die Jüngste, da muss man ja zufrieden sein. Wenn man weiterleben will, dann muss man ja zufrieden sein – das nützt ja nun alles nichts. Ich bin eine selbstständige Frau gewesen – auch schon früher im Beruf und nachher als Hausfrau und Mutter. Ich sage immer, ich war Alleinherrscherin und jetzt muss ich mich hier einordnen. Das fällt mir auch nicht schwer, die sind auch alle sehr nett und lebenswürdig, aber es ist eben total ungewohnt gewesen, damit muss man erstmal fertig werden – ist alles nicht so einfach. Wenn man sich gerne bedienen lässt, ist es herrlich, aber das tue ich nun gar nicht so gerne, will auch immer noch selber mit zupacken“ (S. 8, Z. 41).

In Anbetracht der Unselbstständigkeit (2), der eingeschränkten Freizeitgestaltung (2), des gesundheitlichen Zustandes (1) und der Immobilität (1) seien die Befragten

unzufrieden. Derzeitig in einer unbefriedigenden Situation befindet sich ein Heimbewohner und zwar aufgrund der Schwierigkeiten, die aus dem Alter resultieren würden. Jemand anderes sieht die Ursachen für die Unzufriedenheit in der Abnahme seiner kognitiven Fähigkeiten. Darüber hinaus seien die Bewohner (2) immer noch traurig über den Verlust des Ehepartners.

Auf die Frage nach der derzeitigen Situation, sind verschiedene Wünsche geäußert worden: nach einem würdevollen Lebensabend (1), nach mehr Selbstständigkeit und Unabhängigkeit (1) und nach einem Spaziergang, was aber infolge des Personalmangels unmöglich sei (1).

Ein Grund für die vielen „zufriedenen“ Bewohner könnte möglicherweise der bereits beschriebene Prozess der „resignativen Anpassung“ (Kapitel 2.1.1.2) sein. Laut Ipsen (1978) können die Heimbewohner den Zustand der Unzufriedenheit nicht dauerhaft aufrechterhalten und passen ihre Erwartungen an die Realität an. Je weniger die Chance besteht, dass eine Person ihre Situation selbst aktiv mitgestalten oder verändern kann, desto wahrscheinlicher sind Reaktionen der resignativen Anpassung.¹²⁴ Die Bewohner in einem Pflegeheim sind auf die Versorgung und Betreuung der Einrichtung angewiesen und befinden sich deshalb in einem enormen Abhängigkeitsverhältnis, wobei nur wenig Raum für aktive Selbstgestaltung bleibt. Viele Bewohner haben eventuell ihre Erwartungen der Realität angeglichen und sich somit mit der „neuen“ Situation abgefunden. Die Aussage „man müsse ja zufrieden sein“ lässt unter anderem darauf schließen, dass hier möglicherweise die methodischen Schwierigkeiten (Kapitel 3.2.3.2) zum Tragen kommen. Die soziale Erwünschtheit des Antwortverhaltens und das Gefühl der Dankbarkeit der Einrichtung und den Pflegekräfte gegenüber könnten der Ursprung dafür sein, dass die Hälfte der Bewohner die vorhandenen Umstände beschönigt darstellt und zu Aussagen wie diesen kommt: „*Ich bin zufrieden. Warum soll ich nicht zufrieden sein – es gibt dafür keinen Grund*“ (S. 7, Z. 41) und „*Meine Lebensweise vorher und hier, das ist ein Unterschied wie Tag und Nacht – natürlich. Trotzdem kann man dankbar sein, dass es solche Häuser gibt, wo sich auch die Schwestern kümmern und wo man umsorgt wird*“ (S. 10, Z. 6).

¹²⁴ vgl. Ipsen 1978 In: Müller/ Thielhorn 1999, S. 76

Die „unzufriedenen“ Bewohner haben ihre Zufriedenheitsurteile nicht ohne Wertung der Gesundheit abgegeben und da diese im hohen Alter tendenziell schlecht ist, fallen die Bewertungen der eigenen Situation eher mittelmäßig bis schlecht aus. Die genannten Aspekte Immobilität, Unselbstständigkeit und die eingeschränkte Freizeitgestaltung stellen nur einige Resultate des derzeitigen gesundheitlichen Zustandes der Heimbewohner dar und spiegeln die schwierige Situation der Heimbewohner realistischer wider als die der Bewohner, die keinen Grund zur Unzufriedenheit erkennen könnten.

Weiterhin liegt die Unzufriedenheit einiger Interviewpartner nicht in der Versorgung oder Betreuung der Einrichtung begründet, sondern in der eigenen emotionalen Situation oder in ihrer physischen oder psychischen Verfassung: *„Ich kann nicht gerade sagen, dass ich irre zufrieden bin, aber nicht wegen des Heims als solches“* (S. 11, Z.9).

(Frage 7) Was die Heimbewohner persönlich unter dem Begriff der Zufriedenheit verstehen, ist maßgeblich für die Bewertung der Zufriedenheitsurteile und muss demnach unbedingt erfragt werden.

Neben der Gesundheit (4) und der Selbstverwirklichung (4) bedeutet Zufriedenheit für die Befragten vor allem Selbstbestimmung (3), Schmerzfreiheit (2) und Gemeinschaft mit anderen und Kommunikation (3).

„Oh, Gott, das ist eine Frage – Zufriedenheit ist Zufriedenheit. Wenn alles stimmt und ich mit nichts Schwierigkeiten habe, wenn alles glatt läuft, dann bin ich zufrieden“ (S. 10, Z. 17).

Jeder fünfte Bewohner konstatierte, dass Zufriedenheit vielschichtig und demnach von mehreren Faktoren abhängig sei.

„Für mich ist Zufriedenheit eben, wenn ich gesund bin, mir alles leicht von der Hand geht und ich teilnehmen kann am Leben in jeder Beziehung“ (S. 10, Z. 34).

Von einem Bewohner würde gute Pflege und Betreuung als Selbstverständlichkeit angesehen. Zufriedenheit wurde von jeweils einem Bewohner assoziiert mit: einem heimischen Gefühl, einer abwechslungsreichen Freizeit, einer guten finanziellen

Absicherung und Glück, Sorglosigkeit und einer Rundum-Versorgung. Ausgefüllt und ausgelastet zu sein (1), in einer angenehmen Umgebung zu leben (1), vieles das, was einem gefällt, tun zu können (1) und sich gut an das Heimleben zu gewöhnen (1) wird von den Bewohnern darüber hinaus als Zufriedenheit verstanden.

Demzufolge steht fest, dass sowohl die Wissenschaft als auch die meisten der Befragten davon ausgehen, dass das Konstrukt der Zufriedenheit multidimensional ist. Unter anderem nehmen emotionale, kognitive und biografische Komponenten Einfluss auf die Zufriedenheit der Heimbewohner. Aufgrund der Komplexität des Zufriedenheitskonstruktes sind die entscheidenden Einflussfaktoren für die Zufriedenheitsurteile nur schwer ermittelbar. Auf die bestehende Zufriedenheit wirken sich nicht nur die persönlichen Ansichten der Bewohner aus, sondern auch z. B. die kulturellen, religiösen oder ethnischen Vorstellungen.

Hinsichtlich der Zufriedenheit ist zwischen der allgemeinen und der bereichsspezifischen Zufriedenheit zu unterscheiden, wobei die letztgenannte häufiger Veränderungen unterliegt, da sie leichter beeinflussbar ist. Demnach können sich grundlegende Lebenseinstellungen und -überzeugungen der Befragten (z. B. der Glaube an Gott) nicht so schnell verändern wie Meinungen zu einem bestimmten Themengebiet (z. B. Essen & Trinken).

Die Priorität des Themas „Gesundheit“ nimmt im Verlauf der zweiten Lebenshälfte kontinuierlich zu. Während Jugendliche die Bedeutung von Gesundheit nicht bewusst reflektieren, benennen laut einer Studie von Naegele und Weidenkamp-Maicher 97 Prozent der Befragten zwischen dem 40. und dem 85. Lebensjahr „gute Gesundheit“ als eines ihrer wichtigsten Lebensziele.¹²⁵ Der „gesundheitliche“ Zustand der Heimbewohner ist meist geprägt von Hochaltrigkeit, Gebrechlichkeit, eingeschränkter Mobilität, kognitiven Störungen, Multimorbidität oder von enormen Beeinträchtigungen des Seh-, Hör- oder Sprachvermögens. Gesundheit ist also erstrebenswert, da sich daraus meist automatisch die anderen Aspekte ergeben, die für die Befragten Zufriedenheit bedeuten: Selbstbestimmung, Gesellschaft, Selbstverwirklichung, abwechslungsreiche Freizeit und Schmerzfreiheit.

¹²⁵ vgl. Naegele/ Weidenkamp-Maicher 2002 Url: <http://www.wz.nrw.de/magazin/artikel.asp?nr=477&ausgabe=2002/3&titel=Lebensqualit%C3%A4t%5Eim%5EAlter&magne> (Stand: 12.04.2008)

Abschließend dazu ist zu erwähnen, dass das Konstrukt der Zufriedenheit sich auf einem Zufriedenheits-Unzufriedenheits-Kontinuum befindet, da sich Unzufriedenheit und Zufriedenheit immer miteinander vermengen und nicht dichotom voneinander betrachtet werden können. Die Bewohner sind demzufolge nie ausschließlich zufrieden oder gänzlich unzufrieden. Zufriedenheit bedeutet demnach nicht automatisch, dass keine Unzufriedenheit vorhanden ist.

(Frage 8) „In welchen Situationen sind Sie besonders zufrieden hier?“ Auf diese Frage bescheinigten vier Bewohner eine „allgemeine Zufriedenheit“ mit dieser Seniorenresidenz. Owens und Bachelor (1996) haben in Studien festgestellt, dass Menschen im Alter im Vergleich zu jüngeren öfter Zufriedenheit äußern.¹²⁶ Besonders zufrieden seien die Bewohner der untersuchten Pflegeeinrichtung, wenn sie über ihr eigenes Handeln selbst bestimmen können (2), wenn sie allein sind (2), wenn Besuch kommt (1), wenn sie anderen helfen können (1) und, wenn sie an die Vergangenheit denken (1).

„Wenn ich im Nachthemd vorm Fernseher sitzen kann und kein Druck mehr da ist und jemand sagt, sie müssen zum Essen kommen oder Sie müssen dies oder jenes. Wo ich sozusagen zwei Stunden habe, wo ich mir sagen kann, jetzt bist du Gott sei dank endlich alleine“ (S. 11, Z. 30).

Während des Fernsehens (2) und des Malens (1) geben die Befragten an, auch zufrieden zu sein. Gefühle der Sicherheit, des Rückhaltes und des Vertrauens würden ebenso Zufriedenheit schaffen (1).

Angesichts der vorherrschenden Unselbstständigkeit (1) und der beeinträchtigten Gesundheit und der Schmerzen (1) würde die Zufriedenheit eingeschränkt werden(1). Nicht alles mehr tun zu können, was einen zufrieden macht, lässt auch Unzufriedenheit aufkommen (1), so dass die Ursachen für die Unzufriedenheit nicht in der Einrichtung zu suchen seien (1).

Die meisten Befragten gaben an, in den Situationen zufrieden zu sein, in denen sie ihr eigenes Handeln selbst bestimmen könnten. Diese Aussagen decken sich mit dem, was

¹²⁶ vgl. Owens/ Bachelor 1996 In: Schnabel/ Schönberg 2003, S.178

viele Interviewpartner unter Zufriedenheit verstehen: Selbstbestimmung und Selbstständigkeit.

(Frage 9) Auf die Frage, in welchen Situationen die Bewohner hier besonders unzufrieden seien, behaupteten sechs von 15, dass solche Situationen nicht existieren würden. Derartig generelle Aussagen zeigen, dass einige Bewohner nicht alle Bereiche diesbezüglich reflektiert haben oder diese nicht preisgeben wollten.

„Ich bin ein zufriedener Mensch und ich kann wirklich nichts Schlechtes sagen“ (S. 12, Z. 5).

Besonders unzufrieden sind die Interviewten durch die Unselbstständigkeit (3), die eingeschränkte Mobilität (1) und die beeinträchtigte Gesundheit (3). Das Verständnis von Zufriedenheit kommt hier erneut zum Tragen. Unzufriedenheit resultiert häufig aus Einschränkungen der Gesundheit, was wiederum mit einer Unselbstständigkeit und einem Autonomieverlust einhergeht.

„Dass ich an den Gehwagen gebunden bin und das ist für mich doch eine sehr große Einschränkung, das muss ich schon sagen“ (S. 11, Z. 47).

Situationen, in denen die Heimbewohner allein sind (2) oder Angst vor Krankheiten oder einem Unfall haben (1) führen dazu, dass Unzufriedenheit aufkommt.

(Frage 10) Im Anschluss wurde den Interviewten das folgende Zitat vorgelesen und sie wurden gebeten, ihre Gedanken dazu zu äußern: „Ich habe einen ganz einfachen Geschmack, ich bin immer mit dem Besten zufrieden.“

Vier Interviewte erklärten, dass dies nicht für sie zuträfe. Mit dem Besten zufrieden zu sein, wäre ja leicht (2). Des Weiteren sind einige Heimbewohner der Ansicht, dass es nicht immer das Beste sein müsse, denn ein Leben mit weniger sei auch gut möglich (4) und schließlich sei dafür das Geld maßgebend (2).

„Das ist ja leicht mit dem Besten zufrieden zu sein. Ich bin auch mit weniger zufrieden gewesen – musste ich ja zwangsläufig. Wer kann schon immer das Beste kriegen, was er haben möchte“ (S. 13, Z. 12).

Viele der Bewohner gaben hinsichtlich des Zitates an, bescheiden, genügsam, zurückhaltend und zufrieden zu sein (6).

„Eigentlich ist es klug, aber auch ganz schön anspruchsvoll. Ich käme gar nicht auf die Idee, solche Sachen zu sagen. Also, ich bin ja auch von meinen Eltern so erzogen worden, immer bescheiden im Hintergrund zu sein“ (S. 13, Z. 18).

„(...) Wir haben es ja eigentlich im Leben erfahren, dass man mit weniger leben kann. Ich kann mich schnell umstellen und wenn ich weiß, das geht so nicht, dann mache ich eben was anderes“ (S. 13, Z. 1).

Bei vielen Bewohnern ist der Ursprung der Bescheidenheit in den Kriegsjahren zu suchen. Die damalige Zeit hat den Interviewten gezeigt, dass der Mensch auch unter suboptimalen Bedingungen leben kann. Die älteren Menschen haben möglicherweise für sich nie viel beansprucht. Zugunsten anderer haben sie auf einiges verzichtet oder verzichten müssen und dieses Lebensprinzip hat sich bis ins hohe Alter fortgesetzt. Zum Teil ist die Bescheidenheit der Bewohner auch in anerzogenen Verhaltensweisen begründet. Die nachfolgende Generation (die Kinder der Befragten) ist im Allgemeinen anspruchsvoller und stellt höhere Erwartungen an die Versorgung und Betreuung in einem Pflegeheim. Die bescheidene Grundeinstellung der Bewohner zieht sich wie ein „roter Faden“ durch die Interviewantworten und spiegelt sich unter anderem sowohl im Bereich des Essens und Trinkens als auch in der Pflege und Betreuung wider.

Bezüglich des vorgetragenen Zitates wurde auch berichtet, dass die Bewohner sehr anpassungsfähig seien und sich mit den gegebenen Umständen arrangieren könnten (2) und, dass auch an die Wünsche der Mitmenschen gedacht werden müsse (1).

„Mensch, ich bin so zufrieden, wie es ist und ich nörgle nicht rum. Ich suche mir immer, wie ist es schlechter und ich suche jetzt nicht mehr, wie ist es besser. Das kann ich nicht mehr erwarten – ein oller Sack von 88 Jahren, was soll der nun noch auf Verbesserung warten“ (S. 13, Z. 43).

Teilweise stimmten die Befragten dem Zitat von Oscar Wilde zu (4). Die Subjektivität der Zufriedenheit wurde von einem Bewohner anhand der Aussage betont, und dass jeder selbst bestimmen müsse, was das Beste sei.

(Frage 11) Bei der Frage nach den besonders prägenden Ereignissen im ihrem Leben meinte jeder dritte Bewohner, dass dies der Krieg sei, der sie sehr geprägt hätte: die Nazizeit, das Internierungslager oder der Treck.

„Können Sie sich ja vielleicht vorstellen oder auch nicht – der Krieg natürlich“ (S. 15, Z. 21).

Ebenso stark beeinflusst wurden die Befragten in ihrem Leben von dem Tod des Partners (6). Auch das familiäre Zusammenleben (3), die Geburt der Kinder (3) und der Verlust anderer lieber Menschen (3) hätten die Lebensgeschichte der Interviewten maßgeblich bestimmt.

„Naja, alle lieben Menschen, die mir wichtig waren, musste ich verabschieden – das Alter bringt das mit sich“ (S. 14, Z. 17).

Bei zwei Befragten weckten die Wohnungsauflösung und der Heimeinzug noch nachhaltige Erinnerungen. Ein Bewohner stellte fest, dass jeder sein ihm auferlegtes Schicksal eben ertragen müsse.

„Ich bin nie verheiratet gewesen. Der Krieg hat was kaputt gemacht und nachher habe ich im höheren Alter noch eine sehr liebe Beziehung gehabt. Er ist mir auf einem Spaziergang tot umgefallen – das sind die Schicksalsschläge! Ja, und meine Wohnung, die ich seit 1958 hatte, musste mein Großcousin auflösen, als ich hierher kam – das ist alles nicht so einfach gewesen. Was da alles von meinen Sachen verteilt ist oder verschenkt ist unter etlichen Verwandten und Bekannten, aber darüber bin ich hinweg, auch wenn ich zuerst so traurig war. Weinen konnte ich ja nicht, aber ich habe gehadert mit dem Schicksal und dann habe ich mir selber geholfen und mir klar gemacht, dass es ja gar nichts nützt, dass man sich das Leben nur noch schwerer macht und, dass man zufrieden sein soll. Was einem auferlegt wird, muss man ertragen“ (S. 14, Z. 24).

Eine starke positive Wirkung in der Vergangenheit hatte das Auswandern (1) auf einen Heimbewohner, auf einen anderen die berufliche Selbstständigkeit (1).

Das derzeitige Wohlbefinden der Befragten hängt maßgeblich von der bisherigen Biografie ab. Die Interpretation und Bewältigung der einschneidenden Erfahrungen übt auch Jahre nach dem Geschehen einen wesentlichen Einfluss aus. Das Wohlbefinden im höheren Lebensalter ist nicht einfach eine von aktuellen Gegebenheiten objektiv bestimmbare Größe, sondern ein Ausdruck von einem biographisch verankerten, subjektiv interpretierten und regulierten Prozess der Lebensbewältigung. Laut einer Studie von Höpflinger (2003) nimmt die biographische Komponente enormen Einfluss auf die Zufriedenheit im höheren Alter. Die lebensgeschichtliche Vergangenheit muss bei der Erhebung der Zufriedenheit stets miteinbezogen werden. Im höheren Alter ist die Bewältigung der bisherigen Lebensgeschichte nach Höpflinger ein entscheidender Einflussfaktor der Selbstregulation. Menschen, die im Einklang mit ihrer Vergangenheit stehen, können im hohen Alter leichter ein neues Gleichgewicht des Wohlbefindens erlangen.¹²⁷

Auf die Frage nach den Ereignissen, die die Befragten in ihrem Leben besonders geprägt haben, hatten die meisten negativ belastete Assoziationen (Krieg, Tod). Lediglich wenige Interviewpartner gaben diesbezüglich positive Erfahrungen an (Geburt der Kinder, die berufliche Selbstständigkeit).

¹²⁷ vgl. Höpflinger 2003 In: Schlumpf <http://www.reife.ch/Sommer03/zufriedenheit.html> (Stand: 11.04.2008)

3.3.3 Alltag in der Seniorenresidenz

(Frage 12) Nach der Alltagsgestaltung in der Einrichtung gefragt, ergaben sich zahlreiche Antworten, die teilweise grundverschieden waren. Manche Bewohner teilten mit, dass sie sich selbst beschäftigen könnten und demnach keine Langeweile hätten (3). So sehen die Bewohner gern fern (3), lesen (1), rätseln (1), telefonieren (2), nehmen am Gedächtnis- (3) und Bewegungstraining (2) teil oder sind zumindest bemüht, wieder mehr Selbstständigkeit zu erlangen (3). Andere langweilen sich bedingt durch die gesundheitlichen Einschränkungen (3) oder durch die seltenen Besuche von Angehörigen und Freunden (1).

„Man bekommt sein Essen und man isst. Jetzt sind ja die Olympischen Spiele, die Vorspiele, dann kann man gut im Fernseher was sehen, aber sonst ist es ziemlich langweilig. Lesen kann ich nicht mehr seit ein paar Wochen, denn die Augen sind sehr schlecht geworden. Wenn hier irgendetwas ist, Singen oder unten das, dann mache ich mit, aber nicht immer – ansonsten sitze ich halt hier und gucke Fernsehen“ (S. 16, Z. 5).

Jeder Tag sei gleich (2) und der Alltag würde hauptsächlich durch die Mahlzeiten bestimmt werden (4), aber grundsätzlich wäre dies zu Hause hinsichtlich des Alltags auch nicht besser gewesen (1). Aufgrund der festen vier Essenzeiten und der Langwierigkeit der einzelnen Mahlzeiten sind die Bewohner über mehrer Stunden mit dem Essen beschäftigt. Einige Bewohner mit eingeschränkter Mobilität (Rollator oder Rollstuhl) mussten auch nach Beendigung der Mahlzeit lange Zeit im Speisesaal verweilen, weil die Pflegekräfte infolge des kleinen Fahrstuhls nur zwei Bewohner gleichzeitig auf ihre Zimmer zurückbringen konnten. Auch mobile Bewohner planten ihre privaten Freizeitveranstaltungen stets in Abhängigkeit von den Essenzeiten. Demnach kann festgehalten werden, dass der Alltag in der Seniorenresidenz tatsächlich maßgeblich von den dreistündig stattfindenden Mahlzeiten bestimmt wird.

