

Die Lebensqualität des vierten Alters in stationären Einrichtungen

Theoretische und empirische Grundlagen für eine
zielgruppenorientierte Evaluation

**Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Magistra (FH) für wirtschaftswissenschaftliche Berufe**

Fachhochschulstudiengang: Sozialmanagement, Linz

Verfasserin: Heike Michaela Maun

Erstbegutachterin: Prof. (FH) Dr.ⁱⁿ Renate Kränzl-Nagl

Zweitbegutachter: Prof. (FH) Dr. Paul Brandl

Linz, im August 2010

*Ich wundere mich oft über die große Zähigkeit,
mit der unsere Natur am Leben hängt. Fügsam,
wenn auch keineswegs gerne, gewöhnt man sich
an Zustände, die einem noch vorgestern als völlig
unerträglich erschienen wären.*

(Hermann Hesse)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit mit dem Titel „Die Lebensqualität des vierten Alters in stationären Einrichtungen’ - Theoretische und empirische Grundlagen für eine zielgruppenorientierte Evaluation“ selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und alle den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche gekennzeichnet habe.

Linz, im August 2010

Heike Michaela Maun

Mit dem Ziel der flüssigeren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Diplomarbeit immer jenes Geschlecht gewählt, dass in der betreffenden Gruppe überwiegt. Somit wird in Bezug auf die stationären Einrichtungen zur Pflege und Betreuung älterer Menschen, begründet durch die Feminisierung im Alter und den überwiegenden Anteil an weiblichem Pflegepersonal, die weibliche Form verwendet. Bei Unsicherheiten werden beide Geschlechter angeführt (z. B. der Leser bzw. die Leserin) und bei Zitaten wird das Original verwendet.

Danksagung

Ich möchte mich auf diesem Wege beim Personal der drei ausgewählten Einrichtungen für das Engagement und die großartige Unterstützung in Bezug auf die konkrete Durchführung der Studie bedanken.

Zudem möchte ich mich bei den Bewohnern und Bewohnerinnen für das Gewähren eines intimen Einblickes in ihren Lebensalltag in den Einrichtungen sowie für die auch für mich persönlich sehr bereichernden, bewegten und bewegenden Lebensgeschichten bedanken.

Abschließend möchte ich mich noch für die intensive und konstruktive Unterstützung durch Frau Prof. (FH) Dr.ⁱⁿ Renate Kränzl-Nagl sehr herzlich bedanken. Ihre positive und wertschätzende Betreuung und Begleitung hat wesentlich zum Gelingen der Arbeit beigetragen.

Kurzfassung

Aufgrund der demografischen Entwicklung, dem Wandel der Familienstrukturen, sowie dem in Österreich vorrangigen Prinzip „Mobil vor Stationär“, sind stationäre Einrichtungen zur Pflege und Betreuung älterer Menschen konfrontiert mit einem steigenden Bedarf an Pflegeplätzen sowie mit einem ansteigenden und zum Teil veränderten Pflege- und Betreuungsbedarf neuer Bewohnerinnen. Für eine Anpassung des Leistungsangebotes und der Leistungsqualität an diese gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen ist es wesentlich, die Bedürfnisse der Bewohnerinnen zu erheben. Zudem bedarf es im Sinne der Qualitätssicherung der Festlegung von überprüfbaren Soll-Kriterien. Nur durch eine laufende Evaluation dieser festgelegten Soll-Kriterien kann eine Sicherung und Förderung der Lebensqualität von Bewohnerinnen erfolgen. Das durch die Evaluation gewonnene Wissen über die Bedürfnisse der Bewohnerinnen liefert zudem eine wesentliche Grundlage für die Optimierung des Ressourceneinsatzes und die Begründung eines zukünftigen Wettbewerbsvorteils. Hauptziel dieser Arbeit ist es, theoretische sowie empirische Grundlagen zur regelmäßigen Evaluierung der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen unter Berücksichtigung der besonderen Charakteristika der Befragungsgruppe zu liefern. Das hierfür entwickelte Instrumentarium, bestehend aus einem Leitfaden für die Befragung von Bewohnerinnen sowie einer Adaption der Dementia Care Mapping (DCM) Methode für die Beobachtung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen, wurde in drei ausgewählten Einrichtungen zur Pflege- und Betreuung älterer Menschen erprobt. Die vorliegende Arbeit beinhaltet neben theoretischen Aspekten zum Forschungsgegenstand sowie zum Forschungsdesign auch die Ergebnisse der Erhebungen sowie daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen für das Qualitätsmanagement der ausgewählten Einrichtungen. Sie liefert somit Grundlagen für die Entwicklung von Soll-Kriterien zur Sicherung und Förderung der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen. Zudem werden laufend kritische Erfolgsfaktoren und Grenzen in Bezug auf die konkrete Durchführung einer zukünftigen Evaluation aufgezeigt.

Abstract

Based on the demographic development, changing family structures and the Austrian principle “Mobil vor Stationär” retirement homes are confronted with an increasing need of places and an increasing and partially changed need of care by new inhabitants. In order to adapt the offered services and the quality of performance to these current and future challenges it is important for the institutions to ascertain the needs of the inhabitants. Furthermore it is necessary for the quality assurance to determine checkable criteria. Only by a regular evaluation of these fixed and checkable targets the safeguarding and promotion of the inhabitants quality of life is possible. This knowledge resulting from the evaluation about the needs of the inhabitants will enable the institutions to optimise their resource management and to generate a competitive advantage. The principal object of this research is to give a theoretical and empirical basis for a regular evaluation of inhabitant satisfaction with their quality of life, considering the special characteristics of the target group. The tools developed for this purpose consist of a manual for the questioning of occupants and an adaptation of the Dementia Care Mapping (DCM) Method for the surveillance of occupants suffering from dementia. The tools mentioned were tested in three selected retirement homes. This master thesis contains theoretical aspects to the object of research and to the design of research. Furthermore the results of the questioning and surveillance are presented and these results are the basis for the concluding recommendations for the quality management of the selected institutions. This research delivers the base for the development of checkable criteria for the safeguarding and promotion of the inhabitants´ quality of life. Additionally critical success factors and limits of these kinds of evaluation are shown.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1 -
1.1. Die Gesamtstudie.....	- 2 -
1.2. Die vorliegende Teilstudie.....	- 4 -
1.3. Zielsetzung und Methodik der Teilstudie	- 4 -
1.4. Aufbau der Arbeit	- 6 -
2. Lebensqualität des vierten Alters in stationären Einrichtungen - Hinführung	8 -
2.1. Problemaufriss	- 8 -
2.2. Das vierte Alter.....	- 9 -
2.3. Die totale Institution.....	- 10 -
2.4. Demenz: Krankheitsbild sowie Pflegemodelle und Konzepte für Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen.....	- 12 -
2.4.1. Definition und Krankheitsbild demenzieller Erkrankungen	- 13 -
2.4.2. Pflegemodelle und Konzepte zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz..	- 17 -
2.4.3. Der person-zentrierte Ansatz nach Tom Kitwood.....	- 18 -
2.5. Qualitätsdimensionen für die Erhebung der Lebensqualität der Zielgruppe.....	- 20 -
3. Beschreibung der drei ausgewählten Einrichtungen	- 23 -
4. Theoretische Grundlagen zur Messung der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen	- 25 -
4.1. Evaluationsforschung.....	- 25 -
4.2. Quantitative versus qualitative Sozialforschung	- 26 -
4.3. Triangulation	- 28 -
4.4. Ethik in der empirischen Sozialforschung	- 29 -
4.5. Aktueller Forschungsstand zur Messung der Lebensqualität der Zielgruppe.....	- 30 -
5. Die Befragung	- 32 -
5.1. Design der Befragung sowie methodische Vorgehensweise.....	- 32 -
5.1.1. Theoretische Auseinandersetzung und Entwicklung der Indikatorenmatrix.....	- 33 -
5.1.2. Entwicklung des Leitfadens für die explorativen Experteninterviews.....	- 35 -
5.1.2.1. Qualitative Interviews	- 35 -
5.1.2.2. Leitfaden-Interviews	- 35 -
5.1.2.3. Experteninterviews	- 36 -
5.1.3. Durchführung, Transkription und Auswertung der explorativen Experteninterviews sowie Modifizierung der Indikatorenmatrix	- 37 -
5.1.4. Auswahl der zu befragenden Bewohnerinnen.....	- 38 -
5.1.5. Entwicklung des teilstrukturierten, qualitativen Interviewleitfadens.....	- 39 -
5.1.6. Durchführung der Pretests	- 39 -
5.1.7. Durchführung der teilstrukturierten, qualitativen Interviews	- 40 -

5.1.8. Dauer der Interviews.....	- 40 -
5.1.9. Merkmale der Befragten	- 41 -
5.1.9.1. Geschlecht der befragten Personen	- 41 -
5.1.9.2. Alter der befragten Personen	- 42 -
5.1.9.3. Familienstand der befragten Personen	- 42 -
5.1.9.4. Pflegegeldstufen der befragten Personen.....	- 43 -
5.1.10. Transkription bzw. Datenerfassung und Auswertung.....	- 43 -
5.1.10.1. Auswertung qualitativer Interviews.....	- 43 -
5.1.10.2 Inhaltsanalyse nach Mayring.....	- 44 -

6. Die Ergebnisse der Bewohnerinnenbefragung sowie Zusammenfassung

der zentralen Ergebnisse und Reflexion des Erhebungsinstrumentes	- 46 -
6.1. Spezifika der Zielgruppe „Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen“	- 46 -
6.2. Die Lebenssituation vor dem Umzug in die Einrichtungen	- 49 -
6.2.1. Frühere Wohnform der befragten Personen	- 49 -
6.2.2. Gründe für den Umzug in die Einrichtung	- 50 -
6.2.3. Entscheidungsträger für die Wahl dieser Einrichtung	- 51 -
6.2.4. Vorrangige Gründe für die gezielte Wahl der Einrichtung.....	- 52 -
6.3. Lebenssituation nach dem Einzug in die Einrichtungen	- 52 -
6.3.1. Aktuelle Wohnsituation der befragten Personen	- 52 -
6.3.2. Veränderungen der Lebenssituation der Bewohnerinnen durch den Umzug	- 54 -
6.3.3. Umzugsbedingtes Gefühl der Vereinsamung.....	- 55 -
6.4. Ergebnisse der festgelegten vier Qualitätsdimensionen.....	- 56 -
6.4.1. Selbst- und Mitbestimmung	- 56 -
6.4.1.1. Möglichkeit der individuellen Zimmergestaltung	- 56 -
6.4.1.2. Rücksichtnahme auf individuelle Bedürfnisse bei pflegerischen Handlungen.....	- 58 -
6.4.1.3. Mitbestimmung des Tagesablaufes in den Einrichtungen	- 60 -
6.4.1.4. Möglichkeit der Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten.....	- 61 -
6.4.1.5. Selbstbestimmung in Bezug auf die alleine oder gemeinsam mit den anderen Bewohnerinnen verbrachte Zeit	- 63 -
6.4.2. Wertschätzung.....	- 64 -
6.4.2.1. Zeitliche Verfügbarkeit des Pflegepersonals.....	- 65 -
6.4.2.2. Zeit für persönliche Gespräche mit den Bewohnerinnen	- 66 -
6.4.2.3. Präsenz der Hausleitungen und der Pflegedienstleitungen	- 68 -
6.4.2.4. Rasche Erreichbarkeit des Pflegepersonals	- 70 -
6.4.2.5. Wahrung der Intimsphäre.....	- 72 -
6.4.3. Geborgenheit.....	- 72 -
6.4.3.1. Umgang mit Ängsten und Sorgen der Bewohnerinnen seitens des Personals	- 73 -
6.4.3.2. Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen.....	- 74 -
6.4.4. Sicherheit.....	- 77 -
6.4.4.1. Bedarfsgerechte bauliche Gegebenheiten für die Bewohnerinnen.....	- 77 -

6.4.4.2. Möglichkeit, das Zimmer abzuschließen und persönliche Wertgegenstände sicher zu verwahren	- 78 -
6.4.4.3. Umgang mit persönlichem Eigentum der Bewohnerinnen seitens des Personals	- 79 -
6.4.4.4. Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Praktikantinnen	- 80 -
6.4.4.5. Unterstützung durch das Pflegepersonal	- 80 -
6.4.5. Tagesgestaltung der befragten Bewohnerinnen	- 82 -
6.4.6. Umgang mit Beschwerden	- 83 -
6.4.6.1. Äußern von Beschwerden	- 84 -
6.4.6.2. Gründe für eine bereits erfolgte Beschwerde	- 85 -
6.4.6.3. Wertschätzender Umgang mit Beschwerden sowie erste Anlaufstelle der Bewohnerinnen bei Beschwerden	- 85 -
6.5. Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragung sowie Reflexion des Erhebungsinstrumentes	- 87 -
6.5.1. Zentrale Ergebnisse der Befragung	- 87 -
6.5.2. Reflexion der teilstrukturierten, qualitativen Leitfaden-Interviews	- 88 -
7. Die Beobachtung	- 91 -
7.1. Die Dementia Care Mapping (DCM) Methode	- 91 -
7.2. Die Adaption der Dementia Care Mapping (DCM) Methode	- 93 -
7.3. Die Durchführung der Beobachtung in Anlehnung an das DCM	- 96 -
8. Die Ergebnisse der Beobachtung sowie zentrale Erkenntnisse und Reflexion des Erhebungsinstrumentes	- 98 -
8.1. Ergebnisse der Beobachtung nach der Dementia Care Mapping Methode	- 98 -
8.2. Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse	- 104 -
8.3. Reflexion der Beobachtung	- 106 -
9. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	- 108 -
9.1. Handlungsempfehlungen für die Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz anhand eines Best-Practice-Beispiels	- 108 -
9.2. Handlungsempfehlungen zur Qualitätssicherung und -förderung	- 109 -
9.2.1. Kommunikation	- 110 -
9.2.2. Soziale Netzwerke und Freizeitgestaltung	- 112 -
9.2.3. Serviceleistungen	- 113 -
9.2.4. Pflegerische und medizinische Interventionen	- 114 -
9.2.5. Wohnen	- 114 -
9.3. Reflexion des Leitbildes der ausgewählten Einrichtungen	- 116 -
9.4. Allgemeine Empfehlungen für die Einleitung und Durchführung eines laufenden Evaluationsprozesses	- 116 -
10. Resümee	- 118 -
11. Schlussbemerkung	- 120 -

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ADL	Activities of daily life
BBC-Werte	Kodierung von Verhaltenskategorien (Behaviour Category Coding)
BW	Bewohnerinnen
bzw.	beziehungsweise
DCM	Dementia Care Mapping
d. Verf.	die Verfasserin
et al.	et alia (und andere)
GDS	Global Deterioration Scale
HL	Hausleitung
Tab.	Tabelle
n	valide Aussagen (Anzahl jener Bewohnerinnen, deren Aussagen in die Erhebungsergebnisse miteinbezogen werden konnten)
PDL	Pflegedienstleitung
u. a.	und andere
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
WIB-Werte	Werte für das Wohlergehen bzw. Nichtwohlergehen (Well-or-Ill-Being)
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erhebungszugänge der Gesamtstudie	- 3 -
Abbildung 2: Erhebungszugänge der vorliegenden Teilstudie	- 4 -
Abbildung 3: Global Deterioration Scale und Retrogenesetheorie	- 15 -
Abbildung 4: Organigramm der ausgewählten Einrichtungen.....	- 23 -
Abbildung 5: Ablaufmodell der Befragung von Bewohnerinnen.....	- 32 -
Abbildung 6: Indikatorenmatrix als Basis für den teilstrukturierten, qualitativen Interviewleitfaden.....	- 34 -
Abbildung 7: Inhaltsanalyse nach Mayring.....	- 44 -
Abbildung 8: Die Codes der Verhaltenskategorien nach DCM 7.....	- 95 -
Abbildung 9: Kodierung des Wertes für Wohlergehen bzw. Nichtwohlergehen.....	- 96 -
Abbildung 10: BCC-Daten der gesamte Beobachtungsgruppe.....	- 99 -
Abbildung 11: WIB-Punktezahlen der gesamten Beobachtungsgruppe.....	- 100 -
Abbildung 12: WIB-Punktezahlen der Beobachtungspersonen 4 und 5.....	- 101 -
Abbildung 13: WIB-Punktezahlen der Beobachtungspersonen 1, 2 und 3.....	- 102 -
Abbildung 14: BBC-Daten der Beobachtungspersonen 1, 2 und 3.....	- 103 -
Abbildung 15: BBC-Daten der Beobachtungspersonen 4 und 5.....	- 103 -
Abbildung 16: Strukturierter Tagesablauf zur Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen - Vitalis Wohnpark	- 109 -

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Dauer der Interviews	- 40 -
Tabelle 2:	Geschlecht der befragten Personen	- 41 -
Tabelle 3:	Alter der befragten Personen	- 42 -
Tabelle 4:	Familienstand der befragten Personen	- 42 -
Tabelle 5:	Pflegegeldstufe der befragten Personen	- 43 -
Tabelle 6:	Frühere Wohnform der befragten Personen	- 49 -
Tabelle 7:	Gründe für den Umzug in eine stationäre Einrichtung	- 50 -
Tabelle 8:	Entscheidungsträger für die Wahl dieser Einrichtung	- 51 -
Tabelle 9:	Gründe für die Wahl dieser Einrichtung	- 52 -
Tabelle 10:	Aktuelle Wohnform der befragten Bewohnerinnen	- 53 -
Tabelle 11:	Gründe für eine Verbesserung der Lebenssituation durch den Umzug.....	- 54 -
Tabelle 12:	Gründe für eine Verschlechterung der Lebenssituation durch den Umzug.....	- 55 -
Tabelle 13:	Gründe die gegen eine individuelle Zimmergestaltung in den Häusern I und II sprechen	- 57 -
Tabelle 14:	Gründe die gegen eine individuelle Zimmergestaltung im Haus III sprechen.....	- 58 -
Tabelle 15:	Gründe die gegen eine bedürfnisorientierte Gestaltung der pflegerischen Handlungen sprechen.....	- 59 -
Tabelle 16:	Gründe die gegen die Mitbestimmung des Tagesablaufes sprechen	- 61 -
Tabelle 17:	Gründe die für die Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten sprechen.....	- 62 -
Tabelle 18:	Gründe die gegen die Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten sprechen.....	- 62 -
Tabelle 19:	Gründe die gegen eine zeitlich ausreichende, individuelle Betreuung sprechen.....	- 65 -
Tabelle 20:	Gründe für eine mangelnde Kommunikation mit der HL/PDL.....	- 68 -
Tabelle 21:	Gründe für längere Wartezeiten auf das Pflegepersonal.....	- 70 -
Tabelle 22:	Gründe die gegen das Eingehen auf Ängste und Sorgen der Bewohnerinnen sprechen.....	- 73 -
Tabelle 23:	Gründe die eine gute Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen verhindern.....	- 75 -
Tabelle 24:	Erste Anlaufstelle der Bewohnerinnen bei Beschwerden.....	- 86 -

1. Einleitung

Sofern uns das Geschenk des Lebens bis ins Alter gegeben ist, werden wir mit hoher Wahrscheinlichkeit in die Situation kommen, aus gesundheitlichen Gründen Pflege in Anspruch zu nehmen oder aber auch aufgrund mangelnder sozialer Netzwerke oder mangelnder baulicher, bedarfsgerechter Ausgestaltung der bestehenden Wohnform den letzten Lebensabschnitt in einer stationären Einrichtung zur Pflege- und Betreuung älterer Menschen verbringen. Aufgrund dieser Tatsache sollte sich für alle Gesellschaftsmitglieder die Frage stellen, wie der letzte Lebensabschnitt in stationären Einrichtungen menschenwürdig gestalten werden kann. Unter Verwendung des sehr allgemeinen Begriffes Lebensqualität gilt es zur Gewährleistung der Menschenwürde von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen Soll-Kriterien für die Erhebung deren Lebensqualität zu entwickeln. Doch woran kann die Lebensqualität des letzten Lebensabschnittes in stationären Einrichtungen im Sinne von Soll-Kriterien festgemacht werden und wie kann deren Umsetzung seitens der Einrichtungen zur Pflege und Betreuung erhoben werden? Antworten auf diese Fragen zu finden ist Ziel der vorliegenden Diplomarbeit.

Die Notwendigkeit dieser Auseinandersetzung wird noch verstärkt durch die zukünftige demografische Entwicklung. Der Anteil pflegebedürftiger, älterer Menschen in Oberösterreich wird bis zum Jahr 2030 um 49,2 % auf 104.255 Personen ansteigen (vgl. Amt der Oö. Landesregierung, Presseabteilung 2007, S. 6). Zum Stichtag 01.01.2008 lebten in Oberösterreich 11.355 pflegebedürftige Menschen in 114 anerkannten stationären Einrichtungen und auch hier wird es aufgrund der demografischen Entwicklung zu einem steigenden Bedarf an Normplätzen kommen (vgl. Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales 2009, S. 2f).

Zudem beeinflusst das in der österreichischen Altenpflege umgesetzte Modell „Mobil-vor-Stationär“ die gegenwärtige sowie zukünftige Entwicklung der stationären Einrichtungen zur Pflege und Betreuung älterer Menschen maßgeblich. Durch dieses gesellschaftspolitisch vorrangige Ziel, ältere Menschen möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld zu versorgen, um somit für diese Personen eine hohe Lebensqualität zu gewährleisten, steigt für stationäre Einrichtungen zur Betreuung und Pflege älterer Menschen sowohl das Einzugsalter der Bewohnerinnen, als auch deren Pflege- und Betreuungsbedarf. Aufgrund der zukünftigen demografischen Entwicklung wird es jedoch auch zu einer Reduktion der für den Alten- und Pflegebereich aufgewendeten finanziellen Ressourcen kommen.

Hieraus resultiert für die Einrichtungen zur Betreuung und Pflege älterer Menschen die Herausforderung, bei steigendem Pflegebedarf und trotz sinkender finanzieller Ressourcen den Bewohnerinnen ein menschenwürdiges Altern zu gewährleisten. Ein wesentlicher Indikator dafür, ob es den Einrichtungen gelingt, diese Herausforderung zu meistern, ist die Zufriedenheit der Bewohnerinnen in und mit den Einrichtungen als maßgebliches Kriterium für eine hohe Lebensqualität der Bewohnerinnen. Bislang lag das Hauptaugenmerk stationärer Einrichtungen verstärkt auf dem Bereich der Sicherung und Förderung der Pflegequalität durch Pflegekonzepte sowie durch ausführliche, strukturierte Dokumentation, Kontrolle und Optimierung der Pflegeprozesse. Die Qualitätssicherung und -förderung in Bezug auf die Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen erfolgt in erster Linie lediglich über die Festlegung des Personalschlüssels und der daraus resultierenden Arbeitszeit des Pflegepersonals pro Bewohnerin (vgl. Harrington et al. 2000, zit. nach: Gebert/Kneubühler, S. 31f).

Dass für ein menschenwürdiges Altern jedoch zusätzliche Kriterien ausschlaggebend sind, dessen sind sich stationäre Einrichtungen sehr wohl bewusst und so trat der Träger von drei Einrichtungen zur Pflege und Betreuung älterer Menschen an die Fachhochschule Linz mit dem Auftrag, im Rahmen eines Berufspraktikums von Studentinnen eine Zufriedenheitsanalyse der Bewohnerinnen sowie deren Angehörigen durchzuführen, heran.

Im Sinne der leichteren Nachvollziehbarkeit wird im folgenden Abschnitt dem Leser bzw. der Leserin zuerst ein Überblick über die auf dem Auftrag basierende Gesamtstudie gegeben und in weiterer Folge über die Zielsetzung, Methodik und den Aufbau der vorliegenden Teilstudie mit dem Schwerpunkt der Perspektive der Bewohnerinnen.

1.1. Die Gesamtstudie

Im Dezember 2008 wurde im Rahmen der Gesamtstudie zwischen dem Auftraggeber und zwei Studentinnen der Fachhochschule Linz, Frau Judith Horner und der Verfasserin der vorliegenden Arbeit, für die Erhebung der Lebenszufriedenheit bzw. der Lebensqualität der Bewohnerinnen ein multiperspektivischer Zugang festgelegt.

Aufgrund der Spezifika der Zielgruppe, insbesondere aufgrund des hohen Anteils an Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen, wurde für die Erhebung in den ausgewählten Einrichtungen der Zugang über die Bewohnerinnen selbst, sowohl direkt durch eine Befragung als auch indirekt mittels einer Beobachtung, festgelegt. Diese beiden Erhebungszugänge, in der nachfolgenden Abbildung als Erhebungszugang I und II

dargestellt, bilden auch die Datengrundlage für die vorliegende Teilstudie. Zudem erfolgte im Rahmen der Gesamtstudie eine schriftliche Befragung der Angehörigen mittels Fragebogen. Im Vergleich zu den gängigen Methoden zur Erhebung der Lebenszufriedenheit von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen, welche nur vereinzelt Bewohnerinnen und deren Angehörige mit einbeziehen, stellt dies die Besonderheit des entwickelten Instrumentariums dar. Da der Focus ausschließlich auf der Perspektive der Bewohnerinnen liegt, wurden keine Mitarbeiterinnen der ausgewählten Einrichtungen in die Studie mit einbezogen. Hieraus resultieren für die Gesamtstudie folgende drei Erhebungszugänge:

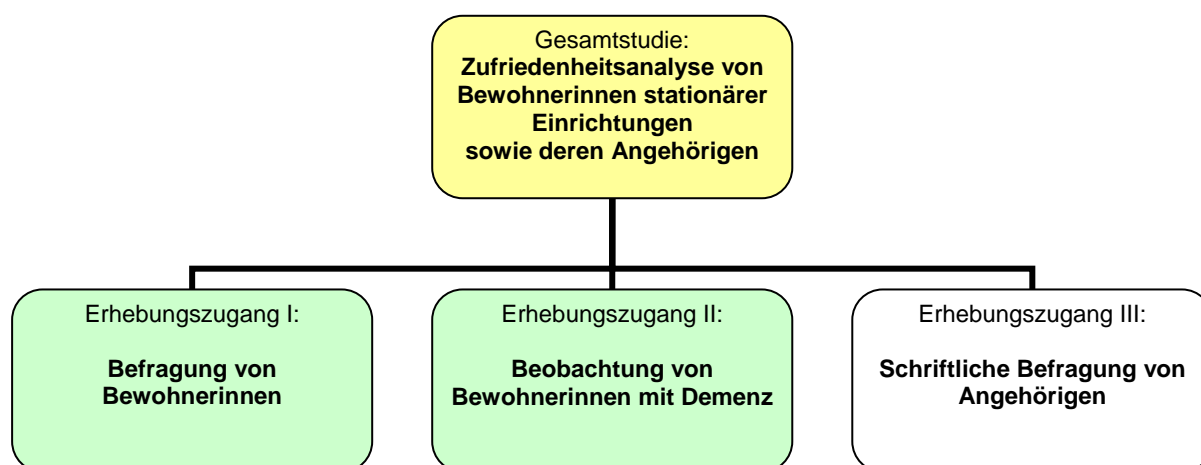


Abb. 1: Erhebungszugänge der Gesamtstudie (eigene Abbildung)

Für diesen multiperspektivischen Zugang wurde von den beiden Studentinnen gemeinsam folgendes Instrumentarium entwickelt:

- ein teilstrukturierter, qualitativer Interviewleitfaden für die Befragung von Bewohnerinnen
- eine Adaption der Dementia Care Mapping (DCM) Methode für die Beobachtung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen
- ein Fragebogen für die schriftliche Befragung von Angehörigen

Auch die Durchführung der einzelnen Erhebungen erfolgte von den beiden Studentinnen und bis Ende Juli 2010 wurden zudem auch die aus den Erhebungen generierten Daten zum Teil gemeinsam aufbereitet.

Ab August 2010 erfolgte dann eine Aufteilung der Erhebungszugänge. Frau Horner übernahm die Auswertung des Erhebungszuganges III, welcher über die schriftliche Befragung von Angehörigen von Bewohnerinnen der ausgewählten Einrichtungen erfolgte. Die Ergebnisse dieser Teilstudie werden in der Diplomarbeit von Frau Judith Horner, welche

voraussichtlich im Frühjahr 2011 veröffentlicht wird, behandelt, um in Bezug auf den Umfang der Arbeiten den Rahmen nicht zu sprengen.

1.2. Die vorliegende Teilstudie

Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit übernahm, wie bereits erwähnt, die Auswertung der Erhebungszugänge I und II, welche direkt über die Bewohnerinnen erfolgten. Somit liegt in der vorliegenden empirischen Studie der Fokus ausschließlich auf der Perspektive der Bewohnerinnen, was nachstehende Darstellung noch einmal veranschaulichen soll:

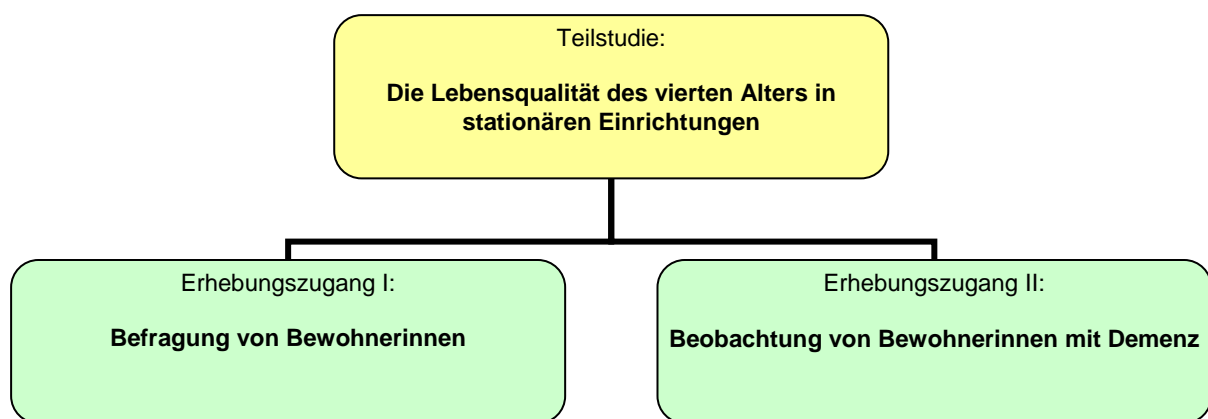


Abb. 2: Erhebungszugänge der vorliegenden Teilstudie (eigene Abbildung)

Im nachfolgenden Abschnitt wird sowohl die Zielsetzung als auch die Methodik der vorliegenden Arbeit erläutert.

1.3. Zielsetzung und Methodik der Teilstudie

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, sowohl theoretische als auch empirische Grundlagen für die Evaluation der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen zu liefern. In Bezug auf die sich sehr komplex gestaltende Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen müssen hierfür zudem die Besonderheiten der Zielgruppe, auf welche im Kapitel 2 noch näher eingegangen wird, Berücksichtigung finden.

Die angestrebte, auf den theoretischen und empirischen Grundlagen dieser Arbeit basierende, zukünftige Evaluation zielt jedoch nicht auf eine quantitative Darstellung des Grades der Umsetzung, wie dies zum Beispiel bei der Methode des Zufriedenheitsscores der Fall ist, ab, sondern durch das für die Erhebung entwickelte und angewandte, qualitative Instrumentarium soll ein multiperspektivischer und sensibler Zugang zur Zielgruppe

ermöglicht werden. Die diesbezüglich gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu dienen, Optimierungspotenziale in Bezug auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen der drei ausgewählten Einrichtungen erkennen und konkrete Handlungsvorschläge für die Qualitätssicherung sowie Qualitätsförderung dieser Einrichtungen geben zu können. Zudem soll diese empirische Studie als Grundlage für die Entwicklung von Soll-Vorgaben dienen, um in weiterer Folge in stationären Einrichtungen zur Pflege und Betreuung älterer Menschen einen regelmäßigen Evaluationsprozess in Bezug auf die Erhebung der Lebensqualität der Bewohnerinnen implementieren zu können.

Die zentralen Forschungsfragen der vorliegenden empirischen Studie lauten:

- I. Wie werden die festgelegten, zentralen Qualitätsdimensionen Selbst- und Mitbestimmung, Wertschätzung, Geborgenheit sowie Sicherheit in den ausgewählten Einrichtungen gelebt?
- II. Gibt es in Bezug auf die Umsetzung der festgelegten, zentralen Qualitätsdimensionen in den ausgewählten Einrichtungen Optimierungspotenziale?
- III. Gibt es in Bezug auf die Tagesgestaltung der Bewohnerinnen Optimierungspotenziale in den ausgewählten Einrichtungen?
- IV. Gibt es in Bezug auf den Umgang mit Beschwerden der Bewohnerinnen seitens der ausgewählten Einrichtungen Optimierungspotenziale?
- V. Gibt es in Bezug auf die Lebensqualität von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen in den ausgewählten Einrichtungen Optimierungspotenziale?
- VI. Welche konkreten Handlungsempfehlungen für die ausgewählten Einrichtungen können aus den Erhebungsergebnissen abgeleitet werden?
- VII. Gibt es in Bezug auf die konkrete Durchführung der Erhebungen (Befragung sowie Beobachtung) kritische Erfolgsfaktoren bzw. Grenzen?
- VIII. Welche generellen Empfehlungen können für die Evaluation der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen abgegeben werden?

Für die Beantwortung dieser Forschungsfragen wurde mittels eines entwickelten teilstrukturierten, qualitativen Interviewleitfadens eine Befragung von „befragungsfähigen“ Bewohnerinnen, sowie eine Beobachtung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen nach den Kriterien der Dementia Care Mapping (DCM) Methode durchgeführt und die Ergebnisse ausgewertet. Ziel dieses Multimethodenansatzes ist es, die Zielgruppe der Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen möglichst in ihrer Gesamtheit einzubeziehen, um somit der Ausgrenzung von Personen aufgrund ihrer physischen oder psychischen Verfasstheit entgegen zu wirken.

1.4. Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit liefert im zweiten Kapitel eine theoretische Auseinandersetzung mit den Besonderheiten der Zielgruppe „Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen“. Es soll dadurch dem Leser bzw. der Leserin die Komplexität in Bezug auf die Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen verdeutlicht werden. Abschließend wird eine Begründung für die gewählten, zentralen Qualitätsdimensionen zur Messung der Lebensqualität in der vorliegenden Studie geliefert.

Im dritten Kapitel werden zur Veranschaulichung der konkreten Rahmenbedingungen für diese Arbeit jene ausgewählten Einrichtungen vorgestellt, in welchen die Erprobung des entwickelten Instrumentariums erfolgte.

Im vierten Kapitel erfolgt eine Erläuterung der für die vorliegende Studie relevanten allgemeinen theoretischen Grundlagen der empirischen Sozialforschung. Ziel ist es hier, dem Leser bzw. der Leserin einen Überblick über das spezielle Forschungsdesign der Evaluation sowie über die für diese Arbeit relevanten Unterschiede der quantitativen und qualitativen Sozialforschung zu geben. Weiters wird aufgrund des gewählten Forschungsdesigns der Begriff der Triangulation erläutert und zudem auf ethische Aspekte der Sozialforschung eingegangen. Die abschließende Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zum Thema Messung der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen hebt die Besonderheit der vorliegenden Studie hervor.

Das fünfte Kapitel mit dem Schwerpunkt der Befragung von Bewohnerinnen beinhaltet das Forschungsdesign, die methodische Vorgehensweise sowie die hierfür relevanten theoretischen Grundlagen, um die wissenschaftliche Vorgehensweise dieser Arbeit zu veranschaulichen.

Im sechsten Kapitel erfolgt die Darstellung der Erhebungsergebnisse der Befragung sowie eine Zusammenfassung der daraus gewonnenen zentralen Erkenntnisse. Zudem wird für die zukünftige Anwendung des entwickelten, qualitativen Instrumentes eine Reflexion der durchgeführten Befragung geliefert.

Das siebte Kapitel befasst sich mit der Beobachtung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen anhand der Dementia Care Mapping (DCM) Methode und liefert neben den relevanten, theoretischen Grundlagen zu dieser Beobachtungsmethode zur besseren Nachvollziehbarkeit auch die Überlegungen in Bezug auf die Adaption derselben für die vorliegende Arbeit.

Im achten Kapitel werden die Erhebungsergebnisse der Beobachtung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen dargestellt und für den Leser bzw. die Leserin auch eine Zusammenfassung der diesbezüglich gewonnenen, zentralen Erkenntnisse geliefert. Es erfolgt zudem für zukünftige Anwender und Anwenderinnen eine kritische Auseinandersetzung in Bezug auf die konkrete Durchführung der Beobachtung nach der DCM-Methode.

Das neunte Kapitel beinhaltet die sowohl aus den Erhebungsergebnissen der Befragung als auch der Beobachtung abgeleiteten Handlungsempfehlungen für die ausgewählten Einrichtungen. Weiters werden generelle Empfehlungen für die Einleitung eines Evaluationsprozesses in stationären Einrichtungen zur Pflege und Betreuung älterer Menschen abgegeben.

Zudem werden in der vorliegenden Arbeit laufend kritische Erfolgsfaktoren sowie die Grenzen einer Zufriedenheitsanalyse von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen beschrieben um jenen Einrichtungen, die zukünftig die Durchführung einer regelmäßigen Evaluation anstreben, hierfür wichtige Grundlagen bereit zu stellen.

2. Lebensqualität des vierten Alters in stationären Einrichtungen - Eine Hinführung

Dieses Kapitel befasst sich mit den für die gesamte Erhebung und die Interpretation der Ergebnisse relevanten Besonderheiten der Zielgruppe. Es soll hier ein Einblick in Bezug auf die komplexe Dimension der Lebensqualität der gegenwärtigen Generation von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen gewährt werden, um in weiterer Folge die für die Messung erforderlichen Kriterien zu begründen. Informationen über die aktuelle Zusammensetzung der Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen in Oberösterreich werden im Abschnitt 5.1.9 im Rahmen der Darstellung der Merkmale der Befragten geliefert.

2.1. Problemaufriss

Für die Einrichtungen zur Pflege und Betreuung älterer Menschen bedarf es vorerst einer Abgrenzung in Bezug auf den Qualitätsbegriff, da hier drei unterschiedliche Ebenen, die gesetzliche Qualität, die fachliche Qualität sowie die vom Kunden wahrgenommene Qualität, verortet werden können. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der vom Kunden wahrgenommenen Qualität (vgl. Seeberger 2004, S.111).

Diese, vom Kunden wahrgenommene Qualität, kann als Übereinstimmung von Ist und Soll definiert werden und somit lässt sich Kundenzufriedenheit, sofern Angebot und Nachfrage der Logik des Marktes unterliegen, an produkt- oder dienstleistungsbezogenen Qualitätsdimensionen festmachen. Für die Erhebung der Lebenszufriedenheit von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen kann jedoch nicht auf die klassischen Methoden zur Erhebung der Kundenzufriedenheit zurückgegriffen werden, da Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen zwar Dienstleistungen in Anspruch nehmen, sich jedoch aufgrund wesentlicher Besonderheiten, hierzu zählen unter anderem die geringe Entscheidungsfreiheit (z.B. in Bezug auf die Wahl der Einrichtung) und Information der potentiellen Bewohnerinnen und die mangelnde Transparenz sowie Konkurrenz im stationären Bereich der Pflege und Betreuung älterer Menschen, vom klassischen Kundenbegriff unterscheiden. Zudem darf nicht außer Acht gelassen werden, dass der Großteil der Bewohnerinnen als Leistungsempfänger nicht vollständig und unmittelbar für die beanspruchten Leistungen bezahlt. Dieses asymmetrische Verhältnis trägt dazu bei, dass seitens der Einrichtungen die Sozialversicherungen sowie die Träger der Sozialhilfe und nicht die Bewohnerinnen als Auftraggeber bzw. Arbeitgeber betrachtet werden (vgl. Gebert/Kneubühler, S. 148, S. 339, S. 345).

Weiters können für die Erhebung der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen nicht jene Kriterien Geltungsanspruch haben, wie die für Personen, die mehr oder weniger „selbstbestimmt“ und „selbstständig“ in individuellen Wohnformen leben. Die Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen ist durch die relativ starke Gebundenheit der Bewohnerinnen an die Einrichtungen unabdingbar an die Zufriedenheit in und mit diesen Einrichtungen gekoppelt. Zudem muss berücksichtigt werden, dass Lebensqualität als ein höchst komplexes Konzept sowohl von subjektiven als auch von objektiven Kriterien sowie von ethischen und politisch-strategischen Zielen determiniert wird.

Doch welche Messkriterien können unter diesen Voraussetzungen für die Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen Geltungsanspruch haben?

Für die Beantwortung dieser Frage bedarf es eines Miteinbezugs der Besonderheiten dieser Zielgruppe. Im Nachfolgenden soll anhand eines Überblicks zu den theoretischen Grundlagen des vierten Alters, zur totalen Institution sowie zu demenziellen Erkrankungen der Leser bzw. die Leserin zu den für die Messung der Lebensqualität der Zielgruppe relevanten Qualitätsdimensionen hingeführt werden.

2.2. Das vierte Alter

Es gibt kaum Themen die in unserer westlichen, individualisierten und leistungsorientierten Gesellschaft stärker verdrängt werden als das Altern und der Tod. Dieser Verdrängungsmechanismus setzt verstärkt dort ein, wo es zu einem beginnenden Verlust der Selbständigkeit von älteren Gesellschaftsmitgliedern kommt. Dies ist nach der Einteilung nach *Laslett* die Lebensphase des vierten Alters (vgl. Laslett 1995, zit. nach: Kössler 2004, S. 112f).

Das vierte Alter zeichnet sich nach *Laslett* durch eine Abnahme der Kräfte, Ressourcen und Kompetenzen aus und führt dazu, dass der Alltag zunehmend schwieriger zu bewältigen ist. Die Lebenssituation von Menschen dieses Lebensabschnittes ist geprägt von physischen sowie psychischen Einschränkungen und der daraus resultierenden Pflegebedürftigkeit. Das vierte Alter ist unabhängig vom kalendarischen Alter und es handelt sich hier um eine sehr heterogene Personengruppe, die starke Unterschiede in Bezug auf ihre Interessen, Werthaltungen, Einstellungen und Lebenserfahrungen aufweist.

Begründet durch die Pflegebedürftigkeit dieser Personen besteht zudem eine starke Abhängigkeit von anderen Personen, welche durch den Umzug älterer Menschen in stationäre Einrichtungen noch durch die Abhängigkeit von vorgegebenen Strukturen und

Abläufen verstärkt wird. Somit müssen in Bezug auf den Zugang zu dieser Zielgruppe auch die Charakteristika der totalen Institution, auf welche im nachfolgenden Abschnitt näher eingegangen wird, Berücksichtigung finden (vgl. Gebert/Kneubühler 2003, S. 163f).

Zudem ist das vierte Alter von Feminisierung sowie von Singularisierung gekennzeichnet. Der Begriff der Feminisierung bezeichnet die Tatsache, dass besonders im vierten Alter das weibliche Geschlecht überrepräsentiert ist. Dies liegt zum einen in der höheren Lebenserwartung von Frauen und bei der gegenwärtigen Generation des vierten Alters zum anderen noch in den Folgen der beiden Weltkriege begründet. Der Begriff der Singularisierung bezieht sich auf den Umstand, dass immer mehr Menschen in Einpersonenhaushalten leben. Für die gegenwärtige Generation der Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen dürfte dies aber nicht in dem Drang nach einem autonomen Leben sondern wiederum mehr oder weniger unfreiwillig in der Feminisierung des Alters begründet sein (vgl. Schneider 2007, S. 56f).

2.3. Die totale Institution

Einen weiteren zentralen Aspekt in Bezug auf die Zielgruppe der Bewohnerinnen stationärer Einrichtung bildet die Tatsache, dass diese für einen längeren Zeitraum alle Angelegenheiten ihres Lebens wie „Beschäftigung“, Privatleben und Freizeitgestaltung ausschließlich innerhalb einer Einrichtung ausüben und diese Einrichtung zudem die Autorität besitzt, über die maßgeblichen Normen zur Ausgestaltung des Zusammenlebens der Bewohnerinnen zu bestimmen (vgl. Goffmann 1972, zit. nach: Gebert/Kneubühler 2003, S. 164).

Aus diesen Merkmalen resultiert für *Goffman* in seiner bereits 1972 veröffentlichten Studie *Asyle* die Zugehörigkeit stationärer Einrichtungen zur Pflege und Betreuung älterer Menschen zur Gruppe der totalen Institutionen, zu welchen unter anderem auch psychiatrische Anstalten sowie Haftanstalten oder geschlossene Klöster zählen. Ein weiteres wesentliches Merkmal für die totalen Institutionen ist, dass es sich hier um keine freiwillig gebildeten Gemeinschaften sondern um Schicksalsgemeinschaften handelt. Die Tagesstruktur dieser Schicksalsgemeinschaft wird von den formalen Regeln der Einrichtungen determiniert und diese sind wiederum bestimmt durch das erklärte Ziel der jeweiligen totalen Institution. Aus der Autorität der totalen Institutionen heraus ergibt sich für die Bewohnerinnen von stationären Einrichtungen zur Pflege und Betreuung älterer Menschen die negative Konsequenz des nicht selbstbestimmten Lebens (vgl. Goffman 1977, S.16f).

Zudem thematisiert *Goffman* innerhalb der totalen Institutionen die Existenz von zwei verschiedenen sozialen und kulturellen Welten wie folgt:

„In totalen Institutionen besteht eine fundamentale Trennung zwischen einer großen, gemanagten Gruppe, treffend ‚Insassen‘ genannt, auf der einen Seite, und dem weniger zahlreichen Aufsichtspersonal auf der anderen. Für den Insassen gilt, daß er in der Institution lebt und beschränkten Kontakt mit der Außenwelt hat. Das Personal arbeitet häufig auf der Basis des 8-Studentages und ist sozial in die Außenwelt integriert. Jede der beiden Gruppen sieht die andere durch die Brille enger, feindseliger Stereotypen.“ (Goffman 1977, S. 18f)

Es hat sich in den Jahren seit der Entwicklung des Modells der totalen Institutionen durch die Öffnung stationärer Einrichtungen zur Pflege und Betreuung älterer Menschen gegenüber der Umwelt sowie durch das Bestreben dieser Einrichtungen, die formalen Regeln, welche die Lebensqualität der Bewohnerinnen negativ beeinflussen, so gering als möglich zu halten, ein starker Wandel vollzogen (vgl. Gebert/Kneubühler 2003, S. 165ff). Somit kann zwar nach der von *Gebert* und *Kneubühler* häufig zitierten Studie *Fremde Welt Pflegeheim* von *Koch-Straube* gegenwärtig von „gemäßigten totalen Institutionen“ zur Pflege und Betreuung älterer Menschen gesprochen werden, es bleiben aber immer noch die institutionsbedingten und gesellschaftlichen Grenzen, welche die Bewohnerinnen in ihren Möglichkeiten zur Selbstbestimmung einschränken (vgl. Koch-Straube 1997, zit. nach: Gebert/Kneubühler 2003, S. 171).

