



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Funktionsorientierte vs. bedürfnisorientierte Pflege

Verfasserin

Katrin Kainzinger

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im September 2012

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao. Univ.- Prof. Dr. Rainer Maderthaner

ABSTRACT

Das Arbeitsfeld rund um die Erforschung der Lebensqualität älterer Personen erfährt aufgrund des Strukturwandels in der Bevölkerung besonderen Fokus in der Forschung. Die damit einhergehende Zunahme älterer Personen fordert auch eine hohe Lebensqualität zu erhalten bzw. wieder zu erlangen. Die vorliegende Arbeit dient der Untersuchung der Wahrnehmung von Bedürfnissen und der Lebensqualität von geriatrischen Patienten. Es wurden 24 Dyaden einer geriatrischen Institution zur Untersuchung herangezogen, wobei einerseits mittels Selbsteinschätzung, andererseits mittels Fremdeinschätzung durch das Pflegepersonal, die Wahrnehmung der Lebensqualität und vor allem der Bedürfnisse der Patienten untersucht werden sollten. Es konnten vereinzelt signifikante Übereinstimmungen in der Wahrnehmung von Bedürfnissen hinsichtlich deren Vorhandenseins und Erfüllung, jedoch keine signifikante Übereinstimmung in der Einschätzung der Lebensqualität gefunden werden. Insgesamt ist eine erhebliche Diskrepanz hinsichtlich einer kongruenten Wahrnehmung von Lebensqualität und Bedürfnissen im Speziellen festzuhalten. Diese Diskrepanzen konnten in der vorliegenden Studie weder durch die Arbeitssituation des Pflegepersonals noch durch die Pflegebedürftigkeit der Patienten erklärt werden.

Schlüsselworte: Lebensqualität, Bedürfnisse, Pflege, Geriatrie

DANKSAGUNG

Diese Diplomarbeit ist meinen Eltern, meinen Geschwistern und meinen Großeltern gewidmet. Einerseits möchte ich vor allem meiner Mutter danken, die mich besonders in den letzten Jahren in jeder Hinsicht außerordentlich unterstützt hat. Andererseits gilt besonderer Dank auch meinem Vater, der mich bis zu seinem Tod ebenso stets unterstützt und gefördert hat.

Außerdem möchte ich meinen Betreuern Ao. Univ.-Prof. Dr. Rainer Maderthaner und Dr. Gerald Gatterer für die Hilfestellungen und anregenden Gespräche danken.

Abschließend möchte ich auch jenen Freunden danken, die mir während meines Studiums und vor allem in der Abschlussphase mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind.

Vielen Dank!

INHALT

1	Alter(n)	12
1.1	Demographische Entwicklung in Österreich	12
1.2	Aspekte des Alter(n)s	13
1.2.1	Biologischer Aspekt.....	13
1.2.2	Psychologischer Aspekt	16
1.2.3	Sozialer Aspekt	20
1.2.4	Ökologischer Aspekt	21
2	Relevante Beeinträchtigungen im Alter.....	24
2.1	Geriatrische Syndrome.....	24
2.1.1	Mild cognitive impairment (MCI)	25
2.1.2	Demenz.....	25
2.2	Alltagskompetenz	28
2.2.1	Pflegebedürftigkeit	31
3	Ressourcen im Alter	33
3.1	Lebensqualität.....	33
3.2	Erfolgreiches Altern	34
3.2.1	Lebensqualität und Gesundheit im Alter	35
4	Versorgung im Alter.....	38
4.1	Pflegebedürftige Menschen im Heim	38
4.1.1	Funktionsorientierte Pflege.....	38
4.1.2	Bedürfnisorientierte Pflege	38
4.1.3	Aktivierende Pflege	39
4.1.4	Bedürfnisse im Heim: räumlich-soziale Umwelt	40
4.1.4.1	Die räumliche Umwelt	41
4.1.4.2	Die soziale Umwelt.....	42
4.2	Fremd-vs. Selbstwahrnehmung.....	44
4.3	Arbeitsbelastung in der Pflege.....	44
4.4	Produktives Altern – Synergie Pflege und Patient	46
5	Fragestellungen und Forschungshypothesen	49
6	Durchführung	52
6.1	Stichprobe.....	52
6.1.1	Patienten.....	52
6.1.2	Pflegepersonal	53
6.2	Befragungssetting	54

6.3	Untersuchungsinstrumente.....	55
6.3.1	Bedürfnisfragebogen	55
6.3.2	Quality of Life – Alzheimer Disease (QOL-AD).....	56
6.3.3	Belastungsscreening TAA-KHS-S	56
7	Auswertung und Resultate	59
7.1	Deskriptive Statistik	59
7.1.1	Demografische Daten.....	59
7.2	Datenaufbereitung.....	63
7.2.1	Faktorenanalyse: QOL-AD	63
7.2.2	Faktorenanalyse: Fragebogen zur Arbeitssituation (ARBO)	64
7.2.3	CATPCA- Hauptkomponentenanalyse für kategoriale Daten.....	65
7.3	Hypothesenprüfung.....	73
7.3.1	Übereinstimmung und Bedürfnisse (H1).....	73
7.3.2	Bedürfnisse und allgemeine Pflegebedürftigkeit (H2)	82
7.3.3	Bedürfnisse der Bewohner und Arbeitssituation des Pflegepersonals (H3)	84
7.3.4	Übereinstimmung und Lebensqualität (H4)	87
7.3.5	Selbsteinschätzung der LQ und Erfüllung vorhandener Bedürfnisse (H5)	87
7.3.6	Lebensqualität der Patienten und Arbeitssituation des Pflegepersonals (H6) ..	88
7.3.7	Lebensqualität und Pflegebedürftigkeit (H7)	89
7.4	Qualitative Informationen.....	89
7.4.1	Patienten.....	89
7.4.2	Pflegepersonal	91
8	Diskussion.....	93
8.1	Ausblick.....	98
9	Zusammenfassung.....	99
10	Literatur	101
11	Abbildungsverzeichnis	9
12	Tabellenverzeichnis	9
13	Anhänge	11

EINLEITUNG

Der demographische Wandel und der damit einhergehende wachsende Anteil älterer Menschen, veranlasst die Altersforschung voranzutreiben (Abbildung 1). Altern stellt einen heterogenen Prozess dar, welcher nicht zuletzt aufgrund der erhöhten Vulnerabilität für Erkrankungen und deren Folgen wie funktionalen Einbußen vor allem im Bereich der Versorgung Aufmerksamkeit bedarf. Oft geht Altern in einem stationären Setting mit einem negativen Betreuungsbild einher: Langzeitbetreuung in der Geriatrie wird häufig mit Gebrechlichkeit oder Verzweiflung assoziiert. Einsamkeit und Verluste werden ebenso damit verbunden (Böhmer, 2009).

Die geriatrische Institutionalisierung beantwortet viele Fragen, die mit dem Alternsprozess einhergehen wie Multimorbidität, chronische Erkrankungen, funktionale Beeinträchtigungen und nicht zuletzt Pflegebedürftigkeit. Neben medizinischen Aspekten ist jedoch vor allem die Notwendigkeit einer interdisziplinären Betrachtungsweise bedeutsam. Denn vor allem in der geriatrischen Langzeitbetreuung soll auf die heterogenen Bedürfnisse eingegangen werden (Böhmer, 2009).