„Frühstück, Mittag und Abendbrot – dazwischen ist ja nicht mehr viel“ (S. 16, Z. 11).

Ein Bewohner verriet, dass er an den organisierten Veranstaltungen nur manchmal teilnehme, ein anderer beklagte, dass er an den wöchentlichen Trainings mitmachen müsse und ein weiterer Interviewpartner meinte, dass Veranstaltungen wie Konzerte, Diavorträge oder ähnliches zu kurzfristig angekündigt werden würden.

Der Tagesablauf sei sehr unterschiedlich, an einigen Tagen wird viel unternommen, an anderen Tag nichts (1). Zwei Bewohner gaben an, dass ihnen eine verantwortungsvolle Aufgabe im Alltag fehle.

Das Verhältnis von (Haus-)Arbeit und Freizeit hat sich im Vergleich zur selbstständigen Lebensweise in der eigenen Wohnung völlig verändert. Die Bewohner haben bislang ihren eigenen Haushalt weitestgehend allein erledigt, dann kommt die plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes, sie „müssen“ ins Pflegeheim und der alltägliche, zeitintensive Teil der Haushaltsführung fällt gänzlich weg. Einkaufen, Putzen, Kochen, Wäsche waschen – alles wird nun von anderen erledigt und für die älteren Menschen bleibt sehr viel Freizeit, die sinnvoll genutzt werden will und das gelingt dem einen offensichtlich besser als dem anderen. Resultierend aus den unterschiedlichen Ansprüchen an das alltägliche Leben sind einige Bewohner zufrieden mit ihrer aktuellen Lebensqualität und einige nicht. Zudem schränken die gesundheitlichen Belastungen die Handlungsspielräume und somit die Möglichkeit zur Verbesserung der Lebensqualität ein. Bestimmte Lebens- und Freizeitstile (Tanzen, Theater usw.) könnten hinsichtlich des monetären Aspektes im hohen Alter ausgeführt beziehungsweise aufrechterhalten werden, doch die eingeschränkte Selbstständigkeit, Gesundheit und Mobilität begrenzen die möglichen Freizeitbeschäftigungen immens.

(Frage 13) Hinsichtlich des Alltag stellt sich im Anschluss folgende Frage: „Wie beurteilen Sie die angebotenen Freizeitaktivitäten?“

Über die Teilnahme an den Freizeitangeboten freuen sich viele der Bewohner (6). Genauso viele beteiligen sich nur teilweise daran, da das Angebot sie gar nicht oder nur partiell interessiere (6) und man müsse sich letztlich erst an die neue Freizeitgestaltung gewöhnen (1). Lediglich zwei sagten, dass sie die meisten Angebote wahrnehmen würden, von einem Bewohner wurden die Adventsangebote besonders gelobt und ein

anderer betonte, dass ihm in der Einrichtung diesbezüglich nichts fehle. Langeweile spiele für drei der Befragten keine Rolle, da sie sich selbst beschäftigen könnten.

„Ich habe mal ein sehr nettes Konzert gehört mit einem sehr guten Sänger – das war im Musikzimmer mit einem sehr schönen Flügel und das hat mir viel Spaß gemacht. Also wenn Veranstaltungen sind, gehe ich immer hin, weil ich es einfach interessant finde und abwechslungsreich auch. Viele langweilen sich und die sagen mir das auch, dass sie sich langweilen, aber ich langweile mich nicht“ (S. 18, Z. 29).

Ein Befragter stellte dar, dass er kaum Zeit hätte, die Angebote in Anspruch zu nehmen. Infolge der gesundheitlichen Einschränkungen bevorzugen die Bewohner den Aufenthalt im eigenen Zimmer (3). Das Personal sei bemüht und die Leitung engagiert bezüglich der Freizeitgestaltung der Bewohner (1).

„Ich bin ja zu sehr beschäftigt und ich habe ja so viel Arbeit. Selten, wenn mal was Besonderes ist, gehe ich da hin. Mögen die das in Anspruch nehmen, die das gerne haben. Ich habe das nicht so gerne. Aber alle hier bemühen sich und die Hamburg-Rundfahrt mache ich immer mit“ (S. 18, Z. 35).

Außerdem ist geäußert worden, dass lediglich wenig Kontakt sowohl zum Personal als auch zu den anderen Bewohnern vorhanden sei und deshalb kämen auch kaum Gespräche untereinander zustande (1). Im Rahmen dieser Frage ist vorgeschlagen worden, dass ein Veranstaltungsplan für einen Monat im Voraus für jeden Bewohner angefertigt werden sollte, da die Ankündigungen zum einen zu kurzfristig erfolgen und zum anderen nur im Fahrstuhl veröffentlicht würden (1).

Eine Vielzahl unterschiedlicher Personen mit verschiedenen Erwartungen, Ansprüchen und Vorlieben trifft in einem Pflegeheim aufeinander und möchte einen möglichst umfassenden Veranstaltungsplan am Besten mit Auswahlmöglichkeiten vorfinden und das alles für relativ wenig Geld. Diese Wunschvorstellung ist in großen und exklusiven Seniorenresidenzen, in denen monatlich mehr als 3000 Euro zu zahlen sind, gut zu

realisieren, aber nur schwer in einem kleinen Pflegeheim mit 40 teilweise schwerpflegbedürftigen Bewohnern.

Die von der Seniorenresidenz angebotenen Freizeitaktivitäten sind eher bescheidener Natur und können unternehmungslustige, aktive Bewohner weder ausfüllen noch zufriedenstellen. Die wenigen Angebote des Hauses reichen einigen Heimbewohnern aus, andere sind aufgrund ihres bisherigen Lebensstandards eine umfangreichere Freizeitgestaltung gewöhnt und sie können demzufolge mit den bestehenden Möglichkeiten nicht viel anfangen.

Die vielen demenzkranken Personen in der Einrichtung stellen die Heimleitung diesbezüglich vor eine weitere Herausforderung. Neben dem Gedächtnistraining für die dementiell erkrankten Bewohner, ist keine Alternative für die „geistig Fitten“ vorhanden. Im Hinblick darauf muss die Heimleitung regelmäßig die Vorlieben derer erfragen, die bislang nicht oder nur ungern an den gemeinsamen Aktivitäten teilgenommen haben, um auch für diese eine zufriedenstellende Freizeitgestaltung zu gewährleisten.

(Frage 14) Was zusätzlich noch angeboten werden sollte, wurde im Anschluss erfragt. Jeder fünfte Bewohner sehnte sich nach einem Theaterbesuch.

„Ich würde ja mal gerne wieder ins Theater, da war ich früher immer so gerne“ (S. 19, Z. 28).

Ein Auftritt eines Unterhalters (1), mehr Vorträge (1), Ausflüge (1) und Sportangebote (1) wurden von den Bewohnern vorgeschlagen. In Hamburg seien viele Veranstaltungen möglich (1). Ein Interviewpartner wünsche sich, dass Kinder ins Haus kämen und singen. Drei Bewohner hätten hinsichtlich dessen keine anderen Wünsche, weitere drei hätten keine Ahnung, was noch zusätzlich angeboten werden sollte und zwei Befragte seien zufrieden mit dem bislang Gebotenen.

„Wissen Sie, ich bin so wunschlos, eigentlich und ich bin eigentlich ein wahnsinnig bescheidener Mensch und ich habe gar keine dollen Wünsche“ (S. 19, Z. 21).

Die von den Bewohnern vorgeschlagenen Freizeitaktivitäten verdeutlichen, dass sie nach wie vor ein großes kulturelles Interesse haben und an einem abwechslungsreichen Freizeitangebot interessiert sind.

(Frage 15) Des Weiteren wurde in den Interviews die Häufigkeit der Besuche thematisiert. Jeder dritte Bewohner bekommt eher selten Besuch (5), Telefonate fänden jedoch häufig statt (5). Viele Interviewte gaben an, dass alle Freunde und Verwandte viel beschäftigt seien und deshalb wenig Zeit für Besuche in der Pflegeeinrichtung hätten (5) oder weit weg wohnen würden (4). Nur bei zwei Befragten leben Freunde und Verwandte in der Nähe der pflegerischen Einrichtung. Nach eigenen Angaben wird jeder fünfte regelmäßig von Freunden oder Bekannten besucht (3). Die Angehörigen und Freunde, die regelmäßig in die Pflegeeinrichtung kommen, wohnen meistens in der Nähe und bringen den Bewohnern oft Lebensmittel oder Ähnliches mit.

„Jede Woche kommt meine Freundin, die habe ich 1940 im Beruf kennengelernt und die besucht mich jede Woche und bringt mir auch immer was Schönes mit“ (S. 20, Z. 16).

Die Kinder von vier Befragten kämen öfter vorbei. Ein Heimbewohner gestand, dass er gar keinen Besuch empfangen würde, da die Angehörigen nach familiären Differenzen nicht mehr kommen wollten. Ansonsten hätte sich die Anzahl der Besuche im Laufe der Zeit reduziert (3) oder inzwischen seien alle Bekannten verstorben (1).

„Am Anfang ziemlich oft, einige Verwandte wohnen hier ganz um die Ecke. Meine Enkelin hat auch einen sehr verantwortungsvollen Posten und sie muss sich die Zeit für die Kinder wirklich auch stehlen. Naja und sonst kommen alte Freunde von mir oder Mitarbeiter – da freue ich mich immer sehr. Also, eine Zeit lang hatte ich zweimal in der Woche immer Besuch, aber das wird natürlich weniger, weil alle zu tun haben. Mit meiner Tochter aus Erlangen telefoniere ich jeden Tag und auch sonst mit Freunden, aber das hat sich ein bisschen reduziert, weil jeder zu tun hat“ (S. 20, Z. 37).

Den Angehörigen nicht zur Last zu fallen, das sei für einen Bewohner enorm wichtig.

„Ja, von Angehörigen, aber die haben auch Familien und können sich weniger um mich kümmern. Meine Töchter kommen auch öfter und telefonieren tun wir ab und zu. Aber ich kann die Menschen nicht so viel belasten, denn ich fühle mich dabei unwohl“ (S. 21, Z. 18)

Die Enkelkinder hätten sicher wenig Lust, ihre Großeltern im Pflegeheim zu besuchen, aber sie kämen regelmäßig, das verriet ein Befragter. Weiterhin wurde geäußert, dass kurze Besuche aufgrund der begrenzten Wohnfläche auch ausreichen würden (1). Lediglich ein Interviewpartner sagte ausdrücklich, dass er sich über Besuche von Freunden und Bekannten sehr freuen würde.

Auffällig bei dieser Frage war, dass viele Bewohner auf die seltenen Besuche der Angehörigen und Freunden mit viel Nachsicht und Verständnis reagierten und deshalb zahlreiche Gründe dafür aufzählten: alle hätten eine eigene Familie, ihre Berufstätigkeit erlaube dies nicht, sie würden weit weg wohnen oder müssten sich um andere Verwandte kümmern. Die Bescheidenheit der meisten Interviewten bedingt, dass die Bewohner nicht viel Zeit anderer Menschen für sich beanspruchen und keinem zur Last fallen wollen. Telefonate stellen für die meisten Interviewpartner eine gute, alternative Lösung dar, um den Kontakt zur „Außenwelt“ aufrechtzuerhalten.

(Frage 16) Um eine Beschreibung des Kontakts zu den anderen Bewohnern ist in einer weiteren Frage gebeten worden, die ergab, dass mehrere Bewohner zufrieden mit dem Alleinsein seien und sich lieber mit sich selbst beschäftigten (6). Genauso viele schätzten die Kommunikation mit den anderen Bewohnern als schwierig ein (6), unter anderem weil eine Menge Bewohner nicht reden und nur noch wenig wahrnehmen würden resultierend aus den dementiellen Erkrankungen (4).

„Den könnte ich mir suchen, bloß mit vielen kann man nicht reden, weil die was an der Bimmel haben. Diejenigen, die reden, die nuscheln meist, so dass ich das nicht richtig höre oder so. Wenn mal der Kontakt sein muss, durch irgendeine Veranstaltung oder, wenn ich mal da rausgehe und die sitzen da am Tisch und rauchen eine, dann setze ich

mich mal kurz dazu, aber die langweilen mich und außerdem kostet das meine Zeit zum Malen“ (S. 23, Z. 10).

„Ich bin nicht sehr kontaktfreudig und ich lasse es auf mich zukommen. Meine Zimmernachbarn kenne ich zum Beispiel gar nicht, aber die sind auch noch nicht lange da und das kommt dann vielleicht noch. Es kommt immer auf die geistige Verfassung an, wenn da nichts läuft, dann läuft bei mir auch nichts“ (S. 21, Z. 35).

Der Vorschlag eines Interviewpartners lautete, separate Wohneinheiten für demenzkranke Bewohner zu schaffen und regelmäßig Diskussionsrunden mit den „geistig gesunden“ Bewohnern und der Leitung durchzuführen. Zwei Befragte betonten, dass der Kontakt zu kommunikativen Bewohnern erwünscht sei. Bei jedem Fünften bestünde gar kein Bedarf an Bekanntschaften im Haus (3), wobei einer extra anmerkte, dass er nicht kontaktfreudig sei. Weiterhin gaben einige Interviewpartner zu, dass sie gar keine Bekanntschaften im Haus hätten und sich daher auch mit niemandem treffen würden (3).

„(...) Ich habe auch einen ganz schönen Bekanntenkreis gehabt und rufe da auch viel an und die rufen mich auch an und da ist mein Bedarf an Austausch eigentlich gedeckt“ (S. 23, Z. 40).

„Ich finde, es gibt Einstellungen, das merke ich auch hier im Speisesaal öfter, die mich nicht ermuntern, da nähere Bekanntschaft oder Freundschaft zu halten. Ich habe hier im Hause, glaube ich, eigentlich niemanden. Wir essen zusammen und das war es. Bestimmte Dinge lehne ich aber ab: Mich andauernd mit jemandem zu treffen oder zusammen zu setzen – das ist nicht so ganz mein Ding. Ich denke, ich kann mich auch alleine beschäftigen, denn ich kann lesen, Radio hören oder fernsehen“ (S. 22, Z. 26).

Der Kontakt zu den Mitbewohnern des Hauses ist (noch) nicht zustande gekommen, das behauptet jeder Dritte (5).

Ansonsten besuchen sich einige Bewohner gegenseitig (2) und die Leitung würde auch Kontakte vermitteln (1). Über einen guten Kontakt zu ihren Mitbewohnern berichtete jeder Dritte (5).

Bewohnern, die sich nicht wohlfühlen, fällt es schwerer, Kontakte zu den Mitbewohnern zu knüpfen. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass diejenigen, die das Bedürfnis haben, ihre eigene Zukunft noch möglichst selbst und aktiv zu gestalten, sich schneller mit der „neuen“ Situation im Pflegeheim arrangieren und sich aufgeschlossener den anderen Bewohnern gegenüber zeigen.

Der Kontakt zu den Mitbewohnern wird teilweise nicht gewünscht, da viele dementielle Erkrankungen haben und demnach keinen adäquaten Gesprächspartner für die „geistig-Fitten“ darstellen. Viele Heimbewohner beschäftigen sich lieber mit sich selbst trotz der räumlichen Nähe zu den anderen Bewohnern. Im eigenen Appartement fühlen sich die Befragten angesichts ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen am sichersten und nehmen die Einsamkeit bewusst in Kauf oder wünschen sich dies ausdrücklich, da die einschneidenden Verlusterfahrungen in der Vergangenheit (Ehepartner, Wohnung) die Stimmung und somit die Geselligkeit der Befragten trüben. Telefonate mit alten Freunden und der Familie haben für die Interviewpartner einen höheren Stellenwert als die Gespräche mit den Mitbewohnern. Nur wenige Interviewpartner haben das Bedürfnis, Freundschaften im Haus zu schließen und sich regelmäßig mit jemandem zu treffen. Sie haben sich eventuell besser mit der ungewohnten Heimsituation arrangiert, die schwerwiegenden Verluste weitestgehend verarbeitet und möchten ihren Lebensabend noch möglichst in Gesellschaft verbringen, weil sie früher auch ein kontaktfreudiger Mensch waren. Zu der Aussage, dass noch kein Kontakt zu Stände gekommen sei, ist festzustellen, dass vor allem die Bewohner die ihr Essen auf dem Zimmer einnehmen, keine oder nur wenige Kontakte zu anderen haben. Die Mahlzeiten werden von vielen als Kommunikationsmöglichkeiten genutzt und stellen demnach den wichtigsten Treffpunkt für Gespräche mit den Mitbewohnern dar.

(Frage 17) Auf die Aufforderung zur Beschreibung der Atmosphäre im Haus entgegneten 11 der 15 Bewohner, dass diese gut sei. Das Personal sei sehr nett, bemüht und fürsorglich (6), das Interieur wäre schön (3) und die Atmosphäre sei friedlich (2). Drei Bewohner redeten davon, dass sie sich in der Einrichtung wohlfühlen würden.

„Eigentlich nett, altersgerecht – kann ich nicht anders sagen. Die Krankenschwestern sind sehr nett, sie versuchen ihr Bestes zu tun. Naja, die Atmosphäre ist so, wie sie in

Altersheimen nun mal ist – die sind, glaube ich, überall gleich. Da muss man die schwierigen Kranken besonders attendieren und da wird schon einiges verlangt von der Krankenschwester“ (S. 24, Z. 42).

Zwei Interviewpartner empfänden die Atmosphäre vor Ort als typisch für ein Altersheim, ein anderer beschrieb die Atmosphäre als nobel, gepflegt und kultiviert. Die Betreuung vieler Menschen sei eine schwierige Aufgabe, das stellten zwei Bewohner diesbezüglich fest.

„Ich glaube, dass die Leitung sich sehr viel Mühe gibt, sagen wir mal, eine Art Burgfrieden hier zu erhalten. Sie sind doch sehr bemüht um uns, muss ich immer wieder sagen. Ich glaube es ist nicht einfach, so eine Crew von Menschen zu dirigieren oder zu betreuen oder so“ (S. 24, Z. 23).

„Auch Zufriedenheit und Wohlbefinden der Bewohner hängen im Wesentlichen von der Gesamtatmosphäre eines Heims ab, die hauptsächlich von der Kommunikationsqualität zwischen Personal und Bewohnern und der Bewohner untereinander bestimmt wird.“¹²⁸ Das wird dadurch deutlich, dass sechs der 15 Befragten hinsichtlich der Atmosphäre in der Einrichtung auf das Personal zu sprechen kamen, während drei andere eher das Interieur (Sitzgelegenheiten, Antiquitäten, Bilder, Vitrinen, Porzellan) als ausschlaggebend ansahen. Die Tatsache, dass über 73 % der Bewohner sofort angaben, dass in der pflegerischen Einrichtung eine gute Atmosphäre herrschen würde, weist darauf hin, dass sich die Interviewpartner diesbezüglich wohlfühlen und zufrieden sind.

(Frage 18) Hinsichtlich der baulichen Gegebenheiten betonten 11 der 15 Bewohner, dass ihnen das Haus gefallen würde. Sechs Interviewpartner fänden ihr eigenes Zimmer gut.

„Das Haus ist ein Altbau, aber es gefällt mir in solch einem Altbau. Solch kalte, neue Mode, die liegt mir nicht so, da hat man schon andere Vorstellungen – ich bin ja selber auch alt. Einen schönen großen Raum habe ich hier, ich habe alles, was ich brauche

¹²⁸ zit. nach: Hanisch/ Göritz: Url: <http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html> (Stand: 10.04.2008)

hier drin und nebenan ist die sogenannte Nasszelle, die ist auch sehr groß und schön, mit einer großen Dusche – also, da kann man zufrieden sein“ (S. 25, Z. 25).

Mit den baulichen Gegebenheiten der Einrichtung assoziieren die älteren Menschen weiterhin die vorhandenen Aufenthaltsräume (3), die schönen Zimmer (2) und das geschmackvolle Interieur (2), den hübschen Garten (3) und das heimische Gefühl (3).

„Die machen einen familiären Eindruck, es ist nicht so weitschweifend, keine langen Gänge und es ist hier alles so, als wenn ich zu Hause bin. Mein Appartement ist auch schön, nun gucken Sie mal wie viel Glas ich habe, das könnte alles Mauerwerk sein. Die gepflegte Gartenanlage vor dem Haus ist ebenso schön“ (S. 25, Z. 38).

Außerdem betonten Bewohner, dass sie froh über den Fahrstuhl seien (2) und, dass ihnen die Gegend gefiele (3). Zwei Personen eröffneten, dass sie nicht alles vom Haus kennen würden. Negative Äußerungen diesbezüglich waren, dass eine Einkaufsmöglichkeit fehlen würde (1), aus den oberen Stockwerken im Notfall keine selbstständige Flucht möglich wäre (1) und, dass eine Stufe zum Garten zu überwinden sei, was für einige Heimbewohner unmöglich sei (1).

Die pflegerische Einrichtung befindet sich in zwei miteinander verbundenen Villen, was an den Charakter eines Eigenheims erinnert. Durch die kleinen individuell und geschmackvoll gestalteten Etagen, die familiäre Atmosphäre und die grüne, attraktive Wohngegend fühlen sich die Heimbewohner wohl. Ähnlichkeiten zur früheren Wohnsituation lassen positive Assoziationen und somit Zufriedenheit aufkommen. Die Tatsache, dass das Gebäude ein Altbau ist und nicht ein moderner, minimalistischer Neubau, wirkt sich förderlich auf eine altersgerechte, vertraute und behagliche Atmosphäre aus.

3.3.4 Essen & Trinken

(Frage 19) „Wie finden Sie die Essenszeiten hier?“ Jeder dritte Befragte meinte, dass zwischen den Mahlzeiten die Abstände zu kurz seien (5).