Die Gründe, welche zu einer institutionsbedingten Einschränkung der Selbstbestimmung von Bewohnerinnen führen, beginnen bereits bei den bürokratischen Vorgaben für das in die stationären Einrichtungen mitzubringende Eigentum. In weiterer Folge müssen sich neue Bewohnerinnen an die Regeln, welche unter den Mitbewohnerinnen gelten, anpassen. Hier gilt es in erster Linie nicht zu viel der kostbaren Zeit des Pflegepersonals zu beanspruchen, um dessen zeitliche Ressourcen für die Mitbewohnerinnen nicht noch zusätzlich zu reduzieren. Die nächste Einschränkung liegt ebenfalls in den begrenzten zeitlichen Ressourcen des Pflegepersonals begründet. Die Bewohnerinnen sind daher bestrebt nicht unangenehm aufzufallen und um seitens des Pflegepersonals Anerkennung zu erhalten senken sie ihr Anspruchsniveau und unterlassen oftmals das Äußern von Bedürfnissen sowie von Kritik (vgl. Gebert/Kneubühler 2003, S. 166ff).

Zudem bestehen, wie bereits erwähnt, zwischen Bewohnerinnen und dem Personal Stereotypen in Bezug auf das jeweils andere soziale System. Diese Stereotypen sind in

erster Linie gekennzeichnet durch ein geringes Vertrauen zwischen dem Personal und den Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen (vgl. Goffmann 1977, S 18f).

Aus dieser Konstituiertheit stationärer Einrichtungen resultiert auch die Notwendigkeit sowie die Sinnhaftigkeit einer Erhebung durch externe Personen, da direkt in das Einrichtungsgeschehen involvierte Personen aufgrund der Internalisierung der jeweiligen formalen Regeln und der daraus resultierenden Eigendynamik Optimierungspotenziale in Bezug auf die Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen zum Teil nicht mehr wahrnehmen können (vgl. Gebert/Kneubühler 2003, S. 101f).

Es muss an dieser Stelle jedoch auch angemerkt werden, dass nach *Brandenburg* davon ausgegangen werden kann, dass zukünftig eine neue Generation von Bewohnerinnen in den stationären Einrichtungen Einzug halten wird. Diese unterscheidet sich durch einen höheren Lebensstandard, durch ein höheres Bildungsniveau und daraus resultierend vermutlich auch durch höhere Anforderungen und Ansprüche an die Akteure in der Altenpflege und Altenbetreuung deutlich von den gegenwärtigen Bewohnerinnen. Inwieweit sich dann ein dem freien Markt ähnlicheres Verhältnis im Sinne von stationären Einrichtungen als Anbieter und potentiellen Bewohnerinnen als Nachfrager entwickeln wird, oder ob dennoch wieder die aus der Abhängigkeit resultierenden Mechanismen, wie die Senkung des Anspruchsniveaus und die Haltung der Demut der Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen, dominieren, bleibt noch abzuwarten (vgl. Brandenburg 2004, S. 53).

2.4. Demenz: Krankheitsbild sowie Pflegemodelle und Konzepte für Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen

Eine weitere Besonderheit der Zielgruppe stellt der steigende Anteil an Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen und die aus dieser Erkrankung resultierenden Bedürfnisse dar. Bezug nehmend auf den 2009 von der Wiener Gebietskrankenkasse veröffentlichten „Ersten Österreichischen Demenzbericht“ sind demenzielle Erkrankungen in Österreich mit 43,2 % der häufigste Grund für die Unterbringung in stationären Einrichtungen (vgl. Schmidtke et al. 2007, zit. nach: Wiener Gebietskrankenkasse 2009, S. 12). Begründet durch die demografische Entwicklung wird zukünftig in Österreich die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen zudem stark ansteigen (vgl. Wancata et al. 2001, zit. nach: Wiener Gebietskrankenkasse 2009, S. 12).

In den für die Durchführung der Zufriedenheitsanalyse ausgewählten Einrichtungen liegt der Anteil von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen nach internen Angaben bei ca. 40 %. Hier dürfte es sich um die diagnostizierten demenziellen Erkrankungen handeln. Es

muss jedoch davon ausgegangen werden, dass dieser Prozentsatz wesentlich höher ist, da die Diagnose von Demenz zumeist sehr spät erfolgt und somit die noch nicht diagnostizierten demenziellen Erkrankungen darin nicht berücksichtigt sind (vgl. Wiener Gebietskrankenkasse 2009, S. 207).

Aufgrund der hohen Anzahl an Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen in stationären Einrichtungen und dem zukünftigen, starken Anstieg dieser Erkrankung stellt diese somit nicht nur für die gezielte Beobachtung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen, sondern auch für die Befragung von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen eine zentrale Einflussgröße dar. Für das bessere Verständnis der Lebenssituation und der Bedürfnisse von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen und den daraus resultierenden Anforderungen an das Forschungsdesign, an stationäre Einrichtungen und vor allem an deren Pflegepersonal soll dem Leser bzw. der Leserin im folgenden Abschnitt ein kurzer Überblick über das Krankheitsbild der Demenz und über die stationäre Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen im Allgemeinen sowie über den person-zentrierten Ansatz nach *Tom Kitwood* im Besonderen gegeben werden.

2.4.1. Definition und Krankheitsbild demenzieller Erkrankungen

Da der Begriff Demenz derzeit ca. 50 Erkrankungen, unter anderem auch die am häufigsten auftretende Demenz vom Alzheimer-Typ umfasst, welche den primären Demenzen zuzuordnen ist, finden sich in der Literatur unterschiedlichste Definitionen (vgl. Wiener Gebietskrankenkasse 2009, S. 3, S. 24). Die WHO definiert Demenz in ihrer international anerkannten ICD-10-Klassifikation und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information liefert folgende Zusammenfassung der unterschiedlichen demenziellen Erkrankungen nach ICD-10:

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“

(Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2010)

Wie aus dieser Definition ersichtlich wird, bezieht sich der Begriff Demenz auf die gesamte Person und nicht lediglich auf das Gehirn des erkrankten Menschen. Grundsätzlich ist die Wahrscheinlichkeit für eine beginnende demenzielle Erkrankung dann gegeben, wenn Personen ein Nachlassen der geistigen Fähigkeiten und eine Störung in Bezug auf mindestens eine der kognitiven Hauptfunktionen zeigen (vgl. Kitwood 2004, S. 42). Zu diesen Störungen der kognitiven Hauptfunktionen zählen Aphasie (Sprachstörungen), Apraxie (Beeinträchtigung der motorischen Fähigkeiten), Agnosie (Störung in Bezug auf die Identifikation von Gegenständen) sowie Störungen der Exekutivfunktion (Störungen in Bezug auf die Fähigkeit zu Strukturieren, zu Planen und die Umsetzung von eigenen Plänen) (vgl. Stoppe 2006, S. 51).

Die klinischen Veränderungen im Verlauf der Demenz vom Alzheimer-Typ können folgenden drei Bereichen zugeordnet werden (vgl. Auer/Boetsch 2003, S. 149):

1. Kognitive Beeinträchtigungen (z. B. Störungen in Bezug auf das Verstehen, das Urteilsvermögen oder das Planen)
2. Beeinträchtigung in Bezug auf die Tätigkeiten des Alltages - Activities of daily life = ADL (z. B. Anziehen, Waschen, Kochen)
3. Verhaltensstörungen (z. B. Angstzustände, Verfolgungswahn, depressive Erkrankungen, Unruhe, Aggressivität)

Bislang wurde in der Forschung die größte Aufmerksamkeit den kognitiven Störungen zuteil, ungeachtet der Tatsache, dass die Verhaltensstörungen häufiger auftreten als kognitive Störungen (vgl. Auer/Boetsch 2003, S. 149). Diese Verhaltensstörungen sind oft eine Reaktion auf Überforderung oder Beziehungsstörungen (vgl. Grond 2005, S. 75). Sie sind jedoch durch medikamentöse Therapien nur bedingt behandelbar und bilden auch häufiger als kognitive Beeinträchtigungen den Auslöser für die Unterbringung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen in stationäre Einrichtungen (vgl. Stoppe 2006, S. 112ff). Die Verhaltensstörungen haben zudem einen wesentlichen Einfluss auf die sozialen Interaktionen in den stationären Einrichtungen zwischen den Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen und deren Angehörigen sowie den Mitbewohnerinnen und dem Pflegepersonal.

Für die Interaktion mit Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen ist somit das Wissen über die kognitiven Leistungseinbußen resultierend aus dem Schweregrad der Demenz wesentlich. In Bezug auf die Beurteilung des Schweregrades werden in der Literatur meist drei Skalen angegeben, dazu zählen die NOSGER, das Clinical Dementia Rating (CDR) sowie die Global Deterioration Scale (GDS) (vgl. Stoppe 2006, S. 80). Letztgenannte ist die

am häufigsten verwendete Skala und ermöglicht eine rasche Zuordnung in Bezug auf den Schweregrad der Demenz durch eine Fremdbeurteilung, basierend auf einem 10-minütigen klinischen Interview. Den einzelnen Stadien kann nach der Rückentwicklungstheorie (Retrogenesetheorie) von Alzheimererkrankungen nach *Reisberg* auch die Kompetenzabnahme, dargestellt durch das rückläufige Lebensalter „vom Erwachsenen bis zur Geburt“, zugeordnet werden (vgl. Reisberg et al. 2010, S. 49). Die Global Deterioration Scale (GDS) nach *Reisberg* beschreibt die Stadien nach 7 Stufen und deren nachstehende, gekürzte Darstellung beinhaltet zudem den Verlauf der Kompetenzabnahme nach der Retrogenesetheorie:

Stufen	Schweregrad	Alter	Kognitive Leistungseinbußen
GDS 1	Keine Demenz	Erwachsener	keinerlei kognitive Leistungseinbußen
GDS 2	Zweifel-hafte Demenz	Erwachsener	klagt subjektiv: a, vergisst, wo vertraute Gegenstände abgelegt wurden b, vergisst früher gut bekannte Namen, keine objektivierbaren Defizite im Gedächtnis, Beruf, sozialen Umfeld
GDS 3	Geringe Demenz	19 - 13 Jahre	eindeutige Defizite in mehr als einem der folgenden Bereiche: a, Orientierung an fremden Orten b, Mitarbeiter bemerken reduzierte Arbeitsleistung c, Freunde bemerken Wort- und Namensfindungsstörungen d, Person merkt sich nur geringe Teile eines gelesenen Textes e, Person kann sich Namen bei Vorstellung Neuer schlecht merken f, Person verliert oder verlegt Wertgegenstände g, während der Testung wird ein Konzentrationsdefizit evident. Person beginnt, Leistungseinbußen in Beruf oder sozialem Umfeld zu leugnen; geringe bis mittelgradige Angst begleitet die Symptome
GDS 4	Mäßige Demenz	12 – 8 Jahre	eindeutige Defizite in folgenden Bereichen: a, Kenntnis aktueller, kurz zurückliegender Ereignisse b, Erinnern des eigenen Lebenslaufes c, Konzentration bei Aufgaben mit serieller Subtraktion d, Orientierung an fremden Orten und der Umgang mit Geld
GDS 5	Mittelschwere Demenz	7 - 5 Jahre	Person kommt ohne fremde Hilfe nicht mehr zurecht (z. B. kann situationsgerecht Kleidung nicht mehr auswählen) kann sich kaum an relevante Lebensaspekte erinnern (z. B. Adresse, Namen der Angehörigen usw.) zudem treten in dieser Phase verstärkt psychische Symptome wie Verhaltensstörungen auf
GDS 6	Schwere Demenz	5 - 2 Jahre	Person kann gelegentlich den Namen des Partners vergessen, hat keine Kenntnisse über kurz zurückliegende Ereignisse und Erfahrungen sowie eine lückenhafte Erinnerung an die eigene Vergangenheit, benötigt Hilfe bei der Verrichtung alltäglicher Verrichtungen und um sich an bekannten Orten zurechtzufinden, häufig ist der Tag-Nacht-Rhythmus gestört, verschiedene Persönlichkeits- und Gefühlsstörungen treten in den Vordergrund: a, Verfolgungsgedanken b, Zwangssymptome c, Angst, Unruhe und früher nicht bekannte Aggressivität d, fehlender Willensantrieb
GDS 7	Sehr schwere Demenz	15 Monate bis zur Geburt	zumeist gekennzeichnet durch den Verlust der Sprache und der grundlegenden, psychomotorischen Fähigkeiten

Abb. 3: Global Deterioration Scale und Retrogenesetheorie (verändert entnommen aus: Reisberg et al. 1982, zit. nach: Stoppe 2006, S. 80f; Reisberg et al. 2010, S. 49)

Verhaltensstörungen die nach der Global Deterioraten Scale ab der GDS Stufe 5 auftreten, sind auch häufig der Grund für eine Institutionalisierung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen (vgl. Testad et al. 2007, S. 1). Das heißt, dass diese neuen Bewohnerinnen bereits in extremer Abhängigkeit zum Pflegepersonal stehen, Hilfe bei den alltäglichen Tätigkeiten wie zum Beispiel beim Anziehen, beim Waschen, bei der Nahrungsmittelaufnahme, also ständige Betreuung und Beaufsichtigung benötigen und sich im so genannten Stadium der fortgeschrittenen Hilflosigkeit oder dem Spätstadium befinden (vgl. Grond 2008, S. 122).

Es darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass auch psychische Erkrankungen im Alter eine Reaktion auf Belastungen oder auf Veränderungen und Unerträglichkeiten in Bezug auf die gegenwärtige Lebenssituation darstellen. Dies gilt insbesondere für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, da diese neben den Belastungen des Alterns wie Krankheit, Verlust von nahe stehenden Personen und der daraus resultierenden Einsamkeit, unter anderem auch noch massiven Belastungen durch kognitive Veränderungen, Veränderungen der Wahrnehmung und durch Schwierigkeiten in Bezug auf die Kommunikation mit anderen ausgeliefert sind. All diese Belastungsfaktoren führen in weiterer Folge zu defizienten Anpassungsversuchen an die soziale Umwelt, zumeist durch den Rückgriff auf frühere (infantile) Anpassungsmuster und somit zu Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Schneider 2007, S. 168ff).

Verhaltenstörungen stellen somit ein reaktives Verhalten auf Überforderung und Stress dar. *Grond* gliedert die auslösenden Faktoren für das Auftreten von Verhaltensstörungen bei demenziellen Erkrankungen wie folgt (vgl. Grond 2005, S. 36ff):

1. Organische Faktoren (Stirnhirnschädigung, Schmerzen, Hunger, Durst, Sehstörungen, Hörstörungen, Medikamente)
2. Psychische Faktoren (Gefühlschaos: Angst, Scham, Identitätsverlust, Selbstwertverlust; Abwehr: Projektion, Regression)
3. Soziale Faktoren (Vereinsamung, Beziehungsstörungen, Verlust sozialer Aufgaben)
4. Geistige Faktoren (Werte-Diskrepanzkrise, Kommunikationskrise, Selbstwertkrise, Bedrohungs- und Sinnkrise)
5. Umgebungsfaktoren (Sparzwänge, soziale Ausgrenzung)

Wie aus diesen auslösenden Faktoren für Verhaltenstörungen klar ersichtlich wird, können diese zum Teil sehr stark durch das Umfeld von Menschen mit demenziellen Erkrankungen beeinflusst werden und somit ist es ein wesentlicher Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen sowie der Arbeitszufriedenheit

des Pflegepersonals dieser Einrichtungen, die beeinflussbaren Faktoren in das Gesamtkonzept der Pflege und Betreuung mit einzubeziehen.

2.4.2. Pflegemodelle und Konzepte zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz

Um den Bedürfnissen von Menschen mit demenziellen Erkrankungen möglichst umfassend gerecht zu werden muss also die Person in ihrer Gesamtheit und in ihrer Einzigartigkeit unter Miteinbezug ihres gesteigerten Bedürfnisses an Sicherheit und Geborgenheit entsprechend den einzelnen Stadien der Erkrankung wahrgenommen werden (vgl. Schaade 2009, S. 68).

Hierfür setzen stationäre Einrichtungen immer häufiger Pflegemodelle und Pflegekonzepte um, die zur Aufrechterhaltung des „Personseins“ (auf diesen Begriff wird im Abschnitt 2.4.3 noch näher eingegangen) die Biographie der Bewohnerinnen mit einbeziehen. Zu diesen Pflegemodellen und Konzepten mit biographischem Bezug zählt unter anderem der personenzentrierte Ansatz nach *Kitwood*, auf den in dieser Arbeit noch näher eingegangen wird. Weiters das psychogeriatrische Pflegemodell nach *Böhm*, welches die traditionellen, somatischen Versorgungskonzepte und das daraus resultierende Bild der „Warm-Satt-Sauber-Pflege“ kritisiert und versucht, mit dem „Normalitätsprinzip“ eine Antwort auf die bislang praktizierte Altenpflege zu geben (vgl. Schneider 2007, S. 159ff). Weitere Pflegemodelle mit biografischem Bezug sind die fördernde Prozesspflege nach *Krohwinkel*, die Selbsterhaltungstherapie nach *Romero* und der validierende Umgang nach *Feil* (vgl. Überblick bei: Stoppe 2006, S 172).

Die Biografie von Bewohnerinnen kann neben den für die Betreuung, Pflege und Therapie der Bewohnerinnen in den Einrichtungen erforderlichen Informationsgrundlagen in Bezug auf die soziale Situation, die nächsten Angehörigen sowie die medizinischen Daten, wichtige Hinweise über Verhaltensauffälligkeiten sowie über das bisherige Leben und die Gewohnheiten der Bewohnerinnen liefern. Somit kann die Biografie wesentlich zu einer gelingenden Interaktion zwischen Pflegekräften und Bewohnerinnen beitragen (vgl. Stoppe 2006, S. 168f).

Für die Betreuung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen in stationären Einrichtungen können zudem unterschiedliche Betreuungsformen angewendet werden. Dazu zählen unter anderem die Betreuung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen nach dem Integrationsprinzip, sowie dem Domus-Prinzip, welches auch unter dem Begriff der segregativen Einrichtung in der Literatur angeführt wird (vgl. Schaade 2009, S. 4f).

Der integrative Ansatz in einer familienähnlichen Wohngruppe mit acht bis zehn Bewohnerinnen basiert auf einer teilintegrierten Versorgung der speziellen Bedürfnisse in Bezug auf die Pflege und Betreuung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen, die in den Alltag der stationären Einrichtungen integriert ist. Somit wird der Kontakt zwischen Bewohnerinnen mit und ohne Demenz ermöglicht. Dies kann sich vorteilhaft auf die Lebensqualität aller Bewohnerinnen auswirken, da gesunde Bewohnerinnen kleine Betreuungsaufgaben (z. B. Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme) für Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen übernehmen und somit eine Form der Sinnstiftung erfahren können. Zudem können sich Bewohnerinnen mit Demenz an den Handlungen der gesunden Bewohnerinnen orientieren und dadurch zum Teil noch selbständig Handlungen durchführen (Nachahmungseffekt). Integration ist nur mit Bewohnerinnen mit leichter Demenz möglich, da mangelnde Akzeptanz und Toleranz sowie Unverständnis seitens der gesunden Bewohnerinnen auch dazu beitragen, dass Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen beschimpft und gekränkt werden und sich somit beschämt fühlen, während sich die gesunden Bewohnerinnen durch deren Anwesenheit gestört fühlen können (vgl. Grond 2005, S. 88f).

Dieser Problematik versucht das Domus-Prinzip entgegen zu wirken. Durch die Segregation soll acht bis zehn Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen in einem speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmten Wohnbereich ein Schutzraum, in dem sie sich ohne Ermahnungen oder Beschimpfungen von gesunden Bewohnerinnen frei entfalten können, gewährt werden. Dies kann jedoch dazu führen, dass sich die Bewohnerinnen gegenseitig beunruhigen, eine überfürsorgliche Betreuung seitens des Pflegepersonals erfolgt und somit Selbsthilfekräfte nicht gefördert werden. Zudem kann es dazu führen, dass sich die Bewohnerinnen ausgegrenzt fühlen.

2.4.3. Der person-zentrierte Ansatz nach Tom Kitwood

Wie bereits erwähnt zählt der person-zentrierte Ansatz nach *Kitwood* zu den Pflegemodellen bzw. Pflegekonzepten mit biografischem Bezug. Da dieser Ansatz auch die Grundlage für die in der vorliegenden Arbeit durchgeführte Beobachtung nach der Dementia Care Mapping (DCM) Methode (siehe Kapitel 7) bildet, wird dieses Pflegekonzept im Nachfolgenden kurz näher erläutert.

Die theoretische Grundlage des Pflegekonzeptes bildete für *Kitwood* die für ihn zentrale Frage nach dem Begriff des Personseins, welche sich auch in vielen anderen ethischen Fragen unserer Gesellschaft, wie zum Beispiel in Bezug auf die Sterbehilfe oder die

Gentechnik immer wieder stellt. *Kitwood* definiert den in seinem Ansatz zentralen Wert des Personseins wie folgt:

„Es ist ein Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen. Ob jemandem Personsein zuerkannt wird oder nicht: Beides hat empirisch überprüfbare Folgen.“

(Kitwood 2004, S. 27)

Aus dieser Definition heraus steht also das Personsein immer in Verbindung mit Beziehungen und daraus resultiert auch, dass Personsein durch die Ausgrenzung von Menschen mit physischer oder psychischer Beeinträchtigung oder von älteren Menschen massiv untergraben werden kann. Nach *Kitwood* gilt diese Diskriminierung in der westlichen Gesellschaft vor allem älteren Menschen und in ihrer stärksten Ausprägung älteren Menschen mit demenziellen Erkrankungen, begründet durch mangelndes Wissen über dieses Krankheitsbild und die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, durch gesellschaftliche Ängste vor der Krankheit, der aus dieser Erkrankung resultierenden Abhängigkeit und deren langwierigen Verlauf sowie durch zu geringe finanzielle Ausstattung der involvierten Leistungserbringer. Im person-zentrierten Ansatz von *Kitwood* steht die Person in ihrer Ganzheit im Vordergrund. Sie wird als Subjekt und nicht als Objekt betrachtet und das Hauptaugenmerk liegt nicht auf den Defiziten dieser Person sondern darauf, das Verhalten der Person zu verstehen, die individuellen Fähigkeiten zu unterstützen und die sozialen Beziehungen dieser Person zu erhalten (vgl. Kitwood 2004, S. 32ff).

Eine ebenfalls positive, ressourcenorientierte Beschreibung der Auswirkungen einer Demenz auf die Person findet sich bei *Grond*. Zu den günstigen Auswirkungen demenzieller Erkrankungen zählt dieser, dass Menschen mit Demenz schneller vergessen und leichter vergeben, dass sie gefühlvoller und in Bezug auf ihre Gefühle extrovertierter werden, dass sie andere Personen so akzeptieren, wie sie ihnen begegnen und dass manche Menschen mit demenziellen Erkrankungen dankbarer, zufriedener und ausgeglichener werden und sich an den kleinen Dingen des Lebens erfreuen können. Diese Ressourcen gilt es durch die Befriedigung der Bedürfnisse zu erhalten (vgl. Grond 2005, S. 53).

Die wichtigsten Bedürfnisse von Menschen mit demenziellen Erkrankungen unterscheiden sich in keiner Weise von den zentralen Bedürfnissen aller Menschen und bestehen nach *Kitwood* aus dem allumfassenden Bedürfnis nach Liebe und zudem aus dem Bedürfnis nach Einbeziehung, Bindung, Trost, Identität sowie Beschäftigung. Resultierend aus den

Beeinträchtigungen und Symptomen der Krankheit sind Menschen mit Demenz jedoch wesentlich sensibler und zudem weniger in der Lage, diese Bedürfnisse aus eigener Initiative heraus zu befriedigen. Das Verhalten der Menschen mit demenziellen Erkrankungen soll daher pflegenden Personen Aufschluss über die momentanen Bedürfnisse geben, um in weiterer Folge deren Befriedigung unterstützen zu können (vgl. Kitwood 2004, S. 121f).

Im Abschnitt 6.1 werden dem Leser bzw. der Leserin zusammenfassend noch einmal die für die Erhebung der Lebensqualität relevanten Besonderheiten der Zielgruppe, resultierend aus den Charakteristika des vierten Alters sowie aus dem Leben in einer Schicksalsgemeinschaft in gemäßigten totalen Institutionen, durch ergänzende Aussagen der befragten Bewohnerinnen der ausgewählten Einrichtungen näher gebracht.

2.5. Qualitätsdimensionen für die Erhebung der Lebensqualität der Zielgruppe

Unter Miteinbezug der Spezifika der Zielgruppe, begründet in den Besonderheiten des vierten Alters sowie im Leben in gemäßigten totalen Institutionen und in den durch demenzielle Erkrankungen bedingten, veränderten Bedürfnissen der betroffenen Bewohnerinnen, müssen für die Erhebung der Lebensqualität somit andere Qualitätsdimensionen, als bei Personen, die ihr Leben selbständig führen können, herangezogen werden.

Nach *Gebert* und *Kneubühler* resultieren aus den Besonderheiten der Zielgruppe für die Erhebung der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen die zentralen Qualitätsdimensionen Autonomie, Empathie, Privatheit, Sicherheit sowie Akzeptanz in der Einrichtung (vgl. Gebert/Kneubühler 2003, S. 350). Weiters führen *Gebert und Kneubühler* auch die von *Uman et al.* festgelegten, zentralen Dimensionen Autonomie, Kommunikation, Gesellschaft sowie Sicherheit an. *Uman et al.* verwenden als Indikatoren für ihre Dimensionen Essen und Umgebung sowie Hilfe und Betreuung (vgl. Uman et al. 2000, zit. nach: Gebert/Kneubühler 2003, S. 350).

Eine ausführlichere Beschreibung der zentralen menschlichen Bedürfnisse liefern die nachstehenden, 17 biologischen, biopsychischen sowie biopsychosozialen, menschlichen Bedürfnisse nach *Obrecht*. Diese könnten auch als Basis für die Indikatoren einer Qualitätsmessung herangezogen werden (vgl. Obrecht 1996, S. 144):

I. Biologische Bedürfnisse im engeren Sinne

1. nach physischer Integrität
2. nach den für die Autopoiese erforderlichen Austauschstoffen
3. nach sexueller Aktivität und nach Fortpflanzung
4. nach Regenerierung

II. Biopsychische Bedürfnisse

5. nach wahrnehmungsgerechter sensorischer Stimulation (sensorische Bedürfnisse)
6. nach schönen Formen in spezifischen Bereichen des Erlebens (ästhetische Bedürfnisse)
7. nach Abwechslung / Stimulation (Bedürfnis nach Abwechslung);
8. nach assimilierbarer orientierungs- und handlungsrelevanter Information (Bedürfnis nach Orientierung und Bedürfnis nach [epistemischem] „Sinn“)
9. nach subjektiv relevanten (affektiv besetzten) Zielen und Hoffnungen auf Erfüllung (Bedürfnis nach subjektivem „Sinn“)
10. nach effektiven Fertigkeiten (Skills), Regeln und (sozialen) Normen zur Bewältigung von (wiederkehrenden) Situationen in Abhängigkeit der subjektiv relevanten Ziele (Kontroll- oder Kompetenzbedürfnis)

III. Biopsychosoziale Bedürfnisse

11. nach emotionaler Zuwendung (Liebesbedürfnis)
12. nach spontaner Hilfe (Hilfsbedürfnis)
13. nach sozial(kulturell)er Zugehörigkeit durch Teilnahme im Sinne der Funktionen (Rolle) innerhalb eines sozialen Systems (Mitgliedschaftsbedürfnis)
14. nach Unverwechselbarkeit (Bedürfnis nach biopsychischer Identität)
15. nach Autonomie (Autonomiebedürfnis)
16. nach sozialer Anerkennung (Anerkennungsbedürfnis)
17. nach (Austausch-) Gerechtigkeit (Gerechtigkeitsbedürfnis)

Für die Sicherung und Förderung der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen empfiehlt sich hier insbesondere der Miteinbezug der biopsychosozialen Bedürfnisse nach *Obrecht*.

Bei der Analyse der bestehenden Evaluationsmodelle zu diesem Forschungsgegenstand wird ersichtlich, dass in Bezug auf die Grundbedürfnisse von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen zwar unterschiedliche Begrifflichkeiten Verwendung finden, dass diese jedoch im Wesentlichen ähnliche zentrale Dimensionen erfassen. Die Qualitätsdimensionen sowie die Indikatoren der vorliegenden Studie wurden aus der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen sowie den Leitsätzen der ausgewählten Einrichtungen generiert.

Basierend auf den diesbezüglich gewonnen Erkenntnissen wurden unter Miteinbezug von Best-Practice-Beispielen folgende zentrale Qualitätsdimensionen gewählt:

- Selbst- und Mitbestimmung
- Wertschätzung
- Geborgenheit
- Sicherheit

Diesen Qualitätsdimensionen wurden die nachstehenden Indikatoren gegenübergestellt:

- Wohnen
- Kommunikation
- pflegerische und medizinische Interventionen
- Serviceleistungen
- soziale Netzwerke und Freizeitgestaltung

Die gewählten Indikatoren realisieren im Heimalltag die vier Qualitätsdimensionen und bilden somit die Grundlage für die konkreten Fragestellungen im Interviewleitfaden. Die Darstellung der hieraus resultierenden Indikatorenmatrix zur Operationalisierung der zentralen Qualitätsdimensionen erfolgt im Abschnitt 5.1.1.

3. Beschreibung der drei ausgewählten Einrichtungen

Um dem Leser bzw. der Leserin einen Überblick über die Rahmenbedingungen der Erhebung zu geben, werden nachfolgend die ausgewählten Einrichtungen in welchen die Erprobung des Instrumentariums erfolgt, kurz vorgestellt.

Träger der ausgewählten Einrichtungen der Seniorenbetreuung ist der Magistrat Wels. Die drei Einrichtungen der Seniorenbetreuung sind organisatorisch in die Abteilung Soziales des Magistrats Wels eingebunden. Das nachstehende Organigramm zeigt die Organisationsstruktur¹:

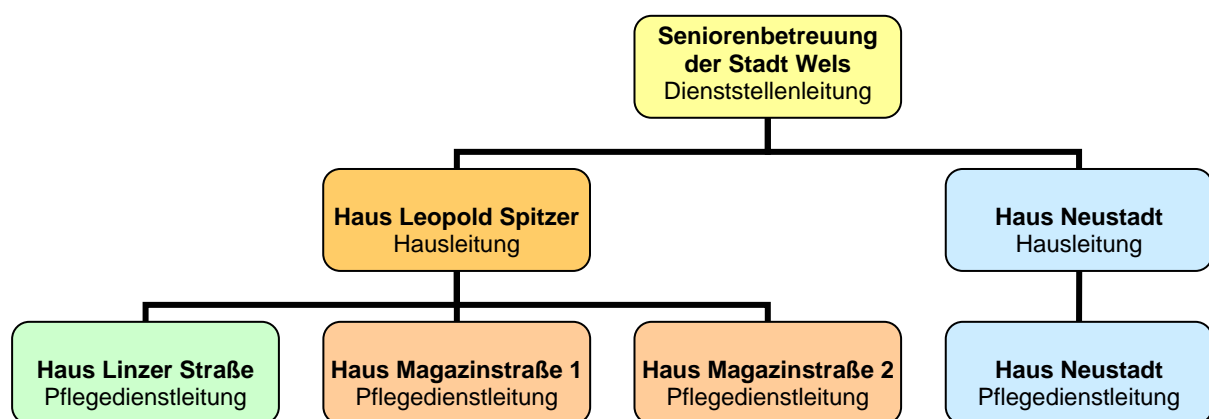


Abb. 4: Organigramm der ausgewählten Einrichtungen (eigene Abbildung)

Das Haus Linzer Straße sowie das Haus Magazinstraße befinden sich im großen Baukomplex des Hauses Leopold Spitzer, welcher durch laufende Erweiterung seit dem Jahr 1967 entstand. Den ältesten Teil des Gebäudekomplexes bilden die Wohnbereiche 1 und 2 des Hauses Magazinstraße. Der Abschluss der baulichen Erweiterung um das Haus Linzer Straße erfolgte im Jahr 1983 und im Jahr 1988 wurde das Haus Magazinstraße noch um den Wohnbereich 3 erweitert. Zum Zeitpunkt der Durchführung der Erhebung umfasste das Haus Linzer Straße 151 Pflegeplätze und das Haus Magazinstraße 173 Pflegeplätze sowie einige Kurzzeitpflegeplätze. Im Jahr 1999 wurde das dritte Haus der Seniorenbetreuung, das Haus Neustadt, eröffnet. Dieses umfasst 120 Pflegeplätze, einige Kurzzeitpflegeplätze sowie ein an das Haus angeschlossenes Tageszentrum für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf.

¹Im Rahmen der Darstellung der Erhebungsergebnisse werden die drei Häuser wie folgt abgekürzt:

Haus I: Haus Linzer Straße

Haus II: Haus Magazinstraße

Haus III: Haus Neustadt

Aus der großen zeitlichen Differenz in Bezug auf die Errichtung des Hauses Leopold Spitzer und des Hauses Neustadt resultieren sehr starke bauliche und atmosphärische Unterschiede. Das Haus Leopold Spitzer ist in seiner baulichen Ausgestaltung noch stark geprägt vom Leitbild der Krankenhäuser. Es ist gekennzeichnet durch lange, schmale und dunkle Gänge und die Raumaufteilung orientiert sich maßgeblich am vorrangigen Ziel dieser Generation von Pflegeeinrichtungen, der Pflege von „Patientinnen“. Für Besucherinnen ist das Gebäude etwas unübersichtlich und es wirkt insgesamt eher düster. Auch die Zimmer sind aufgrund kleinerer Fensterfronten nicht besonders hell und das Gefühl des Lichtmangels wird durch dunkle Wandverbauten, die zum Teil bis zur Decke reichen, noch verstärkt. In den einzelnen Wohngruppen gibt es zwar Bereiche, die als Gemeinschaftsräume genutzt werden, dennoch zeugt der große Saal im Erdgeschoss davon, dass zum Zeitpunkt der Erbauung gemeinsame Zusammenkünfte eher im großen Rahmen vorgesehen waren.

Demgegenüber steht der helle, offene und großzügige Bau des Hauses Neustadt für eine neue Generation der stationären Einrichtungen. Der Bau vermittelt Besucherinnen insgesamt einen nach außen wesentlich offeneren Eindruck als das Haus Leopold Spitzer. Die einzelnen Wohnbereiche beinhalten einen großen hellen Gemeinschaftsraum und auch die Zimmer sind heller und bieten den Bewohnerinnen mehr Gestaltungsspielraum in Bezug auf die Mitnahme von eigenen Möbelstücken.

Für die wirtschaftliche Führung der Häuser sind die beiden Hausleitungen zuständig und den vier Pflegedienstleitungen obliegt die Koordination der Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen sowie die Förderung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen der Einrichtungen.

Die Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, bestehend aus diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern, Fachsozialbetreuerinnen „Altenarbeit“, Heimhelferinnen, Pflegehelferinnen und Therapeutinnen. Zum Zeitpunkt der Durchführung der Erhebung waren in den drei Einrichtungen insgesamt 213 Mitarbeiterinnen im Bereich der Betreuung und Pflege tätig, dies entspricht 180,14 Personaleinheiten. 88 % des Pflege- und Betreuungspersonals war weiblich und mehr als die Hälfte des weiblichen Personals ging einer Teilzeitbeschäftigung nach. Neben dem Stammpersonal der Einrichtungen waren auch Zivildienstler, Lehrlinge, Ferialarbeiterinnen, Absolventinnen des freiwilligen sozialen Jahres und Praktikantinnen von Pflegeschulen in den Häusern tätig.

4. Theoretische Grundlagen zur Messung der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen

Um die Überlegungen und die grundlegenden Entscheidungen in Bezug auf das entwickelte und angewandte Forschungsdesign für den Leser bzw. die Leserin nachvollziehbar zu machen, werden im nachfolgenden Kapitel die für diese Studie relevanten, theoretischen Grundlagen zu den Themen Evaluationsforschung, quantitative versus qualitative Sozialforschung, Triangulation, sowie zum Thema Ethik in der Sozialforschung kurz erläutert. Zudem wird ein Überblick in Bezug auf den aktuellen Stand der Forschung zum vorliegenden Forschungsgegenstand geliefert.

4.1. Evaluationsforschung

Evaluation kann in beinahe allen Bereichen erfolgen. Ziel dieses speziellen Forschungsdesigns ist ein Soll-Ist-Vergleich der zum Beispiel im Rahmen der Planung von Prozessen zur frühzeitigen Abschätzung negativer Effekte, im Rahmen der Implementierung von Prozessen zur Kontrolle und Beratung oder im Rahmen des Abschlusses einer Implementierung zur Erfassung der Wirkung von Prozessen erstellt werden kann. Generell kann die Evaluation für ein breites Spektrum an Forschungsgegenständen Anwendung finden, wie zum Beispiel für Personen, Organisationen, Produkte, Maßnahmen und Projekte (vgl. Stockmann 2006, S. 15ff).

Evaluationsforschung ist zumeist gekennzeichnet durch das Vorhandensein eines Auftraggebers, der mit seinem Auftrag ein bestimmtes Interesse verfolgt und somit unterscheidet sich die Evaluationsforschung von der Grundlagenforschung dadurch, dass die vom Auftraggeber festgelegten Zielsetzungen die durch die Evaluation zu gewinnenden Informationen determinieren. Ein weiteres wesentliches Merkmal der Evaluationsforschung ist die Festlegung von Soll-Kriterien, anhand derer die Ist-Situation bewertet wird, um in weiterer Folge Entscheidungen treffen und Maßnahmen setzen zu können.

Evaluation kann je nach Schwerpunktlegung des Erkenntnisinteresses einen mehr formativen (begleitenden) oder einen eher summativen (bilanzierenden) Charakter aufweisen. Ein formativer Charakter zeichnet sich durch die Intention des aktiven Gestaltens, der Prozessorientierung und der Konstruktivität aus und ein summativer Charakter durch das Ziel der Zusammenfassung und Ergebnisorientierung. Für das je nach

Forschungsgegenstand und Erkenntnisinteresse zu entwickelnde Evaluationsdesign ist zudem die von der Evaluation erwünschte Funktion ausschlaggebend. *Stockmann* unterscheidet diesbezüglich die Erkenntnisfunktion, die Kontrollfunktion, die Dialog- oder Lernfunktion sowie die Legitimierungsfunktion (vgl. *Stockmann* 2006, S. 19f).

Für die vorliegende Arbeit ist insbesondere die Erkenntnisfunktion, die unter anderem darauf abzielt, zu erheben ob bestimmte Maßnahmen die Zielgruppe überhaupt erreichen, welchen Bedarf die Zielgruppe hat und ob bestimmte Maßnahmen effizient und effektiv umgesetzt werden, hervor zu heben. Zudem hat die Dialog- oder Lernfunktion, die den Dialog zwischen den unterschiedlichen Stakeholdern fördern soll, um in weiterer Folge einen Lernprozess zu ermöglichen, eine wesentliche Bedeutung für die zukünftige Entwicklung von Soll-Kriterien.

In Bezug auf die Erhebungs- und Auswertungsmethoden unterscheidet sich die Evaluationsforschung nicht von der empirischen Sozialforschung und somit können unterschiedlichste sozialwissenschaftliche Methoden eingesetzt und miteinander kombiniert werden (Multimethodenansatz). Da jedoch die Evaluation nicht der Falsifikation von Theorien oder Hypothesen sondern neben der Qualitätskontrolle auch der Konstruktion, der Optimierung und der Legitimierung bestimmter Maßnahmen dienen soll, bedarf es anderer im Vordergrund stehender Gütekriterien als die der Validität, Reliabilität und Objektivität der sozialwissenschaftlichen Forschung, und zwar der Gütekriterien Kommunikation, Intervention, Transparenz und Relevanz. Zudem soll Evaluation als grundlegende Eigenschaften Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit aufweisen (vgl. *Stockmann* 2006, S. 22ff).

4.2. Quantitative versus qualitative Sozialforschung

Der Methodenstreit zwischen quantitativer und qualitativer Sozialforschung liegt darin begründet, dass beide Methoden Vor- und Nachteile aufweisen. Für die meisten empirischen Untersuchungen empfiehlt sich demnach, wie bereits erwähnt, insbesondere in der Evaluationsforschung ihre Kombination, wobei in Bezug auf die konkrete Verwertung (Erhebung und Auswertung) der Daten bei manchen Verfahren die Grenzen zwischen Quantitativ und Qualitativ fließend sind. Dies gilt auch für die vorliegende Studie (vgl. *Bortz/Döring* 2005, S. 137f).

Im Gegensatz zur quantitativen Sozialforschung, die unter anderem gekennzeichnet ist durch den Anspruch der Quantifizierbarkeit von Erhebungsergebnissen, besteht die Qualität

eines qualitativen Forschungsprozesses aus den Merkmalen der Offenheit, Kommunikativität, Naturalistizität und Interpretativität (vgl. Lamnek 2005, S. 507ff).

Ursprünglich wurde von den Feldforscherinnen für die Evaluation in Bezug auf die Zielgruppe eine gestützte, quantitative Vollerhebung mittels eines Fragebogens in Befragungsgruppen von jeweils 10 bis 15 Bewohnerinnen der ausgewählten drei Einrichtungen angestrebt. Im Zuge der Exploration wurde jedoch klar ersichtlich, dass das anzuwendende Erhebungsinstrument aufgrund der Besonderheiten der Zielgruppe insbesondere dem qualitativen Merkmal der Kommunikativität gerecht werden muss, um einen Einblick in Bezug auf die Lebensqualität und -zufriedenheit der Bewohnerinnen zu erhalten. Zudem konnte mittels einer qualitativen Erhebung der Effekt der sozialen Erwünschtheit durch die offenen Fragen ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten verringert werden. Unter dem Begriff der sozialen Erwünschtheit wird die Tendenz der Befragten, Beurteilungen abzugeben die den Erwartungen Anderer entsprechen (z. B. den Wünschen des Personals der Einrichtungen), verstanden (vgl. Janßen et al. 2003, zit. nach: Kannonier-Finster/Ziegler 2008, S. 130).

Die Erhebungsmethode musste somit an die Bedürfnisse der Bewohnerinnen angepasst werden, da zudem noch die Unanwendbarkeit bei Bewohnerinnen mit Sehbeeinträchtigungen oder Beeinträchtigungen der Feinmotorik, bei Bewohnerinnen die sich aufgrund eines hohen Pflegebedarfs ausschließlich in ihren Zimmern aufhalten, sowie bei Bewohnerinnen mit leichten demenziellen Erkrankungen eindeutig gegen die Erhebung mittels eines gestützten, quantitativen Instrumentes sprachen.

Lamnek veranschaulicht in einem Vergleich von standardisierten, teilstandardisierten sowie nicht standardisierten Interviews unter anderem folgende Nachteile der Erhebung durch Interviews mit hohem Standardisierungsgrad (vgl. Lamnek 2005, S. 336ff):

- Durch die kurze Dauer sowie die durch die Standardisierung erwünschte gute Vergleichbarkeit wird die Breite und Tiefe der Antworten erheblich verringert.
- Standardisierte Interviews können lediglich auf die Befriedigung der Erkenntnisinteressen des Feldforschers bzw. der Feldforscherin abzielen und beinhalten somit nicht die Bedürfnisse der befragten Personen.
- Die Standardisierung zwingt die befragte Person in ein Fragenkorsett und kann zu deren Überforderung oder, da ihre Bedürfnisse eben nicht im Vordergrund des Interviews stehen, auch zu Desinteresse oder Verweigerung führen. Hieraus kann wiederum der Versuch der Beeinflussung des Fortganges durch den Feldforscher bzw. die Feldforscherin resultieren.

Diese Nachteile haben unter anderem auch in der vorliegenden empirischen Studie zur Wahl eines qualitativen, teilstrukturierten Instrumentes beigetragen.

4.3. Triangulation

Wie auch in der Literatur zur Evaluationsforschung angegeben, empfiehlt sich für das konkrete Forschungsdesign einer Evaluation die Triangulation durch einen Mehrmethodenansatz (vgl. Stockmann 2006, S. 22ff). *Flick* definiert den Begriff der Triangulation wie folgt:

„Vereinfacht ausgedrückt bezeichnet der Begriff der Triangulation, dass ein Forschungsgegenstand von (mindestens) zwei Punkten aus betrachtet - oder konstruktivistisch formuliert: konstituiert - wird.“

(Flick 2008, S. 11)

Triangulation kann durch Kombination von Daten aus unterschiedlichen Quellen, welche zu unterschiedlichen Zeitpunkten, an verschiedenen Plätzen oder bei unterschiedlichen Personen generiert wurden (Daten-Triangulation), durch die Datenerhebung durch mehrere Feldforscher (Investigator-Triangulation), durch den Zugang zum Feld unter Miteinbezug unterschiedlicher theoretischer Ansätze (Theorien-Triangulation), sowie durch die Triangulation von Methoden (Methodische Triangulation innerhalb einer Methode oder zwischen verschiedenen Methoden) erfolgen (vgl. Flick 2002, S. 399; Flick 2008, S. 13ff).

Der Ansatz der Triangulation von Methoden ist nach *Flick* der bedeutendste in der qualitativen Forschung. Dieser kann sowohl die Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden als auch den Einsatz unterschiedlicher qualitativer Methoden beinhalten. In Bezug auf die aus der methodischen Triangulation von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden resultierende Möglichkeit der Überführung qualitativer Daten in quantitative Daten, die zum Teil für die Durchführung einer Bewertung im Sinne der Evaluationsforschung erforderlich sind, und auch im vorliegenden Forschungsprojekt umgesetzt wurde, äußert sich *Flick* jedoch vorsichtig kritisch (vgl. Flick 2008, S. 41, S. 87f).

Aufgrund des konkreten Auftrages und der Spezifika der Zielgruppe, wurde in der Gesamtstudie (siehe Abschnitt 1.1) versucht, dem Anspruch aller vier Formen der Triangulation gerecht zu werden. Die Daten-Triangulation erfolgte durch die Befragung unterschiedlicher Personen und die Forscher-Triangulation mittels Erhebung durch zwei Feldforscherinnen. Durch die Forscher-Triangulation sollten die subjektiven Einflüsse möglichst gering gehalten werden. Weiters wurde dem Anspruch der Theorien-Triangulation

in der Gesamtstudie durch eine umfassende Literaturrecherche vor der Erhebungsphase und auch in der Teilstudie während der Auswertungsphase Rechnung getragen. Die methodische Triangulation erfolgte sowohl in der Gesamtstudie als auch in der vorliegenden Teilstudie (siehe Abschnitt 1.2). Bei Letztgenannter durch die Kombination von unterschiedlichen qualitativen Erhebungsmethoden (Leitfadeninterview mit Bewohnerinnen und nicht teilnehmende Beobachtung) sowie der Variation innerhalb einer Methode (qualitative und quantitative Elemente im Interviewleitfaden).