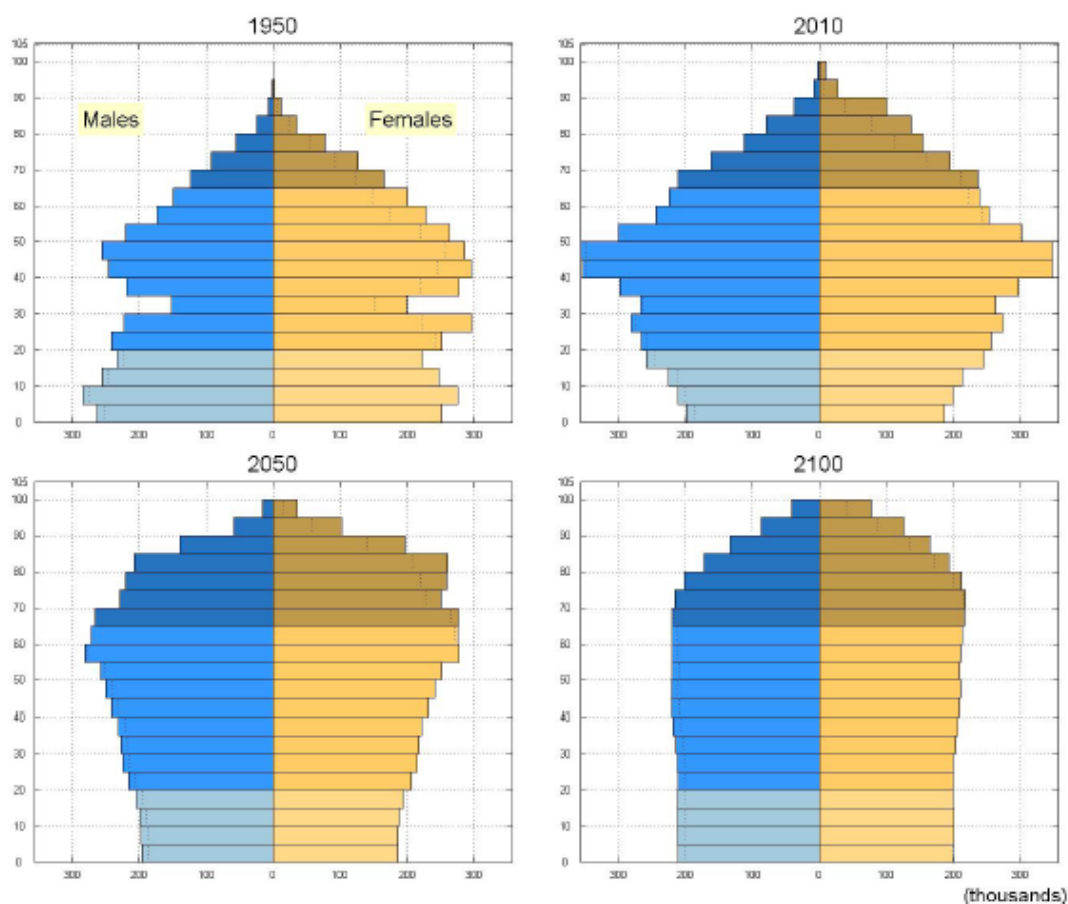


Abbildung 1: Veränderung der Bevölkerung 1950 bis 2100 (United Nations Department of Economic and Social Affairs, World Prospects, 2010)

Ziel dieser Arbeit ist es das Ausmaß der Kongruenz hinsichtlich der Selbst- und Fremdwahrnehmung von Bedürfnissen und Lebensqualität geriatrischer Patienten zu erfassen. Ebenfalls soll der Einfluss der Arbeitssituation und der Pflegebedürftigkeit des Pflegepersonals auf diese Einschätzung abgebildet werden.

Anmerkung: Diese Diplomarbeit beinhaltet ausschließlich das generische Maskulinum, um das kontinuierliche Lesen zu erleichtern. Dementsprechend sind bei männlichen Ausführungen sowohl weibliche als auch männliche Personen gemeint, außer es wird das Geschlecht der beschriebenen Person explizit erwähnt.

I. THEORETISCHER HINTERGRUND

1 ALTER(N)

1.1 Demographische Entwicklung in Österreich

Derzeit leben der Statistik Austria (2011) zufolge knapp achteinhalb Millionen Menschen in Österreich, wobei 23,5 Prozent der österreichischen Bevölkerung Menschen ab 60 Jahren ausmachen. Prognosen der Statistik Austria (2011) veranschaulichen den wachsenden Anteil älterer Personen in Österreich, wonach dieser im Jahr 2050 bei 34,5 Prozent liegt (Tabelle 1).

Für diesen demografischen Prozess ist einerseits der Geburtenrückgang, andererseits der Mortalitätsrückgang verantwortlich. Diese zwei Aspekte sind sicherlich unter Berücksichtigung der progressiven technischen und medizinischen Veränderungen zu betrachten (Lehr, 2007). Als dritte Ursache kann schließlich die Zuwanderung festgehalten werden (Kytir, 2009).

Tabelle 1: Bevölkerungsprognose der Statistik Austria (2011)

Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2011-2075 laut Hauptszenario

Jahr	Bevölkerungsstruktur						
	Insgesamt	Unter 15 Jahre	15 bis unter 60 Jahre	60 und mehr Jahre	Unter 15 Jahre	15 bis unter 60 Jahre	60 und mehr Jahre
	absolut				in %		
2010	8.387.742	1.239.538	5.206.513	1.941.691	14,8	62,1	23,1
2011	8.419.776	1.230.744	5.223.335	1.965.697	14,6	62,0	23,3
2012	8.452.835	1.225.055	5.238.033	1.989.747	14,5	62,0	23,5
2013	8.487.785	1.223.232	5.248.848	2.015.705	14,4	61,8	23,7
2014	8.523.250	1.224.672	5.255.674	2.042.904	14,4	61,7	24,0
2015	8.559.728	1.227.892	5.258.457	2.073.379	14,3	61,4	24,2
2020	8.723.754	1.249.136	5.192.488	2.282.130	14,3	59,5	26,2
2025	8.864.392	1.270.676	5.034.975	2.558.741	14,3	56,8	28,9
2030	8.993.464	1.273.737	4.909.995	2.809.732	14,2	54,6	31,2
2035	9.103.983	1.261.362	4.887.317	2.955.304	13,9	53,7	32,5
2040	9.203.690	1.246.285	4.911.848	3.045.557	13,5	53,4	33,1
2045	9.291.337	1.240.075	4.900.056	3.151.206	13,3	52,7	33,9
2050	9.360.344	1.246.043	4.886.893	3.227.408	13,3	52,2	34,5
2075	9.400.648	1.262.488	4.932.986	3.205.174	13,4	52,5	34,1

Quelle: STATISTIK AUSTRIA - Bevölkerungsprognose 2011. Erstellt am 23. August 2011.

Die Expansion dieses Bevölkerungssegments veranlasst sich die Frage nach der Bedeutung bzw. den Aspekten des Alter(n)s zu stellen. Die Gerontologie ist die Lehre des Alter(n)s und befasst sich mit diesen Fragestellungen. In der Literatur wird immer wieder die Notwendigkeit der Interdisziplinarität in der Gerontologie verdeutlicht und so soll auch im Folgenden das Alter(n) aus mehreren Blickwinkeln betrachtet werden.

1.2 Aspekte des Alter(n)s

Baltes & Baltes (1992) fordern zunächst zwischen dem Alter, also dem alten Menschen an sich bzw. dem Ergebnis des Altwerdens sowie dem Alternsprozess, welcher zum Alter führt, zu unterscheiden.

Zunächst kann die gesellschaftliche Klassifikation alter Menschen festgehalten werden. Demnach bezeichnet man generell Personen ab 60 Jahren - in entwickelten Ländern Personen ab 65 Jahren - als alte Personen (WHO, 2012). Weitere Kategorisierungen beziehen sich auf Personen bis zum Alter von 75 Jahren, welche als junge Alte gelten. Personen über 85 Jahren befinden sich im so genannten „höheren Alter“ (Von Hayek, 2006).

Spricht man nun vom Alter einer Person, so kann dies weitere Ebenen betreffen: das Alter hinsichtlich der Organe oder das Alter hinsichtlich der Nervenzellen. Alter kann hierbei im Sinne des Rückgangs, des Verlustes, verstanden werden. Man kann Alter aber auch im Sinne von Zuwachs verstehen, also als einen Gewinn an Wissen und Erfahrung. Man muss daher von einem vielschichtigen Alter einer einzigen Person ausgehen und somit sind Aussagen hinsichtlich des Alters nicht einmal innerhalb einer Alterskohorte verallgemeinerbar (Kruse & Wahl, 2010). Zusammengefasst kann Alter als Ausdruck einer - gesellschaftlich determinierten - Lebensphase und Altern als „lebenslanger Prozess, der mit der Geburt beginnt und mit dem Tod endet“ angesehen werden (Kruse & Wahl, 2010, S.7).

Im Folgenden soll nun diese Vielschichtigkeit des Alterns bzw. Alters dargestellt werden und somit aus biologischer, psychologischer, sozialer und ökologischer Sicht betrachtet werden.

1.2.1 Biologischer Aspekt

Aus biologischer Sicht unterliegt Altern der so genannten *Biomorphose*. Demnach wird unter Altern „jede irreversible Veränderung der lebenden Substanz als Funktion der Zeit“ verstanden (Kruse & Wahl, 2010, S.8).

Danner & Schröder (1992) halten fest, dass Veränderungen aus biologischer Sicht, jene auf der Ebene des Gewebes sowie auf extra- und intrazellulärer Ebene betreffen.

Vömel (1991) führt ebenso an, dass der Alternsprozess bzw. die sich wechselseitig beeinflussenden Veränderungen im Alter, auf der Ebene der

Population, des Organismus, des Organs und der Zelle, stattfinden. Im Folgenden sollen vorherrschende biologische Alternstheorien dargestellt werden:

- Die Theorie der freien Radikale
- Die Fehlerkatastrophentheorie
- Die replikative Seneszenz
- Die Telomertheorie

Diese Theorien erläutern das „Wie“ des Alterns auf molekularer Ebene, über die zelluläre Ebene bis hin zur Ebene des Organismus.

Molekulare Ebene

Die Theorie der freien Radikale

Die Theorie der freien Radikale geht von der Annahme aus, dass freie Radikale, also Sauerstoffradikale bzw. hochreaktive Moleküle, zerstörerisch wirken. Genauer betrachtet werden sie für Störungen in Zellen und Geweben, welche mit dem Alter in Zusammenhang gebracht werden, verantwortlich gemacht (Harman, 1956 zit. nach Behl, 2004, S.70). Behl (2004) führt dazu aus, dass freie Radikale eine Oxidation zellulärer Biomoleküle ermöglichen und dadurch die Funktion von Proteinen beeinträchtigt werden kann. Um ein oxidatives Gleichgewicht in den Zellen herzustellen, müssen Sauerstoffradikale jedoch durch enzymatische bzw. nichtenzymatische Systeme wie Antioxidantien entgiftet werden. Ein Ungleichgewicht führt zu „oxidativem Stress“ (Sies, 1986, zit. nach Behl, 2004, S.71). Beispielsweise wird speziell für neurodegenerative Phänomene (wie Morbus Alzheimer) die Lipidperoxidation verantwortlich gemacht (Behl, 2004).