„Manchmal habe ich noch gar keinen Hunger zu den Essenszeiten, weil es gerade was gegeben hat“ (S. 27, Z. 33).

Wenn die älteren Menschen ruhen möchten, sei Kaffeezeit (1). Ein Bewohner meinte, dass die Zeiten denen von zu Hause ähneln würden (1), einige Bewohner waren jedoch anderer Meinung, da das Essen Zuhause später auf den Tisch gekommen sei (4). An die veränderten Essenszeiten müssten sich vier Personen erst gewöhnen. Eine einheitliche Regelung wie diese hätte ihre Berechtigung (2), die Zeiten wären völlig normal (4) und das Essen käme immer pünktlich (1), so die Interviewten.

„Also, meinen früheren Gewohnheiten ähneln die nicht, aber da kann man sich ja nicht beschweren. Das muss ja einen gewissen Ablauf haben, wenn man eine Küche hat und auch selber kocht und es muss ja auch immerhin für 40 Zimmer gekocht werden“ (S. 27, Z. 29).

Ausdrücklich zufrieden mit den Essenszeiten waren zwei Bewohner, völlig unzufrieden einer.

Die Mahlzeiten bestimmen den Tagesablauf vieler Bewohner entscheidend, da alle drei Stunden Essen auf dem Programm steht und die Abstände dazwischen als zu kurz empfunden werden. Deshalb sollten die Essenszeiten künftig eher an den Bedürfnissen und Vorlieben der Bewohner als an den Arbeitsabläufen und dem Schichtsystem der Mitarbeiter ausgerichtet werden. *„Der Abstand zwischen dem Frühstück und dem Mittagessen ist zu klein, das ist nicht so gut – man hat noch keinen Hunger. Später dann, dann gibt es nichts mehr, dann hat man Hunger“ (S. 27, Z. 42).*

Zwischen dem Frühstück (08.30 Uhr), dem Mittag (11.30 Uhr), dem Kaffee (14.30) und dem Abendbrot (17.30 Uhr) liegen lediglich drei Stunden, weshalb einige bei der

nächstfolgenden Mahlzeit noch keinen Hunger verspüren. Aber vor allem die Zeitspanne vom frühen Abendbrot (17.30 Uhr) bis zum Frühstück (08.30 Uhr) stellt für manche Bewohner keine optimale Lösung dar, weil da eine zu lange Zeit zu überbrücken ist, denn mehr als 15 Stunden werden keine Mahlzeiten in Gemeinschaft (im Speisesaal) angeboten. Einige Bewohner würden sicher gern später essen, da sie dann aber allein am Tisch säßen, passten sie sich an und essen mit den anderen früh zu Abend und haben gegen 21 Uhr wieder Hunger. Bewohner, die auf ihrem Zimmer essen, haben die Möglichkeit, das Essen zu einem späteren Zeitpunkt zu bestellen. Insgesamt gesehen ist die derzeitige Regelung für viele Heimbewohner nicht zufriedenstellend.

(Frage 20) Jedem Bewohner werden von der pflegerischen Einrichtung die Optionen eröffnet, entweder auf dem Zimmer oder im Speisesaal essen zu können.

Auf die Frage, wo das Essen gewöhnlich eingenommen wird, antwortete jeder dritte Interviewpartner, dass dies im Speisesaal geschähe (5).

„Frühstück und Abendessen esse ich oben in meinem Zimmer. Zum Mittagessen versuche ich runter zu gehen“ (S. 28, Z. 14).

Eine oder zwei Mahlzeiten am Tag würden von drei Bewohnern auf dem Zimmer eingenommen werden und vier berichteten, dass sie ausschließlich in ihren eigenen vier Wänden speisen würden. Das gemeinsame Speisen in einem „neutralen“ Raum schafft Begegnungen und fördert die Kommunikation der Bewohner untereinander. Jedoch bleiben einige lieber in ihren Zimmern, da ihnen die Gespräche der demenzkranken Heimbewohner missfallen oder sie sich aufgrund der eigenen körperlichen Konstitution zum Essen lieber zurückziehen.

„Ich esse nicht unten im Speisesaal, denn ich möchte denen keine Vorstellung geben, weil ich diese Gefühllosigkeit habe und ich merke es ja nicht, wenn es mir aus dem Mund fällt. Ich nehme alle Mahlzeiten auf meinem Zimmer ein“ (S. 28, Z. 17).

Drei Personen merkten an, dass das variieren würde und die Gesundheit und die derzeitige Gemütslage bestimmten, ob der Bewohner sich Gesellschaft und Kommunikation im Speisesaal wünscht oder nicht.

(Frage 21) Hinsichtlich der Beurteilung der Vielfältigkeit der Speisen entgegneten neun Bewohner, dass sie zufrieden mit dem Angebot seien und die Speisen recht abwechslungsreich wären.

„Gut! Es wiederholt sich natürlich – alle 14 Tage bis drei Wochen wiederholt es sich. So essen wir montags entweder Pfannkuchen oder Milchreis mit Zucker und Zimt – das ist dann so Standard. Aber ich würde es nicht ändern und das würde auch mit den Kosten nicht hinkommen“ (S. 29, Z. 21).

„Ja, das ist ganz gut – immer abwechselnd. Was will man mehr, man muss ja Abstriche machen. Ist ja klar, dass das Essen nicht so sein kann, wie zu Hause. Die Geschmacksrichtung ist anders als zu Hause und es wird ja in jeder Küche anders gekocht“ (S. 29, Z. 3).

„Ja, abwechslungsreich ist es. Manches Mal gibt es Aufläufe, das sieht dann aber alles ein bisschen durcheinander aus. Wenn es fertig ist und dann warm gehalten werden muss, bis gegessen wird, da ist es auch nicht immer so sehr schön. Aber das müssen wir eben so hinnehmen, es geht nicht anders, denn es ist ja kein Gourmet-Hotel“ (S. 29, Z. 26).

Jeder Dritte sagte, dass Einschränkungen hingenommen werden, denn nicht alles würde schmecken (5). Einige Befragte waren der Ansicht, dass das Essen zu Hause anders geschmeckt hätte (3), die Portionen in der pflegerischen Einrichtung manchmal zu klein wären (1), das Abendbrot einfältig sei (2) und die selbstständige Zubereitung und Auswahl der Speisen vermisst werden würden (1). Besonders unzufrieden war ein Befragter, denn er sprach davon, dass keine Auswahl im Haus vorhanden sei und sogar die Krankenhauskost besser gewesen sei.

„Nicht besonders, keine Auswahl hier. Das habe ich im Krankenhaus besser gefunden – in den letzten beiden, wo ich war“ (S. 30, Z. 7).

(Frage 22) Die Meinungen zum Geschmack der Speisen waren überwiegend positiv. So äußerten sich zwei Drittel der Befragten zufrieden damit (10), wobei ein Bewohner die Speisen an den Feiertagen besonders lobte.

„Wer alles essen kann, ist hier wunderbar bedient und darf nicht klagen. Es gibt genug und es gibt oft und es gibt reichlich“ (S. 31, Z. 2).

„Sehr gut zurechtgemacht, Hauptspeise, Kompott, Salat dabei – alles prima – ich kann nicht meckern übers Essen“ (S. 31, Z. 30).

„(...) Sie können es nicht jedem recht machen – was der eine gerne mag, das mag der andere überhaupt nicht“ (S. 30, Z.45).

Alle Geschmäcker berücksichtigen zu müssen, sei schwierig (3), und wenn das Essen nicht schmeckt, dann bleibt nun mal was übrig und wird nicht aufgegessen (1). Ein Interviewpartner unterstrich, dass er froh darüber sei, dass die Speisen zubereitet werden würden und die Leitung sei immer um Verbesserungen im Essensangebot bemüht (1). Negative Antworten zu der Frage waren, dass die Bewohner allgemein unzufrieden waren (2), dass das Angebot zum Abendbrot immer gleich schmecken (1) und das besondere Etwas im Essen fehlen würde (2).

„Naja, ich weiß nicht – soll man da nun ehrlich sein? Ja, also das lässt manches Mal zu wünschen übrig. Manches Mal ist es sehr gut, auch wenn so Braten sind, manches Mal ist das Fleisch nicht ganz weich und das ist dann schwierig für die Bewohner und dann geht auch manches Mal viel zurück. Ja, es fehlt an dem Pepp, wie man so schön sagt. Die Gewürze machen ja sehr viel aus und die sind leider nicht immer richtig. Einiges ist dann schon geändert worden und Frau L. ist sehr interessiert gewesen und sie hat immer zu uns gesagt, wenn was nicht gut ist, wenn Ihnen was nicht schmeckt oder sonst

irgendwas, dann müssen Sie das sagen, damit wir das abändern können. Das hat sie dann auch gemacht und ich finde es ist dadurch besser geworden“ (S. 31, Z. 13).

Da Zufriedenheit unter anderem bedeutet, dass die Personen mit den gegebenen Leistungen einverstanden sind und nichts auszusetzen haben, muss hierbei konstatiert werden, dass die Mehrheit der Bewohner zwar das globale Urteil abgibt, mit dem Geschmack und der Vielfältigkeit der Speisen vollkommen zufrieden zu sein, bei näherer Betrachtung jedoch differente Angaben gemacht werden. Allen Gewohnheiten und Vorlieben der Bewohner zu entsprechen, ist für die Seniorenresidenz kaum möglich. Trotzdem könnte der Vorschlag des kritischen Bewohners durchaus Beachtung finden, nämlich, dass zumindest eine Auswahlmöglichkeit zwischen zwei Gerichten planmäßig angeboten wird. Bei Nachfrage erhielten die Befragten zwar etwas anderes, falls das aktuelle Essen nicht ihrem Geschmack entspräche, aber viele Bewohner scheuen sich davor, „Extrawürste“ vom Personal zu verlangen. Das Fragen nach Alternativen empfänden viele Interviewpartner infolge der meist bescheidenen Grundeinstellung (zum Teil geprägt durch das mangelhafte Lebensmittelangebot zu Kriegszeiten) als unangenehm und undankbar und meiden dies möglichst.

Die Zubereitung der Speisen (Kochen, Backen etc.) spielte für einige Interviewte in ihrem früheren Leben eine zentrale Rolle. Passionierte Köche haben in einer stationären Einrichtung, in Zimmern ohne Küchenzeile, keine Möglichkeiten, ihrer früheren Freizeitbeschäftigung nachzugehen und eigene Ideen zur Essenszubereitung einzubringen.

(Frage 23) Nach der Thematisierung des Essens sollte das Getränkeangebot eingeschätzt werden. Die Mehrheit der Interviewpartner gab an, dass das Angebot ausreichen würde (9) und, dass eine unbegrenzte Menge an Wasser zur Verfügung stünde (6).

„Für mich persönlich reicht es aus. Wasser ist gesund und davon haben wir ja schließlich genug“ (S. 32, Z. 40).

Auch Sonderwünsche fänden Berücksichtigung (2). Einer äußerte deutlich, dass das Angebot nicht dem persönlichen Geschmack entspräche. Mehr Abwechslung hinsichtlich des Getränkeangebots wurde von zwei Befragten erwünscht.

„Ja, also man kriegt Wasser ununterbrochen. Ab und zu bekommt man auch einen Fruchtsaft mittags, das ist ganz schön, den trinke ich sofort in einem Satz aus, das ist mal was anderes“ (S. 32, Z. 31).

Grapefruitsaft ist bei zwei Bewohnern sehr beliebt.

„Ich bin zufrieden. Wenn ich mal Lust auf etwas habe, sage ich meiner Familie Bescheid. Grapefruitsaft trinke ich sehr gerne“ (S. 33, Z. 1).

3.3.5 Pflege & Betreuung

Obwohl beispielsweise der Zustand eines Gebäudes oder die Mahlzeiten für die Bewohner wichtig sind, ist zweifelsohne das Personal die bedeutendste Komponente in einem Pflegeheim. Der größte Teil der Pflegequalität geht auf die Ansichten, Einstellungen, Fertigkeiten, Erfahrungen und auf die Qualifikation und die Ausbildung des Pflegepersonals zurück.¹²⁹

(Frage 24) „Bei welchen Tätigkeiten brauchen Sie Hilfe vom Pflegepersonal?“

Diese Frage leitete den Block „Pflege & Betreuung“ ein.

Beim An- und Ausziehen bräuchten zwei Drittel der Heimbewohner Unterstützung (10). Beim Duschen beziehungsweise Waschen (8), beim Insulinspritzen (1) und beim Wechseln des Inkontinenzmaterials (1) benötigen die Bewohner ebenfalls Hilfe.

„Naja, ich muss ja gewaschen werden, ich kann mich nicht alleine anziehen durch meinen blöden Rücken und wegen meinen Armen. Ich muss etliche Male am Tage gewickelt werden und ich werde von denen geduscht und angezogen“ (S. 33, Z. 31).

¹²⁹ vgl. Harris et al. 1995, S. 40

„Ich brauche viel zu oft Hilfe und, wenn es nach mir gehen würde, würde ich alles alleine machen, aber es geht nun mal nicht – das Waschen und Anziehen“ (S. 33, Z. 28).

Nur bei Kleinigkeiten wäre Hilfe bei einem Bewohner nötig, ein anderer sagte, dass er komplett selbstständig sei, ein Dritter meinte, dass Hilfe vom Pflegepersonal bequem, aber nicht notwendig sei.

Einige Bewohner unterschätzen erfahrungsgemäß ihren eigenen Pflegebedarf und überblicken demnach nur selten das Gesamtmaß der benötigten Unterstützung durch das Pflegepersonal. Die krankheitsbedingte Unselbstständigkeit der Interviewten zeigt sich besonders häufig beim An- und Ausziehen und beim Waschen oder Duschen, da hierbei oft teilweise oder vollständige Unterstützung durch die Pflegekräfte notwendig ist.

(Frage 25) Die Einschätzung der Interviewpartner zur Einbeziehung der eigenen Fähigkeiten in die pflegerischen Tätigkeiten durch das Personal fällt wie folgt aus: die Fähigkeiten seien eingeschränkt (3), aber die Bewohner bemühten sich um (mehr) Selbstständigkeit (2), Fortschritte seien vorhanden (3), obgleich die Fähigkeiten und die Selbstständigkeit variieren würden (3).

„Meine Fähigkeiten sind ja gebremst durch meine Krankheit und dann kann ich eben nicht mehr das machen, was ich gerne möchte und das können mir dann auch nicht die Angestellten geben“ (S. 34, Z. 23).

Vier Interviewpartner schilderten, dass das Pflegepersonal sie unterstützen, anleiten oder überwachen würden. Von einer weitestgehenden Selbstständigkeit sprach ein Befragter, vier erklärten, dass ihre eigenen Fähigkeiten gut in die pflegerischen Tätigkeiten einbezogen würden.

„Ja, das ist unterschiedlich – manches Mal kann ich mich fast alleine waschen und an machen Tagen geht es gar nicht. Manches Mal wundere ich mich, dann denke ich nanu,

jetzt steht sie hier und guckt nur zu, könnte sie mir doch helfen. Aber sie wollen ja, dass wir immer noch ein bisschen mitwirken und ich finde das auch ganz in Ordnung“ (S. 34, S. 38).

„Wenn ich kann, dann sage ich schon, ach lassen sie mal. Also Hosen hochziehen oder so schaffe ich auch mal alleine. Ich bin gerne aktiv, aber es geht alles nicht so“ (S. 35, Z. 10).

Anhand der oben genannten Frage sollte in Erfahrung gebracht werden, ob die aktivierende Pflege trotz knapper zeitlicher Kapazitäten in der Pflegeeinrichtung angewandt wird. Über das Maß an Beratung, Anleitung und Begleitung der Bewohner konnten keine aussagekräftigen Aussagen herausgefunden werden.

Nur wirklich notwendige Hilfestellungen sollten im Optimalfall durch das Personal geleistet werden, was bei der folgenden Schilderung nicht der Fall ist:

„Um die lange Hose anzuziehen – ich schaffe das auch alleine, ich habe das auch heute alleine geschafft, nur das ist natürlich sehr bequem, wenn eine kommt und zieht einem die lange Hose an. Aber ich kann schon nicht mehr zwischen bequem und wirklich notwendig unterscheiden – notwendig ist es nicht. Ich könnte mich strapazieren und es klappt, nur wenn man dann angezogen worden ist, sagt man, Mensch das ging ja bedeutend schneller und einfacher“ (S. 34, Z. 1).

Das Pflegepersonal sollte im Rahmen der aktivierenden Pflege „Hilfe zur Selbsthilfe“ leisten, die Ressourcen der Bewohner aktivieren und fördern, die Defizite sollten überwunden oder ausgeglichen und Bevormundungen vermieden werden, was letztlich zur Steigerung des Selbstwertgefühls und der Bewohnerzufriedenheit beitragen könnte. Den Befragten ist offensichtlich nicht bewusst, dass eine kompensatorische Pflege durch die Pflegekräfte sie von ihrem Bestreben, eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen, weiter entfernt.

Wie Williams (1998) bereits konstatierte, die Aspekte der Gefühlsarbeit beeinflussen die Zufriedenheit in einem höheren Maß als das technische Können des Pflegepersonals.¹³⁰

(Frage 26) Wie der Kontakt zum Pflegepersonal allgemein eingeschätzt wird, ist nachfolgend dargestellt.

Die Pflegekräfte seien bemüht, engagiert, nett, fürsorglich und respektvoll im Umgang mit den Bewohnern, so äußerten sich sechs Bewohner.

„(...) Die kümmern sich wirklich rührend und die Pfleger sind fast ohne Ausnahme alle sehr nett. Es ist ja keine leichte Arbeit, weiß Gott nicht, denn ein Drittel der Leute liegt ja immer im Bett, die werden im Bett gefüttert und alles und es ist schon ganz schön anstrengend“ (S. 36, Z. 16).

Von einem guten (3) und normalen (3) Kontakt sprachen die Interviewpartner. Obwohl der Beruf des Pflegepersonals anstrengend sei, würde gute Arbeit geleistet werden (4) und Gründe für Beschwerden seien nicht vorhanden (2).

„Naja, wenn während der Arbeit ein Gespräch in Gang kommt, gehen die auch drauf ein, wenn ich mal Fragen stelle oder so. Also es ist immer eine Bereitwilligkeit da und man wird nie abgewiesen“ (S. 35, Z.22).

Zwei der befragten Personen legten dar, dass wenig Kontakt und keine Zuwendung bestünde. Die gegenseitige Abhängigkeit zwischen Bewohnern und Pflegekräften wurde von einem Bewohner betont. *„ (...) Denn letzten Endes kriegen die ja ihr Gehalt durch unsere Mieten, die wir hier bezahlen und das ist ja eine gegenseitige Abhängigkeit – darf man nicht vergessen“ (S. 35, Z. 39).*

Die wenige Zeit für Gespräche infolge der Bürokratie (z. B. Dokumentationen) wurde von einem anderen beklagt.

¹³⁰ vgl. Williams 1998 In: Müller/ Thielhorn 1999, S. 80

„Ich meine die Gesetzgebung, die ist ja so blödsinnig, dass die so viel Schriftliches verlangen jetzt immer und die Leute haben überhaupt keine Zeit für ein Gespräch mit den Kranken, das müsste psychologisch gesehen ja auch der Fall sein. Denn das ist sehr wichtig – die Zuwendung zu den Kranken. Jedes schriftlich machen, abends wenn der Dienst zu Ende ist, dann müssen sie noch die Berichte schreiben, wie sich der und der Kranke gefühlt hat und was der gemacht hat und so weiter und so fort und es ist gewiss auch unter Umständen ganz wichtig, dass das überwacht wird, habe ich auch nichts gegen einzuwenden, aber das muss man in einem gewissen Maß halten. Man muss, wie ich schon sagte, die psychologische Zuwendung, die muss auch da sein und die ist nicht mehr gegeben. Hier im Hause ist noch ein netter Ton und sie geben sich Mühe, dass sie nicht die Kranken hetzen“ (S. 36, Z. 1).

Die Gesamtatmosphäre eines Heims wird maßgeblich von der Kommunikationsqualität zwischen Personal und Bewohnern bestimmt, wovon wiederum die Zufriedenheit der Bewohner entscheidend abhängt. Die Tatsachen, dass die Befragten die Arbeit und Anstrengungen der Pflegekräfte wertschätzen und anerkennen und die Pflegebeziehung als überwiegend positiv geschildert wurde, deuten auf eine angemessene Kommunikationsqualität in dieser pflegerischen Einrichtung hin. Aufgrund der beobachteten Interaktionen zwischen den Pflegekräften und den Bewohnern sind die Pflegebeziehungen als vertraut und teilweise empathisch empfunden worden. Verständnis und Solidarität sind seitens des Personals für die meisten Bewohner signalisiert worden.

(Frage 27) Die Freundlichkeit des Pflegepersonals stand anschließend im Fokus. Zwei Drittel der Befragten schilderten, dass die Pflegekräfte alle nett, bemüht und liebevoll seien und die Heimbewohner gut behandeln würden (10).

„Nein, nein, da bin ich wirklich zufrieden. Freundlich, höflich und zuvorkommend, so sind sie hier“ (S. 37, Z. 31).

„Sie sind alle gut zu mir, sie sind alle nett zu mir, die Schwestern. Ich habe keinen, der irgendwie nicht nett ist“ (S. 36, Z. 29).

„Ich muss schon sagen, dass sie zu mir immer gut sind. Ich finde, die Freiheiten, die man hier hat, die sind sehr gut. Der Mensch wird sehr als Person betrachtet und es ist nicht so, dass man nur die Nummer 19 ist“ (S. 36, Z. 34).

Überwiegend nett fänden zwei Interviewpartner das Pflegepersonal. Ein respektvoller, persönlicher Umgang wird von einem Befragten beschrieben, ein anderer meinte, dass er keinem schaden möchte (1) und daher nicht bereit sei, weitere Aussagen diesbezüglich zu tätigen. Im pflegerischen Alltag sei laut zwei Personen kaum Zeit für Gespräche, wenig Fürsorge und Zuwendung und lediglich ein unpersönlicher Kontakt gegenwärtig.