In Bezug auf den konkreten Einbezug der Triangulation in ein Forschungsdesign kann als wesentlicher daraus resultierender Gewinn die Erweiterung der Perspektiven genannt werden, um dadurch ein und dasselbe Phänomen umfassender und abgesicherter zu erfassen und somit ein breiteres Spektrum an Erkenntnismöglichkeiten zu erlangen. Wie sich auch im Laufe der vorliegenden Arbeit zeigte, darf jedoch der angestrebte Nutzen und dessen Verhältnis zum Aufwand nicht aus den Augen verloren werden (vgl. Flick 2008, S. 12).

4.4. Ethik in der empirischen Sozialforschung

Einen weiteren, wesentlichen Aspekt, welcher auch in der vorliegenden Arbeit zum Tragen kam, stellen die ethischen Fragen und Probleme der Sozialforschung dar. In Bezug auf das Verfahren innerhalb von Forschungsprojekten (Prozeduraethik) gibt es zwar Regelungen, die in erster Linie auf den ethisch korrekten Umgang mit Daten abzielen, jedoch werden damit Aspekte in Bezug auf die ethische Generierung und Auswertung von qualitativen Daten (Prozessethik) nur sehr lückenhaft abgedeckt. Aufgrund der Vielzahl an Entscheidungen innerhalb einer empirischen Studie bedarf es hier einer laufenden Sensibilisierung in Bezug auf ethische Aspekte und der dementsprechenden Anpassung des Forschungsprozesses. Diesem Umstand muss noch intensiver Rechnung getragen werden, wenn das konkrete Erkenntnisinteresse von einem Auftraggeber determiniert wird. In der qualitativen Sozialforschung können folgende zentrale, ethische Probleme verortet sein (vgl. Gahleitner 2005, S. 110ff):

- Durch eine emotionale Verstrickung der Feldforscher bzw. Feldforscherinnen mit der zu untersuchenden Zielgruppe und der daraus resultierenden Parteinahme entsteht ein Konflikt mit dem Gütekriterium der Offenheit und zudem kann dies zu einem Konflikt mit den Ansprüchen des Auftraggebers führen.
- In Interviews können Probleme thematisiert werden, die einer raschen Lösung bedürfen und somit kann der Feldforscher bzw. die Feldforscherin in einen

Rollenkonflikt zwischen der Rolle als Beschützer bzw. Beschützerin und Berater bzw. Beraterin der befragten Person und der Rolle des Feldforschers bzw. der Feldforscherin mit Erkenntnisinteresse geraten.

- Die für die Auswertung erforderliche Deutung und Interpretation der Aussagen kann nie völlig objektiv erfolgen und zudem ist die Interpretation immer eine Gratwanderung zwischen eigener Deutung und der Wahrnehmung seitens der befragten Person.

Diese ethischen Probleme traten auch im Verlauf der Gesamtstudie (siehe Abschnitt 1.1) auf. Dem Problem der moralischen Verstrickung wurde durch die Befragung und Beobachtung durch zwei Feldforscherinnen entgegenzuwirken versucht. In Bezug auf die Rollenkonflikte kann gesagt werden, dass diesen im Zuge der Erhebung keine massiven oder existenziellen Probleme der Bewohnerinnen zugrunde lagen und somit die Rolle der Feldforscherin im Vordergrund stehen konnte.

4.5. Aktueller Forschungsstand zur Messung der Lebensqualität der Zielgruppe

Nach *Gebert* und *Kneubühler* zeigt eine Analyse der gängigen Qualitätssicherungssysteme zur externen Qualitätsbeurteilung, welche in den deutschsprachigen Ländern in stationären Einrichtungen zur Pflege und Betreuung älter Menschen zum Einsatz kommen, dass dem Stellenwert der Beurteilung durch eine qualitative Befragung der Bewohnerinnen weniger Bedeutung beigemessen wird (vgl. Gebert/Kneubühler 2003, S. 355ff).

Einer der wesentlichen Gründe für den häufigeren Einsatz von schriftlichen Fragebögen liegt wohl in dem doch sehr großen Aufwand, den eine qualitative Erhebung mit sich bringt. Doch dieser Aufwand lohnt sich, denn wie auch im Zuge dieser Studie ersichtlich wurde, müssen für die Erhebung der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen die bereits ausführlich beschriebenen Besonderheiten der Zielgruppe Berücksichtigung finden, um für die Einrichtungen eine tatsächliche Unterstützung in Bezug auf die Qualitätssicherung und -förderung zu bieten. Diesen Besonderheiten kann eine quantitative Erhebung nicht gerecht werden, da sie, wie bereits erwähnt, besonders bei vorgegebenen Antwortmöglichkeiten durch den Effekt der sozialen Erwünschtheit zu Antwortverzerrung führen kann.

Auch dann, wenn gängige Qualitätssicherungssysteme eine qualitative Erhebungsmethode zur Messung der Lebensqualität von Bewohnerinnen beinhalten, besteht zum Teil die Problematik, dass für diese Messung Kriterien aus anderen Kontexten, wie zum Beispiel aus

dem Gesundheitswesen, Verwendung finden. Hieraus resultiert ebenfalls, dass die Erhebung dem Forschungsgegenstand und seinen Besonderheiten nicht gerecht wird.

Zudem können die für die Messung der Lebensqualität der Bewohnerinnen erforderlichen Kriterien, wie in den gängigen Qualitätssicherungssystemen zum Teil üblich, nicht einheitlich für alle stationären Einrichtungen verwendet werden. Es müssen hierfür auch die Ausgangsbedingungen der jeweiligen Einrichtungen, hierzu zählt unter anderem Größe, Lage sowie Zusammensetzung der Heimbewohnerinnen, Berücksichtigung finden. Zudem spielen in Bezug auf die festzulegenden Messkriterien auch Leitsätze sowie Pflegemodelle eine zentrale Rolle (vgl. Lawton/Parmelee 1990, zit. nach: Gebert/Kneubühler 2003, S. 262f).

Ein diesbezüglich stärkerer Einbezug der Besonderheiten der Zielgruppe sowie der Rahmen- und Ausgangsbedingungen der jeweiligen Einrichtungen zeigt sich im Bereich der Evaluationsmodelle für Dienstleistungen für Menschen mit Beeinträchtigung. Zudem erfolgt hier neben dem Einbezug der „Nutzer“ durch Gespräche oder Interviews auch der Einbezug von Angehörigen. Bei manchen dieser Evaluationsmodelle wird der methodische Zugang über Interviews wie in der vorliegenden Studie noch ergänzt um die Methode der Beobachtung. Auch für die Entwicklung des vorliegenden Forschungsdesigns erfolgt daher eine Orientierung an den Evaluationsmodellen zur Unterstützung und Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigung (vgl. Bernhart/Lorenz 2008, S. 54).

5. Die Befragung

Im folgenden Kapitel werden dem Leser bzw. der Leserin das Forschungsdesign und die methodische Vorgehensweise der Befragung im Rahmen der Teilstudie (siehe Abschnitt 1.2) vorgestellt, sowie die für die Befragung von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen relevanten methodischen Grundlagen geliefert.

5.1. Design der Befragung sowie methodische Vorgehensweise

In den ersten Besprechungen mit der Kontaktperson des Auftraggebers im Dezember 2009 erfolgte eine Abgrenzung in Bezug auf das Ziel und den Umfang der Gesamtstudie. Als Ziel für die vorliegende Teilstudie wurde die Erhebung der Zufriedenheit der Bewohnerinnen mit ihrer aktuellen Lebensqualität in den Einrichtungen festgelegt. Die nachstehende Abbildung gibt einen Überblick über die für die Befragung der Bewohnerinnen erforderlichen Arbeitsschritte:

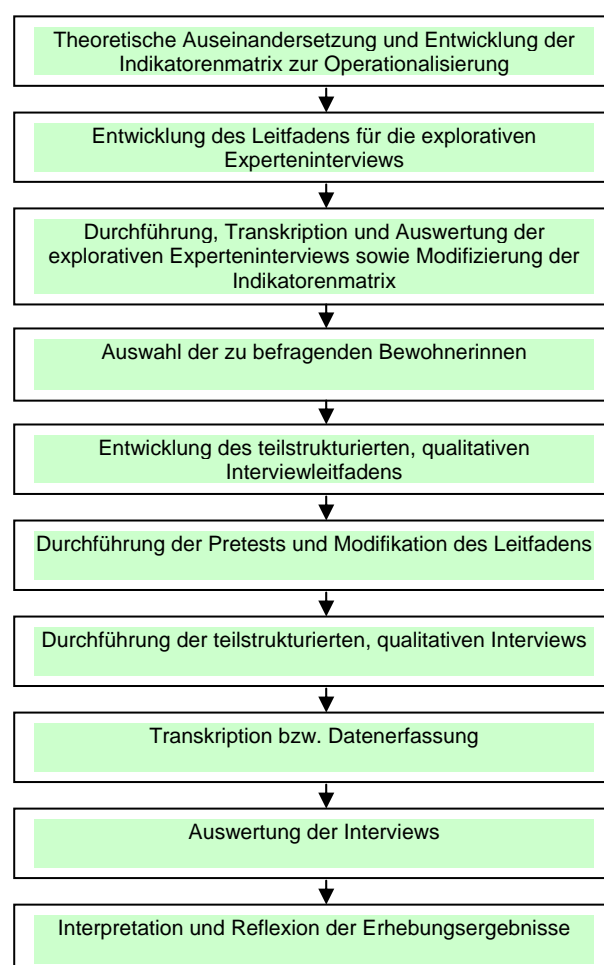


Abb. 5: Ablaufmodell der Befragung von Bewohnerinnen (eigene Abbildung)

Im Nachfolgenden werden die für die Befragung von Bewohnerinnen erforderlichen Arbeitsschritte für den Leser bzw. die Leserin näher erläutert, um die Wissenschaftlichkeit in Bezug auf die Vorgehensweise zu verdeutlichen.

5.1.1. Theoretische Auseinandersetzung und Entwicklung der Indikatorenmatrix

Nach den Erstgesprächen mit dem Auftraggeber erfolgte eine intensive Auseinandersetzung mit der Literatur zum Forschungsgegenstand und zur empirischen Sozialforschung.

Basierend auf den diesbezüglich gewonnenen Informationen wurde eine Indikatorenmatrix als Grundlage für den Interviewleitfaden erstellt, welche im Zuge des weiteren Forschungsverlaufes an die zusätzlich gewonnenen Erkenntnisse angepasst wurde. In dieser Indikatorenmatrix wurden, wie bereits erwähnt, den zentralen Qualitätsdimensionen Selbst- und Mitbestimmung, Wertschätzung, Geborgenheit sowie Sicherheit die Indikatoren Wohnen, Kommunikation, pflegerische und medizinische Interventionen, Serviceleistungen sowie soziale Netzwerke und Freizeitgestaltung gegenübergestellt. Ziel der daraus resultierenden Matrix war es, die festgelegten Qualitätsdimensionen durch konkrete Fragen in Bezug auf Handlungen und Leistungen der Mitarbeiterinnen bzw. der Einrichtungen zu operationalisieren.

Nachstehend folgt eine Abbildung der für die Entwicklung des teilstrukturierten, qualitativen Interviewleitfadens relevanten, modifizierten Indikatorenmatrix. Diese Matrix beschreibt vertikal die festgelegten zentralen Qualitätsdimensionen und horizontal die zentralen Handlungsfelder.

	Wohnen	Kommunikation	pflegerische & medizinische Interventionen	Serviceleistungen	Soziale Netzwerke & Freizeitgestaltung
Selbst- und Mitbestimmung (Rücksicht auf Gewohnheiten und Bedürfnisse)	<ul style="list-style-type: none"> • Zimmergestaltung • Zimmerwahl • Möglichkeit der Mithilfe bei Hausarbeiten (Kochen, Putzen usw.) gegeben • Einzelzimmer / Doppelzimmer 	<ul style="list-style-type: none"> • Eingehen auf Wünsche und Bedürfnisse • Erhaltung der größtmöglichen Selbständigkeit der BW • Mitbestimmung des Tagesablaufs 	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitpunkt / Häufigkeit • Maßnahmen / Produkte • Unterstützung ist an die Bedürfnisse der BW angepasst 	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit der Mithilfe der BW bei alltagsbezogenen Tätigkeiten (Kochen, Putzen usw.) erwünscht 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Angebote nutzen die BW • Ergänzende oder veränderte Angebote erforderlich • Zeiten der Langeweile • Selbstbestimmung in Bezug auf soziale Kontakte im Haus
Wertschätzung (Würde, Respekt, Aufmerksamkeit)	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit des Personals (z. B. schnelles Reagieren auf das Klingeln der BW) • Beschwerdemöglichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Nimmt sich das Pflegepersonal Zeit für persönliche Gespräche mit BW • Gefühl der Einsamkeit • Kommunikation mit HL/PDL • Ernstnahme von Beschwerden der BW 	<ul style="list-style-type: none"> • Intimsphäre gewahrt • Nimmt sich das Pflegepersonal ausreichend Zeit für die BW • Rasche Erreichbarkeit des Pflegepersonals 	<ul style="list-style-type: none"> • Präsenz der HL/PDL • Umgang mit Beschwerden 	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit mehr über das eigene Leben erzählen zu können
Geborgenheit (Nähe, Wärme, Wohlbefinden)	<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit mit den baulichen Gegebenheiten (Zimmerausstattung, Lärm ...) • Fühlen sich BW wohl in den Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ängste und Sorgen der BW ernst genommen • vertrauensvolle Kommunikationsgestaltung • Umzugsbedingte Beeinflussung der Lebensqualität der BW 	<ul style="list-style-type: none"> • Fühlen sich BW wohl bei pflegerischen Handlungen und/oder medizinischer Betreuung • Frühere Gewohnheiten der Bewohner bei den Pflegehandlungen berücksichtigt 		<ul style="list-style-type: none"> • Gute Gemeinschaft unter den BW • Intensivere Kontakte zu anderen BW gegeben/ erwünscht • Kontakte zu Angehörigen / externen Bekannten • Ansprechpersonen der BW
Sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> • Privatsphäre gewahrt (Schlüssel vorhanden) • Bauliches bedarfsgerecht 	<ul style="list-style-type: none"> • Wird den BW neues Personal vorgestellt 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenz des Pflegepersonals • Sichere Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Respektvoller Umgang mit den persönlichen Dingen der BW 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauen gegenüber Personal / Mitbewohnerinnen

Abb. 6: Indikatorenmatrix als Basis für den teilstrukturierten, qualitativen Interviewleitfaden (eigene Abbildung)

5.1.2. Entwicklung des Leitfadens für die explorativen Experteninterviews

Basierend auf dem gegenwärtigen Stand der Indikatorenmatrix wurde im nächsten Schritt ein Leitfaden für die ersten explorativen Experteninterviews entwickelt. Um die Wahl der angewandten Messmethode für den Leser bzw. die Leserin nachvollziehbar zu machen, werden im nachfolgenden Abschnitt die hierfür relevanten theoretischen Grundlagen zum qualitativen Interview sowie zum Leitfaden-Interview und zum Experteninterview kurz erläutert.

5.1.2.1. Qualitative Interviews

Nach *Flick* liegt die Qualität von qualitativen Interviews darin begründet, dass im Gegensatz zu standardisierten, quantitativen Erhebungsinstrumenten mittels qualitativer Interviews dem Grundsatz der Offenheit für das Forschungsfeld besser entsprochen wird, da den befragten Personen in Bezug auf die Beantwortung der Fragen mehr Spielraum gewährt werden kann. Zu den Vorteilen qualitativer Interviews zählen auch die Möglichkeit der einmaligen Kontaktaufnahme mit den zu befragenden Personen sowie die Möglichkeit einer gezielten Vorbereitung in Bezug auf die für die Beantwortung der konkreten Forschungsfragen anzusprechenden, relevanten Themenbereiche (vgl. Flick 2002, S. 204).

In der Literatur findet sich eine Vielzahl an Formen des qualitativen Interviews. Im Rahmen dieser Arbeit wird jedoch explizit nur auf die für die vorliegende Erhebung relevanten Typen, welche unter dem Begriff des teilstrukturierten, semistrukturierten oder auch Leitfaden-Interviews subsumiert werden, näher eingegangen.

5.1.2.2. Leitfaden-Interviews

Das Leitfaden-Interview zählt zu den am häufigsten eingesetzten Erhebungsinstrumenten in der qualitativen Sozialforschung. Durch den relativ großen Spielraum in Bezug auf die konkrete Ausgestaltung dieses Instrumentes können die im Leitfaden beinhalteten Fragen je nach Erkenntnisinteressen und Zielgruppen ein bereits vor der Erhebung entwickeltes, mehr oder weniger detailliertes Gerüst für die Erhebung und Auswertung der Daten bilden. Zudem ermöglicht dieses Gerüst eine gute Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Datensätzen, welche aus den im Anschluss an die Erhebung erstellten Transkripten resultieren. Charakteristisch für das Leitfaden-Interview ist, dass dieses keine vorgegebenen Antwortmöglichkeiten für die befragten Personen beinhaltet. Zu den Typen des Leitfaden-Interviews zählen unter anderem das fokussierende Interview, welches den Fokus auf eine

konkret von den zu befragenden Personen erlebte Situation legt und das Experteninterview. Das im vorliegenden Forschungsprojekt angewandte Leitfadenterview kann als eine Mischung aus beiden Typen angesehen werden, wobei eine größere Nähe zum Experteninterview besteht. Daher wird nachfolgend kurz näher auf diesen Typ des Leitfadenterviews eingegangen (vgl. Hopf 1995, S 177).

5.1.2.3. Experteninterviews

Experteninterviews können einen wesentlichen Beitrag zur Erkenntnisgewinnung leisten und werden in der empirischen Forschung demnach auch sehr häufig eingesetzt. In der Literatur finden sich drei Typen, das explorative, das systematisierende, sowie das theoriegenerierende Experteninterview, wobei in der Praxis insbesondere die letzten beiden Typen nicht völlig eindeutig voneinander abgegrenzt werden können (vgl. Bogner/Menz 2005, S. 36ff).

Das explorative Experteninterview wird, wie auch in dieser empirischen Studie, sehr häufig als Instrument für den ersten Zugang zum zu untersuchenden Forschungsgegenstand verwendet. Es kann einen ersten Einblick in ein für den Forscher noch relativ unbekanntes Forschungsfeld ermöglichen, die Spezifika und Probleme des noch fremden „Territoriums“ aufzeigen helfen und zum Beispiel, wie in der vorliegenden Arbeit, als weitere Grundlage für die Entwicklung eines Leitfadens dienen. Das systematisierende Experteninterview beinhaltet die Zielsetzung einer systematischen, lückenlosen Information seitens der Experten als Ratgeber der Forscher bzw. Forscherinnen, da sie über ein auf anderem Wege nicht zugängliches spezifisches Wissen verfügen. Die Gewinnung dieses Expertenfachwissens kann auch mittels quantitativer Methoden erfolgen. Das theoriegenerierende Experteninterview kann hingegen aufgrund des übergeordneten Zieles der Generierung von Theorien nicht eindeutig von anderen, diesem Typus verwandten, Interviewmethoden abgegrenzt werden und bedarf aufgrund seiner Zielsetzung eines qualitativen Zuganges. Die in dieser Studie durchgeführten, teilstrukturierten Leitfadenterviews können dem Bereich der systematisierenden und zudem theoriegenerierenden Formen des Experteninterviews zugeordnet werden.

Zusammenfassend weist *Flick* dem Experteninterview folgende Merkmale zu (vgl. *Flick* 2002, S. 206):

- Die befragten Personen sind Experten in Bezug auf einen bestimmten Gegenstandsbereich.

- Es steht weniger die Person sondern mehr die Rolle der Experten im untersuchten Forschungsfeld und ihr damit verbundenes Fachwissen zum Forschungsgegenstand im Vordergrund.
- Das Experteninterview erfolgt sehr sachbezogen und zur Orientierung und Unterstützung des Befragenden sowie zur besseren Vergleichbarkeit der Datensätze werden häufig Leitfäden eingesetzt.

Somit kann zwar festgelegt werden, wann es sich um ein Experteninterview handelt, es bleibt aber die noch komplexere Frage offen, welche Interviewpartner dem Begriff des Experten gerecht werden bzw. welches Wissen eine Person haben muss um als Experte gelten zu können. Hier finden sich unterschiedlichste Ansätze und Definitionen die vom voluntaristischen Expertenbegriff, welcher davon ausgeht, dass jeder Mensch als Experte seines eigenen Lebens gelten kann, über die konstruktivistische Definition, die die Rolle einer Person in einem bestimmten Gegenstandsbereich als konstituierendes Element für das Expertensein sieht, bis hin zur wissenssoziologischen Fokussierung, die den Experten über seine spezifische Wissensstruktur definiert, reichen (vgl. Bogner/Menz 2005, S. 39ff).

In der vorliegenden Studie, die darauf abzielt zu erheben, inwieweit die Indikatoren der zentralen Qualitätsdimensionen umgesetzt werden, können in Bezug auf die durchgeführten Leitfadeninterviews die Bewohnerinnen der Einrichtungen als Experten betrachtet werden (vgl. Promberger/Lorenz 2008, S. 71). Sie verfügen zwar nicht über ein klassisches Fachwissen im Sinne der naturwissenschaftlichen Ausrichtung unserer Gesellschaft, aber aufgrund ihrer Rolle als „Leistungsempfänger“ der von den Einrichtungen erbrachten Dienstleistungen, aufgrund ihres direkten Miteinbezuges in die Prozesse und Abläufe der Einrichtungen und dem daraus resultierenden Prozesswissen, sowie aufgrund ihrer subjektiven Wahrnehmung und Interpretation der Interaktionen in den Einrichtungen, welche auch als Deutungswissen verstanden werden kann, verfügen sie über ein spezifisches Wissen, dass der Feldforscherin sonst nicht zugänglich gewesen wäre.

Mittels der in weiterer Folge durchgeführten sechs explorativen Experteninterviews sollte erhoben werden, ob möglicherweise für die Bewohnerinnen wichtige Themenbereiche in der Matrix noch nicht berücksichtigt wurden, oder ob bestimmten Themenbereichen seitens der Feldforscherinnen fälschlicherweise zuviel an Bedeutung beigemessen wurde.

5.1.3. Durchführung, Transkription und Auswertung der explorativen Experteninterviews sowie Modifizierung der Indikatorenmatrix

Für die explorativen Experteninterviews wurden pro Haus zwei Bewohnerinnen von den Feldforscherinnen ausgewählt und diese Bewohnerinnen wurden im Vorfeld von den

Einrichtungen über das Ziel der Befragung und den geplanten Interviewtermin informiert. Nach der Durchführung, Transkription und inhaltsanalytischen Auswertung dieser Interviews wurde die Indikatorenmatrix modifiziert.

5.1.4. Auswahl der zu befragenden Bewohnerinnen

Erstes Kriterium für die Auswahl der Befragten für die teilstrukturierten, qualitativen Leitfadenterviews bildete die „Befragungsfähigkeit“ der Bewohnerinnen. Diese Einschätzung erfolgte von den Pflegedienstleitungen der Einrichtungen, welche im Vorfeld bei einem gemeinsamen Treffen Informationen über die Gesamtstudie erhielten. Das Kriterium „Befragungsfähigkeit“ wurde seitens der Feldforscherinnen nicht näher definiert und somit wurden auch Bewohnerinnen mit leichten demenziellen Erkrankungen sowie mit Sprach- oder Hörbeeinträchtigungen und Bewohnerinnen mit einem höheren Pflegebedarf in die Erhebung mit einbezogen. Durch diesen partizipativen Ansatz sowie durch die zusätzliche Beobachtung von Bewohnerinnen mit mittleren bis schweren demenziellen Erkrankungen konnte der von *Gebert* und *Kneubühler* thematisierten Ausgrenzung dieser Bewohnerinnengruppen in gängigen Qualitätssicherungssystemen entgegengewirkt werden (vgl. Gebert/Kneubühler, S. 347).

Die beiden weiteren Kriterien für das angewendete Quota-Verfahren zur Auswahl der Befragten bildeten die Merkmale Geschlecht und Aufenthaltsdauer der Bewohnerinnen in den Einrichtungen. Das Merkmal Geschlecht wurde gewählt, um die aktuelle Geschlechterverteilung und den bedingt durch die Feminisierung im Alter (siehe Abschnitt 2.2) überwiegenden Anteil an weiblichen Bewohnerinnen in der Erhebung zu berücksichtigen. Durch das Merkmal Aufenthaltsdauer sollte, basierend auf dem diesbezüglich errechneten Median, sowohl die Perspektive von Bewohnerinnen mit einer Aufenthaltsdauer unter sowie einer Aufenthaltsdauer über zwei Jahre in einem ausgewogenen Verhältnis in die Erhebung mit einfließen. Die Auswahl der Befragten durch die Feldforscherinnen war erforderlich, da eine direkte Auswahl der Interviewpartnerinnen durch das Personal der Einrichtungen eine Verzerrung der Ergebnisse durch die Möglichkeit der Auswahl von so genannten „Vorzeigebewohnerinnen“ bewirken hätte können. Die Wichtigkeit dieser Vorgehensweise zeigte sich zum Beispiel durch die vor der Vorstellung einer zu befragenden Person seitens einer Mitarbeiterin der Einrichtungen abgegebene Bewertung, dass diese Person nicht immer die Wahrheit sage.

5.1.5. Entwicklung des teilstrukturierten, qualitativen Interviewleitfadens

In nächsten Schritt wurde auf Basis der modifizierten Indikatorenmatrix der teilstrukturierte, qualitative Interviewleitfaden entwickelt. Der Leitfaden umfasst insgesamt 49 Fragen, die bei der Durchführung der Interviews an die jeweilige Situation der Bewohnerinnen angepasst wurden. Der Aufbau des Leitfadens versucht dem Prinzip „Vom Allgemeinen zum Besonderen“ gerecht zu werden und auch die Struktur des Leitfadens diene, wie bei qualitativen Interviews Voraussetzung, lediglich als Orientierungshilfe. Die relativ hohe Anzahl an Fragen basiert ebenfalls auf den Erkenntnissen aus den explorativen Experteninterviews. Wie sich hier bereits zeigte, galt es, den Leitfaden soweit zu strukturieren, dass die zu Befragenden nicht mit allzu umfassenden Fragen konfrontiert und somit überfordert werden. Dennoch sollten die Bewohnerinnen im Zuge des Interviews auch dazu motiviert werden, den Interviewenden persönliche Einschätzungen und Wünsche mit zu teilen. Nachstehend erfolgt eine Darstellung der Gliederung des entwickelten Interviewleitfadens:

- I. Informationen zur Person**
- II. Bauliches und Wohnen**
- III. Personal der Einrichtungen**
- IV. Pflege**
- V. Alltag und Freizeit**
- VI. Kontakte**
- VII. Abschlussfragen**

Die Gliederung des Interviewleitfadens erfolgte nicht nach den Dimensionen der Indikatorenmatrix, sondern sie fasst zur besseren Nachvollziehbarkeit für die Bewohnerinnen die Fragen nach inhaltlichen Themenschwerpunkten zusammen. Der modifizierte teilstrukturierte, qualitative Interviewleitfaden befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

5.1.6. Durchführung der Pretests

In weiterer Folge wurde das teilstrukturierte, qualitative Instrument sechs Pretests unterzogen. Die hierfür ausgewählten Bewohnerinnen wurden im Vorfeld ebenfalls von Mitarbeiterinnen der Einrichtungen über das Ziel der Befragung sowie über den geplanten Interviewzeitraum informiert. Manche Bewohnerinnen zeigten trotz oder auch wegen der Vorankündigung der Befragung seitens der Mitarbeiterinnen der Einrichtungen eine ablehnende Haltung und verweigerten die Teilnahme an der Studie unter Angabe von gesundheitlichen Problemen oder von Zeitmangel. Es bleibt hier die Frage offen, ob eine

detaillierte Vorinformation der Bewohnerinnen über das Forschungsprojekt, zum Beispiel durch von den Feldforscherinnen durchgeführte Bewohnerinneninformationsabende, den Zugang zum Feld erleichtert hätte oder ob dadurch die Unsicherheit der Bewohnerinnen noch stärker geworden wäre.

Nach Durchführung und Transkription der Pretests wurde der teilstrukturierte, qualitative Interviewleitfaden an die gewonnenen Erkenntnisse angepasst. Eine weitere Modifizierung erfolgte nach Absprache mit der Kontaktperson des Auftraggebers und das somit gewonnene Instrument wurde dann dem Träger der ausgewählten Einrichtungen im April 2010 zur Bewilligung übermittelt.

5.1.7. Durchführung der teilstrukturierten, qualitativen Interviews

Nach erfolgter Bewilligung wurden die für die Befragung ausgewählten Bewohnerinnen über das Forschungsprojekt sowie den geplanten Interviewtermin informiert. Die Interviews wurden im Mai und Juni 2009 je nach Wunsch der Bewohnerinnen sowohl am Vormittag als auch am Nachmittag durchgeführt. Auch hier erklärten sich einige der Bewohnerinnen nicht bereit, an der Befragung teil zu nehmen und es wurden die, bereits bei der Auswahl der Befragten mitberücksichtigten, Ersatzinterviewpartnerinnen herangezogen.

Die Anzahl der befragten Bewohnerinnen beträgt für den größten Teil der Befragung 35 Bewohnerinnen, jedoch konnten aufgrund der physischen und/oder psychischen Verfassung mancher Bewohnerinnen nicht in allen Interviews sämtliche Fragen gestellt werden, beziehungsweise wurden manche Fragen von Bewohnerinnen nicht, oder nur unverständlich beantwortet.

5.1.8. Dauer der Interviews

Trotz der zu Gesprächsbeginn sehr häufig spürbaren Skepsis seitens der befragten Bewohnerinnen konnten die Feldforscherinnen, wie in der nachfolgenden Darstellung ersichtlich wird, in den meisten Fällen das Vertrauen der Interviewpartnerinnen gewinnen und insgesamt mehr als die Hälfte der geführten Interviews dauerten länger als 30 Minuten.

Dauer der Interviews	Haus I (n: 12)	Haus II (n: 11)	Haus III (n: 12)	Gesamt (n: 35)
bis 15 Minuten	0	0	1	1
15 bis 30 Minuten	4	5	6	15
30 bis 45 Minuten	4	2	2	8
45 bis 60 Minuten	2	1	1	4
Über 60 Minuten	2	3	2	7

Tab. 1: Dauer der Interviews (eigene Abbildung)

Die Unterschiede in Bezug auf die Dauer der geführten Interviews innerhalb der drei Häuser können durch die zum Teil sehr stark divergierenden physischen und psychischen Verfasstheiten der befragten Bewohnerinnen sowie durch die mehr oder weniger große Unsicherheit der Bewohnerinnen erklärt werden. So wurde zum Beispiel ein Interview von einer Bewohnerin mit der Begründung verweigert, dass sie befürchte, dass Ihre im Zuge des Interviews getätigten Aussagen für Sie Konsequenzen nach sich ziehen würden. Für die Interpretation solcher Aussagen, die sehr deutlich Ängste und Unsicherheiten zum Ausdruck bringen, muss an dieser Stelle noch einmal auf die Verhaltensstörungen, bedingt durch demenzielle Erkrankungen, hingewiesen werden (siehe Abschnitt 2.4.1).

5.1.9. Merkmale der Befragten

Im nachfolgenden Abschnitt erfolgt eine Darstellung der Merkmale Geschlecht, Alter, Familienstand sowie der Pflegegeldstufe der befragten Bewohnerinnen. Es muss hier angemerkt werden, dass nicht alle befragten Bewohnerinnen in der Lage waren Auskunft über Alter, Aufenthaltsdauer und Pflegegeldstufe zu geben. Daher wurde diesbezüglich auf die Daten der Einrichtungen zurückgegriffen. Zudem wird in den nachfolgenden Darstellungen dem Umstand, dass aufgrund der physischen und/oder psychischen Verfassung mancher Bewohnerinnen nicht alle Fragen eindeutig und verständlich beantwortet werden konnten, durch die Kategorie „unklare Angabe“ Rechnung getragen.

5.1.9.1. Geschlecht der befragten Personen

Wie bereits erwähnt wurde das Merkmal Geschlecht im Quota-Verfahren bei der Auswahl der zu Befragenden berücksichtigt. Somit spiegelt die nachstehende Tabelle die aktuelle Situation in den ausgewählten Einrichtungen wider. Der weibliche Anteil überwiegt in allen drei Häusern und betrug zum Zeitpunkt der Erhebung im Haus I 79 %, im Haus II 84 % und im Haus III 86 %.

Geschlecht der Befragten	Haus I (n: 12)	Haus II (n: 11)	Haus III (n: 12)	Gesamt (n: 35)
Männlich	3	2	3	8
Weiblich	9	9	9	27

Tab. 2: Geschlecht der befragten Personen (eigene Abbildung)

Diese Verteilung verdeutlicht zudem die gegenwärtige Situation der Feminisierung im Alter und zeigt sich ebenso in den gesamten oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen, welche durch einen Anteil an weiblichen Heimbewohnerinnen von 77,5 % gekennzeichnet sind (vgl. Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales 2009, S. 6).

5.1.9.2. Alter der befragten Personen

Für die Auswahl der Befragten wurde das Alter nicht als Merkmal berücksichtigt. Dennoch spiegelt sich das Alter der Befragten in der Altersverteilung der Heimbewohnerinnen des gesamten Bundeslandes wider. Ein Fünftel der befragten Bewohnerinnen ist jünger als 79 Jahre, etwas weniger als zwei Drittel sind im Alter zwischen 80 und 89 Jahren und nicht ganz ein Sechstel der befragten Personen ist älter als 90 Jahre.

Alter der Befragten	Haus I (n: 12)	Haus II (n: 11)	Haus III (n: 12)	Gesamt (n: 35)
50 bis 59 Jahre	0	0	1	1
60 bis 69 Jahre	0	0	0	0
70 bis 79 Jahre	1	1	4	6
80 bis 89 Jahre	10	7	5	22
90 Jahre und älter	1	3	2	6

Tab. 3: Alter der befragten Personen (eigene Abbildung)

In den oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen waren zum Stichtag 01.01.2008 nur 15,6 % der Heimbewohnerinnen jünger als 75 Jahre, 25,9 % der Heimbewohnerinnen waren im Alter zwischen 81 und 85 Jahren und 45 % der Heimbewohnerinnen waren älter als 85 Jahre. Das Durchschnittsalter der oberösterreichischen Heimbewohnerinnen betrug 83,1 Jahre. Die Altersentwicklung von Heimbewohnerinnen im Vergleichszeitraum der Studie des Landes Oberösterreich zeigt eine deutliche Steigerung des Durchschnittsalters. Diese Tatsache kann unter anderem durch den Ausbau der mobilen und teilstationären Dienste begründet werden (vgl. Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales 2009, S. 6).

5.1.9.3. Familienstand der befragten Personen

Wie die nachstehende Tabelle zeigt, sind mehr als zwei Drittel der befragten Bewohnerinnen verwitwet.

Familienstand der Befragten	Haus I (n: 12)	Haus II (n: 11)	Haus III (n: 12)	Gesamt (n: 35)
Verwitwet	9	7	8	24
Verheiratet	1	0	2	3
Ledig	2	2	0	4
Geschieden/Trennung	0	1	1	2
unklare Angabe	0	1	1	2

Tab. 4: Familienstand der befragten Personen (eigene Abbildung)

Hier wird die bereits erwähnte Entwicklung hin zur Singularisierung im Alter deutlich, wobei der Umstand, dass nur weniger als ein Fünftel der befragten Personen „freiwillig“ als Single oder geschieden bzw. getrennt lebt zeigt, dass diese Singularisierung durch Verwitwung nicht als selbst bestimmte Lebenssituation anzusehen ist (siehe Abschnitt 2.2).

5.1.9.4. Pflegegeldstufen der befragten Personen

Wie die nachfolgende Darstellung zeigt, bezogen zum Zeitpunkt der Erhebung mehr als zwei Drittel der befragten Bewohnerinnen Pflegegeld der Stufen 4 und 5.

Pflegegeldstufen der Befragten	Haus I (n: 12)	Haus II (n: 11)	Haus III (n: 12)	Gesamt (n: 35)
Pflegegeldstufe 1	0	0	0	0
Pflegegeldstufe 2	1	2	1	4
Pflegegeldstufe 3	4	1	1	6
Pflegegeldstufe 4	4	5	5	14
Pflegegeldstufe 5	3	3	4	10
Pflegegeldstufe 6	0	0	1	1
Pflegegeldstufe 7	0	0	0	0

Tab. 5: Pflegegeldstufe der befragten Personen (eigene Abbildung)

Der Anteil der Befragten, die Pflegegeld der Stufen 4 und 5 bezogen, liegt somit deutlich höher als der Durchschnittswert von 49,8 % in den gesamten oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen zum Stichtag 01.01.2008 (vgl. Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales 2009, S. 10). Demgegenüber bezog nur eine der befragten Bewohnerinnen Pflegegeld der Stufen 6 und 7. In den gesamten österreichischen Alten- und Pflegeheimen bezogen jedoch 13,9 % der Bewohnerinnen Pflegegeld der Stufen 6 und 7.

Der Unterschied zwischen den Pflegegeldstufen der befragten Bewohnerinnen und den Angaben der gesamten österreichischen Alten- und Pflegeheime liegt sicherlich auch darin begründet, dass für die Befragung seitens der Einrichtungen die „befragungsfähigen“ Bewohnerinnen ausgewählt wurden, welche vermutlich auch durch eine geringere Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet sind.

5.1.10. Transkription bzw. Datenerfassung und Auswertung

Im nächsten Schritt wurden die insgesamt 35 durchgeführten Interviews transkribiert und nach der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Im Nachfolgenden werden die theoretischen Grundlagen zur Auswertung qualitativer Daten sowie zur, in der vorliegenden Studie angewandten, qualitativen Inhaltsanalyse nach *Mayring* aus dem Jahr 1995 erläutert.

5.1.10.1. Auswertung qualitativer Interviews

Die Auswertung qualitativer Daten, dazu zählen unter anderem wie in der vorliegenden Studie Interviewtranskripte und Beobachtungsprotokolle, kann sowohl mittels quantitativer als auch qualitativer Inhaltsanalysen durchgeführt werden. Die Vorteile der qualitativen Inhaltsanalyseverfahren liegen darin begründet, dass mittels einer systematischen

Auswertung neben den verbal geäußerten Inhalten auch latente Sinngehalte erfasst werden, welche bei quantitativen Auswertungsmethoden aus dem Blick verloren werden (vgl. Mayring 1995, S. 209).

Zu den qualitativen Auswertungsverfahren zählen unter anderem die Globalauswertung, die Grounded Theory sowie die qualitative Inhaltsanalyse nach *Mayring*, welche für die Auswertung der in der vorliegenden empirischen Studie erhobenen Datensätze eingesetzt und daher im Nachfolgenden kurz umrissen wird (vgl. Bortz/Döring 2005, S. 331ff). Die Entscheidung für die Inhaltsanalyse nach Mayring liegt darin begründet, dass sie nur in einem weiteren Sinne der interpretativen Sozialforschung zuzuordnen ist und somit in Teilbereichen auch eine Quantifizierung, welche im Sinne des Evaluierungsauftrages sinnvoll ist, zulässt (vgl. Lamnek 2005, S. 506).

5.1.10.2 Inhaltsanalyse nach Mayring

Der Inhaltsanalyse nach *Mayring* liegt das Ziel zugrunde, qualitatives Material ohne vorschnelle Quantifizierung zu analysieren und dennoch aus dem Material resultierende mögliche Quantifizierungen nicht aus dem Blick zu verlieren (vgl. Mayring 1995, S. 210ff). Wesentliche Grundlage für dieses inhaltsanalytische Vorgehen bildet die Zerlegung des Analyseprozesses in neun Arbeitsschritte, die bei jeder Durchführung der Inhaltsanalyse erneut durchlaufen werden. Nachfolgend werden die neun Schritte des allgemeinen Ablaufs der Inhaltsanalyse nach *Mayring* dargestellt (vgl. Mayring 2003, zit. nach: Lamnek 2005, S. 210):

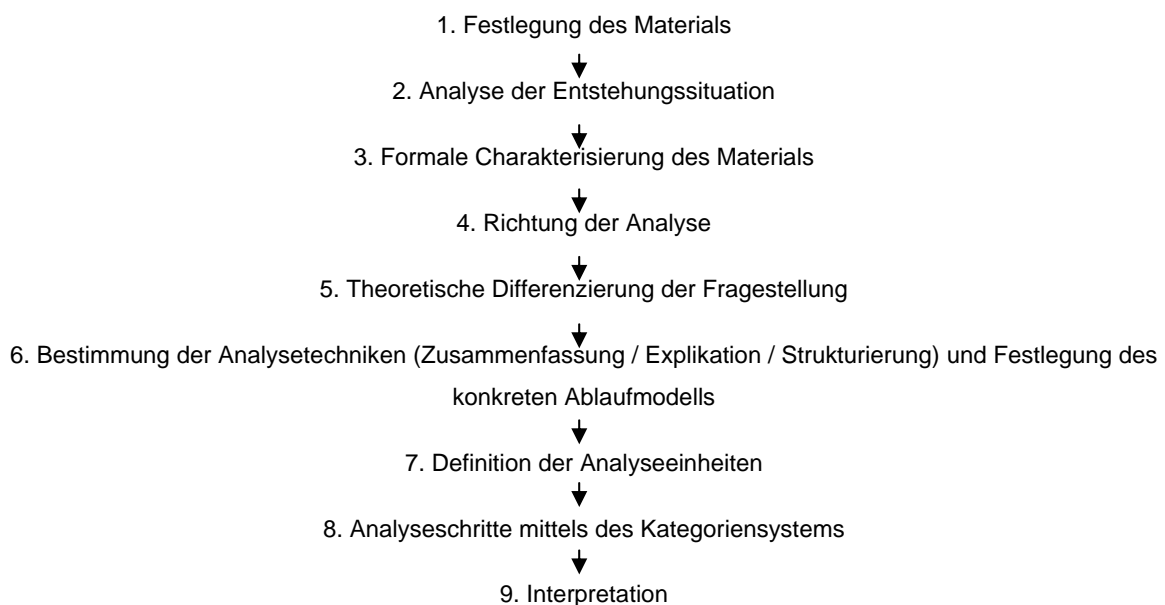


Abb. 7: Inhaltsanalyse nach Mayring (verändert entnommen aus: Mayring 2003, zit. nach: Lamnek 2005, S. 518ff)

Wie in Schritt sechs ersichtlich, beinhaltet die Inhaltsanalyse nach *Mayring* drei Techniken zur Umsetzung einer qualitativen Inhaltsanalyse, die zusammenfassende Inhaltsanalyse, die explizierende Inhaltsanalyse sowie die strukturierende Inhaltsanalyse. Diese Techniken werden je nach Erkenntnisinteresse ausgewählt (vgl. Mayring 1995, S.211ff).

Bei der Zusammenfassung wird versucht, durch Paraphrasierung, Generalisierung und Reduktion das Datenmaterial auf eine überschaubare Kurzversion zu reduzieren. Diese inhaltsanalytische Technik empfiehlt sich, wenn das Erkenntnisinteresse auf der inhaltlichen Ebene liegt. Die Explikation dient dazu, jene Textstellen, die nicht eindeutig verständlich sind, durch weiteres Material zu ergänzen und somit verständlich zu machen. Dieses ergänzende Material kann aus anderen Textstellen herangezogen werden oder aus der in Schritt zwei durchgeführten Analyse der Entstehungssituation und den daraus resultierenden Informationen zur befragten Person. Durch die Strukturierung kann das Datenmaterial nach im Vorfeld festgelegten Kriterien formal, inhaltlich, typisierend oder skalierend eingeschätzt oder ein Querschnitt durch das ganze Material gelegt werden.

Für die vorliegende Arbeit wurden sowohl die zusammenfassende als auch die explizierende sowie die strukturierende Inhaltsanalyse angewendet. Zu den daraus resultierenden Vorteilen zählt unter anderem das systematisierte Vorgehen nach vorher festgelegten Techniken sowie die Möglichkeit, auch einen größeren Umfang an Datenmaterial bearbeiten zu können. Zudem ermöglichen inhaltsanalytische Vorgehensweisen, wie bereits erwähnt, eine teilweise Quantifizierung des Datenmaterials (vgl. Mayring 1995, S. 213).

6. Die Ergebnisse der Bewohnerinnenbefragung sowie Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und Reflexion des Erhebungsinstrumentes

Im nachfolgenden Kapitel werden die Erhebungsergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen der ausgewählten drei Einrichtungen dargestellt. Hierfür werden die für die Interpretation der Ergebnisse relevanten Spezifika der Zielgruppe noch einmal durch Aussagen der befragten Bewohnerinnen verdeutlicht. Die weitere Strukturierung umfasst Informationen zum Leben der befragten Bewohnerinnen vor und nach dem Einzug in die Einrichtungen sowie zu den vorrangigen Gründen für den Umzug und für die Wahl der Einrichtung. In weiterer Folge werden ausgewählte Erhebungsergebnisse, welche seitens der Einrichtungen beeinflussbare Optimierungspotenziale beinhalten, dargestellt. Die Gliederung dieser Ergebnisse erfolgt nach den Qualitätsdimensionen Selbst- und Mitbestimmung, Wertschätzung, Geborgenheit und Sicherheit. Zudem wird eine Analyse in Bezug auf die Teilnahme der befragten Bewohnerinnen an Aktivitäten und Veranstaltungen sowie des Umganges mit Beschwerden seitens der drei Einrichtungen geliefert. Am Ende dieser Themenblöcke wird zur besseren Übersicht jeweils eine kurze Zusammenfassung geliefert.

In Abschnitt 6.5 erfolgt eine Zusammenfassung der aus der Befragung gewonnenen zentralen Erkenntnisse sowie eine Reflexion des Erhebungsinstrumentes als Unterstützung für die zukünftige Anwendung des entwickelten Leitfadens.

In der gesamten Auswertung der Befragung wird keine Angabe von Prozentpunkten vorgenommen, da die Anzahl der befragten Bewohnerinnen keinen repräsentativen Charakter besitzt. Diese Studie zielt ausschließlich darauf ab, einen Einblick in die aktuelle Lebenssituation von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen gewähren.