Die Fehlerkatastrophentheorie

Diese Theorie nimmt an, dass fehlerhafte Proteine produziert werden, welche sich mit dem Alter werden anhäufen und schließlich den Zellstoffwechsel beeinträchtigen und so das Altern verursachen (Strehler, 1976, zit. nach Vömel, 1991, S.47).

Zelluläre Ebene

Die replikative Seneszenz

Die replikative Seneszenz bildet eines der ersten beschriebenen Phänomene hinsichtlich des Alterns auf zellulärer Ebene (Hayflick, 1965, zit. nach Behl, 2004, S.69). Hierbei handelt es sich um die Annahme, dass die Zellteilung begrenzt ist und dadurch „morphologischen, zellphysiologischen, molekularen und biochemischen Veränderungen“ entstehen (Behl, 2004, S.68). Dies basiert auf dem sogenannten „Hayflick-Limit“, welches besagt, dass die replikative Seneszenz dann beginnt, wenn dieses Limit der Zellteilung in vitro (im Glas) erreicht ist. Kritisch anzumerken ist, dass „die Rolle der replikativen Seneszenz für das Altern humaner Zellen und Gewebe in vivo noch unklar“ (Behl, 2004, S.70) ist. Fest steht jedoch, dass sich in-vitro- Altern signifikant von in- vivo- Altern (in der natürlichen Umgebung) unterscheidet (Danner & Schröder, 1992).

Telomertheorie

Die wohl modernste Theorie zur Erklärung des Alterns stellt die Telomertheorie dar.

Chromosomen enthalten neben den für verschiedene Proteine bzw. Enzyme und RNA Information tragenden Abschnitten, den Genen, weitere sinntragende Abschnitte, die nur den DNA-verarbeitenden Enzymen als Ansatzpunkt dienen. Die Enden der Chromosomen werden von sich vielfach wiederholenden TTAGGG-Sequenzen gebildet, die man Telomere nennt. Die Enzyme der DNA-Replikation sind als Ansatzpunkt für ihre Arbeit auf Primer-RNA angewiesen, die sie später durch DNA ersetzen. Da sie aber die Einzelstränge der DNA nur in einer Richtung verarbeiten können, entsteht bei jeder Replikation eine um diesen nicht ersetzten Primer verkürzte Kopie. Dieses Stück fehlt am Telomerende. Durch die Anzahl der TTAGGG-Wiederholungen ist so die Anzahl der möglichen Replikationen pro Zelle auf etwa 50 Mal beschränkt, bevor sich die Chromosomen aufgrund fehlender Enden nicht mehr replizieren lassen. Diesen Funktionsausfall nach einer bestimmten Anzahl an Teilungen kann man als Mechanismus des Alterns begreifen. Menschliche Zellen besitzen jedoch durchaus ein Enzym um die Telomerenden wieder mit den repetitiven Sequenzen zu verlängern: die Telomerase, diese ist

allerdings nur in Keimzellen und Tumorzellen aktiv und befähigt zu unbegrenzter Teilungsfähigkeit (Belz, 2008; Behl, 2004).

Altern auf **Organebene** betrifft das *zentrale Nervensystem, Immunsystem, endokrine und kardiovaskuläre System*. Von Seiten der **Organismusebene** sind Mechanismen wie *Regulation* und *Stress* festzuhalten, wobei im Folgenden die Anpassung des Organismus an Stress näher erläutert werden soll (Vömel, 1991).

Das „allgemeine Anpassungssyndrom“ nach Selye (1988) kennzeichnet drei Stufen der Anpassung des Organismus an Stress. Diese drei Phasen sind die Alarmreaktion, das Widerstandsstadium und das Erschöpfungsstadium. Ist der Mensch nun unzuträglichem Stress ausgesetzt reagiert der Körper zuerst im Sinne einer Alarmreaktion, das heißt es folgen typische körperliche Veränderungen (betreffend die Nebennieren, den Thymus, die Lymphknoten und die innere Magenschleimhaut). Zusätzlich sinkt die normale Widerstandskraft und je nach Ausmaß des Stressors kann es bis zum Tod kommen (bei z.B. starken Verbrennungen). Wenn der Stressor jedoch eine Anpassung des Körpers ermöglicht, erhöht sich die normale Widerstandskraft und körperliche Veränderungen, wie bei der Alarmreaktion, setzen aus. Diese „Anpassungsenergie“ ist jedoch begrenzt und so kann Dauerstress wiederum die anfänglichen Symptome einer Alarmreaktion hervorrufen, wobei diese im Letztstadium irreversibel sind und schließlich zum Tod führen (Selye, 1988).

So stellen nach Selye (1988) alle im Lebenslauf verankernden Stressepisoden als Endprodukt das Altern dar. Er sieht Altern in Analogie zum Erschöpfungsstadium, denn es stellt eine Art komprimierte Form des Alterns dar.

1.2.2 Psychologischer Aspekt

Stress äußert sich nun einerseits auf physiologischer Ebene, findet jedoch auch in psychologischer Hinsicht Bedeutung, nämlich dann, wenn es darum geht, wie das Individuum mit derartigen Mechanismen umgeht.

Wie spielt sich Altern nun auf kognitiver Ebene ab? Welchen Herausforderungen muss sich das Individuum „im Alter“ stellen? Die Psychologie versucht Antworten darauf zu geben, indem sie das Erleben und Verhalten des Menschen erforscht. Im Folgenden sollen nun verschiedene Theorien des Alterns,

die sich also im Speziellen auf das Erleben und Verhalten eines alternden Menschen beziehen, dargestellt werden:

- Die Theorie der Identitätsentwicklung
- Die kognitive Theorie des Alterns
- Die Kompetenztheorie
- Defizitmodelle des Alterns

Die *Theorie der Identitätsentwicklung* nach Erikson (1968, zit. nach Rupprecht, 2008, S.17) stellt ein wesentliches psychosoziales Entwicklungsmodell in der Erforschung um den Alternsprozess hinsichtlich der Person-Umwelt Thematik dar. Sie geht davon aus, dass jede Person verschiedene Entwicklungsaufgaben zu bewältigen hat und postuliert acht unidirektionale Stufen der Entwicklung. Dieses Stufenmodell beginnt mit dem Kleinkindalter und endet mit dem späten Erwachsenenalter. Das Erwachsenenalter wird dabei ins junge, mittlere und späte Erwachsenenalter unterteilt. Für die erste Etappe des Erwachsenenalters werden Intimität und Distanzierung gegen Selbstbezogenheit als Entwicklungsziele angegeben. Das mittlere Erwachsenenalter zielt auf Generativität, das heißt die Interaktion zwischen den Generationen, und Stagnierung ab und das späte Erwachsenenalter auf Integrität gegen Verzweiflung und Ekel. Das heißt vor allem bisher Erreichtes anzunehmen und sich mit dem Tod auseinanderzusetzen erfährt besondere Relevanz. Kritisch zu bemerken ist jedoch, dass dieses Modell eine gewisse Starre in Hinblick auf die Abfolge der Entwicklungsstufen aufweist, da diese festgelegt und nicht umkehrbar ist. Während in diesem Modell Person und Umwelt im Zentrum stehen, wird in der kognitiven Theorie vor allem die Subjektivität des alternden Menschen in den Mittelpunkt gerückt.

Die *kognitive Theorie des Alterns* greift nun vordergründig die individuellen Aspekte des Alterns auf. Denn sie nimmt an, dass für die Bewertung einer Situation die subjektive Wahrnehmung und subjektiven Bedürfnisse im Vordergrund stehen und letztendlich das Verhalten bestimmen (Thomae, 1996, zit. nach Rupprecht, 2008, S.23).

Welche Wahrnehmungen im Alternsprozess eine Rolle spielen hält Stern (1977) fest. Denn er gibt an, dass das Alternserlebnis mit der Wahrnehmung von Veränderungen in Gestalt, Bewegungen und Sinnesfunktionen einhergeht. In einer

Studie zum subjektiven Gefühl des Älterwerdens kam man ebenso zu dem Ergebnis, dass das Alternserlebnis mit der Wahrnehmung von Veränderungen seelisch-geistiger, sozialer und körperlicher Natur einhergeht (Lehr & Puschner, 1977). Veränderungen im Alter werden zumeist als Verluste beschrieben, welche im Alter stärker in den Vordergrund rücken als Entwicklungen (Stern, 1977; Baltes & Baltes, 1989). Rosenmayr (1989, S.100) beschreibt Altern „als eine durch Verlustprozesse gekennzeichnete, vielschichtige, naturhafte Veränderung des Lebendigen“ sowie auch „als einen biologischen Involutionsprozeß, der psychisch, sozial und kulturell beeinflussbar und z.T. steuerbar ist.“

In diesem Zusammenhang sei das *Defizitmodell des Alterns* zu erwähnen. Es kann als eines der ersten Modelle in der Alternsforschung angesehen werden. Es orientiert sich an den biologischen Alternstheorien und dem damit einhergehende Bild, dass das Altern mit Verlusten wesentlicher Funktionen einhergeht, wobei sich die Defizite aus psychologischer Sicht auf kognitive Leistungseinbußen beziehen (Rupprecht, 2008).