„Nett sind alle. Nur die Gespräche fallen gänzlich weg und das ist der große Mangel hier. Wir haben sehr kranke Leute hier gehabt und da kümmert sich keiner – den ganzen Tag nicht und da geht keiner mal runtergucken und nichts. Das ist ein Mangel, das muss ich wirklich sagen, und das ist mir selbst auch passiert“ (S. 37, Z. 1).

Interpersonale Aspekte und die Persönlichkeit der Pflegekräfte stehen in einem direkten Zusammenhang mit der Bewohnerzufriedenheit. Charakteristika wie Liebenswürdigkeit, Freundlichkeit, Respekt, Rücksicht, Aufmerksamkeit und Vorsicht spielen eine sehr wichtige Rolle bei der Bewertung des Pflegeheims.

Zudem fanden Owens und Bachelor (1996) in Studien heraus, dass sich die Erwartungen von Pflegebedürftigen offenbar im Versorgungsverlauf an die erbrachten Leistungen angleichen. Wünsche und Ansprüche können demnach im Versorgungsprozess Veränderungen unterliegen.¹³¹ Bewohner, die eine individuelle Rund-um-die-Uhr-Versorgung oder eine intensive psychosozialen Betreuung in einem Pflegeheim erwartet haben und sich mit der Realität konfrontiert sahen, haben ihre Ansprüche diesbezüglich angepasst. Die enormen physischen und psychischen Arbeitsbelastungen, die immens knappen zeitlichen Kapazitäten und die Vielzahl an notwendigen Dokumentationen, lassen den Pflegekräften nur wenig Gelegenheit für

¹³¹ vgl. Owens/ Bachelor 1996 In: Schnabel/ Schönberg 2003, S.178

tiefgründige Gespräche mit den Heimbewohnern. Trotzdem äußern zwei Drittel der Interviewpartner, dass das Personal nett, bemüht und liebevoll sei.

Für die Zufriedenheit der Heimbewohner hat die Freundlichkeit des Pflegepersonals einen höheren Stellenwert als die eigentliche Pflegetätigkeit. Unfreundliche Pflegekräfte sind innerhalb der Befragung häufiger zur Sprache gekommen als „inkompetente“. Entscheidend war, dass das Pflegepersonal während der pflegerischen Verrichtungen respektvoll und engagiert agiere.

(Frage 28) Die Zuverlässigkeit des Pflegepersonals wird von vielen Interviewpartnern als gut eingeschätzt und Beschwerden seien nicht vorhanden (6). Die Pflegekräfte seien engagiert, fleißig und diszipliniert (4). Einer sagte, dass der Großteil des Pflegepersonals zuverlässig sei. Verständnisvoll und geduldig würden die Bewohner auf das verspätete Erscheinen des Pflegepersonals nach dem Klingeln warten (3), aber zusätzliches Personal sei trotzdem nötig, um sich um alle angemessen kümmern zu können (2).

„Grundsätzlich sehr gut, aber sie haben sehr wenig Zeit. Es müssten mindestens fünf Arbeitskräfte mehr sein. Wenn man mal klingelt, wenn man mal wirklich klingelt, dann kann das auch eine halbe Stunde und länger dauern bis jemand kommt. Wenn sie bei einem Dementen sind, der vollkommen voll gekotet ist, dass sie den erst wieder auf Vordermann bringen müssen, das ist einzusehen, das ist alles einzusehen und da ich ja noch nicht sterbe, wenn ich klingele, kann das ruhig dauern“ (S. 38, Z. 19).

Der Beruf der Pflegekräfte wird im Hinblick auf diese Frage von einem Bewohner als besonders anstrengend empfunden und das Bewusstsein, dass viel zu tun sei, bestünde (1). Auch wenn etwas vergessen wird, würden die Bewohner mit Nachsicht und Geduld reagieren (2).

„Ja, mein Gott, man kann keinen Menschen verteufeln, der solch einen Beruf hat, es ist schlimm, wie sie manches Mal eilen müssen und gebraucht werden. Ich könnte nichts Schlechtes sagen, denn sie laufen rum und tun, was sie können und es sind ja auch

selbst nur Menschen. Dass dann jemand mal was vergisst, dass man noch mal nachfragen muss, das ist doch eigentlich normal, nicht? Finde ich jedenfalls, denn sie haben es sehr, sehr schwer und gerade hier eben mit all diesen Kranken, die nicht hören, nicht sehen und alles“ (S. 38, Z. 7).

Ein Interviewter hatte andere Vorstellungen im Hinblick auf die Zuverlässigkeit, wollte aber deshalb keinen schlecht machen.

Die Bewohner passen sich offensichtlich größtenteils an die Rolle der Abhängigen an und akzeptieren, dass das Pflegepersonal das Bestmögliche zu ihrer Versorgung und Betreuung unternimmt. Eigene Erwartungen, Ansprüche und Wünsche zu artikulieren steht im Gegensatz zu der Versorgung der schwerstpflegebedürftigen oder hochgradig demenzkranken Mitbewohner im Hintergrund. Die Befragten kritisierten demnach das Zuspätkommen der Pflegekräfte nicht, weil diese sich um das Wohl der anderen Bewohner kümmerten und deshalb beschäftigt seien und die Bewohner stellen ihre eigenen Bedürfnisse dann zurück. Die aktuelle Situation bezüglich der Zuverlässigkeit der Pflegekräfte stellte für die meisten Heimbewohner offenbar keinen Grund zur Unzufriedenheit dar, aber ob sie mit den Zuständen glücklich sind, bleibt fraglich.

(Frage 29) Zu der Frage „Haben Sie unter den Mitarbeitern eine Bezugsperson?“ sind anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse sieben Kategorien konstruiert worden. Vier Bewohner waren der Ansicht, dass (fast) alle nett seien und darum keine spezielle Bezugsperson existieren würde. Auf eine oder mehrere Lieblingspflegekräfte konnte sich ein Drittel der Bewohner festlegen (5) und war in der Lage, diese auch namentlich zu benennen. Der einzige männliche Pfleger ist von vier Interviewpartnern explizit genannt worden, da er von den Bewohnern besonders gemocht würde. Ausdrücklich erwünscht seien wechselnde Pflegekräfte von einem Befragten. Ein anderer meinte, dass keine Bezugsperson vorhanden sei, der Wunsch danach aber bestehen würde. Fünf weitere Personen gaben an, dass zu niemandem der Pflegekräfte ein besonderes Verhältnis aufgebaut worden und deshalb keine Bezugsperson vorhanden sei. Von zwei Heimbewohnern wurde eine bestimmte Nachtschwester negativ erwähnt, da sie sich nicht so nett und herzlich wie die anderen um die Bewohner kümmern würde.

Der Wunsch nach einer festen Bezugsperson, zu der eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann, war für viele der Befragten wichtig.

„Zur Kritik aufgefordert, zeigen sich ältere Pflegebedürftige vor allem mit häufigem Personalwechsel unzufrieden. Der Wunsch nach einer festen Bezugsperson, zu der eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann, hat für ältere Menschen die höchste Priorität. Zu den subjektiven Qualitätskriterien gehören ebenso Verlässlichkeit, Transparenz, bessere Zeitorganisation, Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen.“¹³²

Im Rahmen der Bezugspflege sollte im Gegensatz zu der Organisationsform der Funktionspflege eine Pflegeperson fortwährend die Pflege mehrerer Bewohner übernehmen und die gesamte Verantwortung tragen, sowohl für die praktischen als auch für die administrativen Aufgaben der Pflege. Die Einteilung sollte in dieser Einrichtung nach Sympathie für die Pflegekraft erfolgen, so dass sich relativ stabile, sehr persönliche Beziehungen zwischen der Pflegekraft und dem Bewohner entwickeln könnten. Sämtliche Handlungen mit dem Bewohner werden von der zuständigen Pflegekraft ausgeführt. Der optimierte Informationsfluss, die zunehmend konkrete Pflegeplanung und die kontinuierliche Fürsorge leisten einen entscheidenden Beitrag zur Verstärkung der Bewohnerorientierung und somit zur Erhöhung der Bewohnerzufriedenheit.

(Frage 30) Der Umgang mit den Bewohnerbeschwerden sollte daraufhin von den Bewohnern beurteilt werden.

Bislang keinen Grund zur Beschwerde hätten sieben Interviewpartner. Eine bewusste und intensive Reflexion der Alltagssituation würde bei den Befragten sicherlich ein anderes Ergebnis hervorbringen. Resultierend aus der Bescheidenheit vieler Bewohner und aus der Dankbarkeit der Einrichtung gegenüber würden sie sich nicht wohlfühlen, wenn sie Kritik an den Bemühungen der Pflegekräfte, der Heimleitung oder der Hauswirtschaft äußern.

„Beschwerden – worüber sollte ich mich beschweren?“ (S. 40, Z. 41)

¹³² zit. nach: <http://www.wz.nrw.de/magazin/artikel.asp?nr=477&ausgabe=2002/3&titel=Lebensqualit%C3%A4t%5Eim%5EAlter&magname> (Stand: 12.04.2008)

Zwei Personen gaben zu, dass sie sich mit Beschwerden zurückhalten würden, um Ärger zu vermeiden. Die Leitung würde oft zur Äußerung von Anregungen auffordern (1), und vereinzelte Beschwerden gehörten zur Normalität in so einem Haus (1).

„Ja, doch die Frau L., die sagt oft, wenn sie was haben, melden sie sich. Ich melde mich so wenig wie möglich, um die zu entlasten – nicht, dass die noch Theater mit mir haben“ (S. 40, Z. 29).

„Ja, bei den wirklichen Schwierigkeiten meldet man sich nicht – das sind die seelischen und man will ja keinen Ärger machen“ (S. 40, Z. 45).

Die älteren Menschen, die sich oft beschwerten, würden nicht gern gemocht werden (1). Negative Erlebnisse waren für einen Bewohner Grund zur Beschwerde. Drei Interviewte waren der Ansicht, wenn Beschwerden vorhanden wären, dann würden sie aufgenommen und ihnen nachgegangen werden.

Die Annahme vieler Interviewpartner, dass aus Beschwerden Ärger und Sanktionen resultieren würden, führt im Allgemeinen dazu, dass nur wenige verlässliche Aussagen zur Betreuung oder Versorgung in der stationären Einrichtung tätigen. Beschwerden sollten als konstruktive Ideen, hilfreiche Anregungen oder Verbesserungsvorschläge verstanden werden, nicht als eine denunzierende oder tadelnde Handlung.

Ein gut funktionierendes Beschwerdemanagementsystem bildet die Grundlage für Verbesserungen und ist in der Qualitätsdiskussion von eminenter Bedeutung. Die Bewohner müssen das Gefühl haben, dass sie bei bestehender Unzufriedenheit die Möglichkeit haben, dieses zu äußern, um letztlich eine Alternative oder eine Veränderung herbeizuführen. Negativen Emotionen wie Ohnmacht oder Resignation ist seitens der Pflegeeinrichtung durch Maßnahmen zum Beschwerdemanagement entgegenzuwirken. Die Möglichkeit, konstruktive Kritik beispielsweise schriftlich formulieren und in einen sogenannten Kummerkasten werfen zu können, trägt entscheidend zur Verstärkung der Bewohnerpartizipation und somit zur Steigerung der Zufriedenheit bei.

Aufgrund dessen, dass bei dieser Frage der Heimbeirat der Einrichtung nicht erwähnt wurde, kann abgeleitet werden, dass die Arbeit mit diesem Gremium durch die Heimleitung intensiviert werden sollte.

3.3.6 Leitung & Hauswirtschaft

(Frage 31) Die allgemeine Beurteilung der Arbeit der Heimleitung ergab, dass Herr H. als sehr freundlich, engagiert, höflich und hilfsbereit eingeschätzt wurde (5), alles unter ihm funktionieren würde und er sämtliche Abläufe im Griff hätte (2).

„Kann ich eigentlich gar nicht beurteilen. Ich weiß nur, dass alles funktioniert“ (S. 41, Z. 18).

Einige Bewohner waren der Meinung, dass die Heimleitung gute Arbeit leisten würde (3), der Kontakt allerdings begrenzt sei (2) und auch noch große Sympathien für die frühere Leiterin bestehen würden (1). Lediglich ein Interviewpartner eröffnete, dass der Heimleiter regelmäßig auf eine Unterhaltung vorbeikäme. Vier Bewohner entgegneten diesbezüglich, dass sie keine Ahnung von dem hätten, was ein Heimleiter zu tun hätte, und deshalb keine Beurteilung darüber abgeben könnten. Eine Person verriet, dass sie im Haus nichts von anstehenden Terminen erfahren würde und, dass die „geistig Fitten“ genauso behandelt würden wie die dementiell erkrankten Bewohner und darum keine individuelle Betreuung gegeben sei.

„Ich finde, die ist in Ordnung. Ich finde, sie sind sehr bemüht und haben einen sehr guten Umgangston und man fühlt sich nicht geschoben oder geschubst in irgendeine Richtung. Man hat das Gefühl, dass sie alle sehr kompetent sind“ (S. 41, Z. 6).

Die Bewohner, die sich größtenteils in ihren Appartements aufhielten, hatten in der Regel seltener Kontakt zum Heimleiter. Regelmäßige Zusammenkünfte (beispielsweise Diskussionsrunden) könnten dafür sorgen, dass das Gemeinschaftsgefühl zwischen den Bewohnern und dem Heimleiter gefestigt wird. Herr H. erhielt für sein Auftreten viel

positive Resonanz, sollte aber künftig darauf achten, dass der Informationsfluss für die „geistig fitten“ Bewohner anders realisiert werden sollte als für die dementiell erkrankten Bewohner. Über die aktuellen Abläufe im Unternehmen und über anstehende Veranstaltungen sollten die Bewohner rechtzeitig und vor allem persönlich informiert werden, um die familiäre Atmosphäre im Haus auch weiterhin zu gewährleisten.

(Frage 32) In einer weiteren Frage war die Meinung der Interviewpartner zur Hauswirtschaft und Zimmerreinigung gefragt.

Die Bewohner stellten fest, dass diese gut (6) beziehungsweise zufriedenstellend (2) sei, die betreffenden Frauen sehr nett und fleißig seien (3), keine Beschwerden vorhanden wären (2) und das Haus sehr ordentlich und sauber sei (3).

„Ja, das ist sehr ordentlich, es wird jeden Tag geputzt und wenn was ist, kommt sofort der Hausmeister. Da kann man sehr zufrieden sein, wirklich, das ist sehr schön“ (S. 42, Z. 18).

Nur ein Befragter kritisierte, dass eine tägliche Zimmerreinigung zu viel sei.

„Also, die gehen mir auch manchmal auf den Nerv, denn die kommen ja jeden Tag. So oft kriege ich gar nicht die Beine hoch, wie die hier saugen und die klauen dem Teppich die Haare, da kommt schon die Haut durch“ (S. 42, Z. 5).

Sauberkeit und Hygiene stellen im Heimalltag für die Befragten eher untergeordnete Parameter dar, werden nicht mehr so bewusst wahrgenommen und tragen daher nicht maßgeblich zur Zufriedenheit der Befragten bei. Diese Leistungen werden von den Bewohnern vorausgesetzt, als selbstverständlich erachtet und rufen daher keine besondere Resonanz hervor. Das maximale Ziel kann hierbei lediglich sein, dass der Bewohner nicht unzufrieden ist. Unsauberkeit und Unordnung erregen umso mehr Aufsehen und können schnell zu Unzufriedenheit führen. Für Angehörige, Externe und Aufsichtsbehörden sind gute hygienische Zustände in pflegerischen Einrichtungen enorm wichtig.

3.3.7 Finale Reflexion des Lebens im Pflegeheim

(Frage 33) „Wenn Sie noch mal vor der Entscheidung stehen würden, hätten Sie sich wieder für dieses Haus entschieden?“ Diese Interviewfrage leitete den letzten Fragenblock der Erhebung ein. Fast alle Bewohner antworteten darauf mit einem klaren „Ja“ (12). Eine der Personen formulierte, dass über andere Häuser viel Schlechtes zu hören sei und sie deshalb in das gewählte Haus wieder einziehen würde. Aufgrund der fehlenden Alternativen sei dies zwangsweise die einzige mögliche Lösung für die derzeitige Situation, so ein anderer Befragter. Ein weiterer Bewohner konstatierte, dass er sich für das gleiche Geld auch eine private Pflegerin hätte nehmen können und so die gewohnte Umgebung und die Selbstständigkeit nicht hätte aufgeben müssen. Der zweite Interviewte, der sich nicht wieder für dieses Haus entschieden hätte, betonte, dass Betreutes Wohnen oder ein Haus mit der Möglichkeit, im Appartement selbst zu kochen, besser gewesen wären.

Infolge der Vielzahl an positiven Antworten ist erkennbar, dass die Gesamtzufriedenheit mit der stationären Pflegeeinrichtung als gut zu bewerten ist. Die Tatsache, dass den Heimbewohnern keine Vergleichsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, da niemand von ihnen zuvor in einem anderen Pflegeheim gelebt hat, kann eine potentielle Erklärung für die hohen Zustimmungswerte sein.

(Frage 34) „Würden Sie Ihren Freunden und Verwandten dieses Haus weiterempfehlen?“

Auf diese Frage entgegneten nahezu alle Bewohner mit einem: „Ja“ (12), wobei in einem Fall keine Weiterempfehlung stattfinden würde, falls die Freunde noch geistige Ansprüche oder den Willen zum selbstständigen Kochen hätten. Einigen Bekannten ist das Haus bereits weiterempfohlen oder zumindest ist mit dem Gedanken gespielt worden (3). Drei Heimbewohner gaben an, dass sie generell nichts weiterempfehlen würden, da die Ansprüche und Bedürfnisse der Menschen zu verschieden seien.

Die vielen positiven Bestätigungen auf diese Frage deuten daraufhin, dass die Heimbewohner mit der Einrichtung allgemein zufrieden zu sein scheinen und demnach auch ihren Freunden und Verwandten dazu raten würden, in das gleiche Pflegeheim zu ziehen.

(Frage 35) Die Einschätzung des Preis-Leistungs-Verhältnisses fiel den Bewohnern schwer. Die Mehrheit erklärte, dass sie das nicht beurteilen könnten (9). Das mangelnde Interesse, das fehlende Wissen und die nicht vorhandene Aufklärung und somit die begrenzten Informationen hinsichtlich der monetären Angelegenheiten oder das Vertrauen in andere Personen (meist Kinder) führten dazu, dass die älteren Menschen die Preise für die erhaltenen Leistungen nicht bewerten können.

„Das weiß ich gar nicht. Ich habe alles meinem Sohn übergeben – unser Bankkonto, unser ganzes Vermögen und alles, und da will ich auch gar nichts von wissen“ (S. 45, Z. 26).

Die Finanzen wurden in vier Fällen von den Kindern der Befragten geregelt und bei einem müsse das Kind auch finanzielle Unterstützung leisten, da das Geld sonst nicht ausreichen würde. Von einer Person war zu hören, dass voller Sorge daran gedacht würde, ob das Geld auch zukünftig noch reichen wird.

„Mir geht es auch verhältnismäßig gut, ich kann auch zufrieden sein, ich kann ja auch noch immer Dinge extra machen und ich kann mich darüber wirklich nicht beklagen. Nur jetzt fange ich nur schon manches Mal an zu rechnen, wo ich schon drei Jahre hier bin, ob ich überhaupt noch länger leben kann“ (S. 45, Z. 35).

Diese Aussage verdeutlicht, dass die monatliche finanzielle Belastung für ein Leben im Pflegeheim immens ist und ohne Erspartes kaum zu bewältigen wäre.

Keine Einwände wurden von vier Befragten geäußert, da der Preis angemessen sei. Die Bewohner sprachen davon, dass alles teurer geworden sei (2) und die Preise seien doch fast überall die gleichen (1).

„Das kann ich nicht beurteilen. Es ist nicht billig und meine Söhne sagen, zahle es, du bist da gut untergebracht und das stimmt ja auch. Ja, die Welt ist nicht billig, das wissen wir alle und, wenn es einigermaßen nett sein soll, dann ist es teurer, das ist einzusehen“ (S. 45, Z. 8).

(Frage 36) Abschließend wurde noch einmal danach gefragt, was die Bewohner in der pflegerischen Einrichtung am Besten finden würden. Ein Drittel der Interviewten war bezüglich dessen der Ansicht, dass der herzliche und persönliche Umgang des Personals mit den älteren Menschen besonders gefallen würden (5).

„Das Entgegenkommen, das Menschliche, das empfinde ich hier für gegeben, was man in anderen Häusern nicht so findet. Da hat man ja lange Gänge und da sausen die einfach an der Tür vorbei und kommen nicht rein“ (S. 46, Z. 17).

Die Wertigkeit der Annehmlichkeiten in der Heimversorgung sollen hier ansatzweise herausgearbeitet werden. Besonders zufrieden machten die Befragten demnach die Umgangsformen des Personals. Dies verdeutlicht, dass die Kommunikation und die zwischenmenschlichen Beziehungen für die Bewohner enorm wichtig sind und diese maßgeblich zur Zufriedenheit und zum Wohlbefinden beitragen.

Am Besten fanden die Heimbewohner weiterhin das eigene Zimmer (1), die Umgebung und die ruhige Lage (4), die Sauberkeit und Höflichkeit (1), das Haus an sich (1) und die Tatsache, dass im Notfall immer jemand da wäre (1).

Die Räumlichkeiten, das Haus und die Lage sind von insgesamt sechs Bewohnern diesbezüglich angesprochen worden, was darauf schließen lässt, dass auch diese Faktoren sich entscheidend auf die Zufriedenheit der Interviewpartner auswirken und nicht als Nebensächlichkeiten abgetan werden können.