6.1. Spezifika der Zielgruppe „Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen“

Wie bereits im Kapitel 2 ausführlich dargestellt wurde, gilt es in Bezug auf die Befragung von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen, die Spezifika dieser Zielgruppe auch in die Interpretation der Ergebnisse mit ein zu beziehen. Für eine diesbezügliche Sensibilisierung werden im nachfolgenden Abschnitt diese Besonderheiten mit ergänzenden Interviewauszügen der befragten Bewohnerinnen angeführt.

Diese wesentlichen Spezifika der Zielgruppe stellen, wie bereits erwähnt, die Biografie sowie der geschichtliche Hintergrund der derzeit in stationären Einrichtungen lebenden Bewohnerinnen, die soziale Ausgrenzung von älteren Menschen, das geringe Selbstwertgefühl älterer Menschen und die daraus resultierende Haltung der Demut dar. In der Verfasstheit der gemäßigten totalen Institution liegt zudem auch ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen sowie Mitbewohnerinnen stationärer Einrichtungen und die Angst der Bewohnerinnen vor Sanktionen, sowohl seitens der Mitarbeiterinnen stationärer Einrichtungen als auch seitens der Mitbewohnerinnen, begründet.

Den Einfluss der individuellen Biografie der Bewohnerinnen sowie des geschichtlichen Hintergrundes auf den Alltag in stationären Einrichtungen sollen folgende Aussagen der befragten Bewohnerinnen verdeutlichen:

„Das ist alles kein Problem. Ich kann fortgehen wann ich will. Ich sage ihnen, das ich fortgehe und wann ich ca. wieder heimkommen werde. Da kann es 19 Uhr oder auch 20 Uhr werden, da sagt niemand etwas. Aber man muss sich einfach fügen. Ich war ja auch beim Arbeitsdienst. Ich habe das alles gelernt. Die jungen Mädchen sollten so etwas auch einmal machen!“
(weiblich, 86 Jahre)

„Ja, das kann ich. Mich zwingt niemand. Weil sie wissen ja, dass ich ein Geplagter vom Krieg bin.“
(männlich, 85 Jahre)

Dass zudem die soziale Ausgrenzung älterer Menschen sowie ein gesellschaftspolitisch und durch die häufige mediale Thematisierung des „Kostenfaktors ältere Menschen“ noch verstärktes, geringes Selbstwertgefühl zu einer demütigen Haltung und einer Senkung des Anspruchsniveaus bei der gegenwärtigen Generation der Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen führen, veranschaulichen nachstehende Interviewauszüge:

„Dass ich nicht mehr fortfahren kann. Ich hab viel und gerne mit den Pensionisten Reisen gemacht. Und jetzt ist es halt aus. Ich kann nicht mehr. (Schweigen) Weil ich will niemanden belasten. Was tue ich denn, wenn ich da mitfahre, dass sie mich da ‚mitzahn‘ müssen mit einem ‚Wagerl‘ und das. (Schweigen) Nein. Ich bin viel fort gewesen. Gott sei dank. Da kannst nichts machen. (...) Nein, das ist mir weit zuviel. Das ich da jemanden belästige! (Schweigen) Da müssen sie mich mit dem ‚Wagerl‘, weil ich so weit gehen muss (Schweigen). Nein, das ist mir weit zuviel.“
(weiblich, 82 Jahre)

„Zufrieden muss man sein, weil einem letztlich nichts anderes übrig bleibt.“
(weiblich, 89 Jahre)

„Ja, und da hat man oft den Eindruck, wenn man so darüber nachdenkt, dass es heißt: ‚Für die Alten ist es gerade gut genug!‘ Diesen Eindruck bekommt man!“
(weiblich, 87 Jahre)

Das bestehende Abhängigkeitsverhältnis zwischen den Bewohnerinnen und den Mitarbeiterinnen stationärer Einrichtungen wird durch nachstehende Aussage deutlich ersichtlich:

„Wissen Sie mir fällt das alles auf. Ich bin sicher nicht eingebildet aber dumm bin ich nicht und ich weiß oft schon Bescheid bevor die anderen schalten. Wie gesagt es ist jeder arm der keine Angehörigen hat, wo keiner kommt, die sind alleine und verlassen. Aber ich kann mich, wenn mir etwas nicht passt, an meine Töchter wenden und sagen: ‚Bitte sag Du das!‘.“
(weiblich, 89 Jahre)

„Dann geht's mir wieder in die Hose. Ich sage es wie es ist. Das ist eh furchtbar, wenn sie mich dann putzen müssen. Das ist eh tragisch. Da tut mir eh jede leid, aber es geht oft so schnell und früher habe ich (Schweigen). (...) Da bin ich nicht einmal mehr hereingekommen, wenn ich aufs Klo gehen habe wollen. Ist eh eine jede arm. Eine jede! (Schweigen) Nein, ich muss sagen, es ist ein schwerer Beruf, den sie haben.“
(weiblich, 82 Jahre)

Wie bei der letzten Aussage kommt neben der Abhängigkeit seitens der Bewohnerinnen auch immer wieder zum Ausdruck, dass sie sich der großen Herausforderungen des Pflegeberufes bewusst sind. Aus dem Abhängigkeitsverhältnis resultiert seitens der Bewohnerinnen zudem eine zum Teil sehr stark ausgeprägte Angst vor Sanktionen durch die Mitarbeiterinnen stationärer Einrichtungen. Dieses asymmetrische Verhältnis zwischen Bewohnerinnen und Pflegepersonal wurde in einem Interview zum Beispiel durch die laufende Verwendung des Begriffes „Wärter“ anstatt des sonst häufig verwendeten Begriffes „Schwester“ seitens der befragten Person deutlich und die Angst vor Sanktionen kommt auch in folgenden Zitaten zum Ausdruck:

„Das war eigentlich so (Schweigen) das kann ich gar nicht sagen (Schweigen). (...) Das war schon enttäuschend für mich. Aber ich will da weiter gar nichts sagen, sonst bekomme ich noch Schwierigkeiten auch.“
(weiblich, 90 Jahre)

„Da ist ein Katastrofontelefon da, nach Linz. Aber es wird kaum benützt. (...) Wenn jemand etwas nicht passt, dann kann er dort anrufen. (...) Da ist ein Plakat draußen, aber ich möchte wissen, wer das tut. Da war vor kurzem von einem Reporter ein Interview mit der Leitung des Hauses, aber es läuft alles ins nichts. Die sagen dann selber, ja die Leute sollen was sagen. Aber es ist ja klar, der sagt nichts, weil dann hat er Folgen zu erwarten.“
(männlich, 87 Jahre)

Aber auch die Angst vor Sanktionen durch die Mitbewohnerinnen wurde von den Bewohnerinnen häufig thematisiert, was nachfolgender Interviewauszug veranschaulichen soll:

„Ja ich meine, das was ich Ihnen hier gesagt habe, das möchte ich keinem anderen sagen. (...) Weil es nichts bringt. Da wird man nur, gib ihm! (...) Aber von den Bewohnern! (...) Die sagen nichts, wenn etwas ist!“

Und können Sie sich erklären, warum das so ist?

„Ich glaube, das ist eine gewisse Hinterhältigkeit. Sie glauben, dass Sie dann nicht gut ankommen oder so?“

(weiblich, 87 Jahre)

Weiters darf nicht außer Acht gelassen werden, dass der Umzug in ein Alten- und Pflegeheim von den Bewohnerinnen (siehe Abschnitt 6.2.2) zumeist nicht tatsächlich selbstbestimmt, sondern determiniert durch gesundheitliche Einschränkungen (siehe Abschnitt 2.4.1) sowie mangelnde soziale Netzwerke erfolgt, und dass dieser Umzug den letzten Lebensabschnitt dieser Personen einleitet.

6.2. Die Lebenssituation vor dem Umzug in die Einrichtungen

Im Nachfolgenden soll dem Leser bzw. der Leserin ein Einblick in die Lebenssituation der befragten Bewohnerinnen vor dem Umzug in die stationären Einrichtungen gewährt werden. Es erfolgt eine Darstellung der früheren Wohnform, der Gründe für den Umzug sowie jener Personen, die ausschlaggebend für die Wahl der jeweiligen Einrichtung waren. Zudem werden die Gründe für die Wahl der jeweiligen Einrichtung gezeigt. Auch in den nachfolgenden Tabellen wird dem Umstand, dass aufgrund der physischen und/oder psychischen Verfassung mancher Bewohnerinnen nicht in allen Interviews sämtliche Fragen gestellt werden konnten, durch die Kategorien „unklare Angabe“ oder „nicht abgefragt“ Rechnung getragen. Unter der Kategorie „unklare Angabe“ werden jene Aussagen, die nicht eindeutig zuordenbar sind, zusammengefasst.

6.2.1. Frühere Wohnform der befragten Personen

Beinahe drei Viertel der befragten Bewohnerinnen haben vor dem Umzug in die Einrichtung in einer Wohnung gelebt.

Frühere Wohnform	Haus I (n: 12)	Haus II (n: 11)	Haus III (n: 12)	Gesamt (n: 35)
Haus	1	4	3	8
Wohnung	11	6	9	26
unklare Angabe	0	1	0	1

Tab. 6: Frühere Wohnform der befragten Personen (eigene Abbildung)

Dass der überwiegende Teil der Bewohnerinnen vor dem Umzug in einer Wohnung lebte, zeugt davon, dass sich die ausgewählten Einrichtungen im städtischen Bereich befinden. Dass den Bewohnerinnen der Umzug aus der früheren Wohnform in die Einrichtungen schwer gefallen ist, verdeutlichen folgende Aussagen:

„Ja, ja es ist klar wenn man von einer Wohnung kommt dann ist es schon ein großer Unterschied, wenn man nur das eine Zimmer hat. (...) Aber ich sage es ehrlich, ich bin zufrieden und wissen Sie warum? Man ist nie alleine. (...) Ja. Und schauen Sie, man hat einen schönen Balkon. Ich hab schöne Blumen draußen. Haben Sie sie schon gesehen.“
(weiblich, 88 Jahre)

„Es hat sich natürlich verändert. Ich habe eine schöne Eigentumswohnung gehabt. Dann bist du heraußen, du kannst fast nichts mitnehmen. Ich habe Unmengen von meinen Sachen hergeschenkt. Ich bin Gott sei dank kein Mensch, der sich nicht trennen kann. Ich trenne mich auch heute noch wieder leicht von den Sachen.“
(weiblich, 87 Jahre)

Zwei Drittel der befragten Bewohnerinnen haben zudem zum Großteil aufgrund unfreiwilliger Singularisierung durch Verwitwung, vor ihrem Umzug in die Einrichtung alleine gelebt (siehe Abschnitt 2.2).

6.2.2. Gründe für den Umzug in die Einrichtung

In Bezug auf die Aussagen über den Grund für ihren Umzug zeigt sich bei den befragten Bewohnerinnen folgende Verteilung:

Gründe für den Umzug	Haus I (n: 12)	Haus II (n: 11)	Haus III (n: 12)	Gesamt (n: 35)
gesundheitliche Gründe Bewohner/in	5	5	6	16
gesundheitliche Gründe Partner/in	3	1	0	4
Wohnsituation nicht mehr bedarfsgerecht	1	0	3	4
defizitäre soziale Netzwerke	1	1	1	3
Wunsch der Kinder	0	2	1	3
Sonstiges	1	0	0	1
unklare Angabe	1	2	1	4

Tab. 7: Gründe für den Umzug in eine stationäre Einrichtung (eigene Abbildung)

Wie aus dieser Darstellung ersichtlich wird, stellt der häufigste Grund für den Umzug in eine stationäre Einrichtung eine Veränderung des gesundheitlichen Zustandes der Bewohnerinnen oder deren Lebenspartner dar. Vier weitere Bewohnerinnen gaben an, dass die frühere Wohnsituation für sie nicht mehr bedarfsgerecht war und dass für drei Bewohnerinnen ein defizitäres soziales Netzwerk der Grund für den Umzug in die Einrichtung war, zeigt folgende Aussage:

„Ja, da haben sie mich halt hergeschickt, damit ich eine Pflege habe.“
(weiblich, 87 Jahre)

Weitere drei Bewohnerinnen gaben an, dass der Umzug in die Einrichtung auf dem Wunsch ihrer Kinder basierte. Dies veranschaulicht das nachstehende Zitat:

„Weil ich zuhause (Schweigen). Gesagt haben sie, jetzt vorläufig haben sie keinen Platz mehr, weil sie bauen tun, deshalb muss ich vorläufig ins Heim. Dann geh ich eh wieder heim.“
(weiblich, 81 Jahre)

Bei den nicht eindeutig zuordenbaren Angaben in Bezug auf den Grund für den Umzug wurden unter anderem folgende Aussagen, welche von großer Unsicherheit zeugen, getätigt:

„Das war schon enttäuschend für mich. Aber ich will da weiter gar nichts sagen, sonst bekomme ich noch Schwierigkeiten auch.“
(weiblich, 90 Jahre)

„Das kann ich Ihnen nicht sagen.“
(weiblich, 91 Jahre)

All die genannten Gründe verdeutlichen, dass ein Umzug in die Einrichtungen erst dann erfolgte, wenn die Voraussetzungen für ein selbständiges Leben in der früheren Wohnform nicht mehr gegeben waren.

6.2.3. Entscheidungsträger für die Wahl dieser Einrichtung

Die Antworten in Bezug auf den Entscheidungsträger für die gezielte Wahl der jeweiligen Einrichtung zeigen folgende Verteilung:

Entscheidungsträger für die Wahl dieser Einrichtung	Haus I (n: 12)	Haus II (n: 11)	Haus III (n: 12)	Gesamt (n: 35)
eigene Entscheidung	4	3	4	11
Entscheidung der Angehörigen	4	2	5	11
gemeinsame Entscheidung	2	2	1	5
andere Entscheidungsträger	1	1	0	2
unklare Angabe	1	3	2	6

Tab. 8: Entscheidungsträger für die Wahl dieser Einrichtung (eigene Abbildung)

Somit gaben nicht ganz ein Drittel der Befragten an, alleine die Entscheidung für die Wahl der jeweiligen Einrichtung getroffen zu haben. Bei ebenfalls nicht ganz einem Drittel der befragten Bewohnerinnen wurde die Entscheidung für die Einrichtung ausschließlich von den Angehörigen getroffen und bei fünf Personen erfolgte die Entscheidung gemeinsam mit ihren Angehörigen. Bei den sonstigen Entscheidungsträgern wurden einmal der Arzt und einmal der Sachwalter angegeben. Unter der Kategorie „unklare Angabe“ sind jene sechs Bewohnerinnen zusammengefasst, die nicht mehr eindeutig zuordnen konnten, von wem die Entscheidung getroffen wurde.

Es muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass derzeit in den Einrichtungen noch Bewohnerinnen leben, die vor dem Ausbau der mobilen Dienste bei relativ guter gesundheitlicher Verfassung und selbstbestimmt den Umzug in eine stationäre Einrichtung wählten. Aufgrund des Vorrangs der mobilen Dienste wird sich der Anteil dieser Bewohnerinnen, welche sich durch einen geringen Pflegebedarf auszeichnen, zukünftig verringern und es kann davon ausgegangen werden, dass sich somit auch die Verteilung der Entscheidungsträger noch stärker in Richtung Angehörige verschieben wird. Somit empfiehlt es sich in Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtungen neben den potentiellen Bewohnerinnen auch die nachkommende Generation der Angehörigen anzusprechen.

6.2.4. Vorrangige Gründe für die gezielte Wahl der Einrichtung

Von mehr als einem Drittel der befragten Bewohnerinnen wurde der freie Platz als vorrangiger Grund für die Wahl der jeweiligen Einrichtung genannt. Wie in der nachstehenden Darstellung ersichtlich wird, gaben zudem etwas mehr als zwei Fünftel der befragten Personen als Kriterium für den Umzug in diese Einrichtung die Nähe zum früheren Wohnort an.

Gründe für die Wahl der Einrichtung	Haus I (n: 12)	Haus II (n: 11)	Haus III (n: 12)	Gesamt (n: 35)
freier Platz	5	5	2	12
Nähe zum früheren Wohnort	0	1	6	7
gute Lage	2	1	1	4
guter Ruf	2	0	0	2
weiß ich nicht	2	3	0	5
Sonstiges	0	1	2	3
unklare Angabe	1	0	1	2

Tab. 9: Gründe für die Wahl dieser Einrichtung (eigene Abbildung)

Nur zwei der befragten Bewohnerinnen gaben als Grund für die gezielte Wahl der Einrichtung deren guten Ruf an. Hier zeigt sich, dass in Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit seitens der Einrichtungen Optimierungspotenziale bestehen. Diese Verteilung der Gründe für die Wahl der Einrichtung verdeutlicht zudem, dass die bereits erwähnte Entscheidungsfreiheit des klassischen Kunden bei Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen nicht in vollem Ausmaß gegeben ist, sondern von äußeren Umständen wie dem freien Platz sowie der Lage der Einrichtung determiniert wird (siehe Abschnitt 2.1).

6.3. Lebenssituation nach dem Einzug in die Einrichtungen

Im Nachfolgenden wird ein Überblick über die Lebenssituation anhand der aktuellen Wohnsituation, sowie anhand der Veränderungen der Lebenssituation durch den Umzug in die Einrichtungen gegeben. Zudem wird gezeigt, ob bzw. wie der Umzug das Gefühl der Einsamkeit der Befragten beeinflusste.

6.3.1. Aktuelle Wohnsituation der befragten Personen

Wie die nachfolgende Darstellung zeigt, lebt nur etwas mehr als ein Neuntel der befragten Bewohnerinnen in einer Zwei-Personen-Wohneinheit.

Aktuelle Wohnform	Haus I (n: 12)	Haus II (n: 11)	Haus III (n: 12)	Gesamt (n: 35)
Einzelzimmer	12	8	11	31
Doppelzimmer	0	3	1	4

Tab. 10: Aktuelle Wohnform der befragten Bewohnerinnen (eigene Abbildung)

Dies entspricht den Vorgaben der Oö. APH-VO welche vorsieht, dass mindestens 90 % der Wohneinheiten in Alten- und Pflegeheimen Ein-Personen-Wohneinheiten sein müssen (vgl. § 7 Abs 1 Verordnung der Oö. Landesregierung vom 11. März 1996 über die Errichtung, den Betrieb sowie über die zur Sicherung einer fachgerechten Sozialhilfe in Alten- und Pflegeheimen erforderlichen sonstigen Voraussetzungen ,Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung). Bezug nehmend auf den Bericht der Oö. Landesregierung zur aktuellen Situation der Alten- und Pflegeheime in Oberösterreich werden von den Angehörigen der zukünftigen Bewohnerinnen zum größten Teil Einzelzimmer nachgefragt (vgl. Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales 2009, S. 4f). Wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, deckt sich die Nachfrage der Angehörigen aus der Studie des Landes Oberösterreich mit den Bedürfnissen der befragten Bewohnerinnen.

Es haben sich jedoch auch vier Bewohnerinnen, die in den Einrichtungen in einem Doppelzimmer leben, positiv in Bezug auf ihre aktuelle Wohnsituation geäußert, wie nachfolgende Aussage zeigt:

„Ja woher, das gibt es ja gar nicht - Aussuchen?“

Ich frage nur, wenn Sie es aussuchen könnten, hätten Sie lieber gerne ein Einzelzimmer?

„Nein, woher. Wenn man irgendwen braucht? (...) Ich kommen mit einem jeden gut aus.“

Also, verstehen Sie sich auch gut mit der Mitbewohnerin?

„Ja, freilich.“

(weiblich, 90 Jahre)

Zudem gab auch eine befragte Person, die in der Einrichtung zum Zeitpunkt der Befragung in einem Einzelzimmer wohnte, an, dass sie ein Doppelzimmer bevorzugen würde, was der nachstehende Interviewauszug verdeutlicht:

Sind Sie zufrieden, dass Sie alleine in einem Zimmer sind? Oder wären Sie lieber zu zweit in einem Zimmer?

„Zu Zweit. (...) Damit ich wen zum Reden habe.“

(männlich, 70 Jahre)

Wie diese Antworten zeigen, sollte für allein stehende sowie für verwitwete Bewohnerinnen die Möglichkeit einer selbstbestimmten Wahl der Wohnsituation gegeben sein.

6.3.2. Veränderungen der Lebenssituation der Bewohnerinnen durch den Umzug

Im Zuge der nachfolgenden Erhebungsergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen wird dem Umstand, dass nicht alle Befragten zu sämtlichen Fragen des Leitfadens verständlich Stellung nahmen, durch die Angabe der Anzahl der validen Aussagen (n) in Klammer Rechnung getragen.

Bei der Frage ob sich die Lebenssituation durch den Umzug in die Einrichtung verbessert oder verschlechtert habe, gab ein Viertel der befragten Bewohnerinnen (n: 29) an, dass durch den Umzug eine eindeutige Verbesserung ihrer Lebenssituation erfolgte. Etwas mehr als zwei Fünftel der befragten Personen gab an, dass sich durch den Umzug in Bezug auf ihre Lebenssituation nichts verändert hat und zwei Bewohnerinnen haben das Gefühl, dass durch den Umzug eine eindeutige Verschlechterung ihrer Lebenssituation eingetreten ist. Für die restlichen Bewohnerinnen brachte der Umzug sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen ihrer Lebenssituation mit sich.

Anhand der Aussagen jener Bewohnerinnen, für welche sich die Lebenssituation durch den Umzug verbesserte, und jener Bewohnerinnen für die es sowohl zu einer Verbesserung als auch einer Verschlechterung kam, konnten nachfolgende konkrete Gründe für eine durch den Umzug bedingte Verbesserung der Lebenssituation erhoben werden.

Gründe für eine Verbesserung der Lebenssituation durch den Umzug	Nennungen Haus I, II und III (Mehrfachnennungen möglich)
allgemeine Versorgung	5
nicht mehr alleine zu sein	2
medizinische Versorgung	1
Fortbestand der individuellen Freiheit	1

Tab. 11: Gründe für eine Verbesserung der Lebenssituation durch den Umzug (eigene Abbildung)

Es zeigt sich hier, dass für die Bewohnerinnen die Dienstleistungen im Sinne der allgemeinen Versorgung im Vordergrund ihrer Bewertung stehen.

In Bezug auf die seitens der Befragten konkret geäußerten Gründe, welche durch den Umzug in die Einrichtungen zu einer Verschlechterung der Lebenssituation der befragten Bewohnerinnen führten, wurden folgende thematisiert:

Gründe für eine Verschlechterung der Lebenssituation durch den Umzug	Nennungen Haus I, II und III (Mehrfachnennungen möglich)
geringere Selbst- und Mitbestimmung / stärkere Abhängigkeit	5
Verlust des Eigenheimes / des persönlichen Eigentums	3
Essen	2
örtliche Gebundenheit (nicht mehr aus dem Haus zu kommen)	2

Tab. 12: Gründe für eine Verschlechterung der Lebenssituation durch den Umzug (eigene Abbildung)

Somit stellt für die befragten Bewohnerinnen der häufigste Grund für eine umzugsbedingte Verschlechterung der Lebenssituation die geringere Möglichkeit zur Selbst- und Mitbestimmung dar. Bei all diesen Aussagen darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass die häufigste Ursache für den Umzug der befragten Bewohnerinnen in die Einrichtungen eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes war. Diese Tatsache trägt natürlich erheblich dazu bei, dass die Bewohnerinnen aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen das Gefühl des Verlustes der Selbstbestimmung haben und somit zum Teil auch hierin das generelle Gefühl einer Verschlechterung ihrer Lebenssituation seit dem Umzug in die Einrichtungen begründet liegen könnte. Insgesamt zeigt sich hier, dass eine Förderung und Motivation in Bezug auf die Selbst- und Mitbestimmung der Bewohnerinnen seitens der Einrichtungen erheblich zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann.

6.3.3. Umzugsbedingtes Gefühl der Vereinsamung

Nicht ganz zwei Drittel der befragten Bewohnerinnen (n: 34) gab an, dass sie sich seit dem Umzug in die Einrichtungen nicht einsamer fühlen. Als Gründe hierfür wurden die bestehenden Kontakte zu Angehörigen und Bekannten, sowie zu Mitbewohnerinnen angegeben. Zudem thematisierten die befragten Bewohnerinnen, dass das Gefühl der Einsamkeit nach wie vor von der persönlichen Tagesverfassung sowie vom individuellen Charakter determiniert wird und somit kein Unterschied zu ihrem Leben vor dem Umzug gegeben sei.

Von den restlichen 12 Bewohnerinnen wurden als Gründe für ein verstärktes Gefühl der Einsamkeit seit dem Umzug in die Einrichtungen am häufigsten die mangelnde Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen, die Gebundenheit an die Einrichtung aufgrund der mangelnden Mobilität der Bewohnerinnen sowie ein Mangel an abendlichen Aktivitäten und Angeboten für die Bewohnerinnen genannt.

6.4. Ergebnisse der festgelegten vier Qualitätsdimensionen

Für die Erhebung der Lebensqualität wurden wie bereits erwähnt, die zentralen Qualitätsdimensionen Selbst- und Mitbestimmung, Wertschätzung, Geborgenheit sowie Sicherheit gewählt. Bei der nachfolgenden Darstellung dieser Erhebungsergebnisse der Befragung erfolgte seitens der Verfasserin eine aufgrund des Umfangs des Interviewleitfadens erforderliche Reduktion auf jene Ergebnisse, welche Optimierungspotenziale für die Einrichtungen beinhalten. Zudem werden Grenzen in Bezug auf die seitens der Einrichtungen gegebene Möglichkeit der Einflussnahme aufgezeigt. Die Ergebnisdarstellung erfolgt nur für jene Bereiche nach Häusern getrennt, deren Erhebungsergebnisse erhebliche Unterschiede aufweisen.

Da sich auch hier nicht immer alle Bewohnerinnen zu den einzelnen Fragen geäußert haben, oder Aussagen tätigten, die keine eindeutige Zuordnung ermöglichten, wird bei der Darstellung dieser Ergebnisse die Anzahl der relevanten Aussagen (n) wieder ergänzend in Klammer angeführt.

6.4.1. Selbst- und Mitbestimmung

Der Wert der Selbst- und Mitbestimmung wurde im Interviewleitfaden mittels Fragen nach der Zufriedenheit mit der Zimmerausstattung sowie nach der Möglichkeit der individuellen Gestaltung des eigenen Wohnbereiches erhoben. Weiters wurde die Mitsprache in Bezug auf die konkrete Ausgestaltung der pflegerischen Intervention sowie in Bezug auf den Tagesablauf, die Möglichkeit der Mithilfe bei alltagsbezogenen Handlungen seitens der Bewohnerinnen und die Selbst- und Mitbestimmung in Bezug auf die Zeit, die Bewohnerinnen alleine im Zimmer oder gemeinsam mit den anderen Bewohnerinnen in den Gemeinschaftsräumen verbringen, abgefragt. Zudem wurde bei den einzelnen Themenbereichen der Selbst- und Mitbestimmung auch deren Wichtigkeit für die befragten Bewohnerinnen erhoben. Die Ergebnisse der Frage nach der Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnform in einem Einzel- bzw. Doppelzimmer, welche ebenfalls den Wert der Selbst- und Mitbestimmung spiegelt, wurde bereits im Abschnitt 6.3.1 dargestellt.

6.4.1.1. Möglichkeit der individuellen Zimmergestaltung

Im Zuge der Frage ob die Bewohnerinnen die Möglichkeit nutzen, ihre Zimmer mit persönlichen Möbeln bzw. Gegenständen zu gestalten, wurde ein häuserspezifischer Unterschied deutlich. Hier gaben insgesamt nur ein Drittel der Bewohnerinnen der baulich älteren, sehr zentral gelegenen Häuser I und II (n: 18) an, dass sie diese Möglichkeit genutzt haben. Die nachstehende Abbildung zeigt die von den 11 restlichen Bewohnerinnen

genannten Gründe, die gegen eine individuelle Zimmergestaltung in den Häusern I und II sprechen.

Gründe die gegen eine individuelle Zimmergestaltung sprechen	Nennungen Häuser I und II
Platzmangel	9
Bewohnerin hat keine Information über die Möglichkeit der individuellen Zimmergestaltung	1
Bewohnerin hatte aufgrund des raschen, ungeplanten Umzugs keine Möglichkeit, persönliche Möbel oder Gegenstände mitzunehmen	1

Tab. 13: Gründe die gegen eine individuelle Zimmergestaltung in den Häusern I und II sprechen (eigene Abbildung)

Wie aus dieser Darstellung ersichtlich wird, war der häufigste Grund, der gegen eine individuelle Zimmergestaltung spricht, der Platzmangel in den Wohnbereichen, was folgender Interviewauszug veranschaulichen soll:

Und haben Sie auch die Möglichkeit genutzt etwas von zu Hause mitzunehmen?

„Hätte ich gehabt, aber ich wusste nicht, wo ich hier noch etwas hinstellen sollte, denn Tisch und Sessel, das ist alles schon hier gewesen. Das einzige was ich mitgenommen habe, ist der Fernseher.“

(weiblich, 77 Jahre)

Zudem gab jeweils eine der befragten Personen an, keine Information über die Möglichkeit der individuellen Zimmergestaltung zu besitzen beziehungsweise, dass aufgrund des raschen, ungeplanten Umzuges in die Einrichtung keine Möglichkeit bestanden habe, eigene Möbel oder persönliche Gegenstände mit zu nehmen, was nachstehende Zitate zeigen:

Haben Sie auch persönliche Gegenstände im Zimmer, dass Sie Bilder aufgehängt haben zum Beispiel oder haben Sie eigene Bilder mit?

„Nein, das ist nicht der Fall.“

Könnten Sie das, wenn Sie das möchten?

„Ich weiß es nicht.“

Haben Sie gar nichts Persönliches?

„Nein.“

(weiblich, 84 Jahre)

Können Sie auch persönliche Gegenstände mitnehmen?

„Nein, das ist so rasch gegangen damals, dass ich ja (Schweigen). Wie es geheißen hat, den nächsten Tag bringen Sie mich her, hat das gar nicht gestimmt. Und ich hab dann gar nichts da (Schweigen). Da hab ich nur Schwierigkeiten (Schweigen).“

Aber Bilder haben Sie hier. Hat sie Ihnen jemand vorbeigebracht?

„Nein, nein, das sind ja auch nicht meine Bilder. Da hab ich nur den Bruder, als Oberst hier (Schweigen). Ich weiß ja nicht, was ich sagen soll, dass das nicht falsch ausgelegt wird. (...) Das ist nicht so einfach.“

(weiblich, 90 Jahre)

Neben einer mangelnden individuellen Zimmergestaltung wird bei letztgenannter Aussage zudem die Unsicherheit der befragten Bewohnerin ersichtlich.

Im neueren, etwas ruhiger gelegenen Haus III gaben hingegen etwas weniger als die Hälfte der Bewohnerinnen (n: 11) an, die Möglichkeit der individuellen Zimmergestaltung genutzt zu haben. Von den restlichen sechs Bewohnerinnen wurden folgende Gründe für eine nicht realisierte, individuelle Gestaltung des eigenen Zimmers genannt:

Gründe die gegen eine individuelle Zimmergestaltung sprechen	Nennungen Haus III
Bewohnerinnen wollten keine persönlichen Gegenstände/Möbel in die Einrichtung mitnehmen	3
Bewohnerin ist froh, dass im Zimmer bereits alles vorhanden war	1
Platzmangel	1
Bewohnerin hat keine Information über die Möglichkeit der individuellen Zimmergestaltung	1

Tab. 14: Gründe die gegen eine individuelle Zimmergestaltung im Haus III sprechen
(eigene Abbildung)

Diese Aussagen zeigen, dass die Bewohnerinnen die in Haus III besser gegebenen Voraussetzungen zur individuellen Zimmergestaltung auch intensiver nutzen und dass somit die baulichen Gegebenheiten der neueren Generation der Alten- und Pflegeheime die Bedürfnisse der Bewohnerinnen stärker berücksichtigen. Hieraus resultiert, dass in neueren Bauten für die Nichtnutzung der Möglichkeiten zur individuellen Zimmergestaltung häufiger der mangelnde Wunsch seitens der Bewohnerinnen und nicht die mangelnde Möglichkeit im Vordergrund steht.

6.4.1.2. Rücksichtnahme auf individuelle Bedürfnisse bei pflegerischen Handlungen

Zwei Drittel der befragten Bewohnerinnen (n: 30) gaben an, dass bei pflegerischen Handlungen auf ihre individuellen Bedürfnisse eingegangen wird. Als konkrete Gründe, welche gegen die Möglichkeit des Eingehens auf individuelle Bedürfnisse bei pflegerischen

Handlungen seitens des Pflegepersonals sprechen, wurden von den restlichen Bewohnerinnen folgende thematisiert:

Gründe die gegen eine bedürfnisorientierte Gestaltung der pflegerischen Handlungen sprechen	Nennungen Haus I, II und III
Personalmangel bzw. Zeitmangel des Pflegepersonals	2
Zeitplan und Abläufe sind vorgegeben	2
mangelnde Empathie des Pflegepersonals	1
mangelnde Reife des jüngeren Pflegepersonals	1
keine individuellen Bedürfnisse seitens der Bewohnerinnen	1

Tab. 15: Gründe die gegen eine bedürfnisorientierte Gestaltung der pflegerischen Handlungen sprechen (eigene Abbildung)

Wie aus dieser Darstellung ersichtlich wird, sehen die Bewohnerinnen die Hauptursachen für eine eingeschränkte Möglichkeit der bedürfnisorientierten Gestaltung der pflegerischen Handlungen in den begrenzten zeitlichen Ressourcen des Pflegepersonals sowie in den festgelegten, zeitlichen Abläufen. Zudem zeigt sich hier, dass Bewohnerinnen mit höherem Pflegebedarf das Gefühl haben, dass auf ihre individuellen Bedürfnisse weniger eingegangen wird oder werden kann, was nachstehendes Zitat einer aus gesundheitlichen Gründen an das Bett gebunden Person veranschaulicht:

Haben Sie das Gefühl, das bei pflegerischen Handlungen auf Ihre Bedürfnisse eingegangen wird?

„Nein, die haben ein Programm, ein Tagesprogramm, verschiedentlich nicht wahr und somit fällt man da hinein, wo man bei der Besprechung eingeteilt wird.“

Wäre es für Sie wichtig diesbezüglich mehr Mitsprachemöglichkeiten zu haben?

„Nein. Man fügt sich. (...)“

(männlich, 75 Jahre)

In Bezug auf die Wichtigkeit des Eingehens auf individuelle Bedürfnisse bei pflegerischen Handlungen gaben bis auf drei Bewohnerinnen (n: 16) alle an, dass diese für sie gegeben sei. Als Grund dafür, dass das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse jedoch nicht wichtig sei, zeigt sich wieder die Haltung der befragten Bewohnerinnen, keine Ansprüche stellen zu wollen, was nachfolgender Interviewauszug verdeutlichen soll:

Ist es für Sie wichtig, dass seitens des Pflegepersonals auf Ihre individuellen Bedürfnisse bei der Pflege eingegangen wird?

„Nein, ich möchte auch gar keinen Anspruch stellen (Schweigen).“

Sie nehmen die Hausregeln an?

„Ja, wie es ist so ist es.“

Man passt sich an die Gegebenheiten an.

Man passt sich an. Es bleibt nichts anderes übrig. Wie es ist (Schweigen).““

(weiblich, 90 Jahre)

Hier zeigt sich, dass es bei der gegenwärtigen Generation der Bewohnerinnen in Bezug auf das Äußern individueller Bedürfnisse einer verstärkten Motivation seitens der Einrichtungen bedarf.

6.4.1.3. Mitbestimmung des Tagesablaufes in den Einrichtungen

In Bezug auf die Möglichkeit der Mitbestimmung des Tagesablaufes in den Einrichtungen äußerten sich etwas mehr als vier Fünftel der befragten Bewohnerinnen (n: 34) sehr positiv, was nachfolgendes Zitat veranschaulichen soll:

„Ich kann tun und lassen was ich will. Wenn ich spazieren will, dann geh ich spazieren. Ich hab mein Wagerl. Da sag ich dann ich bin jetzt weg und da geh ich dann eineinhalb Stunden. Wie gesagt ich kann tun und lassen was ich will. (...) Am Abend bin ich auch nicht da. Wenn sie dann fragen, ob sie mir etwas hineinstellen sollen, dann sag ich nein, ich esse bei der Tochter. Und wenn, dann klappt das auch. Dann sperren sie auf, stellen es herein und dann sperren sie wieder zu. (...) Nein, nein so gibt es nichts. Es fragt auch niemand wann ich am Abend heimkomme.“ (...)

„Na, ja aber wir sind in einem Heim. Wenn sie sagen würden um 22.00 Uhr müsst ihr da sein, dann müsste man da sein.“

Ach so, Sie können wirklich die ganze Nacht heimkommen?

„Ja, der Zimmerschlüssel sperrt auch unten und es fragt niemand, wann man heimgekommen ist. Und dass man sich zurückmeldet, das ist logisch, denn wenn man wirklich nicht kommt dann müssen sie ja die Polizei rufen.“

(weiblich, 82 Jahre)

Neben diesem äußerst positiven Gesamtergebnis und dem darin gespiegelten Gefühl der Wertschätzung zeigt sich jedoch auch, dass die Mitbestimmungsmöglichkeiten in Bezug auf die Gestaltung des eigenen Tagesablaufes mit steigendem Pflegebedarf der Bewohnerinnen abnehmen, was die nachstehenden Interviewauszüge verdeutlichen sollen:

„Die Unselbstständigen, wie meine Frau, die werden geweckt und zwar nach meinen Befinden ziemlich bald. Dann das Waschen, das ganze Prozedere, was halt da ist.“ (...)

„Ja, das wird schon vorgegeben. Und dann hat sie draußen ein vorgegebenes Frühstück und das verzögert sich dann wieder und es wird kalt. Bei mir ist das nicht, sie kommt rein und ich sage „ich habe das und das und das“ und sie sagt „schauen wir das an“, schaut sich die Leiste an und fertig.“

Haben Sie das Gefühl, wenn man selbstständig ist kann man viel mehr selbst bestimmen und wenn man abhängiger wird von anderen, wird es schwieriger?

„Ja.“

(männlich, 87 Jahre)

„Ich liege immer.“

Können Sie gar nicht mehr aufstehen?

„Nein.“

Können Sie selber den Tagesablauf ein bisschen mitbestimmen?

(Bewohner schüttelt den Kopf)

Nein? Sie schütteln den Kopf. Ist alles vorgegeben?

(Bewohner nickt)

Und am Abend, wie ist es da mit dem Zu-Bett-Gehen?

„Ja, ich bin eh immer dort.“

Haben Sie eine Schlaftablette?

(Bewohner nickt)

Wann bekommen Sie denn diese circa?

„Um sieben.“

Um sieben. Können Sie auch sagen, Sie möchten einmal später schlafen?

(Bewohner schüttelt den Kopf)

Geht nicht und in der Früh, wenn Sie aufstehen, also wenn Sie munter werden, wie ist das da?

„Dann fragen sie wann ich gewaschen werden will.“

Fragen sie schon, wann Sie gewaschen werden wollen?

„Es kommt drauf an wer.“

Also jede fragt Sie nicht, aber manche fragen?

(Bewohner nickt)

(männlich, 70 Jahre)

Wie bei dieser Aussage deutlich wird, zeigt sich bei manchen der befragten Personen auch wieder eine große Unsicherheit.

In Bezug auf die Wichtigkeit der Mitbestimmung des eigenen Tagesablaufes in den Einrichtungen gaben etwas mehr als drei Fünftel der diesbezüglich befragten Bewohnerinnen (n: 21) an, dass diese für sie gegeben sei. Die restlichen acht Bewohnerinnen nannten folgende Gründe dafür, dass ihnen die Möglichkeiten der Mitbestimmung des Tagesablaufes in den Einrichtungen generell nicht wichtig seien:

Gründe die gegen die Mitbestimmung des Tagesablaufes in den Einrichtungen sprechen	Nennungen Haus I, II und III
Bewohnerinnen sind mit dem gegenwärtigen Tagesablauf zufrieden	4
Zeitplan und Abläufe sind vorgegeben und seitens der Bewohnerinnen nicht beeinflussbar	3
Bewohnerinnen haben sich an den vorgegebenen Tagesablauf gewöhnt	1

Tab. 16: Gründe die gegen die Mitbestimmung des Tagesablaufes sprechen (eigene Abbildung)

Wie in dieser Darstellung ersichtlich wird spricht gegen den Wunsch der Bewohnerinnen, mehr Möglichkeiten zur Mitbestimmung des Tagesablaufes zu erhalten die Tatsache, dass diese mit der gegebenen Ausgestaltung desselben zufrieden sind. Insgesamt zeigt sich aber auch, dass Bewohnerinnen die Möglichkeiten zur Mitbestimmung zum Teil nicht aktiv nutzen. Auch hier bedürfte es einer verstärkten Motivation der Bewohnerinnen durch gezielte Information und wertschätzende Kommunikation seitens der Einrichtungen.

6.4.1.4. Möglichkeit der Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten

Etwas mehr als die Hälfte der befragten Bewohnerinnen (n: 22) gab an, dass für sie grundsätzlich die Möglichkeit besteht, bei alltagsbezogenen Tätigkeiten, wie zum Beispiel dem Decken des Mittagstisches oder der Dekoration in den Gemeinschaftswohnbereichen, mithelfen zu können. Auf die Frage nach der Wichtigkeit der Möglichkeit zur Mithilfe für die befragten Bewohnerinnen (n: 17) gab nur ein Drittel an, dass diese für sie gegeben sei.

Als konkrete Gründe für eine positive Bewertung (Mehrfachnennungen möglich) der Mithilfe bei alltagsbezogenen Aktivitäten, konnten folgende erhoben werden:

Gründe die für die Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten sprechen	Nennungen Haus I, II und III (Mehrfachnennungen möglich)
Selbstbestätigung (noch gebraucht zu werden)	4
Beschäftigung, damit die Zeit erfüllt ist	3
willkommene Abwechslung	1

Tab. 17: Gründe die für die Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten sprechen (eigene Abbildung)

Es zeigt sich hier, dass den Bewohnerinnen der Sinn von Beschäftigungsangeboten zum Teil sehr bewusst ist.

Etwas weniger als die Hälfte der befragten Bewohnerinnen gab jedoch an, dass für sie keine Möglichkeit der Mithilfe bei alltagsbezogenen Aktivitäten in den Einrichtungen besteht. Nachstehende Gründe, die gegen eine Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten in den Einrichtungen sprechen, wurden von diesen Personen genannt:

Gründe die gegen die Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten sprechen	Nennungen Haus I, II und III (Mehrfachnennungen möglich)
Unsicherheit in Bezug auf die Akzeptanz der Mithilfe seitens der anderen Bewohnerinnen oder dem Personal der Einrichtungen	7
Mithilfe aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich	7
Bewohnerinnen haben keine Information über die generelle Möglichkeit der Mithilfe	5
kein Bedürfnis nach einer Beschäftigung	3
hygienische Gründe (bei der Essensvor- oder -zubereitung)	2
keine Zeit aufgrund eigener Aktivitäten	1

Tab. 18: Gründe die gegen die Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten sprechen (eigene Abbildung)

Wie aus dieser Darstellung ersichtlich wird, spielen in Bezug auf die Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten bei den befragten Bewohnerinnen Unsicherheiten gegenüber den anderen Bewohnerinnen oder dem Personal der Einrichtungen sowie gesundheitliche Gründe eine wesentliche Rolle. Folgende Interviewauszüge sollen die zum Teil gegebene Unsicherheit der Befragten verdeutlichen:

*„Das ist bei uns eigentlich nicht eingeführt, dass man den Tisch decken hilft. Jetzt ist das (Schweigen) ich glaube, das würde Schwierigkeiten bringen. (...)
(weiblich, 87 Jahre)*

Möchten Sie gerne mehr mithelfen? Zum Beispiel einmal den Tisch decken?

„Man weiß dann nicht, ob man es recht macht.“

Hätten Sie das gerne oder passt es eh so?

„Ich weiß nicht, ob es ihnen recht wäre. Wissen Sie, da bin ich mir nicht sicher.“

Wenn Sie es sich aussuchen könnten – würden Sie das gerne tun oder eigentlich eh nicht?

„Nein, das würde mir wirklich nicht passen. Ich glaube, ich wäre nicht fähig dazu. Ich bin schon froh, wenn ich meinen Stock heraushole und das Papier hinauf tue. Ich tu so wischen, staub wischen – das schon. Aber direkt putzen oder Tisch decken – zum Schluss wäre das nicht recht.“

(weiblich, 88 Jahre)

Zudem zeigt sich, dass fünf Befragte keine Information über die Möglichkeit der Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten erhalten haben, was nachstehende Zitate verdeutlichen:

„Nein, da wird nie gefragt oder was. Da weiß ich nichts.“

Würden Sie das gerne?

„Ja, schon.“

(weiblich, 77 Jahre)

„Nein, das darf man nicht.“

Und wäre das für Sie wichtig?

„Na ja, es wäre manchmal ganz nett. Aber sie haben dafür ihr Personal und man hilft soweit man kann. Ich trage alles wieder hinaus und ...“

(weiblich, 86 Jahre)

Insgesamt wird hier ersichtlich, dass die Bewohnerinnen das Ziel der Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten, die Steigerung des Selbstwertes und die Sinnstiftung, sehr wohl erkennen. In Bezug auf die konkrete Ausübung bedarf es jedoch einer verstärkten Motivation und Information seitens der Einrichtungen um Unsicherheiten der Bewohnerinnen sowie mangelndes Wissen um die generelle Möglichkeit der Mithilfe der Bewohnerinnen abzubauen. Zudem könnte durch fähigkeitsorientierte, alltagsbezogene Tätigkeiten auch versucht werden, jene Bewohnerinnen mit einzubeziehen, welche angaben, aus gesundheitlichen Gründen nicht bei alltagsbezogenen Aktivitäten mithelfen zu können.

6.4.1.5. Selbstbestimmung in Bezug auf die alleine oder gemeinsam mit den anderen Bewohnerinnen verbrachte Zeit

Bei der Frage ob die Bewohnerinnen selbst bestimmen können wie viel Zeit sie alleine in ihren eigenen Wohnbereichen oder mit anderen Bewohnerinnen in den Gemeinschaftsräumlichkeiten verbringen, gaben bis auf eine der diesbezügliche befragten Personen (n: 31) alle an, dass dies der Fall sei, was nachstehendes Zitat veranschaulichen soll:

„Ja sicher, ich geh jetzt auch nie zum Mittagessen hinaus, sondern das Personal bringt es mir aufs Zimmer. Das Personal jammert zwar, dass ich nicht hinausgehe, aber ich will in Ruhe essen. (...) Ja und die sozialen Kontakt sind nur eine reine Tratscherei. Nur ein Tratschen.“

Sind keine gehaltvollen Gespräche möglich?