Wechsler (1944, zit. nach Rupprecht, 2008, S.15) hat mit seinen Untersuchungen festgestellt, dass man ab dem Alter von 50 Jahren mit einem steten Abfall seiner kognitiven Leistungen rechnen muss. Zuvor, also im mittleren Erwachsenenalter, erreicht man seine maximale kognitive Leistungsfähigkeit, verliert sie dann jedoch nach und nach. Diese Ergebnisse sind jedoch auf die Methodik der Querschnittuntersuchungen zurückzuführen und daher nur bedingt bedeutsam. Aufgrund von Längsschnittuntersuchungen kann man zwar auch von einem Abfall der fluiden, also geschwindigkeitsabhängigen Intelligenz, jedoch nicht unbedingt von einem gleichzeitigen Abfall der kristallinen, also erfahrungsbedingten Intelligenz ausgehen. Das Defizitmodell kann jedoch aus heutiger Sicht von der kognitiven Theorie und der Kompetenztheorie, die im folgenden Abschnitt genauer dargestellt wird, als überholt angesehen werden (Rupprecht, 2008).

Der alternde Mensch erfährt also einerseits Verluste, gleichzeitig sind jedoch auch Gewinne im Alternsprozess festzuhalten, was die *Kompetenztheorie des Alterns* betont. Sie geht nämlich davon aus, dass trotz der vielfachen Verluste ein großes Maß an Gewinn - im Sinne von Kompetenzen - vorhanden sein kann. Als Kompetenzen werden die Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person angesehen, die es dieser ermöglicht in der unmittelbaren Umwelt ein Leben, geprägt von Selbständigkeit, Aufgabenbezogenheit und Sinn, zu führen bzw. nach Verlust wieder

zu erlangen. Diese Theorie betont vor allem die wechselseitige Beziehung zwischen Individuum und Umwelt und fordert die Kompetenzen einer Person immer unter diesem Aspekt zu betrachten (Kruse, 1996; Rupprecht, 2008).

Als weiterer Aspekt der Individualität im Alter wird neben gesundheitlicher, sozialer oder bildungsmäßiger Aspekte des Alterns die Biographie genannt (Kruse, 1991). Sie gilt als wesentlicher Einflussfaktor für das „Wie“ eines alternden Menschen. Kruse & Thomae (1992) halten fest, dass „die Biographie eines Individuums als eine Folge von Interaktion zwischen verschiedenen Aspekten der Zeit und dem Verhalten das Menschen angesehen werden“ kann (S.57).

Dass gewisse vergangene Ereignisse relevante Einflussgrößen darstellen postuliert auch die Theorie vom „situativen Imperativ“ (Elder & Caspi, 1990, zit. nach Kruse & Thomae, 1992, S.61). Sie geht ursprünglich davon aus, dass die Vergangenheit so stark auf die zukünftige individuelle und soziale Situation Einfluss nimmt, sodass diese noch viele Jahre nachweisbar sind. Auch Baltes, P. & Mittelstraß (1992) postulieren den Alternsprozess, aber auch das Alter an sich in Zusammenhang mit der Lebensgeschichte eines Menschen zu verstehen, denn sie sehen das Alter als „Bestandteil einer umfassenderen „ontogenetischen“ Einheit“ (S.10).

Festzuhalten ist nun, dass die Individualität des Alterns einer Person den psychologischen Brennpunkt der Debatte um das Altern darstellt. Der Literatur ist eindeutig zu entnehmen, dass man nicht alle alternden Menschen vereinheitlichen kann und man viel mehr von einer gewissen Multidimensionalität des Alterns ausgehen muss (Kruse, 1991; Kaiser, 2008). Kompetenzen und Bewältigung spielen nun unter anderem eine große Rolle, wenn man den alternden Menschen aus psychologischer Sicht zu verstehen versucht.

Thomae (1991) beschreibt die Relevanz der Zusammenarbeit mehrerer Wissenschaften in der Gerontologie ebenso wie Weinert (1992) betont, die psychischen Prozesse immer unter Einbeziehung biologischer und gesellschaftlicher Aspekte zu betrachten.

1.2.3 Sozialer Aspekt

Nun wurde bereits in der Kompetenztheorie des Alterns, aber auch in der Theorie der Identitätsentwicklung die Relevanz der sozialen Umwelt festgehalten. Genau diese soll nun im folgenden Abschnitt genauer betrachtet werden.

Denn wer alt ist und was Alter bzw. Altern bedeutet bestimmt auch die Gesellschaft, also unter anderem diejenigen, die das „Alt sein“ nicht betrifft. Sie entwickeln ein Fremdbild hinsichtlich alter Menschen und schreiben diesen zum Teil Stereotype zu, welche meist nicht hinterfragt werden. Dieses Schubladendenken - im Sinne von Vorurteilen und Stereotypen - ist insofern sinnvoll, als dass sich das Individuum dadurch zwar leichter orientieren kann, eröffnet jedoch gleichzeitig, bei daraus resultierender Anhäufung und Zuschreibung negativer Merkmale, Raum für Konflikte und Missverständnisse (Filipp & Mayer, 1999, zit. nach Kaiser, 2008, S.81; Kaiser, 2008).

Schon Weinert (1992) hält fest, dass Stereotype Einfluss auf das Alternserleben nehmen, also Erwartungen, Wahrnehmungen und Überzeugungen eine entscheidende Rolle spielen. In vergangener Forschung zeigte sich bereits, dass Laien einerseits die Überzeugung haben, dass jedes Alter mit positiven bzw. negativen Veränderungen einhergeht. Andererseits ist jedoch das höhere Alter vorwiegend mit Erwartungen funktionaler Einbußen statt Kompetenzzuwächsen verbunden (J. Heckhausen, Dixon & P. Baltes, 1989, zit. nach Weinert, 1992, S.189).

Annahmen über das Alter basieren nach Kaiser (2008, S.81) auf verschiedenen Faktoren. Dabei handelt es sich um

- Mythen
- (angstbesetzte) Vorstellungen über die Endlichkeit des Lebens
- beobachtete Abläufe in der äußeren Natur
- sozioökonomische Entwicklungsniveaus von Gesellschaften
- gesellschaftliche Organisationsprinzipien
- Verteilungsmuster von Macht und Herrschaft
- Körperideale und ästhetische Vorstellungen
- allgemeine gesellschaftliche Normen und Werte

In der Alternsforschung findet man ein Konzept, welches sich auf die Diskriminierung alter Menschen bezieht. Es scheint in der Literatur unter dem Begriff

„age-ism“ auf. So kann festgehalten werden, dass Altern oft mit negativen Bildern wie Verlust, Gebrechlichkeit und Isolation einhergeht (Lehr, 2007). Jedoch gilt dieses dem Rassismus gleichende Konzept aus heutiger Sicht als überholt und wird als „methodischer Artefakt“ bezeichnet (Amrhein & Backes, 2007).

Dass eine negative Haltung der sozialen Umwelt dem alten Individuum schaden kann, indem dieses diese Haltung in sein Selbstbild integriert, beschreiben Kuypers und Bengtson (1973, zit. nach Munnichs, 1989, S.309) anhand des Syndroms des sozialen Abbaus. Demnach werden alte Menschen hinsichtlich ihrer Kompetenzen stigmatisiert, was dazu führt, dass sie dieses Bild verinnerlichen. Dies kann einen tatsächlichen Verlust vorhandener Fähigkeiten nach sich ziehen und dazu führen, dass sie sich selbst als unfähig wahrnehmen und schließlich als Opfer der Gesellschaft fungieren.

Auch Lehr & Niederfranke (1991) halten einerseits ein vorherrschend negatives Altersbild, andererseits aber auch Untersuchungen, welche auf ein differenzierteres Altersbild deuten, fest. Sie geben an, dass das Fremdbild Einfluss auf das Selbstbild des alten Menschen nehmen kann, indem er diese Informationen bzw. Stereotype im Sinne der selektiven Wahrnehmung integriert, um schließlich diese Vorurteile durch das Verhalten zu bestätigen. Dabei werden alte Menschen mit positivem Selbstbild hauptsächlich positive Aspekte des Stereotyps in ihr Altersbild und alte Menschen mit negativem Selbstbild hauptsächlich negative Aspekte integrieren. Dadurch verstärkt sich das jeweilige Selbstbild.

Stimmen Fremd- und Selbstbild nun nicht überein, können diese Abweichungen ältere Menschen dazu veranlassen nicht so zu handeln, wie sie sich eigentlich fühlen. Das äußert sich dadurch, dass ältere Personen viele Dinge nicht mehr tun, da andere sich eventuell darüber amüsieren könnten, weil es nicht mehr dem Alter entspricht. Dies führt dazu, dass einem neben Beeinträchtigungen in der Gesundheit, vor allem die soziale Sichtweise das Alter bewusst macht (Lehr, 2007). Kaiser (2008) und Lehr (2007) halten insgesamt dennoch einen Wandel vom negativen zum positiven Altersbild fest.