„Die ruhige Lage finde ich einzigartig. Es ist hier auch kein Massenbetrieb und das ist das Schöne. Wenn man Kontakt haben will, kann man sich ihn hier suchen und, wenn nicht, dann bleibt man in seinen vier Wänden“ (S. 46, Z. 44).

Die persönliche Freiheit und, dass selbst entschieden werden kann, ob Gesellschaft erwünscht ist oder nicht, wurde von zwei Befragten als das Beste in dieser Einrichtung empfunden. Die Selbstbestimmung und die Unabhängigkeit wurden ebenfalls besonders

geschätzt und beeinflussten analog zur individuellen Zufriedenheit (Frage 7) die Gesamtzufriedenheit der Heimbewohner.

Von einer Person war das Rauchen als „besonders“ hervorgehoben worden, da aufgrund der Immobilität die Freizeitgestaltung darauf begrenzt ist. Etwas Bestimmtes konnte von drei Bewohnern diesbezüglich nicht benannt werden, da sie alles in diesem Pflegeheim gut fänden. Solche globalen Urteile der Interviewten sind nicht besonders aussagekräftig und lassen keine Rückschlüsse auf die Aspekte zu, die persönlich als besonders positiv im Heimalltag empfunden werden.

„Eines kann man gar nicht herausgreifen. Man kann sich hier wohlfühlen, mit den Räumen sind wir zufrieden und mit den ganzen Leuten, die hier arbeiten, sind wir zufrieden. Was Besonderes könnte ich gar nicht so sagen“ (S. 46, Z. 27).

Auffällig bei dieser Frage war, dass niemand die Beziehungen zu den Mitbewohnern als besonders positiv hervorgehoben hat und sich die Antworten fast ausschließlich auf das Personal, das Haus und dessen Lage und die eigene Selbstständigkeit bezogen. Somit kann festgestellt werden, dass für die Heimbewohner die angesprochenen Bereiche die Faktoren sind, die die Zufriedenheit mit der pflegerischen Einrichtung entscheidend beeinflussen.

(Frage 37) Um eine Gegenüberstellung der positiv und negativ empfundenen Aspekte im Heimalltag zu erhalten, ist danach gefragt worden, was den Heimbewohnern in diesem Haus nicht so gut gefallen würde.

Darauf antwortete die Mehrheit der Befragten, dass nichts Negatives vorhanden sei und alles zusagen würde (9).

„Ach, wissen Sie, da muss ich wirklich suchen und dann würde ich nicht die Wahrheit sagen, nein, mir gefällt eigentlich alles. Mir gefällt es so, wie es ist und so soll es bleiben und, wenn es nicht anders wird, dann ist es gut“ (S. 47, Z. 13).

Von den älteren Menschen wurde als nicht so positiv empfunden, dass viele Bewohner demenzkrank seien und dadurch keine Unterhaltung möglich sei (1), dass keine Abwechslung beim Essen vorhanden sei, da es morgens und abends immer die gleiche Wurst und das gleiche Brot gäbe (1) und, dass das eigene Zimmer so klein sei und deshalb nur wenig Platz zur Verfügung stehen würde (1). Das bevormundende Verhalten des Personals den Heimbewohnern gegenüber wurde von einer Person kritisch angemerkt.

Bewohner werden zu oft pauschal vom Personal behandelt, indem Entscheidungen zum „Wohle“ der Mehrheit getroffen und dadurch die individuellen Bedürfnisse ignoriert werden.¹³³

Ein anderer Heimbewohner benannte die Unselbstständigkeit als Resultat der Krankheiten als besonders negativ. Ebenso könnten Theaterbesuche häufiger anstehen (1). Jeweils ein Interviewter behauptete, dass er sich an das Vorgegebene anpassen würde und, dass eigeninitiativ gehandelt werden würde, wenn bestimmte Dinge einem nicht zusagen würden.

Die unterschiedlichen Antworten lassen darauf schließen, dass die einzelnen Bewohner die Prioritäten sehr verschieden festlegen. Die Vielzahl an dementiell erkrankten Bewohnern und die daraus resultierenden mangelhaften Gespräche stellen für einen Bewohner einen Aspekt dar, der zur Unzufriedenheit Anlass gibt. Dass die „geistig Gesunden“ genauso wie die demenzkranken Bewohner bevormundend behandelt werden, scheint ein großes Problem für einen Interviewten zu sein.

Die fehlende Abwechslung bei den Mahlzeiten, das kleine Zimmer und die begrenzte Anzahl an kulturellen Veranstaltungen stellen für nicht Sachkundige auf den ersten Blick in der Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen lediglich „Belanglosigkeiten“ dar, sind aber für die Befragten so entscheidend, dass sie hinsichtlich dieser Frage angesprochen wurden.

Die Ansprüche an das alltägliche Heimleben gestalten sich ebenso verschieden wie die individuellen Bedürfnisse, Ansichten und Biografien der Interviewpartner.

¹³³ vgl. Harris et al. 1995, S. 39

(Frage 38) „Was wünschen Sie sich für die Zukunft?“. Diese Frage fungierte als adäquater Abschluss der umfangreichen Befragung und sollte zudem die Sehnsüchte und Anliegen der Bewohner aufdecken.

Der Wunsch, wieder nach Hause ins gewohnte Umfeld zu kommen, war bei einem Bewohner präsent. Obwohl das Bewusstsein darüber vorhanden ist, dass eine Rückkehr in das alte Leben nicht mehr möglich ist, äußerte der Interviewte diese Hoffnung.

Jeder Dritte antwortete, dass ein sanfter Tod das Einzige sei, was noch wünschenswert wäre (5).

Vier der 15 befragten Bewohner waren davon überzeugt, dass keine Zukunft mehr vorhanden sei und daher auch Wünsche keine Relevanz für sie hätten.

„Nichts Besonderes – hier ist Endstation. Was soll ich dazu sagen? Ich hänge nicht am Leben, ich habe nicht mehr viel Lebenswillen, ich habe ja alles erlebt, was es zu erleben gab und ich habe ein schönes Leben gehabt. Ich kenne die Welt und erwarte auch nichts mehr“ (S. 49, Z. 4).

„Oh Gott, eine Zukunft habe ich doch gar nicht. Was kann da noch kommen? Ich wünsche mir, dass ich einmal umfalle und nicht mehr da bin – das wünsche ich mir für die Zukunft und die kann ja nicht mehr so fern sein“ (S. 48, Z. 19).

Das Leben im Pflegeheim wird von vielen Bewohnern prinzipiell als „Warten auf den Tod“ empfunden. Diese letzte Lebensphase kann von ihnen nicht mehr beeinflusst werden, da durch den Heimeinzug die Perspektiven verloren gegangen sind und der Ort des Lebensabends feststeht. Die Lebensqualität lässt sich nicht mehr verändern, umziehen möchte im hohen Alter keiner mehr und somit fehlt vielen Bewohnern die Motivation und Lebensfreude in den letzten Lebensjahren. Die tiefe Trauer infolge der Verlusterfahrungen (geliebte Menschen, Eigentums beim Heimübergang) in der Vergangenheit und eine ungewisse und meist von Krankheit geprägte Zeit in der

Zukunft, lassen einige Befragte resignieren und können zu anhaltender Hoffnungslosigkeit führen.¹³⁴

„Älteren Menschen und im Besonderen Heimbewohnern ist es deutlich bewusst, dass sie sich in der letzten Lebensphase befinden. Gerade Heimbewohner werden immer wieder mit dem Tod konfrontiert, immer dann, wenn ein Mitbewohner verstirbt.“¹³⁵

Die Einsamkeit, die Unselbstständigkeit und die Fremdbestimmung seien laut einem Interviewten belastend und würden die Situation nicht mehr lebenswert machen. Der Wunsch, wieder geselliger zu werden und mehr Zusammenkünfte mit den Bewohnern zu haben, begleitete einen anderen Interviewpartner. Ein Heimbewohner befürchtete, dement, bettlägerig oder so krank zu werden, dass ein weiterer Krankenhausaufenthalt notwendig würde. Ähnlich sah dies auch eine andere Person, die aufgrund von persönlichen Erfahrungen Angst davor hatte, an Alzheimer zu erkranken.

„Ich wünsche mir einen sanften Tod und nicht, dass ich noch irgendwie mit Demenz und ohne was zu können im Bett so liegen müsste, bis ich die Augen für immer schließe. Ich möchte einen etwas leichteren Tod haben, dass ich vielleicht mal hinüber schlafe, aber das ist ja ein frommer Wunsch, da kann man hier nicht drauf hoffen, aber das ist etwas, was ich sehr erbitten würde, wenn ich es könnte. Ach nein, ich möchte auch nie wieder ins Krankenhaus – Krankenhaus ist nichts für mich“ (S. 48, Z. 40).

Einige der Bewohner blickten positiver in die Zukunft und wünschten sich dementsprechend Gesundheit (4), Glück, Frieden und familiären Zusammenhalt (1) und, dass kein weiterer Umzug notwendig würde (1). Eine gute Alltagsbewältigung, mehr Selbstständigkeit und Mobilität waren zukünftige Anliegen von drei Bewohnern.

„Gesundheit! Dass ich mit allem besser fertig werde und, dass ich besser laufen kann und, dass ich ein bisschen mehr aus den vier Wänden rauskomme“ (S. 48, Z. 16).

¹³⁴ vgl. Hanisch/ Göritz: Url: <http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html> (Stand: 10.04.2008)

¹³⁵ zit. nach: Hanisch/ Göritz: Url: <http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html> (Stand: 10.04.2008)

Die Bewohner, die sich gut mit ihrer „neuen“ Situation arrangiert haben und im Allgemeinen froh über den Heimeinzug waren, blicken tendenziell zuversichtlicher in die Zukunft als die Interviewpartner, die die Erfahrungen der Vergangenheit emotional noch nicht verarbeitet haben.

3.3.8 Beantwortung der Forschungsfrage

Eine Vielzahl an interdependenten Faktoren, die Einfluss auf die Zufriedenheit nehmen, ist vorhanden, doch welche wirken sich nun tatsächlich entscheidend auf die Zufriedenheit der Bewohner aus?

Die Erhebung zur Multidimensionalität der Zufriedenheit von Bewohnern einer stationären Pflegeeinrichtung ergab, dass intrinsische und extrinsische Faktoren das Zufriedenheitsurteil der Heimbewohner maßgeblich beeinflussen. Die Bewohnerzufriedenheit wird demnach im Hinblick auf die jeweilige Person sowohl von außen als auch von innen bestimmt.

Der qualitativen Erhebung zufolge zählen zu den wichtigsten intrinsischen Einflussfaktoren der Bewohnerzufriedenheit die Aspekte, die in der Person selbst begründet sind: die Gesundheit, die Biografie, die Ansichten, Ansprüche und Bedürfnisse, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit (siehe Abbildung 1). Ein schlechter gesundheitlicher Zustand, die daraus folgende Unselbstständigkeit und Abhängigkeit, negative Erfahrungen in der Vergangenheit und nicht erfüllte oder berücksichtigte Ansprüche und Bedürfnisse lassen bei den Befragten Unzufriedenheit aufkommen.

Die derzeitige Lebensqualität und demnach die Zufriedenheit können nicht losgelöst von den Erlebnissen in der Vergangenheit betrachtet werden. Die Ergebnisse der Interviews sind unter anderem in den Biografien der Bewohner begründet. Die Verlusterfahrungen, die Erfolgserlebnisse und die schönen oder schlechten Erinnerungen sind bei der Zufriedenheitsbeurteilung nicht außer Acht zu lassen. Die

Berücksichtigung der spezifischen und zugleich komplexen (physischen, psychischen, sozialen) Situation eines Menschen ist hinsichtlich der Erfassung der Zufriedenheit unerlässlich. Das Auseinandersetzen mit den Aussagen, Wünschen und Bedürfnissen eines Menschen sollte demnach mit der Interpretation der Ergebnisse verbunden sein.

Die Erwartungen, Wünsche, Bedürfnisse und Ansprüche der Bewohner werden von den meisten Interviewpartnern in Anpassungsreaktionen verändert und somit an das Heimleben angeglichen. Wenn die Erwartungen den Wahrnehmungen entsprechen, wird Zufriedenheit generiert. Wenn die Erwartungen nicht mit der Realität im Pflegeheim übereinstimmen und Anpassungen nicht stattfinden, dann ist Unzufriedenheit gegenwärtig.

Der familiäre Rückhalt und langjährige Freundschaften haben auf die Zufriedenheit der älteren Menschen ebenso einen ausschlaggebenden Einfluss. Auch die Konfession spielt für einige eine wichtige Rolle hinsichtlich der Zufriedenheit. Die religiöse (oft zugleich bescheidene) Grundeinstellung und die regelmäßigen Gebete tragen bei manchen Befragten dazu bei, mit dem Vorhandenen zufrieden zu sein und nichts zu beanstanden zu haben.

Die finanzielle Situation spielt bei älteren Menschen mit einer guten Rente im Vergleich zu denen mit einer geringen Rente eine untergeordnete Rolle.

Die Dimensionen Beruf und Partnerschaft sind bei den Interviewten aufgrund der Hochaltrigkeit nicht mehr existent und nehmen nur in Form von Erinnerungen Einfluss auf die Zufriedenheit.

Die extrinsischen Aspekte, die sich maßgeblich auf die Zufriedenheit von Heimbewohnern auswirken, sind das Pflegepersonal, die baulichen Gegebenheiten und der Kontakt zu den Mitbewohnern. Das soziale Umfeld und die Wohnverhältnisse fördern oder beeinträchtigen das Wohlbefinden und somit die Lebensqualität der Interviewten wesentlich. Die Möglichkeiten der Freizeitbeschäftigung haben bei den Befragten vergleichsweise keinen so gravierenden Einfluss auf die Zufriedenheit, was nicht bedeuten soll, dass sie als unwichtig abgetan werden können.

Hinsichtlich des Zitates von Oscar Wilde („Ich habe einen ganz einfachen Geschmack: Ich bin immer mit dem Besten zufrieden“) kann geschlussfolgert werden, dass die befragten Bewohner in jeglicher Hinsicht (Freizeitgestaltung, Speisen, Pflege) nicht ausschließlich mit dem Besten zufrieden sind. Die Interviewten haben bescheidenere Ansprüche und fühlen sich bereits bei einem „Normalmaß“ an Versorgung und Betreuung wohl.

Die Ursachen für Unzufriedenheit sind entsprechend der Ausführungen nicht hauptsächlich in der Versorgung und Betreuung im Pflegeheim zu suchen, sondern haben meist ihren Ursprung in der Biografie, der Situation des Heimübergangs oder in der Unselbstständigkeit resultierend aus der gesundheitlichen Situation.

Die Zusammenhänge zwischen den subjektiv geäußerten Zufriedenheitswerten, den biografischen Aspekten und den objektiv vorhandenen Merkmalen der Einrichtung sind sehr komplex, müssen aber unbedingt im Hinblick auf die Bewertung der Zufriedenheitsurteile der Bewohner Berücksichtigung finden.

3.4 Methodenkritik

Eine angemessene Interpretation der Befragungsergebnisse setzt voraus, dass Schwierigkeiten der Zufriedenheitsforschung nicht außer Acht gelassen werden.

Durch die Selbstselektion der Befragten können positive Verzerrungen auftreten. Diejenigen, die nicht an der Befragung teilnehmen wollten, haben eventuell mehr Kritikpunkte als die Teilnehmer der Befragung.¹³⁶

In der qualitativen Forschung treten aufgrund der kleinen Fallzahlen spezifische Probleme bei der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse auf.¹³⁷ Valide, aussagekräftige Angaben können demnach nur bedingt gemacht werden.

Einige Fragen hätten in der Erhebung noch zusätzlich gestellt werden können, beispielsweise: Welche Aspekte die Bewohner in ihrem früheren Leben besonders zufrieden beziehungsweise unzufrieden machten? Die Wertigkeit der einzelnen Einflussfaktoren hätte anhand dieser Frage verstärkt herausgearbeitet werden können.

Die gewählte Auswertungsmethode berücksichtigt zu wenig den Kontext der Textbestandteile, latente Sinnstrukturen und das, was im Text nicht vorkommt. Die Antworten auf die einzelnen Fragen können zwar miteinander verglichen werden, aber die Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Bereichen (beispielsweise zwischen den Erlebnissen des Heimeinzugs und der derzeitigen Zufriedenheit oder zwischen dem Kontakt zu den Mitbewohnern und der empfundenen Atmosphäre im Haus) innerhalb eines Bewohnerinterviews sind nicht untersucht worden, da eine andere Auswertungsmethode gewählt wurde.

¹³⁶ vgl. Aust 1994, S. 33

¹³⁷ vgl. Mayring 2002, S. 24

3.5 Überprüfung der Postulate des qualitativen Denkens

Die Studie zur Multidimensionalität der Bewohnerzufriedenheit in einer stationären Pflegeeinrichtung kann aufgrund von folgenden Aspekten als ausreichend qualitativ abgesichert gelten:

- der Gegenstandsbereich ist exakt und ausführlich beschrieben und interpretativ erschlossen worden, eine ganzheitliche Gegenstandsauffassung ist ersichtlich;
- der Forschungsprozess wurde grundsätzlich für Ergänzungen und Revisionen offen gehalten;
- die Bewohner waren Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung und sind in ihrer Historizität und hinsichtlich ihrer Probleme betrachtet worden;
- bezüglich der Methodik ist kontrolliert und regelgeleitet vorgegangen worden (entsprechend der Verfahrensschritte);
- die Bewohner sind in ihrer natürlichen, alltäglichen Umgebung befragt worden;
- an konkrete praktische Problemstellungen ist angeknüpft worden;
- die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ist weitgehend argumentativ begründet worden;
- zur Stützung und Verallgemeinerung der Ergebnisse sind auch induktive Verfahren zugelassen worden und
- durch qualitative Analyseschritte sind die Voraussetzungen für sinnvolle Quantifizierungen bedacht worden.¹³⁸

¹³⁸ vgl. Mayring 2002, S. 39

4 Handlungsempfehlungen für den Alltag in der Seniorenresidenz

Erst nach der Auswertung der Befragungen kommt die eigentliche Herausforderung für die Einrichtung. Auf der Basis der Interviewergebnisse ist unter anderem eine Vielzahl an qualitätssichernden und –verbessernden Maßnahmen einzuleiten, die den Bedürfnissen und Ansprüchen der Bewohner entsprechen. Dieser **Maßnahmenkatalog** ist mit einem **konkreten Zeitplan** zu versehen.

Eine Barriere stellt in diesem Zusammenhang das Maß der Veränderungen hinsichtlich der Umsetzung der Interviewergebnisse dar. Bewohnerwünsche, die (arbeits-)organisatorische Veränderungen nach sich ziehen, werden weniger akzeptiert als einfach zu realisierende Veränderungen. Wünsche nach abwechslungsreicheren Essensbeilagen können vom Personal eher angenommen und umgesetzt werden als beispielsweise veränderte Essenszeiten, die mit einer Umgestaltung des Arbeitsschichtsystems verbunden sind.

Implementierungsprobleme treten auch auf, wenn die Bewohnerperspektive nicht mit der „professionellen“ Perspektive der Heimleitung übereinstimmt. Die Aussagen der Bewohner werden teilweise nicht ernst genommen und münden somit nicht in konkreten Verbesserungsmaßnahmen, sondern in Rechtfertigungen seitens des Personals. Gerade bei heiklen Fragen bezüglich der Pflegebeziehung oder der Zuverlässigkeit des Pflegepersonals können sich zwischen den Parteien erhebliche Diskrepanzen ergeben. Wenn Abweichungen zwischen den Meinungen bestehen, wird häufig die Bewohneraussage als „subjektiv“ abgetan und partiell ignoriert. Bewohnermeinungen, die den Ansichten der Heimleitung entsprechen, enden eher in konkreten Handlungsmaßnahmen als konträre Meinungen.¹³⁹

Auf die Untersuchungen müssen unbedingt praktische Konsequenzen folgen, um durch die gewonnenen Informationen Versorgungs- und Betreuungsverbesserungen

¹³⁹ vgl. Schnabel/ Schönberg 2003, S. 180

herbeizuführen und Ressourcen aufzudecken. Die Ergebnisse müssen durch die Heimleitung sinnvoll und konsequent genutzt und vor allem in der Praxis umgesetzt werden, obgleich dies mit großen Anstrengungen verbunden ist. Die **Transformation der Interviewergebnisse in konkrete Handlungsmaßnahmen** ist für die Pflegeeinrichtung ebenso unvermeidlich wie die Klärung der Verantwortlichkeiten und das Transparentmachen der erarbeiteten Konsequenzen. Weiterhin zu bedenken ist, dass Maßnahmen der Qualitätssicherung einen enorm hohen Dokumentations- und Informationsaufwand nach sich ziehen.

Der Qualitätsindikator Bewohnerzufriedenheit und die **Wahrnehmung der Bewohnermeinung** (zur Pflege, zu den Speisen, zur Freizeitgestaltung etc.) sollten im Zentrum der internen Qualitätsmanagementbemühungen stehen. Eine kompetente, flexible und an den Persönlichkeiten orientierte Versorgung und Betreuung, die die Gewohnheiten und die individuelle Lebensgestaltung zulassen, ist erstrebenswert.

Der Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim ist ein einschneidendes Ereignis für die Bewohner. Das bisherige Leben verändert sich völlig. **Empathie** ist somit während der **Aufnahmesituation** und vor allem in der Anfangsphase in der Einrichtung notwendig. Die Bewohner sollten im Zuge der Eingewöhnung mit **psychosozialer Betreuung** unterstützt werden. **Abende zum Kennenlernen** können den Bewohnern bei der Umstellung behilflich sein. Obwohl der Heimaufenthalt selten ausdrücklich gewünscht wird, findet nach einer Eingewöhnungsphase ein Wandel im Bewusstsein der Bewohner statt. Weiterhin empfehlenswert ist, dass mit dem neuen Bewohner ein Rundgang gemacht und die gesamte Einrichtung gezeigt wird. Viele Befragte waren beispielsweise noch nie in der Küche, im Büro der Heimleitung oder wissen gar nicht, wie viele Mitarbeiter die Heimleitung umfasst.