„Nein, überhaupt nicht.“

Ist es für Sie wichtig, selbst bestimmen zu können, wie viel Zeit Sie alleine oder gemeinsam mit den anderen Bewohnerinnen verbringen möchten?

„Ja, sicher und wenn ich den ganzen Tag alleine sein will, dann bleib ich den ganzen Tag alleine!“

(weiblich, 89 Jahre)

In Bezug auf die Wichtigkeit dieser Form der Selbstbestimmung gaben alle der befragten Bewohnerinnen (n: 24) an, dass diese für sie gegeben sei.

Jene befragte Person, die thematisierte, nicht selbst bestimmen zu können wie viel Zeit sie alleine oder mit den anderen Bewohnerinnen verbringt, ist gekennzeichnet durch eine sehr hohe Pflegebedürftigkeit und muss daher den ganzen Tag im Bett verbringen. Diese Person äußerte den Wunsch vom Personal häufiger mit dem Bett in den Aufenthaltsbereich gebracht zu werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Qualitätsdimension Selbst- und Mitbestimmung in den Einrichtungen besonders in Bezug auf die Rücksichtnahme auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen, die Möglichkeit der Mitbestimmung des Tagesablaufes, sowie die Möglichkeit, die Zeit alleine oder mit den anderen Bewohnerinnen zu verbringen, aus der Perspektive der Befragten gut umgesetzt wird. Zudem zeigt sich, dass die Möglichkeit der individuellen Zimmergestaltung in den älteren beiden Häusern durch eine flexiblere Lösung zur Schaffung von mehr Freiraum für eigene Möbel der Bewohnerinnen optimiert werden könnte. In Bezug auf die Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten empfiehlt sich eine verstärkte Information und Motivation der Bewohnerinnen. Weiters zeigt sich, dass bei den zukünftigen Bestrebungen der Einrichtungen zur Erhaltung und Förderung der Selbst- und Mitbestimmung der Bewohnerinnen generell die Information und Motivation der Bewohnerinnen im Vordergrund stehen und zudem ein besonderes Augenmerk auf jene Bewohnerinnen mit einem höheren Pflegebedarf gelegt werden sollte. Es wird jedoch auch deutlich, dass die begrenzten zeitlichen Ressourcen des Personals die Möglichkeiten zur Selbst- und Mitbestimmung der Bewohnerinnen beeinflussen.

6.4.2. Wertschätzung

Die Wertschätzung seitens des Personals der Einrichtungen gegenüber den Bewohnerinnen wurde durch die Fragen, ob sich das Pflegepersonal ausreichend Zeit für die Bewohnerinnen nimmt, ob das Pflegepersonal für die Bewohnerinnen rasch erreichbar ist und ob die Intimsphäre der Bewohnerinnen bei pflegerischen Handlungen gewahrt wird, abgebildet. Zudem wurde hier erhoben ob die Haus- und Pflegedienstleitungen ein offenes Ohr für die Anliegen der Bewohnerinnen haben. Auch hier wurde zu den einzelnen Themenbereichen deren Wichtigkeit für die befragten Bewohnerinnen erhoben.

6.4.2.1. Zeitliche Verfügbarkeit des Pflegepersonals

Die Hälfte der befragten Bewohnerinnen (n: 30) gab an, dass sich das Pflegepersonal in Bezug auf pflegerische Handlungen ausreichend Zeit für sie und ihre individuellen Bedürfnisse nimmt. Von den restlichen 15 Bewohnerinnen können zusammenfassend folgende Gründe dafür, dass sich das Pflegepersonal für sie nicht ausreichend Zeit nimmt oder nehmen kann, genannt werden:

Gründe die gegen eine zeitlich ausreichende individuelle Betreuung seitens des Pflegepersonals sprechen	Nennungen Haus I, II und III (Mehrfachnennungen möglich)
Personalmangel sowie Überlastung und Zeitmangel des Pflegepersonals	11
zeitlich vorgegebene Abläufe	2
mangelndes Engagement und Einfühlungsvermögen	2
mangelnde Qualifikation	1
Mangel an Stammpersonal	1

Tab. 19: Gründe die gegen eine zeitlich ausreichende, individuelle Betreuung sprechen (eigene Abbildung)

Die Aussagen der Bewohnerinnen zeigen insgesamt, dass sie die Leistungen des Pflegepersonals weitgehend positiv bewerten. Jedoch wird auch deutlich, dass der aktuelle gesetzliche Personalschlüssel im Alten- und Pflegebereich, der Mangel an qualifizierten Fachkräften sowie der Mangel an Stammpersonal in den ausgewählten Einrichtungen die zeitlichen Ressourcen für ein wertschätzendes Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen seitens des Pflegepersonals sehr stark beeinflussen. Exemplarisch wird dies durch folgende Interviewaussagen verdeutlicht:

Hat das Pflegepersonal genügend Zeit für Sie?

„Nein, das haben sie nicht und sie sind auch nicht ausreichend vorgebildet. (...) Ja, wenn da Leute sind (Schweigen) zum Beispiel wird das Pflegepersonal plötzlich weniger, die Leute gehen weg, dann haben sie momentan aus der Not heraus von einer Firma die Leute einfach genommen.“ (...)

„Ja, Leasing-Personal. Das ist dann natürlich sehr willig, aber es „happert“ halt hin und hin. (...) Da sind welche weggegangen, die haben behauptet, sie sind viel zu langsam. Das wäre aber nicht wahr gewesen. Man muss nur irgendwie die Leute auch was tun lassen. Aber sonst sind sie nett, da gibt es gar nichts.“

(männlich, 87 Jahre)

„Das wird nach meiner Meinung, die Zeit für die Pflege wird immer geringer.“

Wird kürzer?

„Wird kürzer. Die Leute sind eigentlich verpflichtet, ihre Aufgaben schnell zu erledigen.“

Also haben Sie das Gefühl, es geht eher schneller?

„Das Gefühl hab ich nicht. Ich habe eher das Gefühl, sie müssen so.“

Sie müssen das schnell machen?

„Sie müssen das schnell machen.“

(männlich, 89 Jahre)

„Also was ich auf alle Fälle bemängle, das ist der Nachtdienst. Der ist auf alle Fälle zu wenig, da muss man immer warten wenn man etwas braucht. Ich hatte ein paar Mal Herzflattern und da dauerte es schon sehr lange, bis jemand kommt. Es ist ja immer nur eine Person oder höchstens zwei Personen im Einsatz.“
(weiblich, 94 Jahre)

Neben den bereits angesprochenen Rahmenbedingungen als Einflussgrößen in Bezug auf den wertschätzenden Umgang seitens des Pflegepersonals gibt es jedoch auch Aussagen der Befragten, die interne Ursachen wie zum Beispiel ein geringes Engagement oder Einfühlungsvermögen des Personals thematisieren. Der hieraus resultierende, mangelnde wertschätzende Umgang wird in nachstehenden Aussagen ersichtlich:

„Bei den anderen Schwestern spürt man so richtig das „Heimische“, das Umsorgende. Aber das ist bei den anderen und vor allem bei den Jungen nicht mehr der Fall. Die wollen ihren Spaß und sie schauen, dass sie bald fertig sind und dann gehen sie ins Raucherzimmer.“ (...)
„(...) und da haben sie dann ihren Spaß!“
(weiblich, 87 Jahre)

„Na ja? (Schweigen) Mir war heute „sau-kalt“. Da hat er mich gewaschen, dann ist er lange nicht gekommen, nicht angezogen nichts! (Schweigen) Gefroren hat mich. Da liege ich jetzt im Bett, ich habe jetzt noch kalte Füße. (Schweigen)“
(männlich, 80 Jahre)

„Und dann müsste es ein Stammpersonal sein, Leute die wiederkommen. Denn wenn mir heute was fehlt, weiß ich nicht wen ich da anreden soll. (...) Da haben wir junge Männer gehabt, die die Pflegeschule machen. Die sind wieder weg, die sind wo anders hingegangen, weil sie hier nicht zufrieden waren!“
(männlich, 87 Jahre)

Diese Aussagen weisen auf einen Bedarf an Maßnahmen zur Steigerung der Motivation und Empathie des Personals zum Beispiel durch Aus- und Weiterbildung hin. Zudem zeigt sich ein Bedarf an Maßnahmen zur Erhöhung der Mitarbeiterinnenbindung.

6.4.2.2. Zeit für persönliche Gespräche mit den Bewohnerinnen

Die Bewohnerinnen wurden neben der zeitlichen Ausgestaltung der pflegerischen Handlungen noch ergänzend gefragt, ob sich das Pflegepersonal auch Zeit für Gespräche mit ihnen nimmt. Nicht ganz ein Viertel der befragten Bewohnerinnen (n: 31) gab an, dass sich das Pflegepersonal Zeit für persönliche Gespräche mit ihnen nimmt. Von den restlichen befragten Bewohnerinnen gab der Großteil als Grund für die mangelnde Durchführbarkeit von persönlichen Gesprächen mit dem Pflegepersonal wieder den Personalmangel bzw. die eingeschränkten zeitlichen Ressourcen seitens des Pflegepersonals aufgrund dessen umfangreichen, täglichen Arbeitspensums an, wie das nachstehende Zitat exemplarisch verdeutlicht:

Und hat das Pflegepersonal auch Zeit für persönliche Gespräche mit Ihnen?

„Nein, kaum. Obwohl ich überzeugt bin, dass sie manchmal gerne mit mir sprechen würden, aber es klingelt dann schon wieder.“

(weiblich, 94 Jahre)

Wie diese Aussage zeigt, wäre das Pflegepersonal durchaus daran interessiert, sich mit den Bewohnerinnen intensiver auseinanderzusetzen, es verfügt jedoch nicht über die dafür erforderlichen zeitlichen Ressourcen. Drei weitere befragte Personen nannten als Gründe für die Nichtrealisierung von persönlichen Gesprächen mit dem Pflegepersonal auch ein mangelndes Interesse bzw. Einfühlungsvermögen, was nachfolgende Aussagen zeigen:

Und nimmt sich das Personal auch Zeit für persönliche Gespräche mit Ihnen?

„Sie sind alle (Schweigen) ich bin wer, du bist nichts.“

(männlich, 80 Jahre)

Und nehmen sie sich Zeit für Sie, zum Beispiel auch für persönliche Gespräche?

„Nein, da sind sie nicht so daran interessiert.“

(weiblich, 86 Jahre)

„Nein, es gibt schon welche die mich nicht mögen, die etwas hochnäsiger sind, aber sonst könnte ich mich nicht beklagen. Nein wirklich nicht.“

(weiblich, 87 Jahre)

Diese Aussagen stehen in enger Verbindung mit den, bereits im Abschnitt 2.3 erwähnten, Stereotypen zwischen dem soziokulturellen System des Personals und dem der Bewohnerinnen. Hieraus resultiert, dass die Bewohnerinnen das Personal zum Teil als herablassend und hochmütig ansehen.

Die Frage, ob es für sie wichtig sei, dass sich das Pflegepersonal mehr Zeit für persönliche Gespräche mit ihnen nimmt, bejahten nur sechs der befragten Bewohnerinnen (n: 30). Die restlichen Bewohnerinnen zeigten sich mit der gegenwärtigen Situation zufrieden.

Insgesamt lassen die Aussagen der Befragten den Rückschluss zu, dass der Großteil der Bewohnerinnen das Personal der Einrichtungen stärker in seiner Funktion bzw. Rolle als Dienstleistungserbringer wahrnimmt und dass das Bedürfnis nach persönlichen Gesprächen, welche über einen alltäglichen, kurzen Smalltalk hinausgehen, seitens der Bewohnerinnen stärker über Angehörige oder den privaten Freundeskreis befriedigt wird. Dass ein Interesse für eine gute Beziehung zu den Bewohnerinnen seitens des Pflegepersonals gegeben ist, wurde jedoch auch ersichtlich und somit wäre hier ein größerer Spielraum und mehr Entscheidungsautonomie für das Pflegepersonal im Sinne der Förderung der Lebensqualität der Bewohnerinnen. Zudem könnte dies einen wesentlichen Beitrag zur Motivation des Pflegepersonals leisten (vgl. Gebert/Kneubühler 2003, S. 39f).

6.4.2.3. Präsenz der Hausleitungen und der Pflegedienstleitungen

Im Zuge der Qualitätsdimension Wertschätzung wurden die Bewohnerinnen auch darüber befragt, ob sich die Haus- bzw. Pflegedienstleitungen für sie ausreichend Zeit nehmen und ob diese Personen ein „offenes Ohr“ für ihre Anliegen haben. Nicht ganz zwei Fünftel der befragten Bewohnerinnen (n: 29) bejahten diese Frage. Etwas mehr als drei Fünftel gaben hingegen an, dass dies nicht der Fall sei und es wurden von diesen 18 Bewohnerinnen folgende konkrete Gründe für die mangelnde Kommunikation mit dem Leitungspersonal genannt:

Gründe für eine mangelnde Kommunikation mit der HL/PDL	Nennungen Haus I, II und III
kein Kontakt zur HL bzw. PDL	8
Bewohnerinnen kennen die HL bzw. PDL nicht	7
Kontaktaufnahme mit HL bzw. PDL erfolgt nur einseitig durch die Bewohnerinnen	3

Tab. 20: Gründe für eine mangelnde Kommunikation mit der HL/PDL (eigene Abbildung)

Wie aus dieser Darstellung ersichtlich ist, sind die von den befragten Bewohnerinnen am häufigsten genannten Gründe für eine seltenere Austauschmöglichkeit mit dem Leitungspersonal der mangelnde Kontakt sowie das Nichtkennen dieser Personen, was der nachstehende, exemplarisch ausgewählte Interviewauszug veranschaulicht:

Haben Sie das Gefühl, dass die Hausleitung bzw. die Pflegedienstleitung ein „offenes Ohr“ für Ihre Anliegen hat?
„Das weiß ich nicht, aber ich glaube nicht, weil man diese Personen ja nie sieht.“
 (weiblich, 87 Jahre)

Dass ein regelmäßiger Kontakt mit dem Leitungspersonal für die befragten Bewohnerinnen jedoch wichtig ist, soll durch folgendes Zitat verdeutlicht werden:

Haben Sie das Gefühl, dass die Hausleitung bzw. die Pflegedienstleitung ein offenes Ohr für Ihre Anliegen hat?
„Das weiß ich nicht, die hat sich nie vorgestellt und nie anschauen lassen. (...) Die haben keine Zeit.“
 Wäre es wichtig für Sie?
„Ja, dass ich weiß wo kann ich mich hinwenden, wenn irgendetwas ist.“
 (weiblich, 89 Jahre)

Zudem zeigt sich in der nachfolgenden Aussage, dass es für die Bewohnerinnen wichtig wäre, dass sich das Leitungspersonal wertschätzend und konstruktiv mit den Anliegen der Bewohnerinnen auseinandersetzt:

Kennen Sie die Hausleitung und die Pflegedienstleitung bzw. haben Sie das Gefühl dass diese Personen ein „offenes Ohr“ für Ihre Anliegen haben?

„Sie meinen die Leitung?“

Genau.

„Nein, da kommt nie jemand. Nie! Das hat mich sogar schon gestört, weil ich mir gedacht habe, dass sich ein ganzes Jahr niemand um uns kümmert. Oder dass einmal jemand nach unserem Befinden fragt.“

Und könnten Sie hinunter gehen um mit der Leitung zu sprechen?

„Ja, gestern habe ich mit der Leitung unten gesprochen. Sie hört es sich an aber das ist alles.“
(weiblich, 87 Jahre)

Weiters wird ersichtlich, dass die befragten Bewohnerinnen großen Wert darauf legen würden, das Leitungspersonal persönlich kennen zu lernen, was folgende Interviewauszüge veranschaulichen sollen:

Kennen Sie die Hausleitung?

„Nein, der bin ich nicht einmal vorgestellt worden. Also diese Person ist mir nicht vorgestellt worden, nicht einmal als ich gekommen bin. Das würde sich schon gehören, finde ich!“ (...)

Und haben Sie das Gefühl dass die Hausleitung bzw. die Pflegedienstleitung ein offenes Ohr für die Anliegen der Bewohnerinnen hat?

„Für Gewisse schon. (...) Aber vielleicht hab ich selbst auch Schuld daran. Zum einen gehe ich zu gewissen Veranstaltungen nicht hin. Das interessiert mich nicht. Das habe ich schon oft gesehen, da sitzt man dann dort (Schweigen) dann bekommt man einen Kaffee.“

(weiblich, 86 Jahre)

„Das ist der Punkt wo ich mir denke, es kommt nie jemand nachschauen, wie es so aussieht! (...) Und wenn sie nur einmal im Monat kommen würden, dass man seine Anliegen vorbringen kann!“

(weiblich, 87 Jahre)

Dass bei dieser Fragestellung seitens der befragten Bewohnerinnen nicht zwischen der Hausleitung und der Pflegedienstleitung differenziert wurde, deutet zudem darauf hin, dass diesen die Funktion der Pflegedienstleitung nicht vertraut ist. Die Antworten der befragten Bewohnerinnen bezogen sich in erster Linie auf die Hausleitungen. Es muss an dieser Stelle jedoch auch auf die Größe und die hohe Anzahl an Bewohnerinnen dieser Häuser hingewiesen werden. Diese Rahmenbedingungen erschweren den persönlichen Kontakt mit den Bewohnerinnen seitens der Hausleitungen.

Insgesamt zeigen die Aussagen jedoch sehr deutlich, dass es für die Bewohnerinnen wichtig wäre, dass sich die Hausleitungen sowie die Pflegedienstleitungen beim Einzug neuer Bewohnerinnen in die Einrichtungen persönlich vorstellen. Hier würde sich die Festlegung eines standardisierten Ablaufes zur Begrüßung und Einführung neuer Bewohnerinnen durch die Hausleitungen anbieten. Zudem bedürfte es im Sinne eines wertschätzenden Umgangs mit den Bewohnerinnen einer regelmäßigen Präsenz der Hausleitungen in den einzelnen Wohngemeinschaften.

6.4.2.4. Rasche Erreichbarkeit des Pflegepersonals

In Bezug auf einen wertschätzenden Umgang mit den Bewohnerinnen seitens der Einrichtungen wurde auch erhoben, ob das Pflegepersonal für die Bewohnerinnen rasch erreichbar ist. Etwas mehr als die Hälfte der befragten Bewohnerinnen (n: 31) gab an, dass das Pflegepersonal im Bedarfsfall schnell auf ihre Bedürfnisse reagiert. Von den restlichen Bewohnerinnen wurden folgende konkrete Gründe für längere Wartezeiten auf das Pflegepersonal bei Unterstützungsbedarf genannt:

Gründe für längere Wartezeiten auf das Pflegepersonal	Nennungen Haus I, II, III (Mehrfachnennungen möglich)
Erreichbarkeit des Personals abhängig vom „richtigen Zeitpunkt“ des Anfallens des Unterstützungsbedarfes	5
genereller Personal- bzw. Zeitmangel	2
zu geringer Personaleinsatz in der Nacht sowie zu geringer Personaleinsatz und zu wenig diplomiertes Personal an den Wochenenden	2
mangelnde Kooperation seitens des Pflegepersonals	2
Vormittagsbesprechung des Personals	1
mangelnde Qualifikation des Pflegepersonals	1
Art des Unterstützungsbedarfes	1
Glocke für Bewohnerinnen nicht erreichbar	1

Tab. 21: Gründe für längere Wartezeiten auf das Pflegepersonal (eigene Abbildung)

Wie aus dieser Darstellung ersichtlich wird, gaben fünf Bewohnerinnen an, dass die Erreichbarkeit des Pflegepersonals vom „richtigen Zeitpunkt“ des Anfallens ihres Unterstützungsbedarfes abhängt, was folgender Interviewauszug verdeutlicht:

„Es kommt darauf an zu welcher Zeit!“ (Lacht)

Das heißt in der Nacht oder am Abend?

„Nein, nein, nicht nur das. Es passiert auch zu den Frühstückszeiten und so weiter. (Lacht) Ja manchmal denkt man sich schon: „Kommt da jemand oder kommt doch niemand!“. (...) Ich läute sowieso nur ganz selten, weil ich das nicht mag. Jeder hat so seine Sachen, aber wenn es sein muss, dann läute ich halt doch. Meine Tochter sagt immer: „Warum läutest Du denn nicht Mutti!“ Und ich sag Ihr dann, dass ich diese „Läuterei“ nicht mag.“ (...)

„Ja, eben. So wie gestern, nein heute hat mir ein Verwandter geholfen. Aber gestern habe ich mich ganz alleine angezogen. Na ja. Das ist halt auch verschieden. Die meiste Zeit kommt dann schon einmal jemand.“

Sehr vage formuliert!

(Lacht herzlich)

(weiblich, 85 Jahre)

Es zeigt sich hier, dass die befragten Bewohnerinnen zum Teil keine Informationen darüber erhalten, warum das Personal nicht oder nicht in einem angemessenen, zeitlichen Rahmen für sie erreichbar ist.

Zudem wurde seitens der befragten Bewohnerinnen der Personal- bzw. Zeitmangel, eine zum Teil mangelnde Qualifikation sowie eine mangelnde Kooperation seitens des Pflegepersonals thematisiert, was nachstehende Aussagen veranschaulichen sollen:

„Na, ja ich weiß es nicht aber ich hab immer so das Gefühl sie sind eh schnell, aber es fehlt halt die Zeit. Und die die hier sind, sind halt oft nicht die Intelligentesten. In einem anderen Betrieb könnten die alle miteinander nichts ausrichten.“

(weiblich, 89 Jahre)

„Es kommt darauf an, wer da ist! Das habe ich gestern auch der Leitung gesagt. Wenn eine gewisse Truppe beisammen ist, die Jungen vor allem, dann funktioniert es nicht ganz. Weil es ist mir z. B. früher noch nie passiert, wir haben uns das mit dem Personal immer gut ausmachen können, dass niemand zum Rückenwaschen gekommen ist. Aber jetzt kommt keiner. Da hab ich mir gedacht um 9.00 Uhr frühstücken sie, und da hab ich dann geläutet. Aber es ist niemand gekommen.“

Hat auch niemand gefragt, was Sie brauchen?

„Nein. Nichts.“

Ja, da könnte aber auch wirklich ein Notfall eintreten und niemand reagiert?

„Ja, ja. Ich habe bestimmt zehn Minuten gewartet und dann habe ich wieder geläutet. Es kam niemand. Dann war es schon ca. 9.30 Uhr und dann beim dritten Mal Läuten ist wieder niemand gekommen. Dann hab ich mir gedacht, ich kann ja nicht ewig warten, weil ich ja ganz nass bin. Ich hab mich dann abgetrocknet und angezogen und als ich angezogen war, ist dann jemand gekommen. So eine junge. Sie sind eh nett, aber sie haben kein Pflichtbewusstsein. Entweder sind sie wirklich noch zu jung, aber das müssten sie ja schon können. (Schweigen) (...) Dann hab ich es ihr aber gesagt, was sie sich vorstellt. Ich habe sie gefragt, was wäre, wenn wirklich etwas passiert. Man läutet ja nicht zum Spaß. Ich läute wirklich sonst die ganze Woche nicht und da kann sie ja annehmen, dass etwas Besonderes passiert ist, wenn ich einmal läute!“

(weiblich, 87 Jahre)

Bei dem zuletzt angeführten Zitat wird ebenfalls die mangelnde Information der Bewohnerinnen über den Grund für die Unerreichbarkeit des Pflegepersonals ersichtlich.

Auch in Bezug auf die Wichtigkeit der raschen Erreichbarkeit des Pflegepersonals zeigt sich wieder, dass für die befragten Bewohnerinnen die Dienstleistung des Personals im Vordergrund steht. Von den diesbezüglich befragten Bewohnerinnen (n: 24) gaben alle an, dass die rasche Erreichbarkeit des Pflegepersonals für sie wichtig sei.

Insgesamt wird hier ersichtlich, dass es in Bezug auf den wertschätzenden Umgang mit den Bewohnerinnen ziel führend wäre, die Gründe für Wartezeiten bei Unterstützungsbedarf durch zeitgerechte Information seitens des Pflegepersonals transparenter zu machen. Zudem zeigt sich auch hier wieder, dass zum Teil Optimierungspotenziale im Bereich der Motivation und des Einfühlungsvermögens des Pflegepersonals bestehen. Lediglich aus den Angaben der Bewohnerinnen kann jedoch keine Aussage darüber getroffen werden, inwieweit der gesetzlich vorgegebene Personalschlüssel stationärer Einrichtungen oder die

internen Prozesse der ausgewählten Einrichtungen selbst den befragten Bewohnerinnen das Gefühl des Personal- bzw. Zeitmangels vermitteln.

6.4.2.5. Wahrung der Intimsphäre

Im Sinne des wertschätzenden Umgangs mit den Bewohnerinnen wurden diese auch gefragt, ob die Wahrung ihrer Intimsphäre bei pflegerischen Handlungen sowie ihrer Privatheit seitens des Personals gegeben ist. Alle der befragten Bewohnerinnen (n: 29) gaben an, dass sowohl ihre Intimsphäre bei pflegerischen Handlungen als auch ihre Privatheit in den Einrichtungen gewahrt wird. In Bezug auf die Wichtigkeit der Wahrung der Intimsphäre und der Privatheit gaben bis auf eine der befragten Personen (n: 25) ebenfalls alle an, dass diese für sie gegeben sei.

Insgesamt zeigt sich hier, dass die Einrichtungen sehr bestrebt sind, dem Bedürfnis der Bewohnerinnen nach dem Schutz ihrer Intimsphäre und Privatheit gerecht zu werden.

In Bezug auf die zentrale Qualitätsdimension Wertschätzung kann zusammenfassend gesagt werden, dass diese bei der Wahrung der Intimsphäre der Bewohnerinnen besonders gut umgesetzt wird. Es besteht auch seitens der Befragten kein Bedürfnis nach mehr persönlichen Gesprächen mit dem Personal. Hingegen werden die zeitlichen Ressourcen für die pflegerischen Handlungen sowie die rasche Erreichbarkeit des Pflegepersonals aus der Perspektive der Bewohnerinnen stark vom gesetzlich vorgegeben Personalschlüssel und dem daraus resultierenden Zeitmangel des Pflegepersonals determiniert und dies führt somit zu einer Einschränkung in Bezug auf die Umsetzung der Qualitätsdimension Wertschätzung. Zudem wird seitens der Befragten generell ein Mangel an Stammpersonal sowie ein Bedarf an Maßnahmen zur Förderung der Motivation und Empathie des Personals thematisiert. Weiters zeigt sich, dass besonders in Bezug auf längere Wartezeiten bei Unterstützungsbedarf eine zeitgerechte Information über die Ursache der Verzögerung für die Bewohnerinnen das Gefühl der Wertschätzung gewährleisten könnte. Wertschätzung gegenüber den Bewohnerinnen würde auch durch die persönliche Vorstellung der Hausleitungen beim Einzug neuer Bewohnerinnen sowie deren regelmäßige Präsenz in den Stockwerken zum Ausdruck kommen.

6.4.3. Geborgenheit

Der Wert der Geborgenheit wurde mit der Frage nach dem Umgang mit Ängsten und Sorgen der Bewohnerinnen seitens des Personals sowie der Wahl der Ansprechpartner bei Ängsten und Sorgen seitens der Bewohnerinnen erhoben. Zudem wurde die Zufriedenheit mit der

Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen, sowie die Situation der Bewohnerinnen in Bezug auf externe Kontakte abgefragt.

6.4.3.1. Umgang mit Ängsten und Sorgen der Bewohnerinnen seitens des Personals

Nicht ganz die Hälfte der befragten Bewohnerinnen (n: 33) hat nach eigenen Angaben das Gefühl, dass individuelle Ängste und Sorgen vom Personal der Einrichtungen ernst genommen werden. Die restlichen Bewohnerinnen nannten folgende Gründe dafür, dass auf ihre Ängste und Sorgen seitens des Personals nicht eingegangen werden kann:

Gründe die gegen das Eingehen auf Ängste und Sorgen der Bewohnerinnen sprechen	Nennungen Haus I, II, III (Mehrfachnennungen möglich)
mangelnde Empathie seitens des Personals	8
mangelnde Beziehung zum Personal	5
Zeitmangel des Personals	4
Ängste und Sorgen werden ausschließlich mit Angehörigen besprochen	3
Ängste und Sorgen werden generell nicht mit anderen geteilt	2

Tab. 22: Gründe die gegen das Eingehen auf Ängste und Sorgen der Bewohnerinnen sprechen (eigene Abbildung)

Wie aus der vorangegangenen Tabelle ersichtlich wird, überwiegt hier der Anteil jener befragten Bewohnerinnen, welche das Gefühl haben, dass sich das Personal der Einrichtungen mit ihren Ängsten und Sorgen nicht auseinandersetzen möchte, was folgende, exemplarisch ausgewählte Zitate verdeutlichen sollen:

Wenn Sie einmal Sorgen haben oder wenn Sie etwas bedrückt und Sie sagen das einer Schwester, wird das dann ernst genommen?

„Nein, das glaube ich nicht.“

Das glauben Sie nicht so. Besprechen Sie viel Persönliches mit den Schwestern oder eher weniger?

„Eher weniger. (Schweigen)

Wäre es Ihnen wichtig, dass das Pflegepersonal ein bisschen mehr darauf eingehen würde, auf die Ängste und Sorgen von Ihnen?

„Ja, schon.“

(weiblich, 77 Jahre)

„Das sag ich gar nicht! Das sag ich den Kindern.“

Wäre das für Sie wichtig. Ein guter Kontakt zum Pflegepersonal?

„Ja sicher, Personal wo man sich denkt, mit dieser Person kann ich reden.“

(weiblich, 89 Jahre)

Zudem zeigt sich auch, dass zum Teil seitens der Bewohnerinnen eine nur sehr schwach ausgeprägte Beziehung zum Personal besteht und dass sie das Gefühl haben, das Personal

zeitlich nicht noch mehr beanspruchen zu können, was folgender Interviewauszug veranschaulicht:

„Kaum. Jeder hat seine eigenen (Pause) seine eigenen Sorgen.“

Und wäre es Ihnen wichtig, dass das ein bisschen mehr ernst genommen wird?

„Ich kann mir nicht vorstellen, dass sich so ein quasi fremder Mensch mit meinem Denken irgendwie identifiziert. (...) Ich denke mir halt, jeder wird da seine quasi Pflicht tun, so gut als möglich, ohne viel „Gscher“ und (Schweigen).“

Also Sie haben mehr das Gefühl, es wird Dienst nach Vorschrift gemacht?

„Eher weil es so üblich ist. Oder anders gesagt, für eigene Initiative bleibt da nicht recht viel über.“

Weil zu wenig Zeit ist, glauben Sie, oder weil das gar nicht gewünscht wird?

„Weil eigentlich zu wenig Zeit ist.“

(männlich, 89 Jahre)

Dass das Ernstnehmen individueller Ängste und Sorgen seitens des Personals für die befragten Bewohnerinnen einen hohen Wert hat, zeigen die Antworten auf die Frage nach der Wichtigkeit, die für drei Viertel der befragten Bewohnerinnen (n: 23) gegeben ist. Die restlichen Bewohnerinnen gaben an, dass die Angehörigen diesbezüglich ihre Ansprechpartner sind oder, dass sie Ängste und Sorgen generell nicht mit anderen teilen.

Dies wird auch bei der Frage nach den Ansprechpartnern bei Problemen und Kummer ersichtlich. Hier nannten nicht ganz drei Fünftel der befragten Bewohnerinnen (n: 31) ihre Angehörigen als erste Ansprechpartner und ein Viertel der befragten Personen gab an, Probleme und Kummer mit niemandem zu Teilen. Nur zwei der befragten Bewohnerinnen nannten das Personal als ersten Ansprechpartner und eine befragte Person nannte die Mitbewohnerinnen.

Ingesamt zeigt sich auch hier, dass eine wertschätzende Kommunikation mit den Bewohnerinnen seitens der Einrichtungen einen wesentlichen Beitrag in Bezug auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen leisten kann und dass diesbezüglich eine gezielte Motivation und Schulung sowie eine Erweiterung des Handlungsspielraumes des Personals Unterstützung geben könnte. Zudem wird hier bereits die mangelnde Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen deutlich.

6.4.3.2. Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen

Zwei Fünftel der befragten Bewohnerinnen (n: 32) sind der Meinung, dass unter den Bewohnerinnen der Einrichtungen eine gute Gemeinschaft besteht. Die restlichen Bewohnerinnen nannten folgende Gründe, die ihrerseits eine gute Gemeinschaft mit den anderen Bewohnerinnen erschweren oder sogar verhindern:

Gründe die eine gute Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen verhindern	Nennungen Haus I, II und III (Mehrfachnennungen möglich)
Unsicherheit und Misstrauen gegenüber den Mitbewohnerinnen	7
kein Kontakt zu den Mitbewohnerinnen erwünscht	7
schlechte geistige oder körperliche Verfassung der Mitbewohnerinnen	5

Tab. 23: Gründe die eine gute Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen verhindern (eigene Abbildung)

Wie aus dieser Verteilung ersichtlich wird, stellen Unsicherheiten und Misstrauen gegenüber den Mitbewohnerinnen einen der Hauptgründe für eine mangelnde Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen dar, was nachfolgende, exemplarisch ausgewählte Zitate zeigen:

Haben Sie das Gefühl, dass unter den Bewohnerinnen eine gute Gemeinschaft gegeben ist?
„Weniger. (...) Das liegt an den Leuten. Wir haben seit kurzem ein kaltes Buffet in der Früh bekommen, dann geht es schon los. Wer ist schnell? Wer bekommt jetzt das?“
 Wäre eine gute Gemeinschaft für Sie wichtig?
„Wie soll ich sagen? (Schweigen) Ich habe keinen Glauben daran. Es menschtelt viel zu viel. (...) Man hat irgendwie selber schuld, wie man sich gibt.“
 (männlich, 87 Jahre)

„Was sollen wir reden? Dass uns das Essen heute nicht geschmeckt hat oder das war (Schweigen). Es ist schon schwer. Wissen Sie, wenn man unten sitzt, auf der Bank unten, da hört man es, dass jemand über seine Kinder schimpft, weil sie nicht kommen. Ein anderer schimpft über das Essen. Es sind schon manche (Schweigen) wie soll ich sagen (Schweigen) Frauen, da gibt es halt sonst nichts mehr.“
 (weiblich, 87 Jahre)

Zudem brachten auch sieben der befragten Bewohnerinnen eindeutig zum Ausdruck, keinen Kontakt mit den Mitbewohnerinnen zu wünschen, was folgendes Zitat veranschaulichen soll:

„Nein, nein (winkt mit der Hand ab). Verstehen Sie mich nicht falsch, aber Freunde hab ich hier keine. Ich kenn sie gar nicht alle, im Stock auch nicht. Ich bin freundlich aber wissen Sie, bis hier her und nicht weiter!“
 Aber wäre es wichtig, dass man hier auch richtige Freunde hat?
„Nein, nein. Wissen Sie, Sie sind noch jung aber mit dem Alter?“ (deutet wieder viel sagend)
 Nimmt das ab?
„Ja, genau.“ (Schweigen)
 (weiblich, 88 Jahre)

Dass für manche der befragten Bewohnerinnen die schlechte körperliche oder geistige Verfassung der Mitbewohnerinnen dazu beiträgt, dass sich eine Kontaktaufnahme schwierig gestaltet, soll folgender Interviewauszug zeigen:

Ganz selten bin ich da draußen in der Runde. Aber das ist halt so schwierig. Mit den Bewohnern kann man gar nichts mehr anfangen.“
 Ja, das ist sehr schwierig, wenn man geistig so fit ist wie Sie.
„Ja, das ist sehr schwierig. Ich habe mir schon oft gedacht, dass ich gerne eine Dame kennen lernen würde, mit der ich mich noch (Schweigen).“
 Austauschen kann? Und im ganzen Haus, gibt es da niemanden?

„Ja, da kenne ich ein Ehepaar, das kenne ich noch von ganz früher. Da bin ich öfter unten. Aber hier bei uns heroben gibt es niemanden.“

Haben Sie das Gefühl, dass es hier im Haus eine gute Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen gibt?

(Überlegt) „Gute? Ich weiß es eigentlich nicht, wie sie sich untereinander (Schweigen)?“

Ja, eben. Sie sind ja nicht so viel dabei.

„Genau und da kann ich es schwer beurteilen.“

Wäre es für Sie wichtig, dass im Haus eine gute Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen gegeben wäre?

„Ja schon, aber was soll ich denn anfangen mit „denen“? (...) Ja, ich suche ja. Ich suche ja danach. Ich habe sogar unten schon einmal ein Inserat aufgegeben, dass ich eine Partnerin zum Kartenspielen suche. Da habe ich noch gut gesehen und ich bin eine leidenschaftliche Kartenspielerin. Aber das kann ich auch nicht mehr.“

(weiblich, 94 Jahre)

So wie dieser Interviewauszug weisen auch viele weitere, im Zuge der Befragung getätigte, Aussagen auf eine mangelnde Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen hin und es zeigten sich hier auch geschlechtsspezifische Probleme. So thematisierten die männlichen Befragten auch, dass für sie, bedingt durch den hohen Frauenanteil, interessante Gespräche nicht realisierbar sind.

Dieser Mangel an Gemeinschaft und Solidarität unter den Bewohnerinnen liegt zum einen darin begründet, dass sich die Bewohnerinnen ihre Mitbewohnerinnen in stationären Einrichtungen nicht selbst aussuchen können (Schicksalsgemeinschaften) und zum anderen, dass der Großteil der Bewohnerinnen bereits eine sehr hohe Pflegebedürftigkeit aufweist. Ob seitens der Einrichtungen eine aktive Förderung der Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen betrieben wird, kann durch eine Befragung der Bewohnerinnen natürlich nicht erhoben werden. Betrachtet man jedoch die Aussagen der Bewohnerinnen, bleibt es fraglich, ob eine Förderung der Gemeinschaft durch das Personal der Einrichtungen überhaupt erwirkt werden kann oder ob hier lediglich durch die Förderung externer Kontakte, wie zum Beispiel mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen, ein Ausgleich geschaffen werden kann.

Dass seitens der Bewohnerinnen zum Teil dennoch das Bedürfnis nach einer guten Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen besteht, zeigen die Antworten auf die Frage nach deren Wichtigkeit. Hier gab die Hälfte der befragten Bewohnerinnen (n: 30) an, dass eine gute Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen für sie wichtig sei. Die Befragten zeigten sich selbst aber in Bezug auf die konkrete Verwirklichung einer guten Gemeinschaft ebenfalls skeptisch, was folgende Aussage verdeutlichen soll:

Wäre eine gute Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen für Sie wichtig?

„Ja, schon. Aber das lässt sich, glaube ich, gar nicht machen.“

(weiblich, 87 Jahre)

Nicht ganz drei Viertel der befragten Bewohnerinnen (n: 34) gaben zudem an, regelmäßigen Kontakt zu externen Personen (Angehörigen und/oder Bekannten) zu haben.

Zusammenfassend zeigt sich in Bezug auf die Umsetzung der Qualitätsdimension Geborgenheit, dass die Einrichtungen bemüht sind, diese zu gewährleisten. Besonders bei der Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen stellt sich hier jedoch die Frage, ob das Engagement der Einrichtungen überhaupt zu einer Verbesserung der aktuellen Situation beitragen kann. Hier würde eine Förderung von externen Kontakten der Bewohnerinnen, zum Beispiel durch die Gewinnung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen, das Gefühl der Geborgenheit bei den Bewohnerinnen sicherlich gezielter verstärken können. In Bezug auf den Umgang mit Ängsten und Sorgen der Bewohnerinnen seitens der Einrichtungen wird ersichtlich, dass Maßnahmen zur Förderung der Empathie des Personals die Lebensqualität der Bewohnerinnen positiv beeinflussen könnten.

6.4.4. Sicherheit

Der Wert Sicherheit wurde mittels der Frage nach der Zufriedenheit der Bewohnerinnen mit den baulichen Gegebenheiten in den Einrichtungen sowie mittels der Frage nach den Möglichkeiten, das eigene Zimmer abzuschließen und persönliche Wertgegenstände im Zimmer sicher zu verwahren, erhoben. Weiters wurde der Umgang mit dem persönlichen Eigentum der Bewohnerinnen seitens des Personals, die Einführung neuer Mitarbeiterinnen oder Praktikantinnen bei den Bewohnerinnen sowie die sichere Unterstützung der Bewohnerinnen bei pflegerischen Handlungen seitens des Personals abgefragt.

6.4.4.1. Bedarfsgerechte, bauliche Gegebenheiten für die Bewohnerinnen

Nicht ganz drei Viertel der befragten Personen (n: 29) gab an, dass die baulichen Gegebenheiten für sie bedarfsgerecht sind. Es konnte hier nur ein geringer Unterschied zwischen den beiden älteren Häusern I und II und dem neueren Hause III festgestellt werden. Von den Bewohnerinnen der Häuser I und II wurde hier noch ergänzend die für Bewohnerinnen mit körperlicher Beeinträchtigung nicht alleine zu bewältigenden, schrägen Auffahrten vor den Eingängen der Häuser I und II, sowie die für die Bewohnerinnen ebenfalls in diesen beiden Häusern nicht nutzbaren, hohen Einbauschränke thematisiert.

Diese Aussagen zeigen, dass sich auch ältere bauliche Konzepte bereits sehr stark an der Sicherheit der Bewohnerinnen orientiert haben, um diesen eine bedarfsgerechte, bauliche Ausgestaltung der Einrichtungen zu gewährleisten. Weiters liegt die Vermutung nahe, dass die baulichen Gegebenheiten den am wenigsten beeinflussbaren Faktor für die Bewohnerinnen darstellen und somit diesbezüglich eine Anpassung der Bewohnerinnen an die bauliche Situation erfolgte.

6.4.4.2. Möglichkeit, das Zimmer abzuschließen und persönliche Wertgegenstände sicher zu verwahren

Drei Viertel der befragten Bewohnerinnen (n: 28) gaben an, dass sie einen Schlüssel für ihren persönlichen Wohnbereich besitzen. Die restlichen Bewohnerinnen äußerten, dass sie ihr Zimmer zwar nicht abschließen können aber auch keinen besonderen Wert auf diese Möglichkeit legen, was folgendes Zitat veranschaulichen soll:

„Nein, nein, zugesperrt wird bei uns nicht.“
 Warum nicht? Oder möchten Sie das gar nicht?
„Ich glaube, die wollen das gar nicht.“
 Hätten Sie gerne einen Schlüssel?
„Nein, nein, eigentlich nicht.“
 (weiblich, 84 Jahre)

Zudem muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass beim Großteil jener Bewohnerinnen, die laut eigenen Angaben keinen Schlüssel für ihr Zimmer besitzen, im Zuge des Interviewverlaufes häufiger verwirrende Aussagen getätigt wurden, die unter anderem auch auf einer demenziellen Erkrankung beruhen könnten. Dass trotz der Möglichkeit das eigene Zimmer abzuschließen für die befragten Bewohnerinnen eine, seitens der Einrichtungen durchaus beeinflussbare, Unsicherheit gegeben ist, soll folgender Interviewauszug verdeutlichen:

Haben Sie die Möglichkeit, Ihr Zimmer abzuschließen?
„Ja, das ist eine schlampige Geschichte. Wenn ich rausgehe, sperre ich zu. Dann kommt jemand vom Personal und legt mir etwas rein und macht dann nicht mehr zu. Die kommen rein und gehen dann wieder hinaus und lassen offen. Es ist nicht mehr versperrt.“
 Es wäre Ihnen also wichtig, dass das etwas genauer genommen wird?
„Ja, natürlich, weil ein jeder hat einige Sachen.“
 Und haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönlichen Wertgegenstände sicher aufzubewahren?
„Das Kästchen dort links unten (Schweigen).“
 Können Sie da auch zusperren?
„Ja, aber wie. Da kann ich wahrscheinlich mit einer Haarnadel auch aufmachen.“
 Glauben Sie, dass das nicht sehr sicher ist?
„Das ist alles Theorie, da ist nichts richtig.“
 (männlich, 87 Jahre)

Bereits bei dieser Aussage wird auch das verständlicherweise gegebene Misstrauen seitens der Befragten in Bezug auf die Frage nach der Möglichkeit, persönliche Wertgegenstände sicher aufzubewahren, ersichtlich. Dies zeigt sich bereits dadurch, dass 15 Befragte diesbezüglich keine Antwort gaben. Einer Person wurde diese Frage aufgrund der bereits bei der Frage nach dem Zimmerschlüssel erkennbaren Irritation nicht gestellt.

Von jenen Bewohnerinnen (n: 19) die sich zu dieser Frage äußerten gaben etwas mehr als die Hälfte an, dass die Möglichkeit, Wertgegenstände sicher aufzubewahren, für sie gegeben sei. Von den restlichen Bewohnerinnen wurde neben der Angabe, dass sie kein

verschießbares Kästchen zur sicheren Aufbewahrung oder keinen Schlüssel dafür besitzen, auch wieder die mangelnde Sicherheit des Schlosses thematisiert.

6.4.4.3. Umgang mit persönlichem Eigentum der Bewohnerinnen seitens des Personals

Drei Viertel der befragten Bewohnerinnen (n: 32) gaben an, dass das Personal der Einrichtungen ihr persönliches Eigentum mit Sorgfalt behandelt. Von den restlichen Bewohnerinnen wurde unter anderem der Verlust von Bargeld, Wertgegenständen, Büro- und Kosmetikartikeln sowie von Wäschestücken, die in die Wäscherei gegeben wurden, thematisiert. Auch hier zeigte sich zum Teil eine große Unsicherheit in Bezug auf die Ausgestaltung der konkreten Aussagen seitens der Bewohnerinnen, was folgendes Zitat verdeutlichen soll:

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr persönliches Eigentum in der Einrichtung mit Sorgfalt behandelt wird bzw. ist schon einmal etwas abhanden gekommen?

„Leider.“ (Schweigen)

Leider, das heißt?

„Kleinigkeiten.“

Kleinigkeiten? Und was sind für Sie Kleinigkeiten?

„Na, ja, muss ich dazu etwas sagen?“

Nein, Sie müssen natürlich nichts Näheres dazu sagen.

„Schreiben Sie Kleinigkeiten.“

Darf ich noch einmal lästig sein! Was verstehen Sie unter dem Wort Kleinigkeiten?