1.2.4 Ökologischer Aspekt

Nicht nur die soziale Umwelt, sondern auch die natürliche Umgebung tragen zum Wie eines alternden Menschen bei. So hält auch Krajasits (2009) fest, dass die

Änderung der Bevölkerungsstruktur, auch mit Änderungen in der räumlichen Umwelt einhergehen muss. Hierbei steht vor allem die Wohnumwelt im Fokus, wobei sie hierbei die Daseinsversorgung, Einrichtungen der Kinderbetreuung bzw. älterer Menschen, Verkehrsangebote und nachbarschaftliche Umwelten unterscheidet. Sie hält die Relevanz der räumlichen Zugänglichkeit und Verteilung dieser Brennpunkte, vor allem in Bezug auf die Mobilität fest, da sich der Radius hochbetagter Menschen vorrangig auf ihr unmittelbares Wohnumfeld bezieht. Somit können sich gute Bedingungen in diesem Bereich ebenso positiv auf die Lebenszufriedenheit, aber auch Selbständigkeit auswirken. Daher stehen Daseinsgrundfunktionen, das sind „jene grundlegende menschlichen Daseinsäußerungen und Aktivitäten, die von allen Bevölkerungsgruppen ausgeübt werden und raumwirksam ausgeprägt sind“ im Mittelpunkt der ökologischen Anpassung (Krajasits, 2009, S.93).

2 RELEVANTE BEEINTRÄCHTIGUNGEN IM ALTER

„Wir sterben nicht am Alter,
sondern an unseren Erkrankungen.“

(Vömel, 1991, S. 52)

Ein großes Bestreben in der Erforschung vom Altern stellt vorerst die Unterscheidung zwischen physiologischem Altern und Krankheit dar (W.Kruse, 1992).

Unter physiologischen Altern kann man Veränderungen, die zunehmend mit dem Alter einhergehen, festhalten. Aus altersbedingten physiologischen Veränderungen, also Veränderungen in den verschiedenen Organsystemen, resultieren in weiterer Folge zumeist Funktionseinschränkungen, welche das Krankheitsrisiko erhöhen. Sind Organe jedoch gleichzeitig in ihrer Funktion beeinträchtigt, resultiert daraus die alterstypische Multimorbidität, die das parallele Vorliegen mehrerer (physischer und psychischer) Erkrankungen kennzeichnet (Forstmeier & Maercker, 2008).

Böhmer (2009) betont, dass Altern keine Krankheit ist und hält fest, dass der Begriff Alterskrankheit nur dann Anwendung finden sollte, wenn er damit eine Krankheit meint, die im Alter häufig vorkommt.

2.1 Geriatrische Syndrome

Geriatrische Syndrome bezeichnen verschiedene Erkrankungen und Funktionsstörungen eines alten Menschen. Die häufigsten Erkrankungen im Alter betreffen das kardio- und zerebrovaskuläre System sowie den Bewegungsapparat. Festzuhalten ist, dass Krankheiten, die den Bewegungsapparat betreffen die größte subjektive Belastung darstellen. Kognitive Einbußen können als Defizite der visuell-räumlichen Fähigkeit, Defizite im Gedächtnis, der Exekutivfunktionen, der Sprache und des Denkens beschrieben werden und unterliegen bis zu einem gewissen Ausmaß dem normalen Altern. Wenn sie jedoch in ihrem Schweregrad zunehmen, können sie als Demenz eingestuft werden (Forstmeier & Maercker, 2008). Im

Folgenden soll dieses, für den Altersbereich relevante Störungsbild, genauer betrachtet werden.

2.1.1 Mild cognitive impairment (MCI)

Als MCI wird eine leichte kognitive Beeinträchtigung bezeichnet, die zwischen normalem Alterungsprozess und krankheitswertigem Alterungsprozess liegt. Das heißt, dass die Diagnose einer leichten kognitiven Beeinträchtigung trotz kognitiver Einbußen von einer Demenz abzugrenzen ist, da sie nicht alle Kriterien erfüllt, um eine Demenz tatsächlich diagnostizieren zu können. Festzuhalten ist jedoch, dass ein Großteil der Personen mit MCI in weiterer Folge eine Demenz entwickelt (Gunzelmann, 2008).

2.1.2 Demenz

Definition

Unter dem Begriff „Demenz“ kann man die Regression intellektueller Fähigkeiten verstehen (Maurer, Ihl & Frölich, 1993). Genauer betrachtet ist eine Demenz nach dem ICD-10 „ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen.“ (Dilling & Freyberger, 2011, S.24). Weiters wird im ICD-10 festgehalten, dass neben den Beeinträchtigungen in oben genannten Kognitionen, auch Beeinträchtigungen in der emotionalen Kontrolle, im Sozialverhalten und in der Motivation existieren.

Formen der Demenz

Als ursächlich für eine Demenz nennt Gatterer (2008) degenerative, vaskuläre und virale Faktoren. Man unterscheidet innerhalb der Hauptformen der Demenz zwischen der Alzheimer Demenz, der Lewy-Körper Demenz und der vaskulären Demenz. Insgesamt wird jedoch festgehalten, dass vorrangig Mischtypen auftreten. Die Alzheimer Demenz ist durch sieben ineinander übergleitende Stadien gekennzeichnet (Tabelle 2):

Tabelle 2: Stadien der Alzheimer-Krankheit (Reisberg, Ferris, de Leon, Crook, 1988 zit. nach Gatterer, 2008, S.143)

Stadium 1:	Alzheimer-Krankheit entwickelt sich über das normale Leistungsniveau heraus.
Stadium 2:	Auftreten subjektiver Beschwerden, jedoch keine spezifischen klinischen Symptome gesichert feststellbar.
Stadium 3:	klinische Symptome im Sinne einer kognitiven Minderleistung werden festgestellt.
Stadium 4:	leichte kognitive Beeinträchtigung; Demenz kann diagnostiziert werden; Die Bewältigung des Alltags fällt schwer. Ab diesem Stadium kann die klinische Diagnose „Demenz“ gestellt werden.
Stadium 5:	nahezu unmöglich alleine zu Hause zu leben; leichte Verwahrlosungs-zeichen, häufig Harninkontinenz.
Stadium 6:	Unfähigkeit zur selbständigen Ausführung alltäglicher Aktivitäten; Stuhl-inkontinenz am Ende dieses Stadiums.
Stadium 7:	massive Beeinträchtigung der Sprachfunktion bis zu komplettem Sprachverlust; neurologische Störungen treten hinzu.

Bei der vaskulären Demenz bzw. der Multiinfarktdemenz handelt es sich um eine verringerte Blutzufuhr ins Gehirn. Ursächlich ist eine Zunahme zerebraler Infarkte, welche das Hirngewebe zerstören (Denzler, Markowitsch, Frölich, Kessler & Ihl, 1989). Während die vaskuläre Demenz plötzlich eintritt, zeigt sie, im Gegensatz zur stufenförmig verlaufenden Alzheimer Demenz, einen fluktuierenden Verlauf (Denzler et al., 1989; Gatterer, 2008).

Die Lewy-Körper Demenz kann als die zweithäufigste degenerative Demenz angesehen werden, wobei sie diagnostisch schwer von der Alzheimer Demenz abzugrenzen ist. Sie ist durch klinische Symptome wie das demenzielle Syndrom, spontane extrapyramidale motorische Symptome, Halluzinationen und Fluktuationen der Aufmerksamkeit charakterisiert (Omerovic, Teipel & Hampel, 2007, S.1053).

Epidemiologie in Österreich

Dem Konsensusstatement der Österreichischen Alzheimergesellschaft (ÖAG) zu Demenz (2006) zufolge, gab es im Jahr 2000 90500 Demenzkranke, wobei im Jahr 2050 die Anzahl Demenzkranker auf 233800 eingeschätzt wird. Folgt man nun dem Gedanken, dass das Bevölkerungssegment der „Alten“ im Jahr 2050 34,5 Prozent ausmachen soll, das sind 3 227 408 Menschen (Statistik Austria, 2011) und davon 233 800 Personen an Demenz leiden, liegt die Frage nach der optimalen individuellen und finanziellen Versorgung nahe.

Die Alzheimer Demenz steht mit einem Anteil von 60 bis 80 Prozent an erster Stelle. Die vaskuläre Demenz und die Lewy-Körper Demenz weisen einen geringeren Anteil auf, wonach die vaskuläre Demenz 10 bis 25 Prozent ausmacht und die Lewy-Körper Demenz 7 bis 25 Prozent (ÖAG, 2006).

Festzuhalten ist nun die Tatsache, dass „in Österreich jährlich etwa 1,1 Milliarden Euro für die Versorgung Demenzkranker“ investiert werden, wobei der Großteil der Kosten nicht für die medizinische Versorgung verantwortlich ist (Jönnsön, 2005, zit. nach ÖAG, 2006, S. 2). Dem Competence Center Integrierte Versorgung (2009) nach wird im Bereich der Prävalenz von Demenz eine jährliche Gesamtkostenbelastung von ungefähr 1,7 bis 4,6 Milliarden Euro eingeschätzt.