Einige Bewohner in der stationären Pflegeeinrichtung haben kaum noch Lebenswillen, sie fühlen sich nutzlos, langweilen sich oder vermissen das Gefühl der Selbstverwirklichung. Diesbezüglich sollten kleinere **Aufgaben an Freiwillige** verteilt werden. Gerade vor Feiertagen könnten sich die Bewohner in die Vorbereitungen einbringen: Oster- oder Weihnachtsdekorationen überlegen bzw. anfertigen, Vorschläge

für das Essen sammeln, Karten basteln usw. Die gesteigerte Autonomie wirkt sich immens positiv auf die Lebensevaluation aus.

Die Wünsche, Vorstellungen, Erwartungen und Bedürfnisse der Bewohner stellen für die Pflege, die Betreuung und die Versorgung in einem Pflegeheim eine immens wichtige Ressource bezüglich der Bemühungen um zufriedene „Kunden“ dar, mit denen dementsprechend sorgsam umgegangen werden muss. Die Einrichtung muss dazu bereit sein, sich diese Meinungen anzuhören und zu akzeptieren. Die Pflegeorganisation soll letztlich anhand der Zufriedenheitsbefragung in ihren Bemühungen unterstützt werden. Daher wurde nach Auswertung der Ergebnisse eine Diskussionsrunde organisiert, in der den 15 befragten Bewohnern die Ergebnisse der Studie mitgeteilt wurden. Da die ehemalige Heimleiterin (jetzt Koordinatorin für Hauswirtschaft und Freizeitgestaltung) auch anwesend war, konnten einige Wünsche der Bewohner nochmals direkt an sie herangetragen und teilweise umgesetzt werden. Beispielsweise wurde der lang ersehnte Theaterbesuch einige Wochen nach dem gemeinsamen Gespräch realisiert und stieß auf große Resonanz bei den Bewohnern. Derartige **Diskussionsrunden** sollten zukünftig **in regelmäßigen Abständen** veranstaltet werden, da sie nicht nur dem Austausch von Vorstellungen und Ansichten dienen, sondern auch die sozialen Kontakte der Bewohner untereinander steigern können.

Die **stärkere Partizipation der Bewohner** an hausinternen Entscheidungen kann bei den Bewohnern dazu führen, dass sie das Gefühl der aktiven Einflussnahme und einen besseren Einblick in die Abläufe des Pflegeheims vermittelt bekommen. Die Kommunikation und der Informationsfluss über aktuelle Geschehnisse, Änderungen oder Ereignisse im Haus sind zu verstärken, wodurch letztlich erst die Partizipation ermöglicht werden kann.

Zur Verstärkung der Bewohnerbeteiligung sind den Bewohnern außerdem die Aufgaben und die Bedeutung des Heimbeirates zu verdeutlichen. Die **Arbeit des Heimbeirates** muss **intensiviert** werden, um so für die älteren Menschen mehr Mitspracherecht zu gewährleisten.

Für die Bewohner stellt der Heimbeirat die einzige Möglichkeit dar, in Belange, die sein unmittelbares Leben betreffen, einbezogen und beteiligt zu werden. Trotzdem

betrachten die Bewohner das Gremium Heimbeirat nicht als ein Instrument, dass sie jederzeit nutzen können. Dies ist zum Teil auf die allgemein unter den Bewohnern verbreitete Interesselosigkeit zurückzuführen und teilweise aber auch auf die mangelnde Informationsversorgung der Bewohner.¹⁴⁰

Zudem sind künftig **Freizeitveranstaltungen, individuelle Termine** der Bewohner (Arzttermine) und **neue Entwicklungen** in den Heimabläufen **rechtzeitig und in schriftlicher Form anzukündigen**, um einen angemessenen Informationsfluss zu den älteren Menschen zu gewährleisten. Jeder Bewohner sollte ein Exemplar erhalten, so dass die Möglichkeit besteht, jederzeit die Termine einsehen zu können. Die derzeitige Regelung, solche wichtigen Informationen ausschließlich im Fahrstuhl auszuhängen, stellt keine adäquate und bewohnerorientierte Präsentation der Ankündigungen dar. Um allen Bewohnern die Teilnahme an Sonderveranstaltungen zu ermöglichen, bietet sich die Anfertigung eines **langfristigen Veranstaltungskalenders** an. Weiterhin ist den Bewohnern im Heimalltag mehr Unterhaltung und vor allem Abwechslung in der Freizeitgestaltung anzubieten. Einige Bewohner beklagten, dass jeder Tag im Pflegeheim gleich sei und Langeweile vorherrschend wäre. Die Bewohner sollten in die Planung der Freizeitaktivitäten einbezogen und die Beschäftigungsangebote sollten an den Interessen der Bewohner ausgerichtet werden. Damen- oder Herrenabende könnten veranstaltet werden (geschlechtsspezifische Angebote), Spiel- und Bastelnachmittage angeboten oder Patenschaften zu Kindern (aus Kindergärten) zur Steigerung des Selbstwertgefühls vermittelt werden. Die Bewohner sollten umfassend zu mehr Geselligkeit animiert werden.

Ebenso sollten die Bewohner in die **Speiseplangestaltung** einbezogen werden. Altersgerechte, vertraute, traditionelle Speisen sollten Vorrang vor der exotischen, experimentellen Küche haben. Mehr Abwechslung kann durch die Vorschläge der älteren Menschen oder durch „Themenwochen“ (beispielsweise Bayrische, Hanseatische oder Pfälzer Küche) erreicht werden. Der Speiseplan sollte, genauso wie der Veranstaltungskalender, in gut lesbarer Form vervielfältigt und an jeden Bewohnern

¹⁴⁰ vgl. Hanisch/ Göritz: [Url: http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html](http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html) (Stand: 10.04.08)

ausgehändigt werden. Zudem wird um mehr **Abwechslung** beim Frühstück und beim Abendbrot gebeten (verschiedene Brotsorten, unterschiedliche Aufschnittvarianten, erweitertes Getränkeangebot).

Der Wunsch nach veränderten Essenszeiten wurde innerhalb der Befragungen häufiger geäußert. Das Abendbrot sollte später stattfinden, da die Abstände zwischen den Mahlzeiten zu kurz sind. Teilweise entsprechen die Essenszeiten nicht den Gewohnheiten der meisten Bewohner.

Auch speziell für die dementiell erkrankten Bewohner sollten einige Verbesserungsvorschläge diskutiert werden. Das Haus erscheint aufgrund der vielen kleinen, verwinkelten Etagen unübersichtlich. Aber auch Besucher oder Externe hatten erfahrungsgemäß Probleme, sich in der Einrichtung zurecht zu finden. **Orientierungshilfen** können bei diesem Problem Abhilfe schaffen – Hinweisschilder, Pfeile, die zur Heimleitung, zum Speisesaal und in die entsprechenden Etagen führen.

Um die familiäre Atmosphäre des Hauses zu unterstreichen und den Bewohnern und den Besuchern das Personal des Hauses vorzustellen, wurden alle **Mitarbeiter** durch den Interviewer fotografiert. Die Bilder sind in einer **Fotocollage** zusammengestellt worden, welche mehrfach im Posterformat in der Einrichtung angebracht wurde. Durch die Veranschaulichung der Namen und Gesichter des Personals haben die Bewohner, deren Angehörige und Besucher die Möglichkeit, sich mit dem Personal vertraut zu machen.

Für die demenzkranken Personen sollte eine umfassende, den kognitiven Fähigkeiten entsprechende und **tagesstrukturierende Betreuung** angeboten werden.

Zu diesem Zweck könnten **ehrenamtliche Mitarbeiter** angeworben werden. Diese stellen eine sinnvolle Ergänzung der Leistungserbringung dar. In diesem Zusammenhang könnten Einkaufshilfen und Begleiter für Spaziergänge angeboten und die Freizeitmöglichkeiten erweitert werden (unter anderem Theaterbesuche). Die **Angehörigen** könnten ebenfalls an den Einrichtungsangeboten mitwirken und sollten regelmäßig zu speziellen Veranstaltungen eingeladen werden (zum Beispiel zum Sommerfest oder zur Adventsfeier).

Weiterhin kam in den Interviews oft zur Sprache, dass die „geistig fitten“ Bewohner sich zeitweise den dementiell erkrankten Bewohnern gegenüber „vernachlässigt“ fühlten und mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung seitens des Personals angebracht wäre. Trotz der vielen demenzkranken Menschen dürfen die Bedürfnisse und Wünsche der „geistig fitten“ Bewohner nicht vergessen werden. Deshalb sind die oben genannten Diskussionsrunden unerlässlich. Außerdem ist zwischen den dementiell erkrankten Bewohnern und den „geistig gesunden“ Bewohnern eine Unterscheidung hinsichtlich der Kommunikation vorzunehmen. Manche Bewohner fühlten sich nicht ernst genommen und beklagten, dass sie genauso behandelt werden wie die demenzkranken Bewohner. Darum sind **Bevormundungen** unbedingt zu **vermeiden**.

Teilweise wurde geäußert, dass die Bewohner das Gefühl haben, dem Personal zur Last zu fallen und sich nicht trauen, sich zu melden. In Gesprächen mit dem Pflegepersonal ist diesbezüglich Aufklärung zu schaffen.

Des Weiteren unterschätzen die Bewohner oft ihre eigenen Pflegebedarfe. Diesbezüglich sind die tatsächlichen Pflegebedarfe den Heimbewohnern anhand von intensiven Gesprächen auf anschauliche Art zu verdeutlichen. Die Pflegekräfte machen auf die Bewohner trotz der enorm anstrengenden, physisch und psychisch belastenden Arbeit einen sehr hilfsbereiten, bemühten, engagierten und herzlichen Eindruck.

Über dies hinaus müssen hinsichtlich der pflegerischen Versorgung einige Handlungsempfehlungen formuliert werden. Die **aktivierende Pflege** sollte trotz knapper zeitlicher Kapazitäten (auch) zukünftig konsequent umgesetzt werden. Die ganzheitliche, aktivierende Pflege umfasst die Beratung, Anleitung und Begleitung des Bewohners. Die Förderung der Selbstständigkeit der Bewohner bildet hierbei den Fokus der Bemühungen. Nach der anfänglichen, zeitaufwendigen Pflege ergibt sich eine enorme Zeitersparnis durch die erhöhte Unabhängigkeit der Bewohner. Nur wirklich notwendige Hilfestellungen werden durch das Personal geleistet. Diese beobachten und korrigieren den Prozess, fördern und vermitteln ein positives Selbstwertgefühl.

Zur Vermeidung von Folgeerkrankungen oder Zweiterkrankungen werden präventive/prophylaktische Maßnahmen durchgeführt. Das Pflegepersonal leistet im Rahmen der aktivierenden Pflege „Hilfe zur Selbsthilfe“ und aktiviert und fördert die Ressourcen der

Bewohner. Defizite sollen überwunden oder ausgeglichen werden. Durch diese Maßnahmen können das Selbstwertgefühl und die Bewohnerzufriedenheit gefördert werden. Im Gegensatz zur kompensatorischen Pflege kann hierbei eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden, da die Abhängigkeit von den Pflegekräften verringert und Bevormundungen auf diese Weise vermieden werden können. Einem anhaltenden oder sogar wachsenden Pflegebedarf kann entgegengewirkt werden. Durch die fördernde und ganzheitliche Pflege orientieren sich die Pflegekräfte zunehmend an den Bedürfnisse und Anliegen der Bewohner und an der Entwicklung der Pflegebeziehung.¹⁴¹

Die **Veränderung der Arbeitsorganisation** kann ebenso zum erfolgreichen Qualitätsmanagement beitragen. Das Organisationssystem der Bezugspflege ist anzustreben, um relativ, stabile, sehr persönliche Beziehungen und individualisierte Pflege zu garantieren. Durch die bislang praktizierte Funktionspflege ergeben sich Barrieren bei der Umsetzung der Individualisierung der Pflegetätigkeiten, der Bewohnerorientierung und der Kompetenzförderung der Mitarbeiter und der Bewohner. Die Bedürfnisse der Bewohner werden in der Funktionspflege den arbeitsorganisatorischen Erfordernissen unterstellt und die Bewohner, aber auch das Pflegepersonal, müssen sich aufgrund der Zergliederung der pflegerischen Tätigkeiten ständig neuorientieren, weshalb der Aufbau einer vertrauten Beziehung erschwert wird.

Zukünftig soll in der Hamburger Seniorenresidenz das Konzept der **Bezugspflege** etabliert und angewandt werden. Jeder Mitarbeiter stellt dabei fortwährend für mehrere Bewohner die Bezugsperson dar und trägt die gesamte Verantwortung, sowohl für die praktischen als auch für die administrativen Aufgaben der Pflege. Während der Erhebung wurde durch den Interviewer die bevorzugte Kontaktperson der älteren Menschen erfragt, was als Grundlage für die Zuteilung der Bezugspersonen dienen kann.

Neben dem Aufbau einer förderlichen Beziehung wird auch die Planung des Pflege- und Begleitungsprozesses von dem verantwortlichen Mitarbeiter übernommen. Der

¹⁴¹ vgl. Url:
http://www.modernealtenpflege.de/Pflegestandards/Ubersicht_Pflegestand_/Aktivierende_Pflege/aktivierende_pflege.html (Stand: 10.10.2008)

optimierte Informationsfluss, die konkretere Pflegeplanung und die kontinuierliche Fürsorge einer Bezugsperson für den Bewohner tragen maßgeblich zur zunehmenden Bewohnerorientierung bei.

Aufgrund des Schichtsystems muss die Bezugspflegeperson allerdings von den anderen Mitarbeitern in der Umsetzung unterstützt werden (Benennung einer zweiten Begleitperson).

Ein zukunftsgerichtetes Modell für die pflegerische Arbeit stellt die **Kombination aus Bezugspflege und dem situativen Handeln** dar. Ziel soll hierbei unter anderem sein, den individuellen Anliegen und den physischen, psychischen und geistigen Belangen der Bewohner gerecht werden. Die Entscheidungspartizipation und die Achtung der Würde der Bewohner bilden in der Bezugspflege grundlegende Prämissen. Diese Organisationsform der pflegerischen Arbeit ermöglicht, dass der Bezugspfleger selbstständig den Pflegeverlauf plant, durchführt und auswertet.

Die pflegerischen Maßnahmen werden nicht schematisch und routinemäßig abgearbeitet, sondern in Umfang, Dauer und Art zum einen auf die Individualität und zum anderen auf die Befindlichkeit des Bewohners abgestimmt. Ein wichtiges Ziel des situativen Handelns und der Bezugspflege ist demnach das „Miteinander“, da sich die pflegerische Arbeit sowohl für den Bewohner als auch für die Pflegekräfte angenehmer, menschlicher, befriedigender und schließlich auch effizienter gestaltet.¹⁴²

Die Zusammenarbeit mit dem Bewohner, die Einbeziehung und das Ernstnehmen seiner Anliegen bilden ebenfalls Ziele in der Bezugspflege. Für die Pflegenden besteht ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit.¹⁴³

Das Begleitungskonzept hat demzufolge in vielfältiger Hinsicht eine qualitätssteigernde Wirkung. Der klar definierte Verantwortungsbereich und das ausgedehnte Aufgabenfeld werden von den Mitarbeitern als positiv und motivationsfördernd empfunden. Die Bewohner verstehen sich zunehmend als integrativen Bestandteil der pflegerischen Bemühungen und die Bewohner- und Mitarbeiterzufriedenheit können somit positiv beeinflusst werden.

¹⁴² vgl. Schlettig In: Büssing 1997, S. 231

¹⁴³ vgl. Schlettig In: Büssing 1997, S. 228

Der Grad der Vertrautheit in der Bewohner-Pflegekraft-Kommunikation hat einen entscheidenden Einfluss auf die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der älteren Menschen. Eine **qualitativ hochwertige Pflegebeziehung** ist demnach maßgeblich für das allgemeine Wohlergehen sowohl des Bewohners als auch des Mitarbeiters. Zuhören und aktives Zuwenden sind zwei zentrale Praktiken der empathischen Pflege. Langsames und deutliches Sprechen oder Gestikulieren sollten in der Kommunikation ebenso Berücksichtigung finden.

Das primäre Anliegen muss zukünftig sein, ein möglichst selbstbestimmtes, qualitativ hochwertiges Leben bis zum Tod, auch bei einem hohen Bedarf an Pflege (aufgrund der psychischen und physischen Beeinträchtigungen) für die älteren Menschen in der stationären Einrichtung sicherzustellen. **Kontinuierliche und intensive Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen des Pflegepersonals** sind dabei essenziell.

Pflegevisiten (regelmäßige Besuche der Pflegekräfte bei den Bewohnern zum Informationsaustausch und zugleich zur Kontrolle des Pflegeprozesses) können ebenso der Qualitätskontrolle in der stationären Pflegeeinrichtung dienen. Die Visite ist dabei regelmäßig durchzuführen und zu dokumentieren.¹⁴⁴

Um die Qualität in der Institution weiterhin systematisch, kontinuierlich und konsequent definieren, kontrollieren, anpassen und umsetzen zu können, kann die umfassende, auf die Mitwirkung aller Mitarbeiter gestützte und ursprünglich für die Wirtschaft entwickelte Managementmethode des Total Quality Managements genutzt werden (DIN EN ISO 8402).

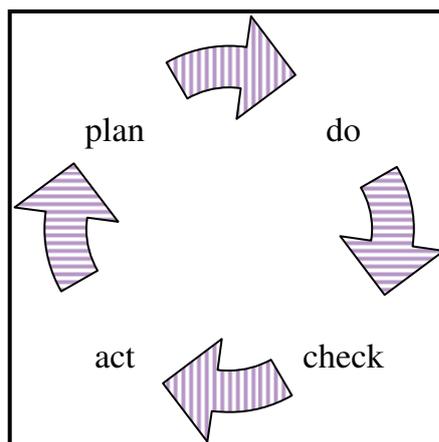
Das **Total Quality Management** (TQM) untersucht umfassend alle Strukturen, Prozesse und Ergebnisse bezüglich ihrer qualitätsfördernden Eigenschaften und richtet diese entsprechend aus. Die oberste Prämisse der pflegerischen Einrichtung ist laut diesem dynamischen, ganzheitlichen Modell die Qualität und somit die bessere Bedürfnisbefriedigung der Mitarbeiter und der Leistungsempfänger.¹⁴⁵ Ein eminent wichtiges TQM-Prinzip ist die systematische Problemlösungsmethode nach dem

¹⁴⁴ vgl. Barth 2002, S. 176

¹⁴⁵ vgl. Müller/ Thielhorn 1999, S. 39

Deming-Kreislauf. Alle Abläufe in der pflegerischen Einrichtung sind gemäß des Qualitätsregelkreislaufes nach Deming systematisch zu planen, umzusetzen, zu bewerten und zu optimieren. Dann ergeben sich kontinuierliche Verbesserungen in den Abläufen – die Mitarbeiter und letztlich die Bewohner sind zufriedener mit den ablaufenden Prozessen. Im PDCA-Zyklus wird in der ersten Phase ein Verbesserungsplan mit daraus abgeleiteten Maßnahmen angefertigt (plan) – Qualitätsstandards und Qualitätskriterien werden beschrieben. Anschließend wird dieser Plan in die Tat umgesetzt (do). Im dritten Schritt sind die Auswirkungen der Maßnahmen zu beobachten, festzuhalten und zu überprüfen (check). Als letztes findet die Analyse der Ergebnisse statt, Veränderungen werden durchgeführt und der Zyklus kann erneut beginnen.¹⁴⁶

Abbildung 12: PDCA-Zyklus nach Deming



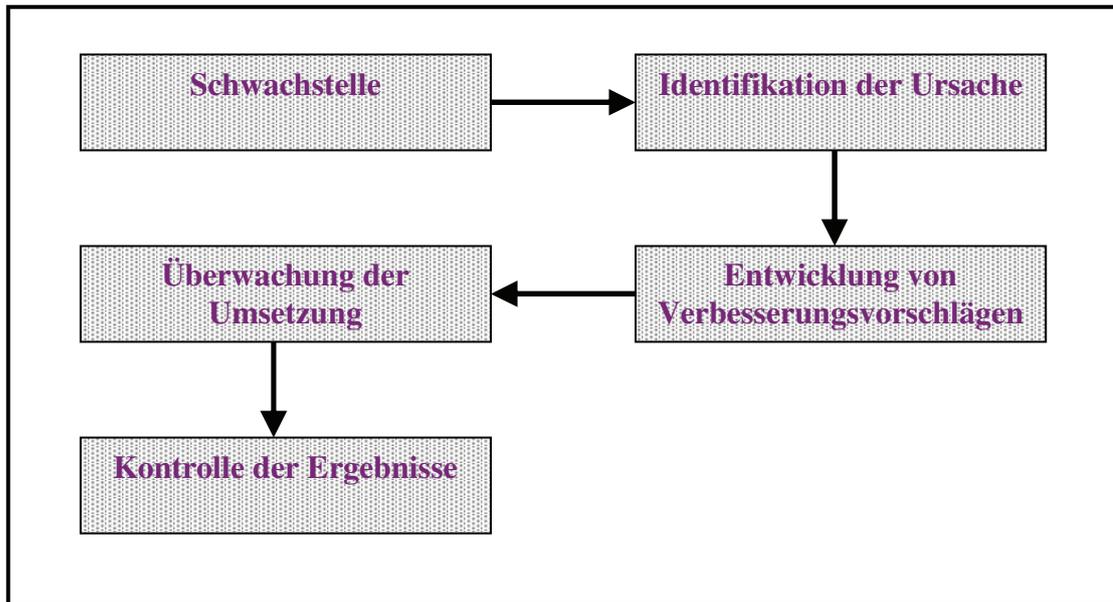
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: Müller/ Thielhorn 1999¹⁴⁷

Die Schwachstellen der Einrichtung sind des Weiteren zu identifizieren, zu analysieren und schließlich abzubauen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollten Stärken und Schwächen aufgedeckt, Optimierungspotentiale ermittelt und konkrete Handlungsempfehlungen für Verbesserungen abgeleitet werden. Die Umsetzung und anschließende Kontrolle der Qualitätsbemühungen und des Zielerreichungsgrades sind kontinuierlich zu evaluieren (durch die Heimleitung und partiell durch den Heimbeirat).