„Na, ja sagen wir z. B. Parfum oder ein schönes Schreibutensil, das verstehe ich unter Kleinigkeiten.“

(weiblich, 94 Jahre)

Dass aber auch hier zum Teil wieder die körperliche und geistige Verfassung der Bewohnerinnen die Erhebungsergebnisse beeinflusst, zeigt der nachfolgende Interviewauszug:

„Und ich weiß ja das alles auswendig! (Schweigen) Das ist weg! Und jetzt sind wir dabei (Schweigen). Vermutlich geht meiner Frau mehr ab, weil sie ist zerstreut und unkonzentriert, und da habe ich gesagt „Bevor wir etwas sagen, musst du genau suchen!“ und da sind wir jetzt dabei. Es geht überhaupt nichts weiter. Wenn es so weiter geht, sterben wir vorher. Die paar Sachen, die wertvollen, sind alles Sachen der Frau gewesen, weil ein Mann der hat ja nicht viele. Da sind ja nur vier Männer, da ist das nicht so schlimm. Sie hat nur eine Schmuckschachtel, eine Lederne, gehabt. (Schweigen) Stellen Sie sich jetzt aber nicht vor, dass da sehr viel drinnen war. Da war ein Brillantring drinnen, den ich ihr einmal geschenkt habe, der Ehering und eine Korallenkette. Das war der Inhalt von der Kasette und da müssen wir erst schauen, ob die überhaupt noch da ist? (Schweigen) Da hat es was! Es geht auch noch was anders ab, bei der Wäsche der Frau.“

(männlich, 87 Jahre)

Insgesamt wird hier neben der Problematik der Unsicherheit der Bewohnerinnen ersichtlich, dass ein wertschätzender Umgang mit den von den Bewohnerinnen thematisierten Verlusten seitens des Personals das Gefühl der Sicherheit positiv beeinflussen könnte.

6.4.4.4. Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Praktikantinnen

Nicht ganz drei Fünftel der befragten Bewohnerinnen (n: 33) gab an, dass ihnen neue Mitarbeiterinnen oder Praktikantinnen vorgestellt werden. Zudem gaben auch bis auf eine der befragten Personen alle an, dass dies für sie wichtig sei, was folgende Aussage veranschaulichen soll:

Werden Ihnen neue Mitarbeiterinnen oder Praktikantinnen vorgestellt?

„Genau, die werden vorgestellt.“

Ist Ihnen das auch wichtig?

„Freilich, das ist mir sehr wichtig. Erstens möchte ich denjenigen kennen lernen, vom Namen her. Wenn ich jemanden zwei, dreimal höre, reden höre, dann kenne ich ihn. Auch wenn ich ihn nicht sehe.“

(weiblich, 87 Jahre)

Von den restlichen Bewohnerinnen wurde angegeben, dass dies nur manchmal der Fall sei, oder dass ihnen neue Mitarbeiterinnen gar nicht vorgestellt werden, was nachstehender Interviewauszug verdeutlicht:

„Kein Mensch. Kein Mensch wird vorgestellt. Das ist etwas das mich sehr gestört hat. Nur die Schwester XY ist gekommen. Na, ja irgendjemand muss ja kommen, aber sonst. (Schweigen) Nein, das hat mich sehr gestört! Es ist keiner vorgestellt worden.“ [Bewohnerin thematisiert hier ihren Einzug in die Einrichtung, d. Verf.]

Und auch jetzt nicht, wenn eine neue Mitarbeiterin kommt? Dass z. B. jemand mit dieser zu Ihnen kommt und sagt: „Das ist die Frau XY und sie ist jetzt die nächsten drei Wochen bei uns?“

„Das hat einmal eine gemacht aber (Schweigen).“ (...)

„Ja, bei dem Wechsel. Das ist etwas, das mich stört, dieser ewige Wechsel des Personals.“

(weiblich, 86 Jahre)

Insgesamt zeigt sich hier, dass es für die Bewohnerinnen sehr wichtig wäre, dass ihnen neue Mitarbeiterinnen und Praktikantinnen vorgestellt werden. Unter dem Aspekt der Sicherheit für die Bewohnerinnen könnte dies dazu beitragen, dass diese die Funktion neuer Mitarbeiterinnen und deren Kompetenzen kennen sowie eine Vertrauensbasis und eine Beziehung zu diesen Personen aufbauen können. Hier empfiehlt sich eine standardisierte Vorgehensweise mittels der Entwicklung eines Leitfadens für die Einführung von neuen Mitarbeiterinnen bei den Bewohnerinnen.

6.4.4.5. Unterstützung durch das Pflegepersonal

Zur Qualitätsdimension der Sicherheit zählt auch eine sichere und kompetente Unterstützung der Bewohnerinnen bei pflegerischen Handlungen. Bis auf drei der befragten Bewohnerinnen (N: 33) gaben alle an, dass sie seitens des Pflegepersonals ausreichende Unterstützung erhalten. Dennoch zeigt sich auch hier die Tendenz der Senkung des Anspruchsniveaus seitens der Bewohnerinnen, was nachfolgende Aussagen veranschaulichen:

„Ja, wie soll ich sagen? (Schweigen) Ich will eigentlich gar nichts anderes als zu erwarten ist und das bekomme ich.“
(männlich, 87 Jahre)

„Ich sage das eine, es sind Verschiedene. Da sind ein paar, die machen das wie soll ich sagen, zur Zufriedenheit und andere sind so schnell-schnell.“

Es gibt Unterschiede, je nachdem welche Schwester oder welcher Pfleger?

„Ja, dann denke ich mir oft, die macht es aus (Schweigen). Ich muss sie ja bewundern, sie haben ja Geduld, wenn die alten Leute, die Kranken (Schweigen), da gehört etwas dazu.“

Sie merken Unterschiede, dass manche mehr engagiert sind, sage ich jetzt einmal, und manche weniger?

„Auf alle Fälle.“

(weiblich, 87 Jahre)

In Bezug auf die etwas kritischeren Aussagen wird zudem ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der seitens des Pflegepersonals gewährten Unterstützung und einem höheren Betreuungs- und Pflegebedarf der befragten Personen ersichtlich, was nachstehender Interviewauszug einer Person, die aus gesundheitlichen Gründen an das Bett gebunden ist, verdeutlichen soll:

Fühlen Sie sich vom Pflegepersonal ausreichend unterstützt?

„Eine ja, eine nein.“

Ist es unterschiedlich?

(Bewohner nickt)

Hätten Sie da Wünsche bezüglich der Schwestern, was sie besser machen könnten?

(Bewohner nickt) „Da sind einige dabei, die (Schweigen). Eine Stunde telefonieren. Die Uhr da, da schaue ich.“

(Bewohner zeigt auf seine Uhr)

Da schauen Sie, wie lange sie telefonieren?

„Ja.“

Das ist manchmal eine Stunde? Wenn sie bei Ihnen im Zimmer herinnen sind? Wirklich wahr?

(Bewohner nickt)

(männlich, 70 Jahre)

Es empfiehlt sich somit in Bezug auf die Gewährleistung der Sicherheit bei der Unterstützung von Bewohnerinnen auch hier die Bemühungen seitens der Einrichtungen verstärkt auf die Bewohnerinnen mit einem höheren Pflegebedarf zu lenken.

Insgesamt zeigt sich, dass die Qualitätsdimension Sicherheit in den ausgewählten Einrichtungen aus der Sicht der befragten Bewohnerinnen gut umgesetzt wird. Zur Förderung des Sicherheitsgefühls könnte jedoch das Versperren der Türen durch das Personal beim Verlassen des Zimmers jener Bewohnerinnen, die besonderen Wert darauf legen, beitragen. Weiters wurde seitens der Befragten thematisiert, dass sie zum Teil keine Möglichkeit haben, Wertgegenstände sicher in ihrem Zimmer aufzubewahren. Auch hier könnte seitens der Einrichtungen auf jene Bewohnerinnen, die darauf einen besonderen Wert legen, durch entsprechende Maßnahmen eingegangen und somit deren Gefühl der Sicherheit gefördert werden. In Bezug auf den Umgang mit dem persönlichen Eigentum empfiehlt sich seitens der Einrichtungen ein wertschätzendes Eingehen auf die von den

Bewohnerinnen thematisierten Verluste. Zudem könnte das Gefühl der Sicherheit durch die Vorstellung von neuem Personal oder Praktikantinnen durch bestehende Mitarbeiterinnen gefördert werden.

6.4.5. Tagesgestaltung der befragten Bewohnerinnen

In Bezug auf die Tagesgestaltung der Bewohnerinnen wurde unter anderem deren Nutzung der, seitens der Einrichtungen angebotenen Aktivitäten sowie deren Teilnahme an Veranstaltungen und Festen in den Einrichtungen erhoben.

Es wurden hier signifikante Unterschiede zwischen den Häusern ersichtlich. Während die Erhebungsergebnisse des Hauses I und II eine sehr geringe Teilnahme der Bewohnerinnen zeigen, das heißt von den befragten Bewohnerinnen dieser beiden Häuser (n: 23) gaben nur ein Fünftel an, dass sie das Angebot an Aktivitäten nutzen, gaben im Haus III alle der befragten Bewohnerinnen (n: 11) an, dass sie zum Teil mehrere der unterschiedlichen Angebote der Einrichtung nutzen.

Zudem wurden in den Häusern I und II seitens der befragten Bewohnerinnen selbständig nur zwei Aktivitäten, die Gymnastik sowie das Gedächtnistraining, thematisiert, obwohl in diesen Häusern eine wesentlich breitere Angebotspalette besteht. Die Bewohnerinnen des Hauses III nannten hingegen beinahe alle der vom Haus angebotenen Aktivitäten und zwar Gymnastik, Gedächtnistraining, Yoga, Trommeln sowie Ausflüge.

Seitens der befragten Bewohnerinnen der Häuser I und II wurden als Gründe dafür, dass sie an den angebotenen Aktivitäten nicht teilnehmen unter anderem folgende genannt:

- mangelnde Kompetenz jenes Personals, welches die Aktivitäten leitet
- mangelnde Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen
- das Gedächtnistraining stellt für die geistig regen Bewohnerinnen aufgrund der gemischten Gruppen und der daraus resultierenden Anpassung an die Ressourcen der geistig weniger regen Bewohnerinnen keine Herausforderung dar
- sehbeeinträchtigte Bewohnerinnen sind mit den schriftlichen Übungen beim Gedächtnistraining überfordert und nehmen daher nicht daran teil
- auch leichte körperliche Beeinträchtigungen verunsichern die Bewohnerinnen und führen in weiterer Folge dazu, dass sie an den Aktivitäten nicht teilnehmen, um niemandem zur Last zu fallen

Dass es in den Häusern I und II einer verstärkten Motivation und Information der Bewohnerinnen seitens der Einrichtungen bedarf, zeigt der direkte Vergleich mit Haus III. Die

mangelnde Teilnahme kann somit nicht alleine durch das Desinteresse der Bewohnerinnen begründet werden.

Bei der Frage, an welchen Veranstaltungen und Festen der Einrichtungen die Bewohnerinnen teilnehmen, gaben in den Häusern I und II mehr als zwei Fünftel der befragten Bewohnerinnen (n: 22) an, dass sie an keinen Veranstaltungen sowie Festen teilnehmen. Auch hier kann die geringe Teilnahme der Bewohnerinnen nicht alleine im Desinteresse begründet liegen, da im Haus III alle befragten Bewohnerinnen (n: 9) angaben, bei Festen und Veranstaltungen der Einrichtungen mit zu machen.

Insgesamt zeigt sich hier, dass sich die Häuser I und II in Bezug auf die Möglichkeiten zur Motivation und Information der Bewohnerinnen am Best-Practice-Beispiel des Hauses III orientieren könnten. Hier wurden zwei Personen des Pflegepersonals aus der Pflege herausgelöst. Diese beiden Personen bilden das so genannte „Aktiv-Team“ und sind für die Koordination und Gestaltung von Aktivitäten mit den Bewohnerinnen im Haus zuständig. Ein wesentlicher Schwerpunkt des Aktiv-Teams liegt auch in der bedarfsgerechten und laufenden Information der Bewohnerinnen über aktuelle Angebote. Dieser Schwerpunkt ist für die Förderung der Teilnahme der Bewohnerinnen besonders wichtig, da aufgrund der physischen oder psychischen Verfassung der Bewohnerinnen, deren alleinige Information über Aushänge in den Stockwerken nicht ziel führend ist. Zudem würde eine Gruppenbildung unter Berücksichtigung der Ressourcen der Bewohnerinnen möglicherweise die Teilnahme an Aktivitäten, bei welchen sich die Bewohnerinnen aktiv einbringen können, steigern.

6.4.6. Umgang mit Beschwerden

Im Rahmen der Interviews wurde auch im Sinne der Werte Selbst- und Mitbestimmung sowie Wertschätzung versucht, den Umgang mit Beschwerden der Bewohnerinnen seitens der Einrichtungen zu erheben. Dieser sollte mittels der Frage, ob sich die befragten Bewohnerinnen bereits über Vorgänge in den Einrichtungen beschwert haben sowie mittels der Frage nach den Beschwerdegründen oder den Gründen dafür, dass es noch zu keiner Beschwerde seitens der Bewohnerinnen kam, ermittelt werden. Weiters wurden die Bewohnerinnen nach den bevorzugten Ansprechpartnerinnen bei Beschwerden gefragt und abschließend wurde erhoben, ob seitens der Bewohnerinnen das Gefühl gegeben sei, dass das Personal der Einrichtungen ihre Beschwerden ernst nimmt bzw. ob es durch die von den Bewohnerinnen bereits geäußerten Beschwerden zu Veränderungen in den Einrichtungen kam.

6.4.6.1. Äußern von Beschwerden

Etwas mehr als drei Fünftel der befragten Bewohnerinnen (n: 33) gab an, sich noch nie über Vorgänge in den Einrichtungen beschwert zu haben. Der Großteil dieser Bewohnerinnen nannte als Grund dafür, dass dies bislang noch nicht erforderlich gewesen sei. Insgesamt zeigte sich bei den Fragen zum Thema Umgang mit Beschwerden jedoch eine große Unsicherheit der befragten Bewohnerinnen, welche durch die Wortwahl bei den einzelnen Aussagen erkennbar wurde. Dies soll durch das nachstehende, exemplarisch ausgewählte Zitat veranschaulicht werden:

Haben Sie sich schon einmal über Vorgänge im Alten- und Pflegeheim beschwert?
„Nein. Ich glaub, die Schwestern sagen auch nicht, dass ich irgendwie auffällig bin, aber Sie wissen ja eh (Schweigen). Ich will nicht als aufmüpfig gelten!“
 Ja, schon aber wenn irgendetwas wirklich nicht passt ist man ja nicht aufmüpfig?
„Nein, aber sonst gibt es keinen Grund für Beschwerden.“
 (weiblich, 88 Jahre)

Zudem zeigt sich hier, dass die Lebensgeschichte der gegenwärtigen Bewohnerinnen, welche zum Teil von großen Ängsten und Entbehrungen bedingt durch das Erleben mindestens eines Weltkrieges geprägt ist, deren Werte und Haltungen sehr stark beeinflusst hat. Als Gründe dafür, keine Beschwerden vorzubringen, werden somit auch Lebenserfahrungen sowie Werthaltungen wie Bescheidenheit und Demut in den Aussagen der befragten Personen deutlich ersichtlich, was nachfolgende Interviewauszüge veranschaulichen:

Warum haben Sie sich noch nie beschwert?
„Das ist so. Der Beschwerdeweg ist überall der Gleiche.“
 Wie funktioniert der?
„Ich war fünf Jahre lang Soldat – da war es auch so. Sie sind nicht zufrieden und müssen dann zu ihrem kleinsten Vorgesetzten gehen, der geht zum Nächsten und zum Nächsten. Dann sitzen sie da, dann wird so zu sagen Gericht gehalten und dann sind sie erledigt. Da können sie gar nichts machen.“
 (männlich, 87 Jahre)

„Nein. Ich bin froh, dass ich am Leben bin. Ich hab soviel Unglück mitgemacht. Mir hat damals ein Engel Gottes geholfen. Er hat mich hier eingebürgert. Ich habe in Serbien (Schweigen) man hat mit Maschinengewehr auf 26 Menschen und mich geschossen. Ich hab Heilige Maria und Jesus Christus angerufen und mir ist nichts passiert.“
 (männlich, 85 Jahre)

Diese Aussagen zeugen davon, dass die gegenwärtige Generation der Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen in Bezug auf das Äußern von Beschwerden und Anliegen einer Motivation seitens der Einrichtungen bedarf, sofern diese einen wertschätzenden Umgang mit Beschwerden seitens der Bewohnerinnen anstreben und den Wert der Beschwerde als zentrales Element zur bedarfsorientierten Optimierung der eigenen Leistungen erkennen.

6.4.6.2. Gründe für eine bereits erfolgte Beschwerde

Jene 13 befragten Personen (n: 33) die angaben, bereits Beschwerden geäußert zu haben nannten folgende Gründe:

- mangelnde Empathie und Wertschätzung seitens des Pflegepersonals
- Verschlechterung der Qualität der Lebensmittel sowie der Art der Zubereitung
- lange Wartezeiten in Bezug auf Dienste der Haustechniker (Hausmeister)
- Koordinationsschwierigkeiten in Bezug auf die zeitliche Abstimmung bei bestimmten, von den Bewohnerinnen gewünschten, Unterstützungsleistungen mit dem Pflegepersonal

Diese Personen gaben jedoch auch an, dass es im Zuge der von ihnen geäußerten Beschwerden nicht tatsächlich zu Veränderungen kam, was nachstehende Aussagen verdeutlichen sollen:

(Schweigt und macht eine abwertende Handbewegung) „Ja, man weiß es mit der Zeit ja schon, dass es ins Wasser fällt, so zu sagen!“ (Lacht)
(weiblich, 85 Jahre)

Ist die Bereitschaft da, dass etwas geändert wird?
„Ich glaube weniger. (...) Die haben ihr System und von dem weichen sie auch nicht ab.“
(weiblich, 77 Jahre)

„Nein, da passiert nichts. Gerade was das Essen anbelangt, da passiert überhaupt nichts. Auch im Vergleich zu früher. Als ich hier hergekommen bin wurde immer der Tisch gedeckt.“
(weiblich, 87 Jahre)

Das in diesen Aussagen ersichtliche Gefühl der Nutzlosigkeit von Beschwerden seitens der Bewohnerinnen könnte vermutlich auch dazu beigetragen haben, dass bislang, wie bereits erwähnt, mehr als drei Fünftel der befragten Bewohnerinnen für sie vielleicht dennoch erkennbare Verbesserungspotentiale nicht weitergegeben hat.

6.4.6.3. Wertschätzender Umgang mit Beschwerden sowie erste Anlaufstelle der Bewohnerinnen bei Beschwerden

Das mangelnde Vertrauen der Bewohnerinnen in Bezug auf den wertschätzenden Umgang mit Beschwerden zeigt sich auch darin, dass nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Bewohnerinnen (n: 21) das Gefühl hat, dass von ihnen geäußerte Beschwerden seitens des Personals der Einrichtungen ernst genommen werden. Von den restlichen Bewohnerinnen wurden diesbezüglich unter anderem folgende Aussagen getätigt:

Wenn es also etwas gibt mit dem Sie nicht ganz zufrieden sind, geht dann das Personal darauf ein?

„Nein, nein. Würde nicht darauf eingehen. (...) Da habe ich ein ganz anderes Gefühl.“
(weiblich, 86 Jahre)

„Ja, es kommt auf die Schwester an.“
(weiblich, 86 Jahre)

Als erste Anlaufstelle bei Beschwerden würde der Großteil der befragten Bewohnerinnen dennoch das Pflegepersonal der Einrichtungen sehen. Insgesamt zeigt sich diesbezüglich folgende Verteilung:

Erste Anlaufstelle der Bewohnerinnen bei Beschwerden	Nennungen Haus I, II und III
Pflegepersonal	16
Angehörige bzw. sonstige Bezugspersonen	7
Hausleitung	1
„Ich sag mehr oder weniger gar Nichts!“	1

Tab. 24: Erste Anlaufstelle der Bewohnerinnen bei Beschwerden (eigene Abbildung)

Hier wird ersichtlich, dass die befragten Bewohnerinnen den Umweg über Angehörige und sonstige Bezugspersonen seltener wählen würden und somit die Einrichtungen durch Maßnahmen zur Förderung des Vertrauens wichtige Informationen in Bezug auf die Optimierung der Leistungen direkt von den Bewohnerinnen erhalten könnten.

Insgesamt zeigen die Aussagen in Bezug auf den Umgang mit Beschwerden, dass es vermehrt eines vertrauensvollen, wertschätzenden Umgangs mit geäußerten Anliegen der Bewohnerinnen seitens der Einrichtungen bedarf. Die Bewohnerinnen sollten zum Vorbringen ihrer Anliegen motiviert werden und ein wertschätzender Umgang mit Beschwerden könnte somit zur Steigerung der Zufriedenheit der Bewohnerinnen beitragen. Zudem könnte durch die daraus resultierende Reduktion von Missverständnissen zwischen Bewohnerinnen und Personal aufgrund mangelnder Artikulation von Anliegen auch die Motivation des Personals gefördert werden. Zudem würde die Einführung eines Beschwerdemanagements eine wesentliche Unterstützung für die Einrichtungen in Bezug auf die Optimierung der Dienstleistungen bringen. Der Wunsch nach einem Beschwerdemanagement für die Bearbeitung der Anliegen der Bewohnerinnen und deren Angehörigen wurde auch von einer Führungskraft in einem Gespräch konkret geäußert.

6.5. Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragung sowie Reflexion des Erhebungsinstrumentes

Im Nachfolgenden werden die zentralen Erhebungsergebnisse der Befragung für den Leser bzw. die Leserin zusammengefasst. Zudem erfolgt eine Reflexion des angewandten teilstrukturierten, qualitativen Interviewleitfadens um eine Unterstützung für die zukünftige Evaluation zu geben.

6.5.1. Zentrale Ergebnisse der Befragung

Fasst man die vorliegenden Erhebungsergebnisse der Befragung zusammen, so zeigt sich, dass die befragten Bewohnerinnen mit ihrer aktuellen Lebenssituation in den ausgewählten Einrichtungen weitestgehend zufrieden sind. Es besteht ihrerseits eine realistische Einschätzung in Bezug auf ihre aktuelle Lebenssituation und sie sind sich auch der Tatsache bewusst, dass sie ohne Pflege und Betreuung seitens des Personals der Einrichtungen ihren Lebensalltag nicht bewältigen könnten, was nachfolgender Interviewauszug verdeutlicht:

„Ich kenne eine Frau die hat so eine große Abneigung gegenüber dem Altenheim. Sie sagt das wäre das Letzte, was für sie in Frage käme, aber es ist nicht wahr! (...) Sie ist zu Hause, aber alleine und einmal wird auch die Zeit kommen, wo sie nicht mehr alleine kann und dann ist man eben froh, wenn man jemand läuten kann. (...) Man ist nicht alleine, braucht keine Angst zu haben, dass man stürzt und dass niemand davon etwas bemerkt.(...) Was bleibt einem anderes übrig, als aus der Situation in der man sich gerade befindet das Beste zu machen.“
(weiblich, 89 Jahre)

Die zentralen Qualitätsdimensionen werden im Wesentlichen von den Einrichtungen gewährleistet, dies gilt insbesondere für die Dimension der Sicherheit. Diese stellt auch für die Bewohnerinnen, begründet durch ihre gesundheitliche Verfassung und dem daraus resultierenden Bedarf an Pflege und Betreuung ein wesentliches Kriterium für ihre Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation dar. Die Bewohnerinnen fühlen sich in den Einrichtungen, wie der vorangegangene Interviewauszug verdeutlicht, u. a. deshalb sicherer als in ihrem früheren Haushalt, da das Personal jederzeit für sie abrufbar ist.

In Bezug auf die weiteren Qualitätsdimensionen der Selbst- und Mitbestimmung, der Wertschätzung sowie der Geborgenheit steht für deren Beurteilung seitens der befragten Bewohnerinnen die Qualität der Dienstleistungen im Sinne der allgemeinen Versorgung im Vordergrund. Diesbezüglich zeigt sich, dass die Zufriedenheit der Bewohnerinnen in und mit den Einrichtungen aus der Perspektive der Befragten sehr häufig vom gegenwärtigen gesetzlichen Personalschlüssel bzw. vom Mangel an engagiertem, qualifiziertem Stammpersonal beeinflusst wird. Hieraus resultiert auch eine geringere Möglichkeit zur Entwicklung einer beständigen, von gegenseitigem Vertrauen geprägten Beziehung zwischen Bewohnerinnen und Personal. Es steht für die Befragten jedoch auch hier wieder

das Vertrauen in Bezug auf eine zeitgerechte, sichere, individuelle Pflege sowie der vertrauensvolle Umgang mit den vorrangig gesundheitsbedingten Ängsten und Unsicherheiten im Vordergrund. Das Bedürfnis, mit dem Personal einen intensiveren, persönlichen Kontakt, gekennzeichnet durch längere persönliche Gespräche, zu haben, ist für die Bewohnerinnen zwar von Bedeutung, jedoch nachrangig. Die Befragten zeigen Verständnis für die zeitlich begrenzten Ressourcen des Personals, thematisieren jedoch auch, dass durch zeitgerechte Information und wertschätzende Kommunikation seitens des Personals beiderseitigen Unsicherheiten und Spannungen entgegengewirkt werden könnte.

Es zeigt sich zum Teil bei den Befragten auch eine sehr hohe Unsicherheit in Bezug auf das Äußern von Wünschen, Anliegen und Kritik und dies weist darauf hin, dass es, um den latent vorhandenen, systemimmanenten Dynamiken der gemäßigten totalen Institution (siehe Abschnitt 2.3) entgegenzuwirken, einer verstärkten Motivation der Bewohnerinnen seitens der Einrichtungen bedarf.

Zusammenfassend kann also für die Sicherung und Förderung der Lebensqualität der Bewohnerinnen das zentrale Element der Kommunikation hervorgehoben werden. Dass in den ausgewählten Einrichtungen im Zuge der vertrauensbildenden Maßnahmen diesbezüglich Optimierungspotenziale bestehen, zeigt auch die, ebenfalls in diesen Einrichtungen durchgeführte, Studie von *Jagsch* (vgl. Jagsch 2005, S.48).

Es muss an dieser Stelle jedoch angemerkt werden, dass seit 2010 in den ausgewählten Einrichtungen ein neues Pflegekonzept umgesetzt wird. Inwieweit diese Umstellung auf das bereits erwähnte Pflegekonzept mit Biografiebezug nach *Krohwinkel* (siehe Abschnitt 2.4.2) unter Einarbeitung des Lebensweltkonzeptes von *Krämmmer* die Interaktionen und Kommunikation in den Einrichtungen und somit die zukünftige Lebensqualität der Bewohnerinnen beeinflusst, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden.

6.5.2. Reflexion der teilstrukturierten, qualitativen Leitfaden-Interviews

Wie im Zuge der Befragung ersichtlich wurde, stellt die hohe Anzahl an Fragen für die Befragten keine Belastung dar. Weiters zeigte sich, dass bei einem sehr großen Teil der befragten Bewohnerinnen der hohe Detaillierungsgrad des Leitfadens erforderlich war, da sie mit zu allgemein gefassten Themenstellungen überfordert waren. Dies wird insbesondere bei der für alle Themenschwerpunkte gestellten Frage nach Wünschen und Verbesserungsvorschlägen seitens der Befragten deutlich. Die hier am häufigsten getätigten Aussagen spiegeln sich im nachfolgenden Zitat:

„Passt eh alles! Es ist im Prinzip alles in Ordnung. Nein, da wüsste ich nicht was.“

(weiblich, 83 Jahre)

Es würde sich hier also empfehlen, neben der Frage nach den Wünschen und Verbesserungsvorschlägen für die Bewohnerinnen zudem auch schon konkrete Angebote mit zu liefern.

Im Zuge der Leitfadeninterviews wurde zudem die Beeinflussung der Ergebnisse durch die Überforderung in Bezug auf die Auswahl vorgegebener Antwortkategorien sowie die Tendenz zu einer positiveren Beurteilung aufgrund des Effektes der sozialen Erwünschtheit als Quelle für Antwortverzerrungen deutlich. Den Interviewpartnerinnen wurde die Möglichkeit gegeben, die Bereiche Wohnen, Pflege, Gemeinschaft, Tagesablauf sowie die aktuelle Lebenssituation nach dem Schulnotensystem zu beurteilen. Bei vielen befragten Bewohnerinnen löste dies große Unsicherheit und Verwirrung aus. Die Fragen konnten zum Teil nicht beantwortet werden oder die befragten Personen konnten sich nach längerer Zeit zwar zu einer Note durchringen, tätigten in weiterer Folge jedoch Aussagen, die stark im Widerspruch zu der vergebenen Note standen, was nachstehende Aussagen veranschaulichen sollen:

„Da möchte ich sowieso gar nichts sagen, weil dieses Notengeben wird nur falsch verstanden!“

(weiblich, 90 Jahre)

Welche Note nach dem Schulnotensystem würden Sie für die Gemeinschaft unter den Bewohnern und Bewohnerinnen geben?

„Gemeinschaft haben wir gar keine!“

Und welche Note würden Sie dann für die Gemeinschaft vergeben?

„Auch einen Einser.“

(männlich, 80 Jahre)

Diese Erkenntnis spiegelt auch die von *Gebert* und *Kneubühler* geäußerte Kritik am Einsatz von Skalierungen bei Bewohnerinnenbefragungen wider. Aufgrund des hohen Interpretationsspielraumes der Erhebungsergebnisse der Benotungsfragen werden diese in der vorliegenden Arbeit nicht dargestellt und es empfiehlt sich auch für die zukünftige Evaluation der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen, auf Skalierungen zu verzichten (vgl. *Gebert/Kneubühler*, S. 344f).

Im Zuge dieser kritischen Reflexion des Instrumentes muss auch noch angemerkt werden, dass die Aussagen auf die Fragen nach der Wichtigkeit einzelner Leistungen zum Teil sehr stark vom Erfüllungsgrad des in der Frage angesprochenen, jeweiligen Bedürfnisses abhängig waren. Es zeigt sich die Tendenz, dass bei einem geringen Erfüllungsgrad seitens der Befragten auch eine geringere Wichtigkeit thematisiert wurde und bei einem hohen Erfüllungsgrad eine große Wichtigkeit. Es wird hier die von *Lambert* ebenfalls thematisierte

Problematik erkennbar, dass es für die Bewohnerinnen schwierig ist zwischen Zufriedenheit und Wichtigkeit zu unterscheiden. Es empfiehlt sich somit, diese Fragen nur sehr gezielt und bei einzelnen Fragen in die weiteren Erhebungen mit einzubeziehen (vgl. Lambers 2004, zit. nach: Promberger/Lorenz 2008, S. 60).

Weiters wurde im Rahmen des Fragenblocks zum Thema „Umgang mit Beschwerden“ deutlich erkennbar, dass bei den befragten Personen der Begriff „Beschwerde“ zu großer Verunsicherung führte. Er wurde daher in der Befragung weitestgehend durch den Begriff „Anliegen“ ersetzt. Dies empfiehlt sich auch für die künftige begriffliche Ausgestaltung des Beschwerdemanagements der Einrichtungen.

Abschließend muss noch darauf hingewiesen werden, dass das Kriterium „Essen“, resultierend aus den Erfahrungen im Zuge der explorativen Experteninterviews, nicht in den Leitfaden miteinbezogen wurde. In den explorativen Experteninterviews wurde dieses Thema angesprochen und es wurde ersichtlich, dass diesem sehr subjektiven Kriterium seitens der Bewohnerinnen sehr viel Gesprächszeit gewidmet wurde. Dies führte zu der Überlegung, dass im Rahmen der teilstrukturierten, qualitativen Leitfadeninterviews der Bereich Essen seitens der Interviewenden nicht thematisiert werden sollte, da davon ausgegangen werden konnte, dass jene Bewohnerinnen, die dem Essen eine große Bedeutung beimessen, dieses Thema selbständig ansprechen. Diese Vorgehensweise hat sich bewährt und empfiehlt sich auch für die weiteren Interviews.

7. Die Beobachtung

Wie bereits erwähnt, wurden in die vorliegende empirische Untersuchung auch Bewohnerinnen mit einer stärkeren Ausprägung von demenziellen Erkrankungen mit einbezogen. Hierfür wurde seitens der Kontaktperson des Auftraggebers eine Beobachtung von Bewohnerinnen nach den Kriterien der Dementia Care Mapping (DCM) Methode vorgeschlagen. Um dem Leser diese Methode einer nicht teilnehmenden Beobachtung näher zubringen, wird der Begriff der nicht teilnehmenden Beobachtung sowie die Dementia Care Mapping (DCM) Methode im nachfolgenden Kapitel kurz näher erläutert. Weiters werden die Überlegungen in Bezug auf die Adaption der Methode sowie auf die konkrete Durchführung der Beobachtung im Zuge der vorliegenden Studie dargestellt und beschrieben.

7.1. Die Dementia Care Mapping (DCM) Methode

Ob und inwieweit die Bedürfnisse von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen in stationären Einrichtungen befriedigt werden, kann mit der Dementia Care Mapping (DCM) Methode erhoben werden. Diese nicht teilnehmende Beobachtung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen, bei denen eine Befragung nicht mehr durchführbar ist, wurde an der Universität Bradford von *Tom Kitwood* und *Kathleen Bredin* Ende der 1980er Jahre entwickelt (vgl. Müller-Hergl 2004, S. 9).

Die nicht teilnehmende Beobachtung unterscheidet sich von der Methode der teilnehmenden Beobachtung dadurch, dass die Beobachter das Alltagsleben der zu Beobachtenden beschreiben, ohne an diesem teilzunehmen bzw. ohne mit den Beobachteten zu interagieren. Der Beobachter ist somit ein Außenstehender, ein nicht in das Geschehen Involvierter (vgl. Bortz/Döring 2005, S. 267).

Folgende zentrale Aussage fasst das DCM als nicht teilnehmende Beobachtungsmethode zur Evaluation der Pflegequalität zusammen:

„Es beruht unter Anwendung einer Kombination von Empathie und Beobachtungsgabe auf dem ernsthaften Versuch, den Standpunkt der dementen Person einzunehmen.“

(Kitwood 2004, S. 21)

Die DCM-Methode zielt auf das Abbilden von Demenzpflege und -betreuung ab. Sinn und Zweck des Einsatzes dieses Instrumentes ist es, bei Evaluationen die Weiterentwicklung der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz zu forcieren, um damit ihr Wohlbefinden

zu verbessern. Zudem kann das Verfahren auch der Personal- und Organisationsentwicklung sowie der Qualitätsentwicklung dienen und außerdem zur Selbsterfahrung und zur Sensibilisierung in Bezug auf die Bedürfnisse von Menschen mit demenziellen Erkrankungen maßgeblich beitragen (vgl. Müller-Hergl 2010, S. 3).

Basis für die DCM-Methode bildet eine mindestens zwölfstündige Beobachtung eines Pflege- und Betreuungssettings von fünf bis maximal 10 Personen mit Demenz, wobei die Aufteilung auf zwei Tage mit einer täglichen Mindestbeobachtungsdauer von sechs aufeinander folgenden Stunden empfohlen wird (vgl. Müller-Hergl 2004, S. 9).

Die Beobachtung findet nicht in den privaten Räumen der Beobachtungspersonen statt und kann auf den nachstehenden vier Ebenen erfolgen (vgl. Innes 2004, S.87):

1. Verhaltenskategorien (Behaviour Category Coding, BBC)
2. Wohlbefindlichkeitswerte (Well-and-Ill-Being, WIB)
3. Personale Detraktionen
4. Positive Ereignisse

Die Beobachtung im Rahmen der vorliegenden Studie erfolgte nach den ersten beiden Ebenen des DCM, den Verhaltenskategorien (Behaviour Category Coding, BCC) sowie den Wohlbefindlichkeitswerten (Well-and-Ill-Being, WIB) nach DCM 7. Die 24 nominalen Verhaltenskategorien stellen Ereigniszusammenfassungen dar, welche sich aus komplexen Mikro-Verhaltensweisen zusammensetzen, die in fünfminütigen Beobachtungsintervallen seitens der Beobachterinnen erfasst werden. Die abschließende, grafische Darstellung dieser Verhaltenskategorien ermöglicht es dem Pflgeteam somit einen Überblick über die Handlungen der beobachteten Personen innerhalb des gesamten Beobachtungszeitraumes zu geben und sie liefert eine fundierte Grundlage für die seitens der beobachteten Bewohnerinnen benötigte Unterstützung. Auf diese beiden Ebenen wird im Abschnitt 7.2 noch detaillierter eingegangen.

Die Ebene der personalen Detraktionen dient der Beschreibung von Interaktionen, welche zu einer Erniedrigung der Bewohnerinnen führen. Diese Ebene wurde von den Feldforscherinnen nicht miteinbezogen, da sie auch in der Literatur nur als „im Bedarfsfall mit einzubeziehen“ angegeben wird und zudem für die erste Durchführung insgesamt zu umfassend gewesen wäre. Auch der Kategorisierungsrahmen der positiven Ereignisberichte, der einer Beschreibung jener Momente dient, in welchen die Bewohnerinnen ein erhöhtes Wohlbefinden zeigen, wurde nicht verwendet, da dieser den noch am wenigsten entwickelten Kodierungsrahmen darstellt (vgl. Innes 2004, S. 15ff).

Seitens der Beobachtenden erfolgt somit in regelmäßigen Intervallen eine laufende Dokumentation in Bezug auf die ersten beiden Ebenen, die Handlungen und das Befinden der einzelnen zu beobachtenden Personen. Diese Beschreibungen geschehen in stark vorstrukturierter Form nach festgelegten Kodierungen in fünfminütigen Intervallen für jede zu beobachtende Person. Zudem können allgemeine Beobachtungen als Feldnotizen aufgezeichnet und in die gesamte Evaluation miteinbezogen werden (vgl. Müller-Hergl 2004, S. 9).

Die Informationen aus den Kodierungsrahmen werden nach der Beobachtungsdurchführung ausgewertet und liefern sowohl qualitative als auch quantitative Daten. Die Codes der Verhaltenskategorien sowie die Werte für Wohlbefinden bzw. Unwohlsein können grafisch dargestellt werden, wodurch die Handlungen sowie das Befinden einzelner Bewohnerinnen oder Bewohnerinnengruppen verglichen oder Veränderungen von einer Beobachtung zur Nächsten aufgezeigt werden können (vgl. Innes 2004, S.88f).

Zusammengefasst liefern die Auswertungen der Beobachtungsergebnisse dem Pflegeteam eine Diskussionsgrundlage, anhand derer zum einen über Wege zur gezielten Steigerung bestimmter Aktivitäten oder des Wohlbefindens der Bewohnerinnen gesprochen werden kann und zum anderen über die möglichen Gründe für einen Mangel an bestimmtem Verhalten oder für das Unwohlsein. Die DCM-Methode wurde in Deutschland 1997 eingeführt und bislang wurden über 1300 „Mapper“ (Bezeichnung für die Beobachter nach DCM) ausgebildet (vgl. Müller-Hergl 2008, S. 2).

7.2. Die Adaption der Dementia Care Mapping (DCM) Methode

Die Literaturrecherche ermöglichte zwar einen ausführlichen Einblick in Bezug auf das theoretische Konzept des DCM. Trotz Kontaktaufnahme mit DCM-Deutschland war es jedoch aufgrund der Urheberrechte des deutschen „Importeurs“ Christian Müller-Hergl nicht möglich, das detaillierte Handbuch zur konkreten Durchführung und Auswertung der DCM-Methode zu erhalten. Die durchgeführte Beobachtung basierte daher auf den gegebenen Informationen aus der Literatur zum DCM 7 (bezeichnet die 7. Auflage des Ausbildungshandbuches), ergänzt um Überlegungen und eigene Zugänge zum Thema.

Die Beobachtung erfolgte wie bereits erwähnt nach den ersten beiden Ebenen des DCM, der Ebene der Verhaltenskategorien (Behaviour Category Coding, BBC) sowie der Ebene der Wohlbefindlichkeitswerte (Well-and-Ill-Being, WIB). In der zugänglichen Literatur sind manche der Verhaltenskategorien sehr offen formuliert und daraus resultiert, insbesondere in

Bezug auf Bewohnerinnen mit einer stärker ausgeprägten demenziellen Erkrankung, ein sehr hoher, subjektiver Interpretationsspielraum für die Beobachterinnen (vgl. Müller-Hergl 2008, S. 6). Daher empfiehlt sich für die Beobachtung eine Durchführung mittels zwei Beobachtenden sowie eine genaue Absprache und gegebenenfalls eine Erweiterung bzw. Ergänzung der Definitionen aus der Literatur. Hierdurch kann die Reliabilität der Beobachtung gewährleistet und ihre Validität erhöht werden (vgl. Innes 2004, S. 16f).

Nachstehend erfolgt die Darstellung der Codes der Verhaltenskategorien (Behaviour Category Coding, BBC) nach DCM 7, erweitert um ergänzende, eigene Definitionen. Die Beobachtenden entscheiden nach fünf Minuten anhand des Kategorienrahmens, welche die Hauptverhaltensweise jeder zu beobachtenden Person innerhalb dieses Zeitraumes war.

Kode	Stichwort original	Stichwort deutsch	Beschreibung der Kategorie (laut Literatur)	Ergänzende Definition
A	Articulation	Artikulation	mit anderen interagieren – verbal oder nonverbal (ohne offensichtliche Aktivität)	
B	Borderline	Borderline	sozial miteinbezogen sein, aber auf passive Weise	eine andere Person nimmt Kontakt auf (verbal oder nonverbal)
C	Cool	Kalt	sozial nicht einbezogen sein, in sich gekehrt	
D	Distress	Distress	Stress ohne Begleitung	Stressverhalten ohne ersichtlichem Auslöser; das von anderen Personen nicht wahrgenommen bzw. ausgelöst wird
E	Expression	Selbstaussdruck	mit einer kreativen Tätigkeit beschäftigt sein	Beschäftigung ohne offensichtliche Monotonie
F	Food	Essen	Essen und Trinken	
G	Games	Spiele	an einem Spiel teilnehmen	aktive Teilnahme
H	Handicraft	Werken	an einer handwerklichen Tätigkeit teilnehmen	
I	Intellectual	Intellektuelles	eine Aktivität, die sich auf intellektuelle Fähigkeiten konzentriert	Lesen, Kreuzworträtseln
J	Joints	Gelenke	an einer sportlichen oder gymnastischen Übung teilnehmen	
K	Kum & Go	Kommen & Gehen	unabhängiges Gehen, Stehen oder Fortbewegen	Fortbewegung aus eigener Initiative, ohne Ziel und Plan
L	Labour	Arbeit	Arbeit oder Pseudo-Arbeit	
M	Media	Medien	Sich mit Medien beschäftigen	Radio, Fernsehen, Zeitung (bewusste Beschäftigung)
N	Nod, Land of	Schläfchen	Schlafen oder Dösen	
O	Own Care	Selbstpflege	Sich unabhängig selber pflegen	ohne Aufforderung
P	Physical Care	Körperpflege	praktische, physische oder personale Pflege	mit Aufforderung bzw. mit Unterstützung
R	Religion	Religion	an einer religiösen Aktivität teilnehmen	
S	Sex	Sex	Tätigkeit mit explizit sexuellem Selbstaussdruck	
T	Timalation	Basale Stimulation	Beschäftigung mit sinnlicher Wahrnehmung	Sinneswahrnehmung (augenscheinlich) z. B.: Riechen, Fühlen, Schmecken
U	Un-responded	Ohne Antwort	Kommunizieren ohne Antwort	Ignoranz seitens des Anderen

W	With-standing	Aushalten	Repetitive Selbststimulation	Monotone Handlungen wie Wippen, Nesteln, usw.
X	X-Cretion	Ausscheidung	Ausscheidung	Harn- oder Stuhlaus-scheidung, Erbrechen
Y	Yourself	Halluzination	mit sich selbst oder einer imaginären Person sprechen	
Z	Zero Option	Nulloption	Verhalten, das in keine der Kategorien passt	

Abb. 8: Die Codes der Verhaltenskategorien nach DCM 7 (verändert entnommen aus: Müller-Hergl 2008, S. 22f)

Diese Verhaltenskategorien des DCM 7 lassen sich grob in die nachstehenden zwei Typen gliedern (vgl. Müller-Hergl 2008, S. 6):

- Typ 1, welcher gekennzeichnet ist durch Tätigkeit, Interaktion und Kommunikation und somit das Personsein und Wohlbefinden zum Ausdruck bringt sowie den
- Typ 2, welcher die restlichen Verhaltenskategorien beinhaltet,

Zudem zählen nach *Müller-Hergl* zu den am häufigsten beobachteten Handlungen Artikulation, Essen, Beobachten, Umhergehen sowie Schlafen.

Zusätzlich zu den Verhaltenskategorien erfolgte die Beschreibung des Befindens nach den kodierten, ordinalen Werten für das Wohlergehen bzw. das Nichtwohlergehen der beobachteten Personen. Dieser Wohlbefindlichkeits- oder Affektwert wird ebenfalls in fünfminütigen Intervallen verzeichnet und veranschaulicht, wie das Befinden und die damit verbundene Lebensqualität der beobachteten Bewohnerinnen innerhalb der Beschreibungsintervalle von den Beobachterinnen beurteilt bzw. wahrgenommen wird. In der Gesamtauswertung kann somit dargestellt werden, innerhalb welcher Zeitspanne sich die Beobachtungsgruppen oder einzelne beobachtete Personen im Zustand des Wohlbefindens bzw. des Unwohlseins befunden haben (vgl. Innes 2004, S 16).

Nachstehend erfolgt die Abbildung der zu vergebenden Werte für das Wohlergehen bzw. das Nichtwohlergehen. Aufgrund der eindeutigen und ausführlichen Definition der Codes für das Wohlerheben bzw. Nichtwohlergehen waren diesbezüglich keine Ergänzungen seitens der Beobachterinnen erforderlich. Die Beschreibung konnte durch laufende Absprache während des Beobachtungszeitraumes relativ eindeutig erfolgen und wie *Müller-Hergl* empfiehlt, wurde bei Veränderungen des Befindens innerhalb eines Beschreibungsintervalls der Wert des längeren Zeitanteiles eingesetzt (vgl. Müller-Hergl 2010, S. 13).