Verfahren zur Erfassung von Demenz

Gatterer (2008, S.148) führt folgende Verfahren zur Erfassung einer Demenz an:

- *Demenzspezifische Fremdbeurteilungs- und Ratingskalen:*

Gatterer (2008) weist darauf hin, dass diese zwar Vorteile in der Ökonomie, jedoch Nachteile in Objektivität, Reliabilität und Validität aufweisen. Dem kann mit spezifischen Trainings für die Beurteiler zwar entgegen gewirkt werden, jedoch hat sich gezeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen dem körperlichen Allgemeinzustand sowie der Einschätzung der kognitiven Beeinträchtigung gibt. Also

je schlechter der körperliche Allgemeinzustand war, desto eher wurden Personen als kognitiv stärker beeinträchtigt eingeschätzt.

- *Fremdbeurteilung verschiedener Verhaltensweisen und von Alltagsaktivitäten:*

Diese Einschätzung erfolgt durch Bezugspersonen des Erkrankten und basiert auf der Auseinandersetzung mit der Selbständigkeit des Demenzkranken in verschiedenen Lebensbereichen. So kann innerhalb der Pflegebedürftigkeit, jedoch nicht bezüglich der Selbständigkeit unterschieden werden (Gatterer, 2008). Es existieren zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit verschiedene Skalen. Hierzu zählen Indices wie der Barthel-Index und die ADL-Skala (Mahoney & Barthel, 1965; Katz, 1983, zit. nach Gatterer, 2008, S.150).

- *Screeningverfahren zur Verdachtsabklärung demenzieller Störung:*

Der MMS (Mini Mental Status) stellt solch ein Screening zur Erfassung von Demenz dar und ermöglicht anhand der Beurteilung der kognitiven Bereiche Orientierung, Merkfähigkeit (Wortliste), Aufmerksamkeit, Benennen, Nachsprechen, Anweisung lesen und befolgen, schreiben und konstruktive Praxie eine Einstufung des Ausmaßes der Demenz (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, zit. nach Gunzelmann, 2008, S.69).

Weitere Verfahren betreffen kognitive psychometrische Tests und Testbatterien, neuropsychologische Verfahren sowie Depressions-Skalen.

2.2 Alltagskompetenz

Da nun körperliche Krankheiten mit funktionalen Einbußen einhergehen können, sei hier erwähnt, welche Aktivitäten diese Funktionseinbußen betreffen können. Zu diesen ADLs (Aktivitäten des täglichen Lebens) zählen zum Beispiel „Körperpflege, Treppensteigen, Spaziergehen, Anziehen, WC-Benutzung und Essen“ (Forstmeier & Maercker, 2008, S. 5). Von Renteln-Kruse (2009, S.65) veranschaulicht das Ausmaß der funktionalen Einbußen im Alter, nachdem 88,4 Prozent von 250 Patienten bei der Aufnahme in ein Krankenhaus in den Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt waren (Tabelle 3):

Tabelle 3: Einschränkung der ADL-Funktionen bei Aufnahme im Krankenhaus (von Renteln-Kruse,2009,S.65)

■ Sehen eingeschränkt	69 (27,6%)
■ Hören eingeschränkt	124 (49,6%)
■ Armfunktion beeinträchtigt	73 (29,2%)
■ Beinfunktion beeinträchtigt	173 (69,2%)
■ Harninkontinenz	166 (66,4%)
■ Stuhlinkontinenz	63 (25,2%)
■ Reduzierter Ernährungszustand	105 (42,0%)
■ Kognitive Funktion eingeschränkt	199 (79,6%)
■ ADL ^a /IADL ^b beeinträchtigt	221 (88,4%)
■ Depressivität	133 (53,2%)
■ Fehlende soziale Unterstützung	65 (26,0%)
■ Krankenhausaufenthalt (<3 Monate)	81 (32,4%)
■ Sturzereignis (vor <3 Monaten)	117 (44,8%)
■ Multimedikation (≥5 Medikamente)	112 (44,8%)
■ Häufig Schmerzen	73 (29,2%)

^aADL Aktivitäten des täglichen Lebens, ^bIADL instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens

Die Funktionsfähigkeit kann mittels ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (2005) erfasst werden (Tabelle 4):

Tabelle 4: ICF-Klassifikation der WHO (2005,S.17)

	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung		Teil 2: Kontextfaktoren	
Komponenten	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]	Umweltfaktoren	personbezogene Faktoren
Domänen	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
Konstrukte	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt)	fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
	Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistung (Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt)		
positiver Aspekt	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten Partizipation [Teilhabe]	positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
negativer Aspekt	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]	negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	nicht anwendbar
	Behinderung			

Im Speziellen kann nun mit dem ICF klassifiziert werden, welche Körperfunktion/-strukturen, Aktivitäten, Partizipation, Kontextfaktoren beeinträchtigt sind. Im Gegensatz zum ICF werden mittels ICD-10 Krankheiten klassifiziert. Funktionale Gesundheit kann nun als Resultat der wechselseitigen Beeinflussung von Person, Krankheit und Kontextfaktoren gesehen werden (Forstmeier & Maercker, 2008).

Auch Garms-Homolová & Schaeffer (1989) charakterisieren das hohe Alter durch eine Zunahme funktioneller Beeinträchtigungen, welche mit Verlusten in der Autonomie einhergehen, jedoch auch mit einer problematischen Selbstversorgung.

Kruse & Nikolaus (1992) geben an, dass vorwiegend funktionelle Fähigkeiten, im Gegensatz zu medizinischen Diagnosen, die Selbständigkeit bzw. das Selbsthilfepotential festlegen. Die Statistik Austria (2007) verdeutlicht dies, indem sie festhält, dass sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit zunehmendem Alter, also vor allem ab dem Alter von 75 Jahren, Beeinträchtigungen bei basalen Tätigkeiten wie Gehen oder Bücken bemerkbar machen (siehe Anhang).

Sind diese Beeinträchtigungen stark ausgeprägt, ist man auf Hilfe angewiesen, wobei festzuhalten ist, dass generell eine Zunahme der Hilfsbedürftigkeit mit zunehmendem Alter einhergeht (Forstmeier & Maercker, 2008).

2.2.1 Pflegebedürftigkeit

Seit 01.01.2012 bestimmt das österreichische Bundespflegegeldgesetz 2 gemäß § 4 (1) die Zuteilung des Pflegegelds - definiert somit die Pflegebedürftigkeit - für jene Personen, *„die auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde.“*

Festzuhalten ist, dass die Sicherheit des Alterns ohne Krankheit fraglich bzw. nicht sicher gegeben ist (Baltes & Baltes, 1989).

Daher findet der Begriff Gesundheit im Alter eine neue Bedeutung und man kann Gesundheit im Sinne einer erfolgreichen Anpassung an körperliche, geistige und soziale Einschränkungen auffassen (Andrae & Weniger, 2011).

3 RESSOURCEN IM ALTER

„ (...) Altern ist das, was jeder daraus macht.“

(Staudinger, 2008, S.91)

Auf welche Ressourcen können nun alternde Menschen, die mit verschiedenen Verlusten konfrontiert werden, zurückgreifen? Forstmeier, Uhlenhorff und Maercker (2005) halten einerseits emotionale (positiver Affekt, Lebenszufriedenheit, Selbstwerterleben), motivationale (wie Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, Hoffnung) und volitionale Ressourcen (wie Handlungsorientierung, Selbstregulation und Selbstkontrolle) fest. Andererseits geben sie interpersonale (wie Bindung, Altruismus, soziale Verantwortung, Humor) und soziale Ressourcen (wie soziale Unterstützung) an. Im Folgenden soll nun vor allem auf die Lebenszufriedenheit als Komponente der Lebensqualität und Indikator für erfolgreiches Altern eingegangen werden.

3.1 Lebensqualität

Das Konstrukt Lebensqualität wird, ebenso wie das Altern, durch ein beträchtliches Maß an Heterogenität gekennzeichnet. Es lässt bislang keine einheitliche Definition zu und weist auch in seiner Messung Schwierigkeiten auf (Kruse, 2003). Diese Heterogenität verlangt eine multidimensionale Erfassung des Konstrukts, wobei die WHO (1993, zit. nach Grant & Rivera, 2001, S.31) Lebensqualität als *„die Vorstellung eines Individuums von seiner Stellung im Leben in Zusammenhang mit der Kultur und dem Wertesystem, in dem es lebt, und in Beziehung zu seinen Zielen, Normen und Belangen“* definiert.

In der Literatur wird vor allem die Unterscheidung objektiver und subjektiver Bedingungen gefordert. Diese zwei Aspekte beeinflussen sich gegenseitig, wobei objektive Bedingungen als physische, soziale, ökonomische und materielle Umstände, das heißt Ressourcen und Beeinträchtigungen, welche jeweils subjektiv bewertet werden, angesehen werden. Schließlich wird das Konstrukt Lebensqualität als verbindender Faktor zwischen verschiedenen Disziplinen wie Medizin, Psychologie und Soziologie hinsichtlich der Forschung angesehen. Demnach kommt

diesem ein hoher Stellenwert in der Gerontologie zu, welche danach trachtet sich an mehreren Disziplinen zu orientieren (Rupprecht, 2006).