¹⁴⁶ vgl. Kamiske 1995 In: Baartmans/ Geng 2000, S. 45

¹⁴⁷ vgl. Müller/ Thielhorn 1999, S. 43

Abbildung 13: Prozess der Bereinigung von Schwachstellen



Quelle: Scharnbacher/ Kiefer 1998¹⁴⁸

Ein weiteres Prinzip des TQM ist die Philosophie „Quality first“. Der bedeutendste Grundsatz ist die Orientierung am Kunden bzw. am Bewohner, da die Definition von Qualität ausschließlich aus seiner Sicht erfolgt.

Als weitere Handlungsempfehlung dient die **kontinuierliche Durchführung der Zufriedenheitsbefragungen** (mindestens einmal jährlich). Zu aktuellen Fragen sind **kurzfristig Befragungen oder Abstimmungen** durchzuführen (z. B. Änderung der Essenszeiten).

Anhand der Ergebnisse der Interviews wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein individueller **Fragebogen** für das Haus entwickelt (siehe Anhang), so dass die Zufriedenheitsbefragungen in regelmäßigen Abständen selbstständig von der Heimleitung durchgeführt werden können.

Die Befragungsergebnisse müssen zwingend praktische Konsequenzen haben, die gewonnenen Informationen müssen wiederum zur Versorgungsverbesserung verwendet werden. Die **Evaluation der Qualitätsbemühungen** muss ebenso Berücksichtigung finden. Sämtliche Abläufe in der Einrichtung müssen künftig entsprechend des Deming-Kreislaufs geplant, umgesetzt, bewertet und optimiert werden.

¹⁴⁸ vgl. Scharnbacher/ Kiefer 1998, S. 108

Als weitere Handlungsmaßnahme für die Zukunft ist die **Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit** von Bedeutung, da anhand der Ergebnisse Verbesserungen im Arbeitsalltag und Erleichterungen in den Arbeitsprozessen erzielt werden können. Die Mitarbeiter sollten außerdem durch die Heimleitung **Anerkennung** erfahren, was zur Steigerung der Motivation und der Arbeitszufriedenheit beitragen kann. Die vorherrschende Grundeinstellung bzw. das Selbstverständnis der Mitarbeiter ist immens wichtig für gute pflegerische Qualität. Zufriedenes, motiviertes Personal stellt die Grundlage für hohe Qualität dar. Das Qualitätsniveau und die Atmosphäre im Haus sind zentrale Erfolgsfaktoren. „Entscheidend ist wie gepflegt wird und welchen Ruf die Einrichtung diesbezüglich in der Öffentlichkeit genießt. Die bei den Mitarbeitern vorherrschende Grundhaltung bzw. das Selbstverständnis ist somit von grundlegender Bedeutung.“¹⁴⁹

Die Leistungstransparenz der pflegerischen Einrichtung muss durch verstärktes internes Qualitätsmanagement erhöht werden. Zudem ist ein gut funktionierendes **Beschwerdemanagement** zu etablieren. In der Einrichtung, in der die Untersuchung durchgeführt wurde, bietet sich aufgrund der geringen Bewohnerzahl und der familiären Atmosphäre unter anderem ein „Kummerkasten“ an. Dieser sollte gut sichtbar an einem Ort angebracht werden, der den Bewohnern und deren Angehörigen erlaubt, Briefe anonym einzuwerfen. Dieses Beschwerdemanagementsystem sollte unter den älteren Menschen bekannt gemacht werden. Des Weiteren ist den älteren Menschen zu erklären, dass das Äußern von Kritik oder Verbesserungsvorschlägen nicht zwingend ein Zeichen von Unzufriedenheit sein muss, keine Sanktionen zu befürchten sind, und sie deshalb nicht befangen sein brauchen, Anregungen zu geben. Die Heimleitung, das Pflege-, Küchen- und Hauswirtschaftspersonal sollten an den Wünschen und Kritiken der Bewohner interessiert sein und diese hinreichend ernst nehmen.

¹⁴⁹ zit. nach: http://pflege.klinikum-grosshadern.de/campus/marketing/settgast/4_474.htm (Stand: 25.03.08)

Die Durchführung eines Qualitätszirkels kann im Arbeitsalltag einen entscheidenden Beitrag zur Ideengewinnung beitragen. In innerbetrieblichen Arbeitskreisen werden bei den Mitarbeitern bislang verborgene Potentiale an Wissen, Ideenreichtum, Erfahrung und Verantwortungsbereitschaft aktiviert. Diese auf unbestimmte Dauer angelegten Kleingruppen (fünf bis zehn Mitarbeiter) werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Dazu ist ein Moderator notwendig. Die Qualitätszirkel finden auf freiwilliger Basis während der Arbeitszeit statt. Fragen der täglichen Arbeit werden in diesem Rahmen diskutiert, Verbesserungsvorschläge geäußert. Das primäre Ziel dieser besonderen Qualitätssicherungsmaßnahme ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) sämtlicher Abläufe in der pflegerischen Einrichtung. Diverse qualitätssichernde und –verbessernde Maßnahmen wie zum Beispiel das Anfertigen von Stellenbeschreibungen oder Verfahrensanweisungen sind im Rahmen der Erstellung eines **Qualitätshandbuchs** zu dokumentieren.

Abschließend soll noch darauf hingewiesen werden, dass der **Internetauftritt** der Einrichtung durch das Einfügen folgender Inhalte optimiert werden könnte: neue Fotos von der Pflegeeinrichtung, der Heim- und Pflegedienstleitung, ausführlichere Angaben und Beschreibungen zum Heimleben, zur Unternehmensphilosophie und eine Rubrik „Wir über uns“ mit hausspezifischen Aspekten. Ein wichtiges Instrument der **Öffentlichkeitsarbeit** ist der „Tag der offenen Tür“, der sich als zusätzliche alljährliche Veranstaltung etablieren sollte, um Interessenten die Möglichkeit zu geben, sich zu informieren.

Fest steht, dass hohe Zufriedenheitswerte die Attraktivität einer pflegerischen Einrichtung für potentielle Bewohner erhöhen und die Wettbewerbsposition verbessern können.¹⁵⁰

Der eigene Qualitätsanspruch der pflegerischen Institution ist letztlich maßgebend dafür, ob in der Zukunft ein Zertifizierungsverfahren zum Erhalt eines Qualitätssiegels angestrebt wird. Den Vorgaben des Heimgesetzes, der Krankenkassen und des MDK sollte in jedem Fall entsprochen werden, da durch die **Pflegereform** im Jahr 2008 festgelegt worden ist, dass die Pflegeeinrichtungen ab 2011 mindestens einmal jährlich in Regelprüfungen kontrolliert werden sollen.

¹⁵⁰ vgl. Blum 1998, S. 20

5 Fazit



Für ein umfassendes Qualitätsverständnis ist die Orientierung an den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen von immenser Bedeutung. Bewohnerzufriedenheit ist diesbezüglich zu einem populären Schlüsselbegriff in der Qualitätsdiskussion geworden, da bedarfsgerechte Strukturen nur unter mithilfe des Bewohner-Feedbacks etabliert werden können.

Im Rahmen von Qualitätsmanagementmaßnahmen stellt die stärkere Berücksichtigung der Bewohnerperspektive zur Versorgung und Betreuung in der pflegerischen Einrichtung eine gute Chance dar und ist demnach unumgänglich. Die Bewohneraussagen zu Leistungen des Pflegeheims sind ein unverzichtbares Assessmentinstrument und können als Indikator für die bislang erreichte Versorgungs- und Betreuungsqualität fungieren. Trotzdem ist die Wahrnehmung des Bewohners die schwierigste und unklarste Seite in der Qualitätsdiskussion.

Die Weiterentwicklung des Leistungsangebotes mit dem Ziel, die Lebensqualität der Bewohner zu steigern, sollte mit einer zunehmenden Transparenz der Leistungsabläufe einhergehen.

Der Wissenstransfer von der Theorie in die Praxis muss in der pflegerischen Einrichtung gewährleistet werden, damit die permanente Evaluation der Qualitätsmaßnahmen unter dem aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisstand möglich ist (evidenzbasierte Altenpflege).

Ein kontinuierlicher Erkenntnistransfer von der Praxis in die Theorie ist ebenso unerlässlich, da die Pflege eine Praxisdisziplin ist, die verlangt, dass „die Theorie aus der Praxis entspringt, durch die Forschung verfeinert wird und zur Praxis zurückkehren muss [...]“.¹⁵¹

¹⁵¹ zit. nach: Dickhoff et al. 1968 In: Tackenberg et al. 2002, S. 23

Theoriegeleitete Untersuchungen zu den Erwartungen der Bewohner können dabei hilfreich sein, das Ausmaß der Kongruenz zwischen den Bewohnererwartungen und den tatsächlich vorgefundenen Leistungen zu verdeutlichen.

Die Bewohnererwartungen an ein Pflegeheim werden neben den Erfahrungen als Erwartungsgrundlage auch von Erzählungen, Berichten und persönlichen Bedürfnissen determiniert.

Die Erwartungen der Bewohner lassen sich in verschiedene Qualitätsniveaus unterteilen: ein ideales, gewünschtes, ein noch akzeptiertes und ein nicht mehr akzeptiertes Niveau (siehe Kapitel 2.2). Wenn nicht das *ideale Qualitätsniveau* von der Einrichtung und somit das Übertreffen der Bewohnererwartungen hinsichtlich der Versorgung erreicht und diese als bestmöglich und einwandfrei eingeschätzt wird, sollte das Pflegeheim zumindest bestrebt sein, das *gewünschte Qualitätsniveau* der Bewohner zu erreichen. Was sich die Leistungsempfänger hinsichtlich der Qualität erhoffen, entspricht dem *gewünschten* Niveau und stellt eine Kombination aus dem dar, was der Bewohner für „möglich“ und für „erforderlich“ hält. Qualität wird dann als zufriedenstellend wahrgenommen, wenn die erwarteten und die erlebten Leistungen übereinstimmen.

Leistungen, die vom Heimbewohner vorausgesetzt und als selbstverständlich erachtet werden, rufen bei ihm keine besondere Resonanz hervor. Das maximale Ziel kann nur sein, dass der Bewohner nicht unzufrieden ist.

Bei anderen Leistungen kann eine große Zufriedenheit bei der Erwartungserfüllung generiert werden, aber keine Unzufriedenheit, wenn sie nicht angeboten werden z. B. Pünktlichkeit.

Die Bewohnerbedürfnisse können somit ähnlich wie die Kundenbedürfnisse in Basis-, Leistungs- und Begeisterungsanforderungen eingeteilt werden.

Basisanforderungen und *Begeisterungsanforderungen* werden nicht ausdrücklich verlangt oder artikuliert.

Wenn Basisanforderungen erfüllt werden, sind sie verhältnismäßig unwichtig. Sie sind aber vordergründig, wenn sie nicht erfüllt werden. Die Studie zur Multidimensionalität

der Bewohnerzufriedenheit ergab, dass das in der untersuchten Pflegeeinrichtung z. B. die Hauswirtschaft und Zimmerreinigung betrifft.

Leistungsanforderungen werden vom Bewohner der Seniorenresidenz ausdrücklich gefordert und dessen qualitative Ausrichtung kann sowohl die Zufriedenheit als auch die Unzufriedenheit beeinflussen. Dazu zählen laut der Studie die freundliche und respektvolle Kommunikation des Personals, die umfassende pflegerische Betreuung, die baulichen Gegebenheiten (Aufbau und Lage des Hauses bzw. der Zimmer, Interieur) und Abwechslung im Speiseplan und im Freizeitangebot. Im Rahmen der vorliegenden Erhebung konnte festgestellt werden, dass die Bewohner hinsichtlich der Leistungsanforderungen an die Einrichtung zufrieden sind. Zufriedenheit bedeutet jedoch nicht automatisch die Abwesenheit von Unzufriedenheit.

Die Nicht-Erfüllung von *Begeisterungsanforderungen* endet nicht in Unzufriedenheit, kann aber bei Erfüllung Begeisterung auslösen. Eine sehr intensive soziale Betreuung, Botengänge des Personals, Extrawünsche beim Essen oder die Erweiterung des Getränkeangebots stellen solche Begeisterungsanforderungen in der durchgeführten Untersuchung dar.¹⁵²

Weiterhin bedeutungsvoll ist, einen Einblick in die unterschiedliche Gewichtung der verschiedenen Versorgungsaspekte zu erlangen. Die Relevanz einzelner Aspekte kann von den Bewohnern gänzlich konträr zu der Bedeutsamkeit des Aspektes für die Einrichtungsleitung sein. Die Multikausalität des Zufriedenheitskonstruktes führt laut der vorliegenden Studie dazu, dass die Dimensionen von Mensch zu Mensch variieren. Einzelne Dimensionen sind aus einer Fülle von Dimensionen als relevant erachtet und abhängig von der Wichtigkeit bewertet worden.

Die Versorgungsbereiche, die für die Bewohner von großer Bedeutung waren, beschäftigten das Personal oft nur sekundär, da die Prioritäten hinsichtlich der relevanten Bereiche unterschiedlich gesetzt wurden. Entsprechend der differenten Ansichten sollten die wichtigsten bzw. die unwichtigsten Versorgungsaspekte anhand der Bewohnerbefragung geklärt werden.

¹⁵² vgl. Hinterhuder et al. 1997, S. 31-33

Das Pflegeheim kann sich somit künftig auf die entscheidenden und relevanten Anliegen der Bewohner konzentrieren. Zwischen dem professionellen Pflege- und Leistungsverständnis und der Einschätzung der Bewohner muss in Zukunft ein Konsens angestrebt werden.

Das Dilemma der unterschiedlichen Wertesysteme in einem Pflegeheim (nach Applebaum siehe Kapitel 2.3) stellt die Institution vor besondere Herausforderungen. Das Hauptanliegen der institutionellen Pflege ist, dass die Gesundheit und Sicherheit der Bewohner erhalten beziehungsweise wiederhergestellt werden. Demgegenüber sind die beiden wichtigsten Anliegen der Bewohner, dass ihre Wahlmöglichkeiten und somit ihr persönlicher Einfluss und ihre Autonomie ausgeweitet werden. Einschränkungen in der Handlungs- und Entscheidungsautonomie der Bewohner haben oft Unzufriedenheit zur Folge. Außerdem können Bewohner unzufrieden sein, wenn die weitgehende Realisierung der eigenen Ziele, Sehnsüchte und Wünsche zur Entfaltung der Persönlichkeit, die Wahlfreiheit, Privatsphäre, Würde, Independenz und Unselbstständigkeit Einschränkungen ausweisen würden.

Den Bewohnern sollten demzufolge umfassende Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten eingeräumt werden.

Die zwei Akteure sind sich in dem Endresultat zwar einig, nämlich, dass die Pflegequalität optimiert werden soll, aber die Wege dorthin gestalten sich sehr unterschiedlich. Die Postulate Partizipation, stärkere Bewohnerorientierung, Selbstbestimmung, Lebensqualität und Qualitätsentwicklungen müssen von der Seniorenresidenz konsequent verfolgt und realisiert werden. Eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zum Wohl der Bewohner muss in sämtlichen Qualitätsbemühungen oberste Priorität haben.

Auch innerhalb der Bewohnerschaft unterscheiden sich die Determinanten für die Zufriedenheit. Für den einen sind spezielle Aspekte wie Freizeitbeschäftigungen oder Kultur ausschlaggebend, für den anderen stellen diese bezüglich der Bildung eines umfassenden Zufriedenheitsurteils eher untergeordnete Größen dar. Die Prioritäten setzen die älteren Menschen in Abhängigkeit von ihren Bedürfnissen und Wünschen anders.

Das Wohlbefinden im Alter wird damit nicht primär von objektiven Gegebenheiten aufrechterhalten – Zufriedenheit wird vielmehr von deren Interpretationen bestimmt.

Die subjektive Einschätzung der Lebenssituation hat eine stärkere Wirkung auf die Zufriedenheit (Wohlfinden) als die objektiven Parameter der Lebenssituation. Psychische Ressourcen, wie Zuversichtlichkeit und Optimismus können einen enormen Einfluss auf die Interpretation der objektiven Gegebenheiten, das allgemeine Wohlbefinden und somit auf die Zufriedenheit haben. In der personenbezogenen Dienstleistung der Pflege ist das Ausmaß der subjektiv empfundenen Lebensqualität von immenser Bedeutung.

Persönlichkeitsmerkmale der Bewohner beeinflussen beispielsweise, wie sie mit den Veränderungen nach dem Einzug in ein Pflegeheim umgehen. Die Befragten zeigten sich zumeist bescheiden hinsichtlich der Qualität der Betreuung und der Versorgung. Die weit verbreitete Dankbarkeit unter den Bewohnern dafür, dass solche Einrichtungen vorhanden sind, führt dazu, dass die Ansprüche an die Einrichtung gering sind.

„Wohlbefinden im höheren Lebensalter ist nicht einfach eine von aktuellen Gegebenheiten objektiv bestimmbare Größe, sondern es geht dabei um einen biographisch verankerten, subjektiv interpretierten und regulierten Prozess von Lebensbewältigung.“¹⁵³

Das in der Gerontologie beschriebene Phänomen „Paradox des subjektiven Wohlbefindens im Alter“ ist auch anhand der durchgeführten Erhebung zur Multidimensionalität der Bewohnerzufriedenheit nachweisbar. Die Bewohner verfügen über bestimmte Potenziale, die ihnen erlauben, im Fall von irreversiblen Verlusten neue Standards in der Selbstbewertung zu setzen, nicht mehr realisierbare Lebensziele verlieren an Wert und eine positive Umdeutung der Situationen wird anvisiert. Um das subjektive Wohlbefinden aufrechtzuerhalten laufen unbewusste Bewältigungsstrategien zur Anpassung an sich verändernde Lebenslagen ab.¹⁵⁴

Die Befragten schilderten, dass sie im Pflegeheim anfangs nicht zufrieden waren, sich an die bestehenden Umstände aber angepasst hätten.

¹⁵³ zit. nach: Höpflinger 2003 In: Schlumpf <http://www.reife.ch/Sommer03/zufriedenheit.html> (Stand: 11.04.2008)

¹⁵⁴ vgl. <http://www.wz.nrw.de/magazin/artikel.asp?nr=477&ausgabe=2002/3&titel=Lebensqualit%C3%A4t%5Eim%5EAlter&magname> (Stand: 12.04.2008)

Sie hätten ihre Erwartungen korrigiert, an die derzeitige Situation angeglichen und seien resultierend daraus meist zufrieden. Die Dynamik des Zufriedenheitskonstruktes konnte dadurch verdeutlicht werden.

Was die Heimbewohner persönlich unter dem Begriff der Zufriedenheit verstehen, ist maßgeblich für ihr Urteil dazu. Konstatiert werden kann, dass Zufriedenheit multidimensional ist und von älteren Menschen meist mit Gesundheit, Selbstverwirklichung, Selbstbestimmung, Schmerzfreiheit und Gesellschaft und Kommunikation in Verbindung gebracht wird. Weiterhin tragen zur Zufriedenheit, allerdings nicht so gravierend, ein heimisches Gefühl, eine abwechslungsreiche Freizeit, eine gute finanzielle Absicherung, Glück, Sorglosigkeit und eine Rundum-Versorgung bei.

Der Gesundheitszustand ist der Parameter, der sich am stärksten auf das Leben der Bewohner auswirkt und alle Lebensbereiche tangiert. Bei einem schlechten gesundheitlichen Zustand mit eingeschränkter Mobilität haben die meisten Bewohner aufgrund der Sturzgefahr Angst, sich zu bewegen, sie bleiben lieber auf dem Zimmer, lassen sich eventuell ihr Essen vom Personal bringen und gehen nicht mehr in den Speisesaal, isolieren sich somit (unbewusst), die Kontakte zu den Mitbewohnern können nicht mehr gepflegt werden, die eingeschränkten Freizeitbeschäftigungen finden allein und meist nur im eigenen Zimmer statt, die Unzufriedenheit wächst und die persönliche Lebensqualität verschlechtert sich. Die subjektiven Einschätzungen des gesundheitlichen Zustands haben entscheidende Auswirkungen auf das, was sich die älteren Menschen selbst noch zutrauen und, wie sie folglich ihren Alltag gestalten. Diese Kausalkette verdeutlicht die Komplexität der potenziellen Ursprünge der Unzufriedenheit. Die Gesundheit kann als wichtigster zufriedenheitskonstituierender Faktor betrachtet werden.

Fest steht, dass das Konstrukt der Zufriedenheit sich auf einem Zufriedenheits-Unzufriedenheits-Kontinuum befindet, da sich Unzufriedenheit und Zufriedenheit immer miteinander vermengen und nicht dichotom voneinander betrachtet werden können.

Ebenso festzuhalten bleibt, dass die Unzufriedenheit der Bewohner sich meistens angesichts intrinsischer Schwierigkeiten ergibt und nur teilweise von den extrinsischen Eigenschaften beeinflusst wird. Die Bewohner müssen animiert werden, mit dem Personal über aktuelle Empfindungen und Ansichten zu sprechen, so dass alle denkbaren Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden können. Dafür müssen sowohl Zeit als auch Gelegenheit und Bereitschaft von beiden Seiten vorhanden sein.

Das komplexe Wissen der Bewohner über mögliche Schwachstellen im Leistungsablauf kann einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsoptimierung in der Seniorenresidenz leisten. Mit den subjektiven Beurteilungen der Bewohner wurde „sensibel“ umgegangen und somit wurden entscheidende Impulse für zukünftige qualitätsbezogene Maßnahmen gegeben.