WIB-Werte	Allgemeine Beschreibung der Codes
+5	außerordentliches Wohlbefinden; etwas Besseres ist kaum vorstellbar; sehr hoher Ausdruck von Beteiligung, Selbstaussdruck oder sozialer Interaktion
+3	erhebliche Anzeichen des Wohlergehens; z. B. in Bezug auf Beteiligung, Interaktion oder Aufnahme von Sozialkontakten
+1	der / die TeilnehmerIn wird mit der gegenwärtigen Situation ganz gut fertig; gelegentliche Kontakte zu Anderen sind gegeben; Zeichen des Unwohlseins nicht vorhanden
-1	leichtes Unwohlsein sichtbar, z. B. Langeweile, Rastlosigkeit oder Frustration
-3	beträchtliche Anzeichen von Unwohlsein, z. B. Traurigkeit, Angst oder nachhaltiger Ärger; allmähliches Abstürzen in Apathie und Rückzug; anhaltende Vernachlässigung über eine halbe Stunde hinaus
-5	extreme (erhebliche) Zustände von Apathie, Rückzug, Wut, Trauer oder Verzweiflung; anhaltende Vernachlässigung für mehr als eine Stunde

Abb. 9: Kodierung des Wertes für Wohlergehen bzw. Nichtwohlergehen (entnommen aus: Innes 2004, S. 18)

Der Wert +1 für das Wohlbefinden bzw. Unwohlsein auf dieser Skala beschreibt den „Normalzustand“ und besagt, dass die Beobachtungsperson ihre gegenwärtige Situation ohne erkennbare Freude, aber auch ohne Stress erlebt. Der BBC-Wert +1 ist nach *Müller-Hergl* auch der von den Beobachtenden am häufigsten gewählte Wert und es sollte somit bei der Diskussion der Erhebungsergebnisse das Hauptaugenmerk nicht auf diesen „Normalzustand“ sondern auf die restlichen Werte gelegt werden (vgl. Müller-Hergl 2008, S. 7).

Für die Analyse der Ergebnisse seitens des Pflegeteams empfiehlt sich zudem eine Einzelauswertung für jede Beobachtungsperson, da die Gesamtauswertung einen hohen Grad des Unwohlseins von Einzelpersonen verschleiern könnte (vgl. Innes 2004, S. 90).

7.3. Die Durchführung der Beobachtung in Anlehnung an das DCM

Für die Beobachtung nach DCM wurde seitens der Einrichtung eine Wohngruppe für Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen basierend auf dem Integrationsprinzip ausgewählt. Zudem wurden von der Einrichtung fünf Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen dieser Wohngruppe für die Beobachtung vorgeschlagen. Die Pflegedienstleitung wurde im Vorfeld über die geplanten Durchführungstermine der Beobachtung informiert und zeigte sich sehr kooperativ.

Die Beobachtung wurde durch zwei Personen, an zwei nicht aufeinander folgenden Werktagen, einmal am Vormittag und einmal am Nachmittag, mit dem Ziel, den gesamten Tagesablauf der Bewohnerinnen abzubilden, im Gemeinschaftsraum der Wohngruppe durchgeführt. Die Wahl von Werktagen beruht auf der Tatsache, dass der Personaleinsatz am Wochenende geringer ist und somit vermutlich weniger Zeit für die intensive Betreuung von Bewohnerinnen zur Verfügung steht. Durch die zeitliche Distanz zwischen den Beobachtungsintervallen sollte die Tagesverfassung der Beobachtungspersonen im

Gesamtergebnis möglichst ausgeblendet werden. Die Beobachtung wurde um 8.00 Uhr begonnen. Die gesamte Dauer der Beobachtung betrug 10 Stunden und 20 Minuten, da der Großteil der Bewohnerinnen um 17.00 Uhr auf das Zimmer ging oder aufgrund des bevorstehenden Dienstwechsels zu Bett gebracht wurde.

Die Beobachterinnen wurden am ersten Tag der Durchführung vom anwesenden Pflegepersonal sehr freundlich empfangen. Dem Pflegepersonal wurde kurz der Grund für die Anwesenheit der Feldforscherinnen erläutert. Am zweiten Beobachtungstag konnten sich die Beobachterinnen bei ihrem Eintreffen in der Wohngruppe dem Pflegepersonal nicht vorstellen, da dieses erst 50 Minuten nach Beobachtungsbeginn, veranlasst durch eine eintreffende Angehörige einer Bewohnerin, aus einem Personalzimmer geholt wurden. Die gesamten in der Wohngruppe lebenden Bewohnerinnen wurden bis zu diesem Zeitpunkt von einer Praktikantin betreut.

Die Daten der Beschreibungen wurden in weiterer Folge elektronisch erfasst und ausgewertet. Neben der Auswertung der BBC-Daten sowie der WIB-Punktezahlen wurden auch noch Feldnotizen aus dem Beobachtungszeitraum in die Ergebnisse miteinbezogen.

8. Die Ergebnisse der Beobachtung sowie zentrale Erkenntnisse und Reflexion des Erhebungsinstrumentes

In diesem Kapitel erfolgt eine Darstellung der Erhebungsergebnisse basierend auf der nicht teilnehmenden Beobachtung nach der Dementia Care Mapping (DCM) Methode. Zudem werden die zentralen Erkenntnisse die aus dieser Beobachtung gewonnen werden konnten für den Leser bzw. die Leserin zusammengefasst. Abschließend wird als Unterstützung für zukünftige Anwender bzw. Anwenderinnen eine Reflexion des Erhebungsinstrumentes geliefert.

8.1. Ergebnisse der Beobachtung nach der Dementia Care Mapping Methode

Zur räumlichen Situation der Wohngruppe kann gesagt werden, dass es sich um einen älteren Bau handelt. Die Zimmer der Bewohnerinnen liegen links und rechts entlang eines langen Flurs und an dessen Beginn befindet sich der große Gemeinschaftsraum. Trotz der älteren Bausubstanz wurde auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen mit Details wie Fotos an den Türen oder mit farblichen Elementen und Dekorationen gestalterisch eingegangen und insgesamt machte der Wohngruppenbereich einen sehr sauberen und angenehmen Eindruck.

In der Auswertung der Ergebnisse wurde der Schwerpunkt auf die Bedürfnisse, resultierend aus dem zentralen Wert des Personseins (dazu zählen Tätigsein, Kommunikation und Interaktion) der beobachteten Bewohnerinnen gelegt (siehe Abschnitt 2.4.3). Nachstehend erfolgt die Abbildung der ausgewerteten Codes der Verhaltenskategorien. Diese Darstellung veranschaulicht die prozentuelle Häufigkeit der Verhaltenskategorien der gesamten Beobachtungsgruppe im Beobachtungszeitraum.

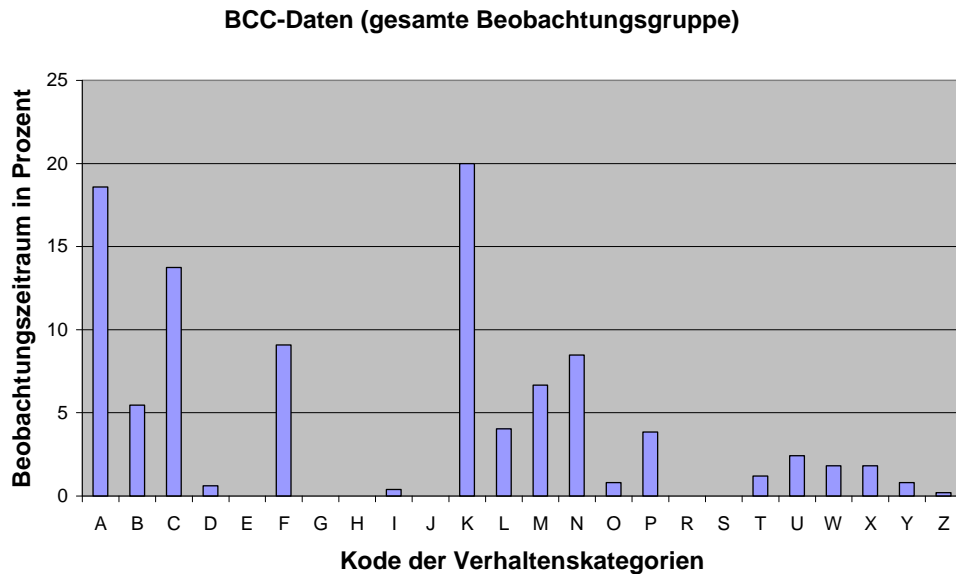


Abb. 10: BCC-Daten der gesamte Beobachtungsgruppe (eigene Abbildung)

Die Grafik zeigt unter anderem, dass während des Beobachtungszeitraumes von 10 Stunden und 20 Minuten innerhalb der gesamten Beobachtungsgruppe insgesamt nicht ganz zwei Stunden kommuniziert wurde (Kode: A) und dass die häufigste Handlung das Fortbewegen aus eigener Initiative ohne Ziel und Plan war (Kode: K). Dies kann auch darin begründet liegen, dass sich mindestens zwei Bewohnerinnen in Bezug auf die Entwicklungsphasen von Demenz vermutlich in der GDS Stufe 5 befanden, welche durch Rast- und Ruhelosigkeit gekennzeichnet ist (siehe Abschnitt 2.4.1).

Weiters wird anhand der Darstellung ersichtlich, dass innerhalb des gesamten Beobachtungszeitraumes keine kreativen Tätigkeiten (Kode: E), keine Spiele (Kode: G) und keine handwerklichen Tätigkeiten (Kode: H) ausgeübt wurden. Da diese Verhaltenskategorien vom Typ 1, der das Tätigsein sowie die Interaktion und Kommunikation beinhaltet, die zentralen Elemente des Personseins bilden, zeigt die Auswertung, dass eben dieses Personsein, insbesondere in Bezug auf das Bedürfnis nach Betätigung, bei der Beobachtungsgruppe nicht befriedigt wurde. Den Bewohnerinnen wurden innerhalb des Beobachtungszeitraumes keine differenzierten Angebote zur Förderung ihres Tätigseins gemacht.

Auch in Bezug auf die Kommunikation seitens des Pflegepersonals mit den Bewohnerinnen muss angemerkt werden, dass sich das Pflegepersonal häufig bei geschlossener Türe in den Personalraum zurückgezogen hat oder dass es sich ohne jegliche Interaktion mit den Bewohnerinnen im Raum aufhielt. So trat zum Beispiel eine Pflegeperson nach längerer Abwesenheit in den Gemeinschaftsraum ein, setzte sich wortlos an den Tisch und las die Zeitung. Für den gesamten Beobachtungszeitraum kann gesagt werden, dass sich die

Aktivitäten und somit auch die Interaktionen des Pflegepersonals mit den Bewohnerinnen im Wesentlichen auf die alltäglichen pflegerischen Handlungen konzentrierten.

Über das Befinden der gesamten Beobachtungsgruppe gibt die nachstehende Abbildung der Werte für das Wohlbefinden bzw. Unwohlsein Aufschluss. Diese Darstellung veranschaulicht die prozentuelle Häufigkeit der WIB-Werte der Beobachtungsgruppe im gesamten Beobachtungszeitraum.

Die Grafik zeigt, dass die gesamte Beobachtungsgruppe innerhalb von etwas mehr als sieben Stunden des Beobachtungszeitraumes mit ihrer gegenwärtigen Situation ganz gut fertig wurde. Innerhalb dieses Zeitraumes hatten die Mitglieder der Beobachtungsgruppe gelegentlich Kontakt zu anderen Bewohnerinnen oder zum Pflegepersonal und es waren für die Beobachterinnen keine Zeichen des Unwohlseins erkennbar (Wert: +1). Sie befanden sich im „Normalzustand“ der, wie bereits erwähnt, weder Anzeichen von Freude noch Anzeichen von Stress beinhaltet.

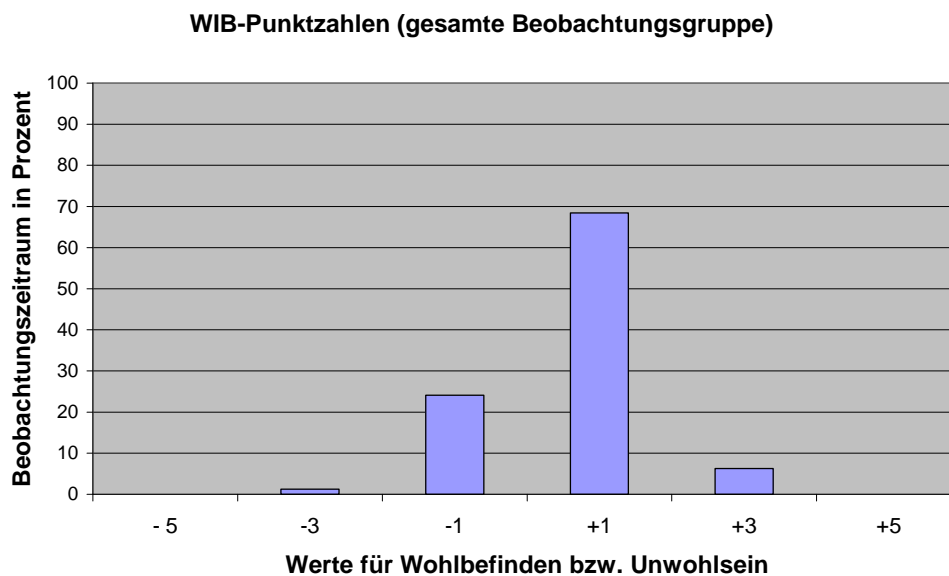


Abb. 11: WIB-Punktzahlen der gesamten Beobachtungsgruppe (eigene Abbildung)

Da der WIB-Wert +1 eben lediglich den Normalzustand der Bewohnerinnen beschreibt, weist er sehr häufig Spitzenwerte auf. Für die Weiterentwicklung der Betreuung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen empfiehlt es sich daher, wie bereits erwähnt, das Augenmerk auf die restlichen WIB-Werte zu legen. Wie die Darstellung zudem veranschaulicht, zeigte die gesamte Beobachtungsgruppe in einer Zeitspanne von insgesamt mehr als zweieinhalb Stunden leichte sowie beträchtliche Anzeichen von Unwohlsein (Werte: -1 und -3) welche sich durch Langweile, Rastlosigkeit, Frustration, Apathie und Rückzug zeigten. Auch für die Werte des Unwohlseins dürften in erster Linie der Mangel an Interaktion und Tätigsein ausschlaggebend sein.

Wie bereits angesprochen, kann die Auswertung der Verhaltenskategorien sowie der Werte für das Wohlbefinden bzw. Unwohlsein, je nach aus der Beobachtung resultierendem Bedarf, auch für einzelne Personen oder Teilgruppen der gesamten Beobachtungsgruppe erfolgen. In Bezug auf die durchgeführte Beobachtung empfahl sich dies zum Beispiel für zwei Beobachtungspersonen, welche eine sehr intensive Beziehung zueinander entwickelt haben und somit wesentlich aktiver waren und häufiger kommunizierten als die restlichen drei Personen der Beobachtungsgruppe. Erst durch diese Trennung konnte der tatsächliche Förderungs- und Unterstützungsbedarf realistisch abgebildet werden. Nachstehend erfolgt die Abbildung der Werte für Wohlbefinden bzw. Unwohlsein jener zwei Personen aus der Beobachtungsgruppe (Beobachtungspersonen 4 und 5), welche einen sehr starken Bezug zueinander haben.

WIB-Punktzahlen (Beobachtungspersonen 4 und 5)

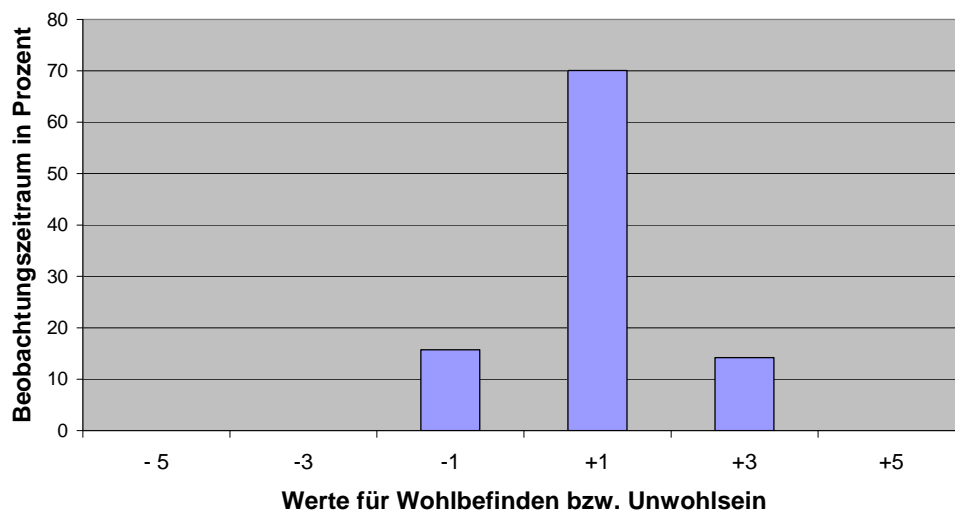


Abb. 12: WIB-Punktezahlen der Beobachtungspersonen 4 und 5 (eigene Abbildung)

Anhand dieser Darstellung wird deutlich, wie sich diese intensive Beziehung zwischen den Beobachtungspersonen 4 und 5 auf die Werte für das Wohlbefinden bzw. Unwohlsein auswirkt. Bei diesen beiden Personen gab es keine beträchtlichen Anzeichen von Unwohlsein (Wert: - 3). Die Zeitspanne innerhalb derer sich diese beiden Bewohnerinnen sichtbar leicht unwohl fühlten (Wert: -1) dauerte insgesamt nur etwas mehr als eineinhalb Stunden. Dafür zeigten diese Bewohnerinnen innerhalb von insgesamt fast eineinhalb Stunden erhebliche Anzeichen des Wohlergehens (Wert: +3). Zum Unterschied dazu erfolgt nachstehend die Abbildung dieser Werte für die restliche Beobachtungsgruppe:

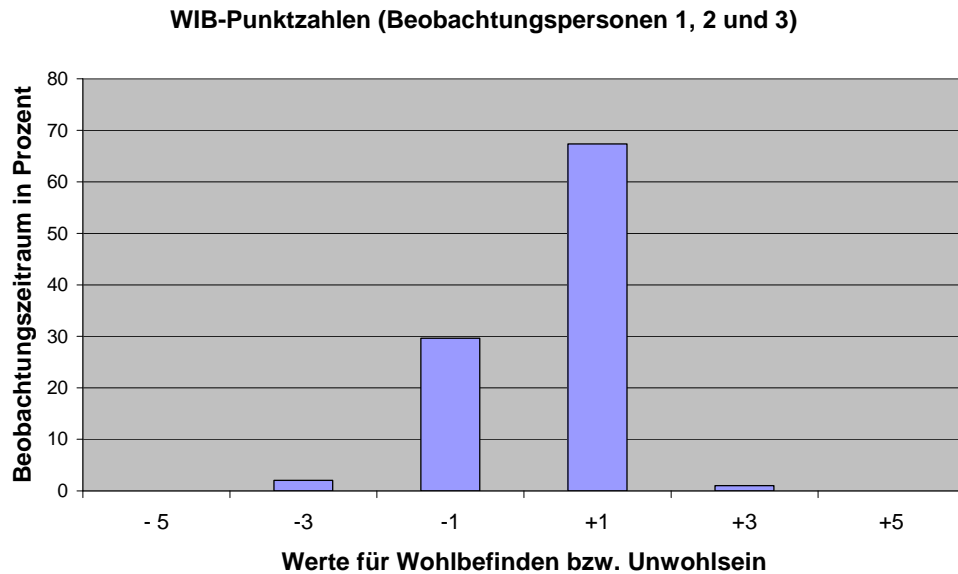


Abb. 13: WIB-Punktezahlen der Beobachtungspersonen 1, 2 und 3 (eigene Abbildung)

Im Vergleich zu den Werten für das Wohlbefinden bzw. Unwohlsein der Beobachtungspersonen 4 und 5 wird anhand dieser Darstellung eindeutig ersichtlich, dass bei der restliche Beobachtungsgruppe kurzzeitig Momente des beträchtlichen Unwohlseins (Wert: -3) gegeben waren und dass sich diese Beobachtungspersonen insgesamt innerhalb eines Zeitraumes von mehr als drei Stunden sichtbar, leicht Unwohl fühlten (Wert: - 1). Dies ist im Vergleich zu den aktiveren Beobachtungspersonen 4 und 5 beinahe ein doppelt so langer Zeitraum.

Weiters ergaben sich für die Beobachtungspersonen 1, 2 und 3 im gesamten Beobachtungszeitraum nur sehr, sehr selten Situationen, in welchen sie erhebliche Anzeichen des Wohlergehens (Wert: +3) zeigten. Die Beobachtungspersonen 4 und 5 zeigten hingegen innerhalb einer Zeitspanne von fast eineinhalb Stunden erhebliche Anzeichen des Wohlergehens, gekennzeichnet durch Beteiligung, Interaktion sowie die Aufnahme von Sozialkontakten.

Für die durchgeführte Beobachtung empfiehlt sich auch eine getrennte Auswertung der Codes der Verhaltenskategorien, um auch in Bezug auf die Handlungen der beobachteten Bewohnerinnen keine Verzerrung durch die starke Verbundenheit und die daraus resultierende gesteigerte Aktivität der Beobachtungspersonen 4 und 5 zu erhalten.

Nachstehend erfolgt die Darstellung der BBC-Daten für die Beobachtungspersonen 1, 2 sowie 3:

BBC-Daten (Beobachtungspersonen 1, 2 und 3)

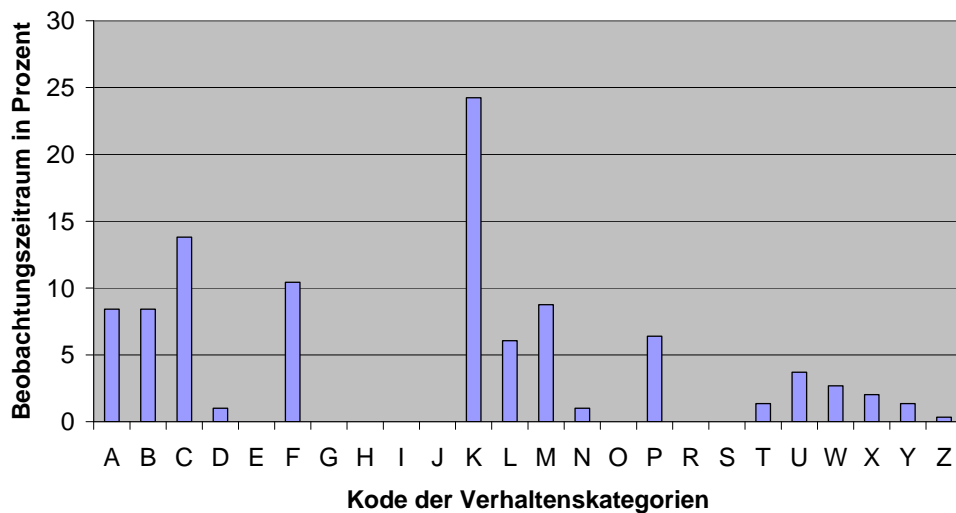


Abb. 14: BBC-Daten der Beobachtungspersonen 1, 2 und 3 (eigene Abbildung)

Wie aus dieser Abbildung ersichtlich wird, war das unabhängige Gehen, Stehen oder Fortbewegen (Kode: K) bei den Beobachtungspersonen 1, 2 und 3 das am häufigsten gezeigte Verhalten. Dieser Teil der Beobachtungsgruppe verbrachte insgesamt zweieinhalb Stunden des gesamten Beobachtungszeitraums mit unruhigem Umherwandern, was den Schluss zulässt, dass sich diese Bewohnerinnen in einer anderen Entwicklungsphase der Demenz befanden als die Beobachtungspersonen 4 und 5. Die Grafik zeigt auch, dass die Beobachtungspersonen 1, 2 und 3 nur weniger als eine Stunde des Beobachtungszeitraums mit anderen interagierten (Kode: A). Im Vergleich dazu erfolgt nachstehend die Darstellung der BCC-Daten der Beobachtungspersonen 4 und 5:

BCC-Daten (Beobachtungspersonen 4 und 5)

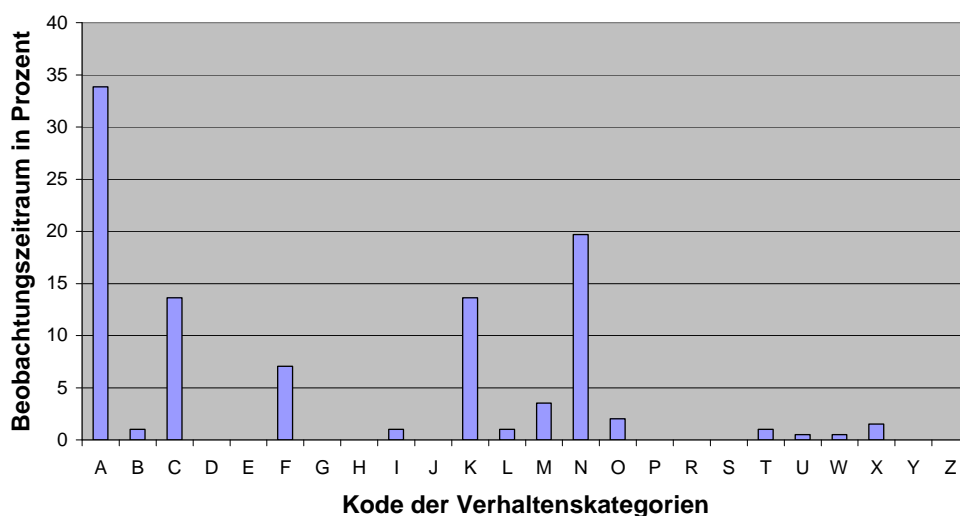


Abb. 15: BBC-Daten der Beobachtungspersonen 4 und 5 (eigene Abbildung)

Wie die Abbildung zeigt, war im Unterschied zu den Beobachtungspersonen 1, 2 und 3 die bei den Beobachtungspersonen 4 und 5 am häufigsten getätigte Handlung die Interaktion mit Anderen (Kode: A). Dieses Verhalten zeigten die Beobachtungspersonen 4 und 5 während dreieinhalb Stunden des gesamten Beobachtungszeitraumes. Somit traten diese Beobachtungspersonen mehr als dreieinhalb Mal so häufig in Interaktionen mit Anderen oder miteinander als die Beobachtungspersonen 1, 2 und 3.

Der ohnedies schon sehr kurze Zeitraum, in dem die Beobachtungspersonen 1, 2 und 3 mit anderen Personen interagierten, beinhaltet zudem auch noch die als nicht positiv zu bewertenden Interaktionen mit Mitbewohnerinnen ohne demenziellen Erkrankungen. Diese Interaktionen führten den Beobachterinnen die bereits im Abschnitt 2.4.2 thematisierten Nachteile des Integrationsprinzips sehr deutlich vor Augen. Die Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen wurden von anderen Bewohnerinnen regelmäßig belehrt, beschimpft und sehr geringschätzig und herablassend behandelt. Seitens dieser Bewohnerinnen wurde den Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen keine Unterstützung zu Teil. Hier trat auch ein Rollenkonflikt (siehe Abschnitt 4.4) auf, da die Beobachtenden bei einer nicht teilnehmenden Beobachtung nicht mit den zu Beobachtenden interagieren sollen.

8.2. Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse

Generell muss angemerkt werden, dass es sich bei der Wohngruppe, in welcher die Beobachtung durchgeführt wurde, nicht um eine Wohngruppe, die als „speziell für Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen gekennzeichnet durch das Integrationsprinzip“ bezeichnet werden kann, handelt. Die Wohngruppe wird zwar von den Mitarbeiterinnen der Einrichtung als Wohngruppe für Bewohnerinnen mit Demenz bezeichnet, im gesamten Beobachtungszeitraum standen jedoch in Bezug auf die Interaktionen zwischen den Beobachtungspersonen und dem Pflegepersonal vorwiegend die alltäglichen pflegerischen Handlungen im Vordergrund. Der gesamte Tagesablauf der beobachteten Bewohnerinnen wird im Wesentlichen durch die pflegerischen Handlungen und die Mahlzeiten strukturiert. Zudem leben in dieser Wohngruppe überwiegend Bewohnerinnen mit mittlerer bis schwerer Demenz und dies entspricht nicht dem klassischen Integrationsprinzip, welches ausschließlich auf die Integration von Menschen mit leichten demenziellen Erkrankungen abzielt (siehe Abschnitt 2.4.2).

Insgesamt zeigt sich anhand der Kodes der Verhaltenskategorien, dass es Optimierungspotenziale in Bezug auf die zentralen Werte des Personseins, dazu zählen wie

bereits erwähnt das Tätigsein, die Kommunikation sowie die Interaktion in der ausgewählten Wohngruppe, gibt. Den Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen wurde im Beobachtungszeitraum keine Angebote in Bezug auf ein kreatives Tätigsein gemacht. Zudem konzentrierte sich die Kommunikation des Pflegepersonals während des gesamten Beobachtungszeitraumes auf die pflegerischen Handlungen sowie auf die Zeit der Nahrungsaufnahme der beobachteten Bewohnerinnen. Zwischen diesen Interaktionen fand nur sehr selten eine Kontaktaufnahme mit den Bewohnerinnen seitens des Pflegepersonals statt.

Auch bei den Werten für das Wohlbefinden bzw. Unwohlsein zeigt sich, sofern man sich an die Interpretation von *Müller-Hergl* hält und den Wert +1 lediglich als Normalzustand betrachtet, der zeigt, dass die Beobachteten ihre gegenwärtige Situation ohne erkennbare Freude aber auch ohne Stress erleben, dass der zweithäufigste Wert bei den drei eher in sich gekehrteren Bewohnerinnen der Wert: - 1 war. Dieser Wert bringt zum Ausdruck, dass sich diese Beobachtungspersonen insgesamt innerhalb eines Zeitraumes von mehr als drei Stunden sichtbar leicht unwohl fühlten. Eine gezielte Förderung der Potentiale und Bedürfnisse von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen sowie eine Integration diesbezüglich ausgerichteter, regelmäßiger Aktivitäten könnte hier zu einer Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens sowohl der Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen als auch der restlichen Bewohnerinnen und des Pflegepersonals beitragen.

Neben der, auch bei *Gebert* und *Kneubühler* thematisierten Frage, ob ein erhöhter Personaleinsatz in Wohnbereichen für Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen deren Lebensqualität positiv beeinflussen könnte, zeigt sich im Rahmen der durchgeführten Beobachtung, dass eine Sensibilisierung des Pflegepersonals in Bezug auf den Umgang mit Bewohnerinnen mit Demenz die Förderung des Personseins unterstützen könnte. Dies könnte durch gezielte Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie durch Exkursionen in Einrichtungen, die ihren Schwerpunkt auf die Betreuung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen gelegt haben, erfolgen (vgl. *Gebert/Kneubühler* 2003, S. 35).

Zudem würde auch eine Sensibilisierung der Mitbewohnerinnen, die nicht an Demenz erkrankt sind, zu einer Verbesserung der Lebensqualität für beide Bewohnerinnengruppen führen. Dies könnte zum Beispiel durch gezielte Förderung des Verständnisses der Mitbewohnerinnen für die Betroffenen seitens des Personals erfolgen. Zudem könnten Experten zum Thema Demenz zu Vorträgen und Informationsabenden in den Einrichtungen eingeladen werden. Für die Teilnahme an diesen Veranstaltungen sollten sowohl das Personal als auch die Bewohnerinnen und deren Angehörige zur Teilnahme motiviert werden.

Es gilt hier noch einmal zu erwähnen, dass ab 2010 in den ausgewählten Einrichtungen eine Umstellung auf das Pflegekonzept nach *Krohwinkel* unter Einarbeitung des Lebensweltkonzeptes von *Krämmmer* erfolgte. Auch hier kann noch nicht beurteilt werden, inwieweit sich dies auf die zukünftige Lebensqualität der Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen auswirken wird.

8.3. Reflexion der Beobachtung

In Bezug auf die konkrete Durchführung empfiehlt sich für ungeübte Beobachtende unbedingt die Beobachtung durch zwei Personen. Gründe dafür sind unter anderem die daraus resultierende Möglichkeit der Absprache bei Unsicherheiten in Bezug auf die Beschreibung der Handlungen und des Befindens der zu beobachtenden Personen. Dies gilt insbesondere für die Beschreibung von Handlungen und Befinden von Bewohnerinnen mit schweren demenziellen Erkrankungen. Bei diesen entsprechen die Handlungen und der Ausdruck des Befindens zum Teil nicht mehr den konventionellen Mustern.

Da die Bewohnerinnen zudem natürlich mehrere Handlungen innerhalb eines fünfminütigen Beobachtungsintervalls tätigen, sowie einen unterschiedlichen Ausdruck der Befindlichkeit zeigen, erleichtert auch diesbezüglich eine Absprache die Priorisierung in Bezug auf die Codes der Verhaltenskategorien bzw. auf die Werte für Wohlbefinden bzw. Unwohlsein. Weiters besteht bei einer Durchführung durch zwei Beobachtende auch die Möglichkeit, dass eine Person das engere Beobachtungssetting verlassen kann, um die laufende Beschreibung auch für jene zu beobachtenden Personen, welche den Gemeinschaftsraum verlassen und sich zum Beispiel in den Gängen aufhalten, zu gewährleisten.

Zudem dürfen die Beobachtenden nicht aus der Einrichtung stammen, da es sich bereits für „einrichtungsfremde“ Personen äußerst schwierig gestaltet, nicht mit den zu beobachtenden Personen zu interagieren und somit die Beschreibung zu verfälschen. Solch eine Verzerrung der Ergebnisse resultiert leider auch aus der Tatsache, dass es im ausgewählten Beobachtungssetting wie bereits erwähnt zu nicht positiv zu bewertenden Interaktionen, ausgehend von den Mitbewohnerinnen ohne demenziellen Erkrankungen, kam.

Dennoch konnten die Beobachterinnen trotz anfänglicher Unsicherheit feststellen, dass die laufende Beschreibung bereits nach ca. zwei Stunden relativ routiniert erfolgte und dass sie von den zu beobachtenden Bewohnerinnen auch nicht mehr als Störfaktor wahrgenommen wurden.

Im Zuge der Durchführung der Beobachtung wurde auch ersichtlich, dass manche Handlungen in DCM 7 nicht beschrieben werden, dies gilt insbesondere für die des „Beobachtens“. In der 8. Auflage des DCM-Ausbildungshandbuches (DCM 8) wurden einige neue Verhaltenskategorien gebildet. In dieser neuen Auflage steht die Verhaltenskategorie G für Reminiszenz, Erinnerungspflege und Lebensrückblick, die Verhaltenskategorie L steht für Leisure und ersetzt die Verhaltenskategorien G, H, M in DCM 7. Die Verhaltenskategorie O (Objects) steht für das Bearbeiten oder den Umgang mit nichtbelebten Objekten, welche eine besondere Bedeutung haben (z. B. Puppen, Stofftiere), die Kategorie U (unresponded) steht für das generelle Aufgreifen von mitunter auch „kontextlosem“ Stress, und die von den Feldforscherinnen sehr häufig wahrgenommene, aber bislang noch nicht zuordenbare Aktivität des Beobachtens wird jetzt mittels der veränderten Kategorie B abgebildet (vgl. Müller-Hergl 2010, S. 9f). Die in DCM 8 veränderten Verhaltenskategorien hätten manche Unklarheiten beseitigt. Da jedoch, wie bereits erwähnt, kein Zugang zu den Ausbildungshandbüchern möglich war und in der Literatur nur die Verhaltenskategorien des DCM 7 dargestellt werden, musste die Beschreibung nach eben diesen erfolgen. Für zukünftige Durchführungen wäre es hilfreich, die gesamten Verhaltenskategorien des DCM 8 zur Verfügung zu haben.

Abschließend muss festgehalten werden, dass für die Beobachtenden die Durchführung einer Beobachtung nach der DCM-Methode ein extrem hohes Potential in Bezug auf das Beobachtungstraining beinhaltet. Hieraus resultiert die Möglichkeit, die Bedürfnisse von Menschen mit demenziellen Erkrankungen wahrnehmen und auch verstehen zu können. Die Durchführung dieser nicht teilnehmenden Beobachtung trägt massiv zur Sensibilisierung bei. Diese erfolgt nicht nur in Bezug auf die zu beobachtenden Personen, sondern auch auf die Interaktionen mit Mitbewohnerinnen, Angehörigen sowie dem Pflegepersonal. Durch die Beobachtung erfolgt zudem ein sehr intensiver Einblick in das „System stationäre Einrichtung“ und es werden Werte, Strukturen und Abläufe erkennbar.

9. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Im nachfolgenden Kapitel werden die aus den Erhebungsergebnissen der Beobachtung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankung sowie aus der Befragung von „befragungsfähigen“ Bewohnerinnen abgeleiteten Handlungsempfehlungen für die ausgewählten Einrichtungen dargestellt. Für die Betreuung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen erfolgt diese Empfehlung anhand eines Best-Practice-Beispiels. Zudem werden generelle Empfehlungen für die Durchführung einer Evaluation der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen abgegeben.

9.1. Handlungsempfehlungen für die Betreuung von Bewohnerinnen mit Demenz anhand eines Best-Practice-Beispiels

Für die konkrete Ausgestaltung der Pflege und Betreuung von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen könnte zum Beispiel eine Orientierung am Konzept zur Dementenbetreuung des Vitalis Wohnpark Charlottenburg Unterstützung geben. Dieses Konzept, begründet im Pflegemodell von *Krohwinkel*, setzt die Methoden der Beziehungsgestaltung und Kommunikation, die Validation, die Biographiearbeit, die Milieuthérapie sowie Snoezelen und basale Stimulation ein. Es beinhaltet ein personenorientiertes Bezugspflegesystem mit Bezugspflegekräften, die Ansprechpartner für alle die ausgewählte Bewohnerinnen betreffenden Anliegen sind, sowie Präsenzkraften, auch „Alltagsmanager“ genannt, die tagsüber permanent im Wohnbereich anwesend sind (vgl. Koch-Suna 2010, S. 4ff).

Ziel dieses Konzeptes ist es, durch eine von Echtheit und Wärme geprägte Kommunikation und Beziehungsgestaltung, durch Validation und der daraus resultierenden Wertschätzung, Akzeptanz und Empathie, eine hohe Lebensqualität der Bewohnerinnen zu gewährleisten. Zudem erfolgt durch den Einbezug des Wissens über die früheren Gewohnheiten und Verhaltensmuster eine Stärkung der Identität und des Selbstwertgefühls der Bewohnerinnen. Auch durch die Schaffung eines positiven Wohnklimas zur Vermittlung von Stabilität und Sicherheit kann adäquat auf die Gefühle und Bedürfnisse der Bewohnerinnen eingegangen werden. Die Umsetzung dieses Konzeptes wird im nachfolgenden strukturierten Tagesablauf des Vitalis Wohnparks Charlottenburg, welcher die unterschiedlichsten Angebote für Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen beinhaltet, ersichtlich:

6.30 Uhr	Körperpflege unter Einbezug der Ressourcen der jeweiligen Bewohnerin und rehabilitativer Aspekte
ab 8.30 Uhr flexibel	gemeinsames Frühstück im Aufenthaltsraum, individuelle Betreuung der Bewohnerinnen, gemeinsames Ab- und Aufräumen
9.45 Uhr	Angebote wie Gymnastik, kreatives Gestalten, Gesprächsrunden, Gedächtnistraining, 2 mal wöchentliche Kochgruppen, Mobilisation; die Angebote sollen unter Einbeziehung des früheren Berufes der Bewohnerinnen erfolgen
ab 12.00 Uhr flexibel	gemeinsames Mittagessen im Aufenthaltsraum, individuelle Betreuung der Bewohnerinnen, gemeinsames Ab- und Aufräumen
13.00 Uhr	Rückzugsmöglichkeit
14.30 Uhr	Kaffee trinken vorbereiten, gemeinsames Kaffee trinken im Aufenthaltsraum, individuelle Betreuung der Bewohnerinnen, gemeinsames Ab- und Aufräumen
15.30 Uhr	Aktivitäten wie individuelle Biographiearbeit, Besuch von Haustieren, Spielenachmittag, Spaziergänge für Bewohnerinnen mit ausgeprägtem Bewegungsdrang, nach Bedarf und Angebot Ausflüge, Leserunden, Mobilisation, Entspannungsbäder, Fußbäder, 1 mal wöchentlich Backgruppe, Haushaltstraining
ab 18.00 Uhr flexibel	gemeinsames Abendbrot im Aufenthaltsraum, individuelle Betreuung der Bewohnerinnen, gemeinsames Ab- und Aufräumen
19.00 Uhr	Fernsehrunde, Rückzugsmöglichkeit
22.00 Uhr	„Nachtcafe“ für Bewohnerinnen mit gestörtem Tag-Nacht-Rhythmus, Unterhaltung, Spiele

Abb. 16: Strukturierter Tagesablauf zur Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen - Vitalis Wohnpark (verändert entnommen aus: Koch-Suna 2010, S. 9f)

Eine Strukturierung des Tagesablaufes und die gezielte Nutzung von zeitlichen Ressourcen für eine individuelle Betreuung könnte einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung des Personseins sowie zur Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität von Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen und somit auch zur Steigerung der Motivation der Mitarbeiterinnen der Einrichtungen leisten.

9.2. Handlungsempfehlungen zur Qualitätssicherung und -förderung

Basierend auf den zentralen Ergebnissen der Bewohnerinnenbefragung werden im Nachfolgenden unter Miteinbezug der von den befragten Bewohnerinnen geäußerten Wünsche, Handlungsempfehlungen für die Qualitätssicherung sowie Qualitätsförderung für die ausgewählten Einrichtungen abgegeben. Die Gliederung dieser Handlungsempfehlungen erfolgt nach den Indikatoren (siehe Abschnitt 5.1.1) Kommunikation, soziale Netzwerke und Freizeitgestaltung, Serviceleistungen sowie pflegerische und medizinische Interventionen und Wohnen. Da der Großteil dieser Empfehlungen, um eine bessere Nachvollziehbarkeit zu

gewährleisten, bereits innerhalb der einzelnen Qualitätsdimensionen erwähnt wurde, erfolgt in diesem Abschnitt eine Zusammenfassung. Sowohl die Reihung der Indikatoren, als auch die Reihung der einzelnen, konkreten Handlungsempfehlungen innerhalb der Indikatoren soll eine Gewichtung verdeutlichen.

9.2.1. Kommunikation

Wie aus den gesamten Erhebungsergebnissen hervorgeht, ist eines der zentralsten Elemente in Bezug auf die Sicherung und Förderung der Lebensqualität von Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen die Kommunikation. Durch eine bedürfnisgerechte, wertschätzende Kommunikation mit den Bewohnerinnen können viele, durch die Rahmenbedingungen zum Teil unumgänglich im Einrichtungsalltag gegebene Herausforderungen, gemeistert werden. Hierfür bedarf es eines qualifizierten und vor allem motivierten Personals. Da im Rahmen der vorliegenden Studie ausschließlich die Perspektive der Bewohnerinnen erhoben wurde und somit keine Information über die diesbezüglich bereits getroffenen Maßnahmen in den ausgewählten Einrichtungen vorliegt, können hier nur grundsätzliche, sehr allgemein gehaltene Anregungen gegeben werden.

Um die wertschätzende Kommunikation als zentrale Grundvoraussetzung für eine hohe Lebensqualität der Bewohnerinnen zu gewährleisten, empfehlen sich für die ausgewählten Einrichtungen Maßnahmen zur Förderung der Arbeitszufriedenheit und der Motivation des Personals, um in weiterer Folge auch dem aus Sicht der Bewohnerinnen aktuell gegebenen Turnover entgegenzuwirken. Die Bewohnerinnen thematisieren diesbezüglich insbesondere einen häufigeren Wechsel beim Pflegepersonal. Nach den Aussagen der Bewohnerinnen resultiert hieraus ein Mangel an Stammpersonal und somit auch eine geringere Beziehung und ein geringeres Vertrauen zwischen dem Personal und den Bewohnerinnen. Inwieweit eine überdurchschnittlich hohe Fluktuation in den Einrichtungen tatsächlich gegeben ist, entzieht sich der Kenntnis der Autorin. Dennoch kann darauf hingewiesen werden, dass ein essenzielles Element für die Förderung der Motivation sowie der Bindung der Mitarbeiterinnen an die Einrichtungen eine positive, wertschätzende Einrichtungskultur darstellt. Weiters können Anreizsysteme, wie zum Beispiel flexible, lebensphasenorientierte Arbeitszeitmodelle und regelmäßige Supervision zu einer Förderung der Arbeitszufriedenheit beitragen. Auch eine Vergrößerung des Handlungsspielraums des Pflegepersonals könnte die Motivation sowie die Mitarbeiterinnenbindung positiv beeinflussen (vgl. Gebert/Kneubühler 2003, S. 27, S. 39).

Weiters empfehlen sich im Sinne der Motivationsförderung sowie der Mitarbeiterinnenbindung Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung. Wie aus den

Erhebungsergebnissen der vorliegenden Studie ersichtlich wird, sollte der Schwerpunkt hier auf die Förderung der Wahrnehmung in Bezug auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen (z. B. durch die Teilnahme am Seminar „Einen Tag 80“) sowie auf den Umgang mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen gelegt werden. Durch diese Maßnahmen können die Empathie sowie die wertschätzende Kommunikation gefördert und somit die Lebensqualität der Bewohnerinnen positiv beeinflusst werden.

Zur Förderung der Qualitätsdimensionen Sicherheit sowie Wertschätzung kann eine standardisierte Vorgehensweise in Bezug auf die Einführung neuer Bewohnerinnen sowie auf die Einführung neuer Mitarbeiterinnen oder Praktikantinnen beitragen. Hier empfiehlt sich die Entwicklung eines Leitfadens für diese beiden Prozesse. Ein zentraler Bestandteil im Prozess zur Einführung neuer Bewohnerinnen in die Einrichtungen sollte die Begrüßung durch die Hausleitung sein. In Bezug auf die Einführung von neuem Personal sollte die Vorstellung derselben bei den Bewohnerinnen durch bestehende Mitarbeiterinnen im Prozess beinhaltet sein. Eine Standardisierung von Prozessen kann wesentlich dazu beitragen, dass das gesamte Personal für die in den Einrichtungen vorherrschenden Werte und die daraus resultierende Ausgestaltung des Zusammenlebens sensibilisiert und gewonnen werden kann (vgl. Gebert/Kneubühler 2003, S. 123).

Wie bereits im Abschnitt 6.4.6 ausführlicher dargestellt wurde, können in Bezug auf den Umgang mit Beschwerden ebenfalls zwei zentrale Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Es empfiehlt sich hier die Einführung eines Beschwerdemanagements, doch einen viel höheren Stellenwert hat die Förderung der Bewohnerinnen in Bezug auf das Äußern ihrer Anliegen durch eine wertschätzende Kommunikation seitens des Personals. Diese Motivation zielt nicht auf das Äußern von Kritik ab sondern die Bewohnerinnen sollten hierdurch befähigt werden, ihre Lebensqualität in den Einrichtungen aktiv mitzugestalten und die Möglichkeit zur Selbst- und Mitbestimmung wahrzunehmen. Durch die hieraus resultierende Transparenz in Bezug auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen könnte auch das Personal der Einrichtungen eben durch das Wissen um die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und der daraus resultierenden Klarheit der erforderlichen Handlungen wesentlich entlastet werden.