3.2 Erfolgreiches Altern

Lebenszufriedenheit stellt ein wesentliches subjektives Kriterium in der Erforschung zu erfolgreichem Altern bzw. Lebensqualität dar.

Dabei kann man Lebenszufriedenheit als Zufriedenheit mit der Gegenwart und der Vergangenheit ansehen (Havighurst, 1977). Diese Definition stellt sich weder auf die Seite der Aktivitätstheorie, noch auf die Seite der Disengagementtheorie, welche grundlegenden Theorien im Bereich der Erforschung erfolgreichen Alterns darstellen:

Der *Aktivitätstheorie* entsprechend wird erfolgreiches Altern dann erreicht, wenn man Leistung erbringen, seine Aktivitäten aus dem mittleren Erwachsenenalter aufrecht erhalten kann bzw. gesellschaftlich eine Funktion erfüllt, also das Gefühl hat gebraucht zu werden (Tartler, 1961 zit. nach Lehr, 2007, S.57).

Die *Disengagementtheorie* greift oppositionelle Aspekte auf. Dieser Ansatz beruht auf der Annahme, dass sich ältere Menschen bewusst aus dem Leben zurückziehen wollen, sich isolieren, sich mit dem Tod auseinandersetzen wollen und erst dadurch Zufriedenheit erfahren können. (Cumming & Henry, 1961, zit. nach Lehr, 2007, S.59).

Es sind sicherlich beide Theorien von Bedeutung, da mehrere Wege zur Zufriedenheit zu führen scheinen. Die Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie sprechen dafür, dass Persönlichkeitsmerkmale bzw. die Rollenaktivität einer Person entweder zum Beleg für die Aktivitätstheorie oder eben zum Beleg der Disengagementtheorie führen. Einerseits konnte, im Sinne der Disengagementtheorie, eine nachlassende Aktivität über die Jahre bei Aufrechterhaltung der Zufriedenheit bzw. eine zunehmende Aktivität mit Minderung der Lebenszufriedenheit beobachtet werden. Andererseits konnte im Sinne der Aktivitätstheorie aber auch eine hohe Aktivität mit hoher Zufriedenheit bzw. geringe Aktivität mit geringer Zufriedenheit beobachtet werden (Lehr, 2007).

Baltes & Baltes (1989) erweitern die subjektive Dimension von Lebenszufriedenheit um eine objektive Dimension. Der Verlust altersbedingter biologischer, mentaler und sozialer Kapazitäten veranlasst Lebensformen und –stile zu finden, die dem Alter entsprechen, jedoch auch Umwelten zu identifizieren, in welchen das Individuum seine Ressourcen optimal entfalten kann. Das *SOK-Modell* erlaubt trotz biologischem Altersabbau selbstwirksam und mit der Möglichkeit zum Wachstum zu altern. Dies geschieht über Adaption, also über Selektion, Optimierung und Kompensation. Diese Vorgänge sind in fast jedem Lebensbereich zu finden, dennoch halten sie fest, dass im Alter andere Schwerpunkte zu setzen sind. So meint *Selektion*, dass der alte Mensch jene Bereiche fokussieren soll, die für ihn eine hohe Relevanz besitzen. Sie postulieren die Notwendigkeit sich im hohen Alter „in Inhalt und Form der Lebenswelt und Handlungsräume“ zu spezialisieren (S.8). Bei der *Optimierung* sollen die ausgewählten Lebensweisen bestmöglich umgesetzt werden. Fallen jedoch gewisse Mittel weg sind diese bestmöglich durch andere Strategien bzw. Möglichkeiten zu *kompensieren*.

3.2.1 Lebensqualität und Gesundheit im Alter

In Zusammenhang mit Befragungen zur Lebensqualität wird häufig der Begriff Gesundheit erwähnt (Maderthaner, 1995). Dabei ist der Gesundheitszustand in objektive Aspekte (einer Bewertung durch den Arzt) und subjektive Aspekte (dem persönlichen Befinden) zu unterteilen (Lehr, 1987).

Subjektive Aspekte können dabei Merkmale wie Widerstandsfähigkeit, Kontrollüberzeugungen und Bewältigungstechniken betreffen. Weitere Merkmale, wie beispielsweise das Ausmaß und die Art der sozialen Unterstützung oder die Bewertung der Gesundheit durch andere Menschen, kennzeichnen die objektiven bzw. umweltbezogenen Aspekte. Beide Aspekte spielen eine wesentliche Rolle in der subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitszustands. Die subjektive Gesundheit kann als Spiegel des objektiven Körperzustands, der allgemeinen Lebenszufriedenheit des Menschen sowie der subjektiven Kontrollüberzeugung, das heißt die Überzeugung diesen Gesundheitszustand beeinflussen zu können, aufgefasst werden. Liegen nun gesundheitliche Beeinträchtigungen vor und wird der subjektive Gesundheitszustand in Relation dazu positiv wahrgenommen, kann man von einem hohen Ausmaß der psychologischen Widerstandsfähigkeit ausgehen. Ein

subjektiv negativ wahrgenommener Gesundheitszustand kann hingegen eine verringerte Lebenserwartung prognostizieren (Kruse & Wahl, 2010).

Lebensqualität im geriatrischen Bereich kommt keine kurative Bedeutung im engeren Sinne zu. Hier kann das Konstrukt Lebensqualität vielmehr als Ergebnis optimaler Anpassung an die Umstände (Multimorbidität, chronische Krankheitsverläufe) bzw. Verbesserung dieser Umstände angesehen werden (Holzhausen, Bornschlegel & Fischer, 2009).

4 VERSORGUNG IM ALTER

4.1 Pflegebedürftige Menschen im Heim

Menschen, die sich in einem Pflegeheim befinden, bedürfen besonderer Unterstützung. Sie haben oft Einbußen hinsichtlich der selbständigen Ausführung von alltäglichen Tätigkeiten. So wird die Unterstützung durch das Personal in Bereichen, wie beispielsweise der Körperpflege oder der Mobilität, notwendig. Hierbei sind die unterschiedlichen Herangehensweisen in der Pflegetätigkeit zu unterscheiden.

4.1.1 Funktionsorientierte Pflege

Funktionspflege kann auch als tätigkeitsorientierte Pflege, im Sinne der die lebenswichtigen Funktionen überwachenden Arbeit verstanden werden (Andraschko, 1996). Das deutsche Sozialgesetzbuch XI hält gemäß § 14 (3) fest (in der Fassung 21.07.2012), dass die Hilfe pflegebedürftiger Menschen *„in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.“* liegt.

Diese Verrichtungen betreffen die Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und die hauswirtschaftliche Versorgung.

Grond (2009) beschreibt ein rationelles Modell in Hinblick auf die krankheitsbezogene Pflege verwirrter oder demenzkranker Personen. Dieses zeichnet sich durch die vorrangige Orientierung an Defiziten des Kranken, dessen körperlichen Befunden und durch die emotionale Distanzierung des Pflegepersonals aus.

4.1.2 Bedürfnisorientierte Pflege

Dem funktionsorientierten Konzept steht schließlich die bedürfnisorientierte Pflege gegenüber. Diese wird hier im Sinne einer personenzentrierten Haltung verstanden. Sie fällt unter die Kategorie der humanistischen Pflegekonzepte. Das Erleben des Patienten, also die Akzentuierung humanistischer Aspekte wie Ressourcen eines Patienten, sind in diesem Konzept vorrangig. Hierbei geht es um das Wissen um die Fähigkeiten, Bedürfnisse und Ansichten einer Person.

Gleichzeitig sollte der Bezugsrahmen nicht außer Acht gelassen werden, das sind Rahmenbedingungen hinsichtlich der Betreuung wie beispielsweise die Institution oder finanzielle Ressourcen (Pörtner, 2001).

Grond (2009) beschreibt die Pflege demenzkranker und verwirrter Personen, als einen Umgang, welcher die Achtung der Menschenwürde, Autonomie, Privatheit, Vertrautheit und Normalität mit einbezieht. Weiters gibt er an, dass ein Gefühl der Konstanz, Sicherheit und Geborgenheit vermittelt werden soll und eine Haltung eingenommen werden soll, welche sich um das Verstehen, Einfühlen und Reaktivieren bemüht.

4.1.3 Aktivierende Pflege

Betrachtet man nun beide Konzepte gleichzeitig, also funktions- und bedürfnisorientierte Pflege, sei das Konzept der aktivierenden Pflege anzuführen. Dangel & Korporal (2003) halten dieses als „zentrales und umfassendes pflegerisches Konzept der Rehabilitation“ fest (S.56). Weiters geben sie als Grundstein für ein pflegerisches Rehabilitationskonzept Pflege- und Bedürfnistheorien an.