Die Beurteilungskompetenz der Bewohner sollte diesbezüglich als Expertenurteil angesehen, aber nicht überbewertet werden, da der Zusammenhang zwischen subjektiven Bewertungen der Bewohner und objektiven Tatsachen in der Seniorenresidenz nicht zwingend gegeben sein muss.

Die Bereitschaft zur Wahrnehmung der Bewohnerbedürfnisse sollte das Fundament für die Umsetzung einer bewohnerorientierten Pflege bilden. Zu diesem sehr zeitaufwendigen, interdisziplinären Prozess gehören unter anderem Biografiearbeit, Ressourcenerhebung und Wertschätzung der älteren Menschen. Allein durch das Durchführen der Befragungen zur Zufriedenheit kann den Bewohnern ein Mindestmaß an Interesse signalisiert werden.

Auch die zwischenmenschlichen Beziehungen spielen in der Qualitätsdiskussion eine entscheidende Rolle, da alle erbrachten Leistungen an das Personal der Einrichtung gekoppelt sind. Interpersonale Aspekte und die Persönlichkeit der Pflegekräfte stehen laut der vorliegenden Studie in einem direkten Zusammenhang mit der Bewohnerzufriedenheit. Charakteristika wie Liebenswürdigkeit, Freundlichkeit, Respekt, Rücksicht, Aufmerksamkeit und Vorsicht spielten eine sehr wichtige Rolle bei der Bewertung der Zufriedenheit in der Hamburger Seniorenresidenz.

Die zentralen Determinanten der Bewohnerzufriedenheit sind laut dieser Studie die Kommunikationsqualität des Personals und die Pflegebeziehung zum Bewohner. Sowohl die Lebensqualität der Bewohner als auch Pflegequalität werden entscheidend von den Ansichten der Betreiber und der Belegschaft geprägt.

Eine qualitativ hochwertige Bewohnerversorgung kann ohne das „Kriterium“ Menschlichkeit nicht existieren.¹⁵⁵ Aus der Studie zur Bewohnerzufriedenheit ging hervor, dass die Aspekte der Gefühlsarbeit (Empathie, Freundlichkeit, Respekt) die Zufriedenheit in einem höheren Maß beeinflussen als die fachliche Kompetenz und das technische Können des Pflegepersonals.

Deshalb ist in der Seniorenresidenz die Kommunikationsqualität des Personals stetig zu fördern und zu verbessern und das Eigeninteresse der Mitarbeiter an internen Qualitätsbemühungen ist weiterzuentwickeln.

In der vorliegenden Erhebung war eine realitätsnahe Widerspiegelung der Lebenswelt der Bewohner erstrebenswert. Die Perspektive der Bewohner, ihre Bedürfnisse, Erwartungen und Präferenzen sollten eruiert und die Multidimensionalität der Bewohnerzufriedenheit veranschaulicht werden. Die Operationalisierung der Zufriedenheit war jedoch mit einigen bereits geschilderten Herausforderungen verbunden.

Trotz berechtigter Zweifel über die Validität und Reliabilität der Aussagen stellen die Zufriedenheitsbefragungen ein hilfreiches Mittel zur Feststellung der Qualität der Leistungen und der Pflegebeziehung dar und ermöglichen letztlich die Versorgungsoptimierung. Allgemeine Ziele von Bewohnerbefragungen sind: Die Bewohnerzufriedenheit und deren zentrale Determinanten festzustellen, basierend auf den Bewohnerurteilen systematisch Maßnahmen der Qualitätssicherung zu implementieren und das Leistungsangebot an die Präferenzen der Bewohner anzupassen.¹⁵⁶

¹⁵⁵ vgl. Schlettig In: Büssing 1997, S. 233

¹⁵⁶ vgl. Blum 1995, S. 13

Im Hinblick auf eine stärkere Partizipation der Bewohner an den Entscheidungen des Heimalltags können Zufriedenheitsbefragungen überprüfen, inwieweit das Ziel der bewohnerorientierten Versorgung erreicht wurde.

In der sozialwissenschaftlichen Zufriedenheitsforschung muss künftig die Rolle des Heimbewohners verstärkt in den Fokus der Betrachtungen rücken, da in der Literatur zumeist von Patienten in Krankenhäusern die Rede ist.

Die sich entwickelnde Zufriedenheitsforschung im deutschen Pflegesektor sieht sich aber noch mit zahlreichen anderen Herausforderungen konfrontiert, was unter anderem die Weiterentwicklung von Erhebungsinstrumenten und –methoden betrifft. Die Aussagekraft bereits bestehender Zufriedenheitsbefragungen in Pflegeheimen und das Zustandekommen jener Daten sind kritisch zu betrachten.

Im Gesundheitswesen ist die Orientierung an den Bewohnerbedürfnissen vor allem aufgrund der zunehmenden Wettbewerbssituation vorangetrieben worden. Hinsichtlich der wirtschaftlichen und ökonomischen Erwägungen ist zu konstatieren, dass Zufriedenheit das oberste Leitmotiv unternehmerischen Handelns sein muss. Mithilfe von Wettbewerbsvergleichen (Benchmarking) kann die Wettbewerbsfähigkeit der eigenen Einrichtung überprüft werden.

Die BIVA (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und der Behinderung e. V.) hat am 17.02.2009 eine bundesweite einheitliche internetgestützte Pflegedatenbank eröffnet, in der ein Verzeichnis von deutschen Altenheimen mit Informationen der Verbraucher zu Leistungen und Bewertungen der Lebensqualität zu finden ist. Die Teilnahme der Altenheime ist freiwillig. Die Ergebnisse eignen sich als Indikator für die Wettbewerbsfähigkeit eines Pflegeheims und können dazu führen, dass die Zahl der interessierten Bewohner zunimmt.

Wie bereits in der vorangestellten Literaturrecherche deutlich wurde, werden die Bewohner stationärer Einrichtungen mit ihren eigenen Lebens- und Wertvorstellungen zunehmend als Kunden mit berechtigten und qualitätsorientierten Leistungserwartungen

angesehen. Um dem gerecht zu werden, liegt das Hauptaugenmerk, ähnlich wie in der vorliegenden Studie, auf den Indikatoren zur Lebenszufriedenheit, Selbstbestimmung, Lebensqualität und Wahrung der individuellen Würde („weiche Faktoren“). Die Qualitätsbewertungen aus der Verbrauchersicht finden in dem BIVA-Projekt anhand der Prüfkriterien Autonomie, Teilhabe und Menschenwürde statt.¹⁵⁷

Die aktuellen Bemühungen der BIVA und die Nähe zum vorliegenden Studiengegenstand unterstreichen die Relevanz der Erhebung zur Multidimensionalität der Zufriedenheit von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen.

Bewohnerbefragungen leisten zweifelsohne einen wichtigen Beitrag zu den Qualitätsbemühungen, berücksichtigen die Perspektive und die Belange der Bewohner, vergrößern die Möglichkeit zur Partizipation der älteren Menschen und ebnen den Weg für eine bewohnerorientierte und zufriedenstellende Versorgung.

¹⁵⁷ vgl. http://www.biva.de/fileadmin/pdf/HeimVZ/Kurzbeschreibung_aktualisiert_13.01.09.pdf (Stand: 17.02.2009)

6 Literaturverzeichnis

Applebaum, R. K.; Straker, J. K.; Geron, S. M.: *Patientenzufriedenheit. Benennen, bestimmen, beurteilen.* 1. Auflage. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2004

Aust, B.: *Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung.* Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe. Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Berlin 1994

Avis, M.; Bond, M.; Arthur, A.: *Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction.* Journal of Advanced Nursing 22: 1995 In: **Müller, K.; Thielhorn, U.:** *Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten.* Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln 1999

Baartmans, P. C. M.; Geng, V.: *Qualität nach Maß. Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen.* 1. Auflage. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2000

Barth, M.: *Qualitätsentwicklung und –sicherung in der Altenpflege.* 2. Auflage. Urban & Fischer Verlag: München, Jena 2002

Berry, L.; Parasuraman, A.: *Service Marketing.* Frankfurt, New York 1992 In: **Schupeta, E; Hildebrandt, H. (Hrsg.):** *Patientenzufriedenheit messen und steigern. Was Krankenhäuser von Patienten lernen können. Erfahrungen und Folgerungen aus einem Vergleich von 45 Krankenhäusern durch Versicherte der DAK.* 1. Auflage. Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH: Sankt Augustin 1999

Blum, K.: *Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren im Krankenhaus. Theoretische Grundlagen und empirische Ergebnisse.* Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH: Düsseldorf 1995

Blum, K.: *Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus.* Juventa Verlag: Weinheim, München 1998

Büssing, A. (Hrsg.): *Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus.* Verlag für Angewandte Psychologie: Göttingen 1997

Carbonell, R.: *Anforderungen an ein modernes Beschwerdemanagement* In: **Kranich, C.; Vitt, K. D. (Hrsg.):** *Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren. Qualitätstransparenz und Beschwerdemanagement als Gradmesser für ein patientenfreundliches Gesundheitssystem. Acht europäische Länder im Vergleich.* Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main 2003

Dekkers, F.: *Perspektive und Rolle der Patienten* In: **Kranich, C.; Vitt, K. D. (Hrsg.):** *Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren. Qualitätstransparenz und Beschwerdemanagement als Gradmesser für ein patientenfreundliches Gesundheitssystem. Acht europäische Länder im Vergleich.* Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main 2003

Deutscher Caritasverband (Hrsg.): *SGB XI – Soziale Pflegeversicherung. Gesetzestext mit gekennzeichneten Änderungen durch die Pflegereform 2008.* Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau 2008

Dickhoff, J.; James, P.; Weidenbach, E.: *Theory in a practice discipline*, part 1. Nurs Res 17 (5): 415- 435, 1968 In: **Tackenberg, P.; Haas, U.; Büscher, A. - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO (Hrsg.):**

Ergebnismessung in der Pflegepraxis. 1. Auflage. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2002

Doran, D. I.; Sidani, S.; Watt-Watson, J.; Laschinger, H.; McGillis Hall, L.: *State of Science. A methodological review of the literature on nursing sensitive outcomes*. 2001 In: **Ministry of health and long-term care: Invitational symposium. Nursing and Health outcomes project**. S. 44-61. Toronto, Ontario. March 15 und 16, 2001 In: **Höwer, O.:** *Pflegequalität – was sollte gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen*. Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt am Main: 2002

Fröse, S.: *Was Qualitätsbeauftragte in der Pflege wissen müssen*. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG: Hannover 2008

Giebing, H.; François-Kettner, H.; Roes, M.; Marr, H.: *Pflegerische Qualitätssicherung. Konzept, Methode, Praxis*. 3., unveränderte Auflage. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1999

Glatzer, W.; Zapf, W. (Hrsg.): *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt am Main, New York 1984 In: **Harris, R.; Klie, T.; Ramin, E.:** *Heime zum Leben. Wege zur bewohnerorientierten Qualitätssicherung*. Vincentz Verlag: Hannover 1995

Göbl, M.: *Die Beurteilung von Dienstleistungen. Grundlage für ein erfolgreiches Marketing am Beispiel Freier Berufe*. Gabler Edition Wissenschaft, Deutscher Universitäts-Verlag: Wiesbaden 2003

Haase, I.: „Patientenbedürfnisse“ in der Diskussion. In: **Haase, I.:** *Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen*. Sankt Augustin. In: **Müller, K.; Thielhorn, U.:** *Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten*. 1. Auflage. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln 1999

Hall, J.; Dornan, M.: *Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis.* Social Science & Medicine 30: 1990
In: **Müller, K.; Thielhorn, U.:** *Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten.* 1. Auflage. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln 1999

Harris, R.; Klie, T.; Ramin, E.: *Heime zum Leben. Wege zur bewohnerorientierten Qualitätssicherung.* Vincentz Verlag: Hannover 1995

Hinterhuber, H. H.; Handlbauer, G.; Matzler, K.: *Kundenzufriedenheit durch Kernkompetenzen. Eigene Potentiale erkenne - entwickeln - umsetzen.* Carl Hanser Verlag: München, Wien: 1997

Ipsen, D.: *Das Konstrukt Zufriedenheit.* Soziale Welt, Nr. 29: 1978 In: **Müller, K.; Thielhorn, U.:** *Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten.* 1. Auflage. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln 1999

Kamiske, G. F.; Brauer, J.-P.: *Qualitätsmanagement von A-Z.* Carl Hanser Verlag: München 1995 In: **Baartmans, P. C. M.; Geng, V.:** *Qualität nach Maß. Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen.* 1. Auflage. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2000

Kranich, C.; Vitt, K. D. (Hrsg.): *Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren. Qualitätstransparenz und Beschwerdemanagement als Gradmesser für ein patientenfreundliches Gesundheitssystem. Acht europäische Länder im Vergleich.* Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main 2003

Lorenz, P.: *Planen und Bauen für das Alter. Wohnen im dritten Lebensabschnitt.* Verlagsanstalt Alexander Koch GmbH: Leinfelden-Echterdingen 1994

Mayring, P.: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* Deutscher Studien Verlag: Weinheim 2000

Mayring, P.: *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Beltz Verlag: Weinheim und Basel 2002

Müller, K.; Thielhorn, U.: *Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten*. 1. Auflage. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln 1999

Müller, K.; Thielhorn, U.: *Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten*. Kohlhammer, Stuttgart 2000 In: **Schnabel, E.; Schönberg, F. (Hrsg.):** *Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven*. LIT Verlag: Münster, Hamburg, London 2003

Owens, D. J.; Bachelor, C.: *Patient Satisfaction and the Elderly*. Social Science and Medicine No. 11, 1184-1491 In: **Schnabel, E.; Schönberg, F. (Hrsg.):** *Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven*. LIT Verlag: Münster, Hamburg, London 2003

Reinders, H.: *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH: München 2005

Ryden, M. B.; Gross, C. R.; Savik, K.; Snyder, M.; Oh, H. L.; Jang, Y.-P.; Wang, J.-J.; Kirchbaum, K. E.: *Development of a Measure of Resident Satisfaction with the Nursing home*. 2000 In: **Research in Nursing & Health**, 23. Jg., Heft 3, S. 237-245 In: **Höwer, O.:** *Pflegequalität – was sollte gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen*. Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt am Main: 2002

Scharnbacher, K.; Kiefer, G.: *Kundenzufriedenheit. Analyse, Messbarkeit und Zertifizierung*. 2. Auflage. R. Oldenbourg Verlag: München, Wien 1998

Schnabel, E.; Schönberg, F. (Hrsg.): *Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven*. LIT Verlag: Münster, Hamburg, London 2003

Schrep, B.: *Der letzte Umzug.* Der Spiegel S. 98-101, 19/2005

Schupeta, E; Hildebrandt, H. (Hrsg.): *Patientenzufriedenheit messen und steigern. Was Krankenhäuser von Patienten lernen können. Erfahrungen und Folgerungen aus einem Vergleich von 45 Krankenhäusern durch Versicherte der DAK.* 1. Auflage. Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH: Sankt Augustin 1999

Simon, H.; Homburg, C.: *Kundenzufriedenheit. Konzepte – Methoden – Erfahrungen.* 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Gabler Verlag: Wiesbaden 1997

Simmons, S. F.; Schnelle, J. F.: *Strategies to Measure Nursing Home Residents' Satisfaction and Preferences Related to Incontinence and Mobility Care: Implications for Evaluating Intervention Effects.* In: The Gerontologist, 38. Jg., Heft 3, S. 245-355 In: **Höwer, O.:** *Pflegequalität – was sollte gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen.* Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt am Main: 2002

Steingrübner, R.: *Bewohnerzufriedenheit als wichtige Zielgröße eines kundenorientierten Qualitätsmanagements in der stationären Altenhilfe? Eine kritische Diskussion.* Diplomarbeit an der Westsächsischen Hochschule Zwickau: 2003

Tackenberg, P.; Haas, U.; Büscher, A. - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO (Hrsg.): *Ergebnismessung in der Pflegepraxis.* 1. Auflage. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2002

Vitt, G.: *Pflegequalität ist messbar. Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität der ambulanten Pflege.* Schlütersche GmbH & Co. KG, Verlag und Druckerei: Hannover 2002

Williams, S.: *Quality and Care: Patients' Perceptions.* Journal of Nursing Care and Quality 12: 1998 In: **Müller, K.; Thielhorn, U.:** *Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten.* 1. Auflage. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln 1999

7 Internetseitenverzeichnis

Anonymus: *Bewohnerorientierung macht auch den MDK glücklich.* PQSG. Online-Magazin für die Altenpflege. Url: <http://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrundbewohnerorientierung.htm> (Stand: 14.04.2008)

Anonymus: *Heimgesetz. § 11 Anforderungen an den Betrieb eines Heims.* Url: <http://norm.bverwg.de/jur.php?heimg,11> (Stand: 12.11.2008)

Anonymus: *Zufriedenheit.* Deutsche Enzyklopädie. Url: <http://lexikon.calsky.com/de/txt/z/zu/zufriedenheit.php> (Stand: 11.04.2008)

BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisation e.V.): *Stellungnahme der BAGSO zum 4. Altenbericht* Url: http://www.ageandmobility.de/02_03_22.html (Stand: 12.04.2008)

Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG Mannheim: *Lebensqualität.* Meyers Lexikon online. Url: <http://lexikon.meyers.de/wissen/Lebensqualit%C3%A4t+%28Sachartikel%29> (Stand: 14.04.2008)

BIVA.: *Verzeichnis deutscher Altenheime mit Informationen der Verbraucherinnen und Verbraucher zu Leistungen und Bewertungen der Lebensqualität. Kurzbeschreibung.* Url: http://www.biva.de/fileadmin/pdf/HeimVZ/Kurzbeschreibung_aktualisiert_13.01.09.pdf (Stand: 17.02.2009)

Erbstößer, J.: *Moderne Altenpflege. Aktivierende Pflege.* Url: http://www.modernealtenpflege.de/Pflegestandards/Ubersicht_Pflegestand_/Aktivierende_Pflege/aktivierende_pflege.html (Stand: 10.10.2008)

Forschungsgruppe Metrik: *Wie zufrieden sind Sie mit uns? Bewohnerbefragung.* Url: <http://www.jelena-busch.de/Fragebogengalerie/altenheim/Fragebogen-Bewohnerauszug.PDF> (Stand: 13.03.2008)

Hanisch, J; Göritz, M.: *Gemeinschaft und Vereinsamung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.* Diplomarbeit 2005. Url: <http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/7.1-literaturverzeichnis.html> (Stand: 10.04.2008)

Health-Compare - Institut für Gesundheit, Soziales und Bildung. *Bewohnerbefragung* Url: http://www.health-compare.com/pdf/bewohnerbefragung_musterbogen.pdf (Stand: 13.03.2008)

Höpflinger, F.: *Lebenshorizont Alter* (Hrsg. Brigitte Boothe, Bettina Ugolini, vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich). 2003 In: **Schlumpf, U.:** *Zufriedenheit in reiferen Jahren.* Url: <http://www.reife.ch/Sommer03/zufriedenheit.html> (Stand: 11.04.2008)

Höwer, O.: *Pflegequalität – was sollte gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen.* Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt am Main: 2002 Url: <http://www.olaf-hoewer.de/Diplomarbeit1.pdf> (Stand: 11.04.2008)

Juris. Bundesministerium für Justiz. § 10 *Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner.* Url: http://bundesrecht.juris.de/heimg/__10.html (Stand: 11.01.2009)

MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: *MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§112, 114 SGB XI in der stationären Pflege.* 2005. Url: http://www.mdk.de/media/pdf/Anleitung_stat_10112005.pdf (Stand: 13.03.2008)

Melzer, G.: *Zitate online. Oscar Wilde.* Url: <http://www.zitate-online.de/literaturzitate/allgemein/797/ich-habe-einen-ganz-einfachen-geschmack.html> (Stand: 13.03.2008)

Naegele, G.; Weidekamp-Maicher, M.: *Lebensqualität im Alter.* Url: <http://www.wz.nrw.de/magazin/artikel.asp?nr=477&ausgabe=2002/3&titel=Lebensqualit%C3%A4t%5Eim%5EAlter&magname> (Stand: 12.04.2008)

Robert Koch-Institut: *Gesundheitsbezogene Lebensqualität.* Url:
http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Auswertungsergebnisse/Lebensqualitaet/lebensqualitaet__node.html__nnn=true (Stand: 11.04.2008)

Scheu, P.: „Mutzumhandeln“ 2007. *Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.* Url:
<http://www.mutzumhandeln.de/downloads/qualitativeinhaltsanalyse.pdf> (Stand:
14.04.2008)

Senioren-Pflege-Informationsportal. Informationsportal für Gerontologie, Geriatrie, Altenpflege und Krankenpflege für Senioren und Pflegekräfte. *Begriffsklärung Funktionspflege, Bezugspflege, Bereichspflege.* Url:
<http://www.geroweb.de/krankenpflege/funtionspflege-bezugspflege.html> (Stand:
02.09.2008)

Settgast, M.: *Gestaltungsmöglichkeiten und Bedeutung des Marketings in Alten- und Pflegeheimen.* Diplomarbeit an der Fachhochschule Neubrandenburg: 1998 Url:
http://pflege.klinikum-grosshadern.de/campus/marketing/settgast/4_474.htm (Stand:
25.03.08)

Statistisches Bundesamt (Destatis): *Zahl der Pflegebedürftigen steigt weiter.*
Pressemitteilung Nr.491 vom 17.12.2008. Url:
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/12/PD08__491__224.psml (Stand: 11.01.2009)

Tupy, G.: *Lebenszufriedenheit im Pflegeheim.* Dr. Anton Amann. ZENTAS (Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung an der NÖ Landesakademie). Url:
<http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/zufriedenheitsstudien.pdf> (Stand:
14.04.2008)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, den 01.03.2009

Johanna Müller