Eine weitere Maßnahme, um die Wahrnehmung der Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten seitens der Bewohnerinnen zu unterstützen, wäre die Motivation in Bezug auf die Wahl eines Bewohnerinnenbeirats. Dieser bestand zum Zeitpunkt der Erhebung nur in einer der drei ausgewählten Einrichtungen. Wie in einer Studie von Moos jedoch deutlich wird, steigt der Zusammenhalt und verbessert sich das soziale Klima in stationären Einrichtungen durch die Vergrößerung der Einflussmöglichkeiten seitens

der Bewohnerinnen. Zu diesen Einflussmöglichkeiten zählt auch der Bewohnerinnenbeirat sowie die generelle Möglichkeit Bedürfnisse und Anliegen ohne Unsicherheit und Ängste äußern zu können (vgl. Moos 1994, zit. nach: Gebert/Kneubühler 2003, S. 191).

Um die Kommunikation unter den Bewohnerinnen zu fördern, wäre eine Sensibilisierung jener Bewohnerinnen, die nicht an demenziellen Erkrankungen leiden, in Bezug auf das Thema Demenz förderlich. Hier könnten Informationsabende und Vorträge von Expertinnen zum Forschungsgegenstand Demenz für Angehörige sowie Bewohnerinnen in den Einrichtungen zu einem besseren Verständnis der Betroffenen führen.

Die letzte Empfehlung in Bezug auf den Bereich der Kommunikationsgestaltung betrifft die Öffentlichkeitsarbeit und die Imagepflege der ausgewählten Einrichtungen. Hier gilt es neben den zukünftigen Bewohnerinnen verstärkt deren Angehörige anzusprechen, da diese, wie in Abschnitt 6.2.3 dargestellt wurde, bereits gegenwärtig sehr stark in den Entscheidungsprozess in Bezug auf die Wahl der Einrichtungen miteinbezogen werden. Zudem kann durch eine gezielte, positive Öffentlichkeitsarbeit Aussagen wie der Nachstehenden entgegengewirkt werden:

„In das Haus XY wollte ich nicht, da sind so viele Schlechte!“
(weiblich 87 Jahre)

Zudem wurde, wie in Abschnitt 6.2.4 dargestellt, nur von zwei der Befragten der gute Ruf der Einrichtung als ausschlaggebender Grund für deren Wahl genannt. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit empfiehlt sich auch eine Schwerpunktsetzung auf Maßnahmen zur Rekrutierung von engagiertem, qualifiziertem Pflegepersonal im Sinne des Employer Branding. Eine Positionierung als sicherer, mitarbeiterinnenorientierter Arbeitgeber am Arbeitsmarkt könnte dazu beitragen, dass auch zukünftig engagiertes, qualifiziertes Personal die Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und somit deren Lebensqualität gewährleistet.

9.2.2. Soziale Netzwerke und Freizeitgestaltung

Im Rahmen des Indikators „soziale Netzwerke“ muss noch einmal auf die eher schwach ausgeprägte Gemeinschaft unter den Bewohnerinnen hingewiesen werden. Inwieweit diese jedoch seitens der Einrichtungen beeinflusst werden kann, bleibt, wie bereits im Abschnitt 6.4.3.2 thematisiert, fraglich. Hier könnte jedoch seitens der Einrichtungen das Engagement für die Gewinnung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen zur Förderung der sozialen Netzwerke der Bewohnerinnen beitragen, wobei nicht außer Acht gelassen werden darf, dass es hierfür einer guten Planung und Organisation und somit zeitlicher Ressourcen bedarf. Für die Bewohnerinnen könnte dies jedoch wesentlich zur Förderung ihrer Lebensqualität beitragen. Zudem könnten Synergieeffekte mit Krabbelstuben, Kindergärten

und Schulen in der näheren Umgebung genutzt werden. Dies könnte zum Beispiel durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten für diese Gruppen in den Einrichtungen erfolgen.

Eine weitere Empfehlung stellt die Motivation der Bewohnerinnen zur Mithilfe bei alltagsbezogenen Tätigkeiten sowie die Erweiterung der diesbezüglichen Möglichkeiten dar. Wie im Abschnitt 6.4.1.4 bereits erläutert wurde, zeigt sich diesbezüglich aus Sicht der Bewohnerinnen, dass ein ressourcenorientierter Miteinbezug in die alltäglichen Aktivitäten deren Lebensqualität positiv beeinflussen könnte. In aktuellen Konzepten findet sich eine Vielzahl an diesbezüglichen Möglichkeiten der Sinnstiftung, wie zum Beispiel die Schaffung eines Nutzgartens, welcher von den Bewohnerinnen gepflegt wird. Generell empfiehlt sich hier die aus der Biografiearbeit gewonnenen Informationen über die frühere berufliche Tätigkeit bzw. über die sonstigen Vorlieben und Hobbys der einzelnen Bewohnerinnen zu nutzen. Hieraus können in weiterer Folge individuelle, ressourcenorientierte Möglichkeiten für die Bewohnerinnen geschaffen werden, aktiv zum Leben in der Gemeinschaft beizutragen.

Die letzte Empfehlung in Bezug auf die Freizeitgestaltung bezieht sich auf den, bereits im Abschnitt 6.4.5 dargestellten Schwerpunkt der Motivation der Bewohnerinnen, das bestehende Angebot an Aktivitäten zu nutzen. Hier kann durch die Übernahme des Modells „Aktiv-Team“ aus dem Haus III die Nutzung der angebotenen Aktivitäten seitens der Bewohnerinnen gefördert werden. Es zeigt sich, dass durch die gezielte Information und Motivation durch die hierfür bestellten Personen der Anteil der an den Aktivitäten Partizipierenden steigt. Zudem empfehlen sich ressourcenorientierte Angebote sowie ressourcenorientierte Gruppenbildungen, um auch Bewohnerinnen mit körperlichen Beeinträchtigungen zur Teilnahme zu motivieren. Seitens der männlichen Befragten wurde zudem der Wunsch nach geschlechtsspezifischen Angeboten, wie zum Beispiel einem wohnbereichsübergreifenden Männerstammtisch, thematisiert.

9.2.3. Serviceleistungen

Für den Bereich der Serviceleistungen zeigen die von den Bewohnerinnen eigenständig thematisierten Aussagen zum Thema Essen, dass hier das Augenmerk auf eine altersgerechte Nahrungsmittelzubereitung gelegt werden sollte. Bei älteren Menschen reduziert sich der Geschmacksinn und dieser Umstand wird durch ein künstliches Gebiss noch verstärkt, da durch dieses die Gaumenrezeptoren verdeckt werden. Es empfiehlt sich daher eine intensivere Würzung der Lebensmittel und zudem dürfen diese auch nicht zu hart oder zäh sein. Weiters kann auch eine gepflegte Tischkultur zur Förderung der Lebensqualität der Bewohnerinnen beitragen, was der folgende Interviewauszug zeigt:

„Was ich mir wünschen würde, das wäre ein besseres Service. Da geht es so zu bei Tisch. Das Besteck wird einfach hingeschleudert. Wo es zu liegen kommt, da liegt es dann. Und was mich stört ist, dass das Brot mit der Hand gebracht wird. Da gehört ein Brotkorb, wo sich die Leute das Brot selber nehmen können. (...) Es wird alles mit den Händen angegriffen. Diese mangelnde Hygiene stört mich sehr.“

(weiblich, 87 Jahre)

Weiters zeigt sich, dass eine Sensibilisierung des Reinigungspersonals in Bezug auf die Hygiene sowie auf die Bedürfnisse und Ressourcen der Bewohnerinnen deren Lebensqualität positiv beeinflussen könnte, was durch nachstehende Aussage deutlich wird:

„Es passt manchmal nicht, wenn sie mir beim Putzen das Nachtkästchen verschieben und hinten was runter fällt! Dann kann ich mir das wieder zusammensuchen und ich kann mich nicht bücken.“

(weiblich, 84 Jahre)

Eine weitere Empfehlung resultiert aus den, seitens der Befragten thematisierten, längeren Wartezeiten auf Dienste des Hausmeisters. Die Anmeldung für Wartungs- oder Reparaturarbeiten in den Wohnbereichen erfolgte zum Zeitpunkt der Erhebung über eine schriftliche Notiz seitens des Pflegepersonals in einem dafür angelegten Buch. Hier könnte sich eine elektronische Erfassung und Datenübermittlung positiv auf die Wartezeit für die Auftragsbearbeitung auswirken.

9.2.4. Pflegerische und medizinische Interventionen

Dadurch, dass in die Erhebung kein Personal der Einrichtungen miteinbezogen wurde, gestaltet sich die Abgabe von Empfehlungen im Bereich der pflegerischen und medizinischen Interventionen schwierig. Die Bewohnerinnen zeigten sich mit den diesbezüglichen Leistungen zudem weitestgehend zufrieden und somit kann nur generell festgestellt werden, dass seitens der Bewohnerinnen thematisiert wurde, dass zeitliche Ressourcen zum Teil nicht optimal genutzt werden. Somit empfiehlt sich eine Analyse der Pflegeprozesse und Abläufe in den Einrichtungen, um gegebenenfalls noch vorhandene zeitliche Ressourcen für die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Bewohnerinnen nutzen zu können.

9.2.5. Wohnen

In Bezug auf die Wohnqualität empfiehlt es sich im Sinne der Sicherheit zu erheben, welche Bewohnerinnen besonderen Wert darauf legen, dass ihre Zimmertüren immer abgesperrt sind. Um diesem Bedürfnis in weiterer Folge konsequent nachkommen zu können, würde

sich zur Unterstützung des Personals eine Kennzeichnung dieser Türen an der Innenseite (z. B. durch das Anbringen eines Schildes mit der Aufschrift „Türe beim Verlassen des Zimmers bitte immer absperren!“) empfehlen. Zudem könnte der Einbau von Schranksafes zur sicheren Verwahrung des Eigentums der Bewohnerinnen beitragen.

Weiters wurde seitens der Befragten thematisiert, dass sie sich bereits in Notsituationen befunden haben, in welchen es für sie nicht möglich war, die „Glocke“ zur Verständigung des Personals zu erreichen. Hier könnte je nach Wunsch der Bewohnerinnen eine Umstellung auf einen, auch im mobilen Bereich eingesetzten, Sender für das Handgelenk im Sinne der Bewohnerinnen sein.

Eine weitere Empfehlung wäre die Vergabe von Zimmerschlüsseln an jene Angehörigen, welche sich sehr häufig (zum Teil täglich) im Haus einfinden, um eine Bewohnerin zu besuchen. Hier besteht aktuell das Problem, dass diese Angehörigen, besonders in den arbeitsintensiven Morgenstunden, häufig längere Zeit im gesamten Stockwerk nach dem Personal Ausschau halten müssen, um von diesem den Zimmerschlüssel zu erhalten. Diese Empfehlung gilt insbesondere für Bewohnerinnen, die aus gesundheitlichen Gründen an das Bett gebunden sind. Es betrifft aber auch alle anderen Bewohnerinnen, zum Beispiel dann, wenn sich diese zum Zeitpunkt des Eintreffens des Besuches gerade für die Morgentoilette im Badezimmer aufhalten.

Wie im Zuge der Selbst- und Mitbestimmung ersichtlich wurde, besteht in den älteren Häusern I und II aufgrund der baulichen Gegebenheiten für die Bewohnerinnen nur bedingt die Möglichkeit, ihre Zimmer mit mitgebrachten, eigenen Möbelstücken auszustatten. Vielleicht könnte hier, zumindest für die beweglichen Möbelstücke (Sessel, Tisch, Bett) eine flexiblere Lösung gefunden werden.

Die letzte Empfehlung in Bezug auf die aktuelle Wohnsituation der Bewohnerinnen betrifft die Lage des Zimmers. Da der Umzug der Bewohnerinnen zumeist aus gesundheitlichen Gründen und daher häufig sehr rasch erfolgt, können die Einrichtungen natürlich nur jene Zimmer anbieten, die zu diesem Zeitpunkt frei sind. Es würde sich hier aber für jene Bewohnerinnen, die großen Wert darauf legen würden, ein anderes Zimmer zu beziehen, eine elektronische Erfassung dieser Wünsche empfehlen. Auf diesem Wege könnte dann, bei frei werden eines entsprechenden Zimmers, dieses den Bewohnerinnen angeboten werden. Ob diese Bewohnerinnen in weiterer Folge einen Umzug tatsächlich noch anstreben bleibt fraglich, dennoch würde den Bewohnerinnen somit das Gefühl der Selbst- und Mitbestimmung vermittelt.

9.3. Reflexion des Leitbildes der ausgewählten Einrichtungen

Die Leitsätze der ausgewählten Einrichtungen nehmen im Bereich der Kommunikation nur auf die konkrete Ausgestaltung derselben, nicht jedoch auf den Umgang mit den durch die Kommunikation gewonnenen Informationen Bezug.

Hier empfiehlt sich somit eine Ergänzung der Leitsätze, die dem zentralen Wert der Mitbestimmung entsprechend den hohen Stellenwert von Wünschen, Anliegen und Verbesserungsvorschlägen seitens der Bewohnerinnen zum Ausdruck bringt. Dies könnte wie folgt in den Leitsätzen ergänzend verankert werden:

„Wir schätzen die Wünsche, Anliegen und Verbesserungsvorschläge unserer Bewohnerinnen sowie deren Angehörigen als wertvolle Informationsgrundlage, um optimal auf ihre individuellen Bedürfnisse eingehen zu können.“

9.4. Allgemeine Empfehlungen für die Einleitung und Durchführung eines laufenden Evaluationsprozesses

Wichtigster Schritt für die zukünftige Implementierung einer laufenden Evaluation ist die Entwicklung von Soll-Vorgaben seitens der Einrichtungen. In Bezug auf diesen Entwicklungsprozess empfiehlt sich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie eine Vernetzung mit anderen Einrichtungen und der Einbezug von Bewohnerinnen. Für diesen Prozess der Erarbeitung von Soll-Vorgaben können zudem die Erhebungsergebnisse der vorliegenden Studie eine wesentliche Grundlage bilden. Neben diesen Soll-Kriterien, die resultierend aus der vorliegenden Erhebung zum Beispiel beinhalten können, dass neues Personal bzw. Praktikantinnen den Bewohnerinnen vorgestellt werden oder dass neue Bewohnerinnen von den Hausleitungen persönlich begrüßt werden, bedarf es diesbezüglich auch einer Festlegung der dafür erforderlichen Prozesse. Hier würde sich in Bezug auf die vorgeschlagenen Beispielkriterien die Entwicklung eines standardisierten Leitfadens für diese Prozesse empfehlen.

Die Frage, ob eine detaillierte Vorinformation der Bewohnerinnen über das Forschungsprojekt, zum Beispiel durch von den Feldforscherinnen durchgeführte Bewohnerinneninformationsabende, den Zugang zum Feld erleichtert hätte, oder ob dadurch die Unsicherheit der Bewohnerinnen noch stärker geworden wäre, bleibt offen. Vielleicht kann die gegenwärtige Unsicherheit der Bewohnerinnen durch die bereits abgegebene Empfehlung, die Bewohnerinnen in Bezug auf das Äußern von Wünschen, Anliegen und Kritik zukünftig stärker zu motivieren, verringert werden. Diese Förderung könnte in weiterer

Folge auch dazu beitragen, dass die Bewohnerinnen in den Befragungen im Rahmen einer Evaluation offener über ihre aktuelle Lebenssituation sprechen.

Zudem bedarf es, wie im Abschnitt 4.3 bereits erwähnt wurde, für die zukünftige Erhebung der Bewohnerinnenzufriedenheit eines ressourcenorientierten Umganges, um den zeitlichen Aufwand auch im Sinne der Kosten-Nutzen-Orientierung zu gestalten. Es empfiehlt sich für die nächste Anwendung daher die Konzentration auf jene Bereiche aus dem von den Feldforscherinnen entwickelten Interviewleitfaden, welche seitens der Einrichtungen als konkrete Soll-Vorgaben übernommen werden. Eine Übernahme des gesamten Interviewleitfadens entspräche zum einen nicht dem explorativen Charakter der empirischen Sozialforschung und zum anderen stünde dieses Vorgehen im Widerspruch zu den wesentlichen Eigenschaften der Evaluationsforschung, der Nützlichkeit, sowie der Durchführbarkeit, und in Bezug auf die Anforderungen an stationäre Einrichtungen auch im Widerspruch zur Wirtschaftlichkeit. Die im Zuge der vorliegenden Erhebung generierten ca. 650 Seiten Interviewtranskripte können diesem Anspruch nicht gerecht werden.

Ein wesentliches Kriterium für eine gelingende Evaluierung bildet auch die Auswahl der Befragten. Für eine zukünftige Evaluation empfiehlt sich hier der Miteinbezug der Zusammensetzung der Bewohnerinnen in Bezug auf ihre Pflegegeldstufe, um dem bereits in den Ergebnissen der Befragung empfohlenen verstärkten Augenmerk auf die Lebensqualität von Bewohnerinnen mit höherem Pflegebedarf gerecht werden zu können.

Ein weiteres zentrales Kriterium für die zukünftige Evaluation ist der Einsatz von mindestens zwei erfahrenen, externen Feldforscherinnen (Forscher-Triangulation), die gemeinsam von der Durchführung der Befragung und auch der Beobachtung bis hin zur Auswertung und Interpretation der Ergebnisse die Erhebung durchführen. Diese Personen sollten Empathie sowie Anpassungsfähigkeit und großes Interesse am Menschen im Allgemeinen und an der Zielgruppe im Besonderen aufweisen. Zudem sollten sie über ein ausführliches, theoretisches Wissen über den Forschungsgegenstand sowie über Erfahrungen im Umgang mit älteren Menschen, insbesondere mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen, verfügen.

10. Resümee

Wie sich generell bei Zufriedenheitsanalysen zeigt, sind diese bei quantitativen Erhebungsmethoden gekennzeichnet durch relativ hohe Zufriedenheitswerte. Die diesbezüglich wieder neu entfachte Diskussion um die Wahl zwischen quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden sowie um den Einsatz von Skalierungen bestätigt das qualitative Forschungsdesign der vorliegenden Arbeit. Durch die daraus resultierende Möglichkeit der Befragten Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen zu äußern, ist der Mehraufwand aufgrund der dadurch erweiterten Erkenntnisse für die Einrichtungen gerechtfertigt (vgl. Kannonier-Finster/Ziegler 2008, S. 109).

Der hohe Stellenwert einer qualitativen Erhebung der Bedürfnisse der Bewohnerinnen basiert auch auf der Tatsache, dass in Bezug auf den Umzug von älteren Menschen in stationäre Einrichtungen der Wunsch dominiert, dies erst dann zu tun, wenn es anders nicht mehr geht. Dies wird in einer Studie des Österreichischen Hilfswerks aus dem Jahr 2005 ersichtlich. Hier bestätigten 82,3 % der 1000 befragten Personen über 70 Jahre diese Einstellung (vgl. Österreichisches Hilfswerk 2005, S. 9). Hieraus resultiert für die stationären Einrichtungen durch die vorrangige Inanspruchnahme der mobilen Dienste zur Pflege und Betreuung, dass zukünftig verstärkt Menschen mit einem höheren Pflegebedarf in die Einrichtungen einziehen. Durch diesen erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarf und den dadurch zum Teil veränderten Bedürfnissen wird die Notwendigkeit einer Erhebung der zentralen Bedürfnisse dieser Personen sowie der diesbezüglichen Festlegung von Soll-Kriterien noch verstärkt.

Anhand der Erhebungsergebnisse wird auch ersichtlich, dass in Bezug auf die Bestrebungen stationärer Einrichtungen die Lebensqualität der Bewohnerinnen durch laufende Evaluierungen zu sichern und zu fördern, ein wesentlicher Beeinflussungsfaktor nicht außer Acht gelassen werden darf. Dieser liegt in den systemimmanenten Mechanismen der gemäßigten totalen Institutionen begründet. Wie sich auch in der vorliegenden Arbeit zeigt, kann diesen Mechanismen lediglich mit den zentralen Elementen der Förderung der Autonomie, dies gilt sowohl für die Bewohnerinnen als auch für das Personal, sowie der Information durch wertschätzende Kommunikation entgegen gewirkt werden. Nur dadurch kann ein gegenseitiger Lernprozess einsetzen, der es ermöglicht, Soll-Vorgaben und daraus abgeleitete Prozesse, die sowohl im Sinne des Personals als auch im Sinne der Bewohnerinnen sind, zu entwickeln. Auf diesem Wege kann versucht werden, den zum Teil nach wie vor erkennbaren Vorurteilen und Stereotypen beider Seiten entgegenzuwirken (vgl. Gebert/Kneubühler 2003, S. 104f).

Die vorliegende Studie bestätigt zudem, dass aufgrund des starken Anstiegs demenzieller Erkrankungen diesbezüglich seitens stationärer Einrichtungen ein Schwerpunkt zur Sensibilisierung aller zentralen Akteure (Mitbewohnerinnen, Angehörige, Personal) gesetzt werden muss. Die in Abschnitt 2.4.1 dargestellten klinischen Veränderungen tragen insbesondere dann zu einer Erschwerung der Beziehungen sowohl zwischen den Bewohnerinnen und dem Personal als auch unter den Bewohnerinnen bei, wenn die demenzielle Erkrankung noch nicht diagnostiziert wurde. In diesem Fall muss seitens des Umfelds eine andere Erklärung für die Verhaltensstörungen der betroffenen Bewohnerinnen (z. B. Angstzustände, Verfolgungswahn, depressive Erkrankungen, Unruhe und Aggressivität) gesucht werden. Dies führt dann häufig dazu, dass die aus den Verhaltensstörungen resultierenden Handlungen der Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen seitens des Personals oder der Mitbewohnerinnen persönlich genommen werden. Dieses auf der Erkrankung beruhende Verhalten kann die alltägliche Interaktion in den Einrichtungen somit sehr stark beeinflussen. Wie aber auch bereits ausführlich erläutert wurde, können diese Verhaltensstörungen zwar nur unzureichend medikamentös, dafür aber durch das unmittelbare Umfeld positiv beeinflusst werden. Es gilt somit für stationäre Einrichtungen einen diesbezüglichen Sensibilisierungsprozess zu unterstützen, um auch den Bewohnerinnen mit demenziellen Erkrankungen eine hohe Lebensqualität zu gewährleisten.

Abschließend muss als zentrales Element zur Sicherung und Förderung der Lebensqualität der Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen noch einmal die Personalpflege seitens der Einrichtungen hervorgehoben werden. Dies gilt insbesondere, da der Anteil der Personalkosten in stationären Einrichtungen je nach Einrichtungstypus zwischen 75 % und 85 % des Gesamtaufwandes beträgt. Aufgrund des großen Personalkostenanteils ist es somit nicht nur im Sinne der Bewohnerinnen sondern auch im Sinne der Wirtschaftlichkeit stationärer Einrichtungen, den hohen Stellenwert von qualifiziertem und motiviertem Personal zu erkennen und eine gezielte Personalpflege zu betreiben. Zudem wird nur ein zufriedenes und motiviertes Personal aktiv zu der im Rahmen einer Evaluation angestrebten Qualitätssicherung und -förderung in Bezug auf die Lebensqualität von Bewohnerinnen beitragen (vgl. Gebert/Kneubühler 2003, S. 25).

11. Schlussbemerkung

Die einrichtungsspezifische Festlegung von Soll-Kriterien sowie deren laufende Evaluation und Weiterentwicklung im Bereich der stationären Pflege und Betreuung älterer Menschen kann einen wesentlichen Beitrag in Bezug auf die Sicherung und Förderung der Lebensqualität der Bewohnerinnen sowie in Bezug auf die Steigerung der Motivation der Mitarbeiterinnen leisten. Jedoch wird die konkrete Ausgestaltung der Pflege und Betreuung älterer Menschen besonders in stationären Einrichtungen sehr wesentlich von gesellschaftlichen und politischen Werten und Ausrichtungen determiniert. Solange Pflegeberufe gesellschaftlich einen eher geringen Stellenwert haben und auch monetär geringe Anreize bieten, wird ein Mangel an engagiertem und qualifiziertem Pflegepersonal die konkrete Umsetzung der von den Einrichtungen angestrebten Dienstleistungsqualität stark beeinflussen. Viele Einrichtungen klagen über akuten Personalmangel und die für die Altenpflege so wichtige Kontinuität in den Pflege- und Betreuungsprozessen kann aufgrund des auch in dieser Studie thematisierten Mangels an Stammpersonal zum Teil nicht gewährleistet werden.

Es stellt sich also für Gesellschaft und Politik hier die alles entscheidende Frage, wie mit der zukünftigen demografischen Entwicklung umgegangen wird und welchen Stellenwert die daraus resultierende große Gruppe der älteren, pflegebedürftigen Menschen in unserer Gesellschaft einnimmt. Solange diese Personengruppe in Bezug auf die Entwicklung nachhaltiger Konzepte nicht als vorrangige Zielgruppe betrachtet und behandelt wird, können die in diesem Bereich tätigen Einrichtungen und Dienstleister durch ihre Bemühungen um eine gute Qualität ihrer Leistungen lediglich vorrangig darum ringen, den Status Quo zu erhalten anstatt sie laufend zu optimieren.

Literaturverzeichnis

Monographien und Sammelbände:

Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Soziales: Alten- und Pflegeheime in Oberösterreich. Entwicklung November 1994 bis Jänner 2008, Linz 2009
Online abrufbar unter:
http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/publikationen/so_altenpflegeheime_entwicklung.pdf (Stand: 07.07.2010)

Amt der Oö. Landesregierung, Presseabteilung: Bedarfs- und Entwicklungsplan NEU/2006 für die Pflegevorsorge für ältere Menschen, Entwurf für Oö. Landesregierung Linz 2007
Online abrufbar unter:
http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-C3710C97-DF359016/ooe/PK_Ackerl_12.12.2007_Internet.pdf (Stand:08.07.2010)

Auer, Stefanie / Boetsch, Thomas: Erfassung von Verhaltensstörungen, in: Hampel, Harald / Padberg, Frank / Möller, Hans-Jürgen (Hrsg.): Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien, Stuttgart 2003, Seite 149 -173

Bernhart, Josef / Lorenz, Walter: Ansätze zur Evaluation von Wohnangeboten im internationalen Vergleich, in: Bernhart, Josef / Obwexer, Wolfgang / Promberger, Kurt (Hrsg.): Schlüssel zum selbstbestimmten Wohnen. Nutzerorientierte Ansätze zur Evaluation sozialer Dienstleistungen Innsbruck 2008, Seite 15 - 81

Bogner, Alexander / Menz, Wolfgang: Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion, in: Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, 2. Auflage, Wiesbaden 2005, Seite 33 - 70

Bortz, Jürgen / Döring, Nicola: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 3. Auflage, Heidelberg 2005

Brandenburg, Hermann: Altenheime in der Zukunft - die Zukunft der Altenheime!?, in: Brandenburg, Hermann (Hrsg.): Altern in der modernen Gesellschaft. Interdisziplinäre Perspektiven für Pflege- und Sozialberufe, Hannover 2004, Seite 49 - 82

Flick, Uwe: Interviews in der Gesundheits- und Pflegeforschung. Wege zur Herstellung und Verwendung verbaler Daten, in: Schaeffer, Doris / Müller-Mundt, Gabriele (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung, Bern u. a. 2002, Seite 203 - 232

Flick, Uwe: Qualität qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung - Diskussionsstand und Perspektiven, in: Schaeffer, Doris / Müller-Mundt, Gabriele (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung, Bern u. a. 2002, Seite 393 - 411

Flick, Uwe: Triangulation. Eine Einführung, 2. Auflage, Wiesbaden 2008

Gahleitner, Silke: Ethik in der sozialwissenschaftlichen Forschung, in: Gahleitner, Silke u. a.: Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung, Uckerland 2005, Seite 109 - 116

Gebert, Alfred J. / Kneubühler, Hans-Ulrich: Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen, 2. Auflage, Bern u. a. 2003

Goffman, Erving: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, 2. Auflage, Frankfurt am Main 1977

Grond, Erich: Die Pflege verwirrter und dementer alter Menschen. Demenzkranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander, 10. Auflage, Freiburg im Breisgau 2008

Grond, Erich: Pflege Demenzkranker, 3. Auflage, Hannover 2005

Hopf, Christel: Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick, in: Flick, Uwe et al.: Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, 2. Auflage, Weinheim 1995, Seite 177 - 182

Innes, Anthea: Der Einsatz des DCM zu Zwecken der Pflegeplanung, in: Innes, Anthea: Die Dementia Care Mapping (DCM) Methode. Erfahrungen mit dem Instrument zu Kitwoods person-zentriertem Ansatz, Bern 2004, Seite 87 - 96

Innes, Anthea: Einleitung, in: Innes, Anthea: Die Dementia Care Mapping (DCM) Methode. Erfahrungen mit dem Instrument zu Kitwoods person-zentriertem Ansatz, Bern 2004, Seite 15 - 22

Jagsch, Christian: Medizinische und Psychotherapeutische Aspekte, in: Jagsch, Christian / Wintgen-Samhaber, Irmgard / Zapotoczky, Klaus: Lebensqualität im Seniorenheim. Medizinische, psychotherapeutische und soziologische Aspekte, Linz 2005, Seite 7 - 62

Kannonier-Finster, Waltraud / Ziegler, Meinrad: NUEVA aus sozialwissenschaftlicher Perspektive, in: Bernhart, Josef / Obwexer, Wolfgang / Promberger, Kurt (Hrsg.): Schlüssel zum selbstbestimmten Wohnen. Nutzerorientierte Ansätze zur Evaluation sozialer Dienstleistungen, Innsbruck 2008, Seite 109 - 140

Kitwood, Tom: Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, 3. Auflage, Bern u. a. 2004

Kösler, Edgar: Bildung im vierten Alter, in: Brandenburg, Hermann (Hrsg.): Altern in der modernen Gesellschaft. Interdisziplinäre Perspektiven für Pflege- und Sozialberufe, Hannover 2004, Seite 111 - 131

Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, 4. Auflage, Weinheim / Basel 2005

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse, in: Flick, Uwe et al.: Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, 2. Auflage, Weinheim 1995, Seite 209 - 213

Müller-Hergl, Christian: Dementia Care Mapping in: Hallauer, Johannes (Hrsg.): Umgang mit Demenz. Pflegequalität steigern und Pflegeverständnis sichern, Hamburg 2008, Kapitel IV - Artikel 10, Seite 1 - 23

Müller-Hergl, Christian: Vorwort der deutschen Ausgabe, in: Innes, Anthea: Die Dementia Care Mapping (DCM) Methode. Erfahrungen mit dem Instrument zu Kitwoods person-zentriertem Ansatz, Bern 2004, Seite 9 - 11

Obrecht, Werner: Sozialarbeitswissenschaft als integrative Handlungswissenschaft. Ein metawissenschaftlicher Bezugsrahmen für die Wissenschaft Sozialer Arbeit, in: Merten, Roland / Sommerfeld, Peter / Koditek, Thomas (Hrsg.): Sozialarbeitswissenschaft - Kontroversen und Perspektiven, Neuwied / Kriftel / Berlin 1996, Seite 121 - 160

Promberger, Kurt / Lorenz, Walter: Ansätze zur Evaluation von Wohnangeboten im internationalen Vergleich, in: Bernhart, Josef / Obwexer, Wolfgang / Promberger, Kurt (Hrsg.): Schlüssel zum selbstbestimmten Wohnen. Nutzerorientierte Ansätze zur Evaluation sozialer Dienstleistungen, Innsbruck / Wien / Bozen 2008, Seite 15 - 81

Reisberg, Barry et al.: Alzheimer's Disease, in: Flanagan, Steven / Moroz, Alex / Zaretsky, Herbert H. (Hrsg.): Medical Aspects of Disability. A Handbook for the Rehabilitation Professional, 4. Auflage, New York 2010, Seite 25 - 64

Schaade, Gudrun: Demenz. Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung, Heidelberg 2009

Schneider, Cornelia: Pflege und Betreuung bei psychischen Alterserkrankungen. Eine gerontosoziologische-pflegewissenschaftliche Analyse, Wien 2007

Seeberger, Bernd: Zur Wirksamkeit von Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen, Frankfurt am Main 2004

Stockmann, Reinhard: Evaluation in Deutschland, in: Stockmann, Reinhard (Hrsg.): Evaluationsforschung. Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder, 3. Auflage, Münster 2006, Seite 15 - 46

Stoppe, Gabriela: Demenz. Diagnostik - Beratung - Therapie, München / Basel 2006

Verordnung der Oö. Landesregierung vom 11. März 1996 über die Errichtung, den Betrieb sowie über die zur Sicherung einer fachgerechten Sozialhilfe in Alten- und Pflegeheimen erforderlichen sonstigen Voraussetzungen (Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung), Landesgesetzblatt für Oberösterreich Nr. 29/1996 in der Fassung Nr. 49/2010

Online abrufbar unter:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=10000507> (Stand: 07.08.2010)

Wiener Gebietskrankenkasse (Hrsg.): Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung (verfasst von: Gleichweit, Sonja / Rossa, Martina), Wien 2009, Seite 1 - 254

Online abrufbar unter:

http://www.wgkk.at/mediaDB/539709_Demenzbericht.pdf (Stand: 07.07.2010)

Internetquellen:

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information,
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f00-f09.htm>
(Stand: 07.07.2010)

Koch-Suna, Beate: Vitalis Wohnpark Charlottenburg. Konzept zur Dementenbetreuung,
http://www.vitalis-wohnpark.de/upload/content/Download/VCHA_Demenzkonzept.pdf
(Stand: 07.07.2010)

Müller-Hergl, Christian: DCM 8, http://www.faircongress.de/dfc/images/presentations/V6_Müller-Hergl.pdf (Stand: 07.07.2010)

Österreichisches Hilfswerk: Lebensqualität 70+. Lebensqualität älterer Menschen in Österreich über 70, Eine Bestandserhebung, Ergebnisse der Exklusivumfrage 2005,
http://www.marktforschung.co.at/lebensqualitaet_70plus_2005.ppt (Stand: 07.07.2010)

Beiträge in Fachzeitschriften:

Testad, I. / Aasland, A. M. / Aarsland, D.: Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes, in: International Journal of geriatric Psychiatry 22/2007, Seite 916 - 921

Anhang

Teilstrukturierter, qualitativer Interviewleitfaden:

Zufriedenheitsanalyse von Bewohnern bzw. Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen

Befragungsgruppe

Bewohner bzw. Bewohnerinnen der Einrichtungen:

.....

Leitfaden für den Interviewer bzw. die Interviewerin

Einstieg: Persönliche Vorstellung, Vorstellung der Studie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hinweis: Projektblatt mit näheren Informationen zur Studie

Hinweis: Anonymisierung und Tonbandaufzeichnung

Die Ergebnisse der Interviews werden selbstverständlich anonym ausgewertet. Es ist für uns eine große Hilfe, wenn wir das Interview aufzeichnen dürfen. Dies ermöglicht uns anschließend eine leichtere Erfassung der Informationen und verhindert zudem, dass wichtige Aussagen verloren gehen. **Sind Sie damit einverstanden?**

Informationsblatt zum Interview Nr.

1. **Name der Einrichtung:**
2. **Stockwerk / Gruppe:**
3. **Gespräch geführt am** 2009
4. **Dauer des Gesprächs:** von Uhr bis Uhr

5. Einschätzungen

Interesse zum Thema	<input type="checkbox"/> großes Interesse <input type="checkbox"/> mäßiges Interesse <input type="checkbox"/> kein Interesse
Gesprächsklima	<input type="checkbox"/> entspannte, „vertrauliche“ Atmosphäre <input type="checkbox"/> „neutral“ <input type="checkbox"/> wenig entspannte Atmosphäre
Störung	
Anwesenheit Dritter	
Anmerkungen	

6. **Einzelzimmer** **Doppelzimmer**
7. **Alter des Bewohners / der Bewohnerin** Jahre
8. **Pflegegeldstufe** (Info vom APH!) Stufe

(Info vom APH!)
9. **Geschlecht :** weiblich männlich
10. **Aufenthaltsdauer** (Info vom APH!) Jahre

(Info vom APH!)

Leitfaden für teilstrukturierte, qualitative Interviews mit Bewohnern bzw. Bewohnerinnen

I. Informationen zur Person - Einstiegsfragen

1. **Wie lange wohnen Sie schon hier im Haus?**
2. **Was war der Grund für Ihren Umzug in ein Alten- und Pflegeheim?**
 - Verschlechterung des eigenen Gesundheitszustandes (z.B. nach Krankenhausaufenthalt)
 - defizitäres soziales Netzwerk (z.B. Tod des (Ehe)Partners / der (Ehe)Partnerin)
 - frühere Wohnsituation nicht mehr pflegebedarfsgerecht
 - sonstiges
3. **Von wem wurde die Entscheidung für diese Einrichtung getroffen?**
 - eigene Entscheidung
 - alleinige Entscheidung meines / meiner Angehörigen
 - gemeinsame Entscheidung
 - sonstiges
4. **Warum fiel die Entscheidung gerade auf diese Einrichtung?**
 - freier Platz
 - Nähe zum früheren Wohnort
 - guter Ruf der Einrichtung
 - Pflegeplatz rasch / als erstes verfügbar
 - Empfehlung, von wem
 - sonstiges
5. **Wie haben Sie vor dem Umzug in das Alten- und Pflegeheim gelebt?**
 - alleine in einem Haus / einer Wohnung
 - nicht alleine in einem Haus / einer Wohnung , sondern mit
6. **Wie ist Ihr Familienstand?**
 - ledig
 - verheiratet
 - verwitwet
 - geschieden
7. **Was war Ihr früherer Beruf / Ihre Ausbildung? (je nach beruflicher Tätigkeit ergänzend die Frage nach leitender bzw. nicht leitender Tätigkeit)**

II. Bauliches und Wohnen

8. **Sind Sie mit der Ausstattung Ihres Zimmers zufrieden? Nutzen Sie die Möglichkeit Ihr Zimmer mit persönlichen Gegenständen (z.B. Sessel, Bilder, usw.) zu gestalten?**
9. **Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnsituation (Einzel- oder Doppelzimmer) zufrieden? Was wäre für Sie anders, wenn Sie in einem Einzel- bzw. Doppelzimmer leben würden?**
(Frage angepasst an die aktuelle Wohnsituation; Einzel- oder Doppelzimmer!)
10. **Haben Sie die Möglichkeit, Ihr Zimmer abzuschließen bzw. Ihre persönlichen Gegenstände sicher aufzubewahren?**
Ist/wäre das für Sie wichtig?
11. **Wird Ihr persönliches Eigentum mit Sorgfalt behandelt?**
12. **Finden Sie, dass das Stockwerk bzw. das gesamte Haus baulich Ihren Bedürfnissen entspricht?** (z. B. lange Wege im Haus, Ausstattung des Badezimmers, usw.)
13. **Wenn Sie Ihre Zufriedenheit mit Ihrer aktuellen Wohnsituation nach dem Schulnotensystem beurteilen, welche Note würden Sie vergeben?**
- Sehr gut
 - Gut
 - Befriedigend
 - Genügend
 - Nicht genügend
14. **Gibt es Ihrerseits Wünsche bzw. Verbesserungsvorschläge in Bezug auf ihre aktuelle Wohnsituation in der Einrichtung?**

III. Personal der Einrichtungen

15. Haben Sie das Gefühl, dass sich das Pflegepersonal Zeit für Sie nimmt?

- für pflegerische Tätigkeiten
- für persönliche Gespräche
- für die Nahrungsaufnahme
- für medizinische Anliegen (Terminvereinbarung mit Ärzten, usw.)

Ist es/wäre es für Sie wichtig, dass sich das Pflegepersonal (mehr) Zeit für Sie nehmen kann?

16. Wird Ihnen neues Personal (bzw. Praktikanten oder Praktikantinnen) vorgestellt?

Ist/wäre das für Sie wichtig?

17. Haben Sie sich schon einmal über Vorgänge im Alten- und Pflegeheim beschwert? Wenn ja, worüber? Wenn nein, warum nicht?

18. An wen würden Sie sich wenden bzw. wenden Sie sich hauptsächlich bei Beschwerden oder Anliegen? (*Fragestellung an Antwort auf Frage 17 anpassen!*)

- eher an das Pflegepersonal
- eher an die Hausleitung bzw. die Pflegedienstleitung
- eher an Angehörige oder Bezugspersonen

19. Haben Sie das Gefühl, dass von Ihnen geäußerte Beschwerden oder Verbesserungsvorschläge vom Personal ernst genommen werden? Kam es dadurch schon zu Veränderungen?

Ist/wäre das für Sie wichtig?

20. Haben Sie das Gefühl, dass sich die Pflegedienstleitung und die Hausleitung ausreichend Zeit für Sie nehmen bzw. ein „offenes Ohr“ für Ihre Anliegen haben?

21. Gibt es in Bezug auf die Pflegedienstleitung und die Hausleitung Ihrerseits Wünsche oder Verbesserungsvorschläge?

22. Ist das Pflegepersonal rasch erreichbar, wenn Sie etwas brauchen?

Ist/wäre das für Sie wichtig?

23. Werden Ihre Ängste und Sorgen vom Pflegepersonal ernst genommen?

Ist/wäre das für Sie wichtig?

IV. Pflege

- 24. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Intimsphäre bei Pflegehandlungen (z. B. bei der Körperpflege) gewahrt wird?**
Ist/wäre das für Sie wichtig?
- 25. Haben Sie das Gefühl, dass bei pflegerischen Handlungen auf Ihre Bedürfnisse Rücksicht genommen wird?** (z. B. Häufigkeit der Körperpflege, Auswahl der Pflegeprodukte, usw.)
Ist/wäre das für Sie wichtig?
- 26. Fühlen Sie sich vom Pflegepersonal ausreichend unterstützt?**
- 27. Wenn Sie Ihre Zufriedenheit mit der Pflege bzw. dem Pflegepersonal nach dem Schulnotensystem beurteilen, welche Note würden Sie vergeben?**
- Sehr gut
 - Gut
 - Befriedigend
 - Genügend
 - Nicht genügend
- 28. Gibt es in Bezug auf die pflegerische Betreuung Ihrerseits Wünsche oder Verbesserungsvorschläge?**

V. Alltag und Freizeit

- 29. Können Sie Ihren Tagesablauf im Alten- und Pflegeheim mitbestimmen?**
(Aufstehen, Zu-Bett-Gehen, Zeitpunkt fürs Frühstück, Zeitpunkt für die Körperpflege, usw.)
Ist/wäre das für Sie wichtig?
- 30. Besteht für Sie die Möglichkeit, nach Wunsch bei den alltagsbezogenen Tätigkeiten (z. B. „Tisch decken“, Reinigung, Dekoration, usw.) mitzuhelfen?**
Ist/wäre das für Sie wichtig?

31. An welchen der vom Alten- und Pflegeheim angebotenen Aktivitäten nehmen Sie gerne teil? Ist das Angebot für Sie ausreichend?

32. An welchen Veranstaltungen / Festen im Haus nehmen Sie gerne teil?

32. Was machen Sie gerne tagsüber? Gibt es Tageszeiten, zu welchen Sie sich langweilen?

33. Was würden Sie sich sonst noch an Freizeitangeboten wünschen?

34. Können Sie selbst bestimmen, wie viel Zeit Sie alleine (z. B. in Ihrem Zimmer) oder gemeinsam mit den anderen Bewohnern und Bewohnerinnen (z. B. im Aufenthaltsraum) verbringen möchten? Ist/wäre das für Sie wichtig

35. Nutzen Sie das Dienstleistungsangebot im Haus?

- **Physiotherapie**
- **Frisör**
- **Fußpflege**
- **Seelsorge**

36. Wenn Sie Ihre Zufriedenheit mit dem Tagesablauf im Alten- und Pflegeheim nach dem Schulnotensystem beurteilen, welche Note würden Sie vergeben?

- Sehr gut
- Gut
- Befriedigend
- Genügend
- Nicht genügend

37. Gibt es Ihrerseits diesbezüglich Wünsche bzw. Verbesserungsvorschläge?

VI. Kontakte

38. Würden Sie sagen, dass es im Haus eine gute Gemeinschaft unter den Bewohnern und Bewohnerinnen gibt bzw. haben Sie vielleicht sogar Freunde oder Freundinnen im Haus gewonnen?

Ist/wäre das für Sie Wichtig?

39. Haben Sie Kontakt zu Ihren Angehörigen? Haben Sie Kontakt zu Bekannten oder Freunden und Freundinnen von früher? Kommen diese regelmäßig / häufig zu Besuch?

40. Fühlen Sie sich seit dem Sie hier leben manchmal einsamer als vor dem Einzug ins Alten- und Pflegeheim?

Wenn ja, wann

41. Mit wem sprechen Sie am liebsten, wenn Sie einmal Probleme oder Kummer haben? (Sie brauchen natürlich keine Namen nennen!!)

- Mitbewohner bzw. Mitbewohnerinnen
- Angehörige
- Personal
- „Mach ich mit mir selbst aus!“
- sonstige

42. Wäre es für Sie wichtig, sich häufiger mit anderen Personen über Ihre Lebenserfahrungen und Ihre Lebensgeschichte auszutauschen?

43. Wenn Sie Ihre Zufriedenheit mit der Gemeinschaft im Alten- und Pflegeheim nach dem Schulnotensystem bewerten, welche Note würden Sie vergeben?

- Sehr gut
- Gut
- Befriedigend
- Genügend
- Nicht genügend

44. Gibt es diesbezüglich Ihrerseits Wünsche oder Verbesserungsvorschläge?

VII. Abschlussfragen

45. Wie würden Sie insgesamt Ihre Zufriedenheit mit Ihrer aktuellen Lebenssituation anhand des Schulnotensystems beurteilen?

- Sehr gut
- Gut
- Befriedigend
- Genügend
- Nicht genügend

46. Inwieweit hat sich Ihre Lebenssituation seit dem Einzug ins Alten- und Pflegeheim im Vergleich zu Ihrer früheren Wohnsituation verbessert bzw. verschlechtert?

47. Was schätzen Sie an diesem Haus besonders?

48. Gibt es sonst noch etwas, dass Sie uns gerne mitteilen möchten?

Abschluss des Gesprächs und Verabschiedung:

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft und Offenheit!

Übergabe des Projektblattes und einer kleinen Anerkennung!