Aktivierende Pflege zeichnet sich demnach durch folgende Punkte aus (Dangel & Korporal, S.56):

- weitest mögliche Eigenständigkeit und Unabhängigkeit der Klienten von Pflege (und Versorgung)
- Erhaltung vorhandener und Wiedererlangung verlorengegangener Fähigkeiten
- Einbeziehung pflegerischer Maßnahmen der Prävention
- Unabhängigkeit von Krankheit und Diagnosen
- umfasst funktionale, eher körperbezogene Abläufe, aber auch komplexe psychische, geistige und seelische Zusammenhänge
- Miteinbeziehung des Pflegebedürftigen, seinen Angehörigen und deren soziales Umfeld
- alltags- und wohnortnah

Ackermann & Oswald (2006) halten Pflegebedürftigkeit als beeinflussbaren Prozess fest. Sie geben an, dass auch dem pflegebedürftigen Menschen Selbsthilfepotentiale zugeschrieben werden können. Dieses Potenzial wird insofern differenziert betrachtet, als dass es immer im Verhältnis zu den vorliegenden

Beeinträchtigungen gesehen wird. Das Ziel hinsichtlich der Pflege alter pflegebedürftiger Menschen umfasst, dass dieser Mensch in Abstimmung an seine Möglichkeiten, zur selbständigen Ausübung verschiedener Tätigkeiten wie beispielsweise essen oder sich waschen motiviert wird. Ebenso sollen ihm soziale Interaktionen und Kommunikation möglich sein. Die aktivierende Pflege trachtet danach, sowohl ökologische Bedingungen wie die Gestaltung der wohnlichen Umgebung, als auch die Einbindung in soziales Alltagsgeschehen zu berücksichtigen, um schließlich eine Förderung der Lebensqualität zu erreichen.

In einer Studie zur Zufriedenheit, Defiziten, Wünschen und Bewertungen bezüglich der aktivierenden Pflege, kam man zu dem Ergebnis, dass eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit der Pflege vorherrscht, dass heißt dass diese als angemessen und bedürfnisorientiert wahrgenommen wird. Dennoch beurteilten 50% der Pflegebedürftigen die Pflege als nicht schematische Pflege, was die Ergebnisse in Hinblick auf eine aktivierende Pflege relativiert. Ebenso festzuhalten ist, die Erwartung der Patienten bzw. Pflegebedürftigen an die Pflege als Versorgung, was zu der Annahme führt, dass eine defizitäre Vermittlung des Konzepts vorhanden ist (Dangel & Korporal, 2003).

4.1.4 Bedürfnisse im Heim: räumlich-soziale Umwelt

Die Umwelt von Heimbewohnern mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen betrifft oftmals nur das Heim oder eigene Zimmer (Baltes, Barton, Orzeck & Lago 1983, zit. nach Wahl, Heyl & Zimprich, 1999, S.50). Damit selbständiges Verhalten der Bewohner bestehen kann, muss die räumliche Umwelt an etwaige Einschränkungen wie barrierefreie Wege angepasst werden. Aber auch das Verhalten von Mitarbeitern des Heimes kann Einfluss auf die Selbständigkeit des Heimbewohners ausüben, indem sie zu selbständigen Verhalten auffordern oder es hemmen können. Sowohl Bewohner, als auch Mitarbeiter des Heimes können sich gegenseitig als Zentrum der sozialen Umwelt ansehen. Somit stellt die räumlich-soziale Umwelt einen relevanten Aspekt hinsichtlich des Erlebens und Verhaltens eines Heimbewohners dar. Dabei müssen die räumliche und soziale Umwelt immer in Abhängigkeit voneinander bzw. im Kontext zueinander betrachtet werden (Wahl, Heyl & Zimprich, 1999).

4.1.4.1 Die räumliche Umwelt

Im Folgenden sollen nun zehn lebensraumbezogene Grundbedürfnisse näher erläutert werden (Maderthaner & Spielhofer, 1992 zit. nach Maderthaner , 2001, S. 4) (Abbildung 2):

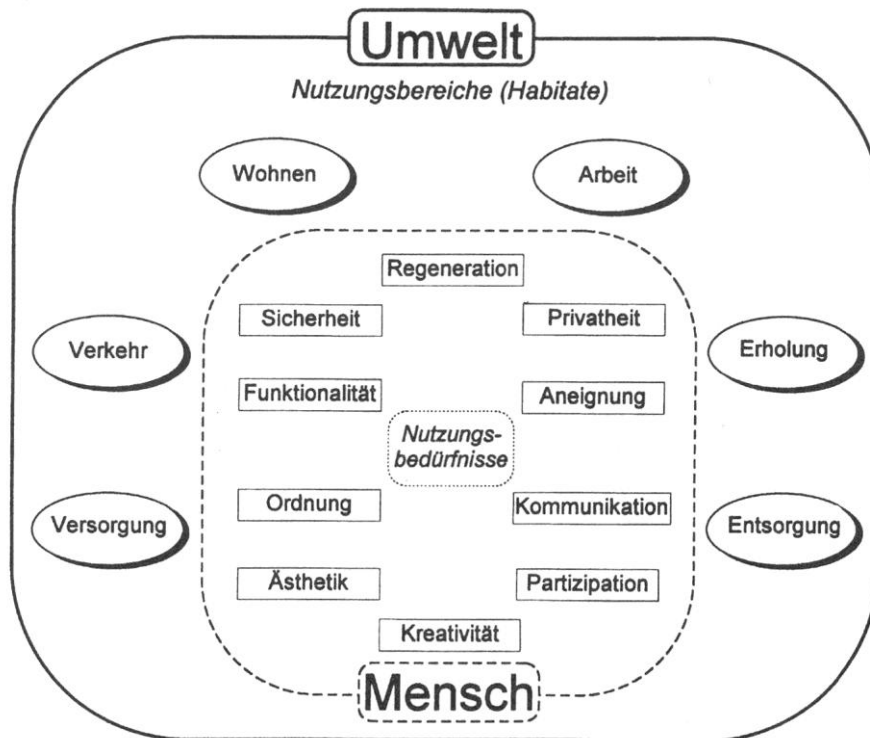


Abbildung 2: Lebensraumbezogene Bedürfnisse (Maderthaner,1995,S.2)

Regeneration

Hierbei scheinen unter anderem gute Luft, Sauberkeit, Besonnung und Lärmbefreiung eine wichtige Rolle zu spielen.

Privatheit und Sicherheit

Dazu zählen unter anderem die Wahrung der Intimsphäre, Schutz vor Einsehbarkeit und Mithören, Sicherheit von Wegen, geringe Gefahr von Einbrüchen und Überfällen als relevante Faktoren.

Funktionalität und Ordnung

Hierzu sind Bedürfnisse wie beispielsweise Raumbedarf, Praktikabilität, Bequemlichkeit und Orientierung im Siedlungsgebiet festzuhalten.

Kommunikation, Aneignung und Partizipation

Hierunter fallen unter anderem Gespräche, Mitbestimmung und Mitverantwortung, aber auch Treffpunkte und Gemeinschaftsräume.

Ästhetik und Kreativität

Ästhetik und Kreativität sind Bedürfnisse, welche sich beispielsweise durch Gebäude- und Fassadengestaltung, Grün- und Freiflächenanordnung kennzeichnen.

Werden diese Bedürfnisse nun nicht befriedigt können diverse Konsequenzen daraus resultieren. Vorrangig sind hierzu Ärger, Stress, Angst, Aggression, Depression, Lebensunzufriedenheit und negative Gestimmtheit festzuhalten (Maderthaner, 1995). Die ausführliche Beschreibung der Bedürfnisse sowie der Konsequenzen bei fehlender Befriedigung findet sich im Anhang.

Subjektives Wohlbefinden ist somit zu einem Teil bedingt durch das Zusammenpassen der Bedürfnisse der Bewohner mit den Möglichkeiten der räumlich-sozialen Umwelt (Carp, 1987; Carp & Carp, 1984; Kahana, 1982, zit. nach Wahl, Heyl & Zimprich, 1999, S. 52).

4.1.4.2 Die soziale Umwelt

Die soziale Umwelt im Heim umfasst vier Aspekte: die eigene soziale Umwelt (also die Umwelt des Bewohners selbst), die Umwelt Angehörige, Freunde und Bekannte betreffend, die Umwelt der Heimmitarbeiter, insbesondere das Pflegepersonal betreffend und die Bewohner, als soziale Umwelt für die Heimmitarbeiter. Betrachtet man das soziale Geschehen aus dem Blickwinkel der Aktivitäts- oder Disengagementtheorie, so kann festgehalten werden, dass Heime einerseits zu sozialem Rückzug, aber auch zur sozialen Einbettung (z.B. bei Verwitweten) führen können. Berücksichtigt man die Institution Heim im Sinne des SOK-Modells, so kann es vor allem in Bezug auf die Komponente Kompensation als förderlich wahrgenommen werden. Das Heim kann sowohl Verluste der räumlichen Umwelt (wie barrierefreie Wege) als auch die soziale Umwelt betreffend (wie neue Kontakte knüpfen), ausgleichen (Wahl, Heyl & Zimprich, 1999).

Kitwood (2004) setzte sich intensiv mit dem Umgang Demenzkranker auseinander und postuliert, dass die wichtigsten psychischen Bedürfnisse eines Demenzkranken Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität umfassen:

Trost

Dieses Bedürfnis umfasst beispielsweise Zärtlichkeit und Nähe. Mit Trost soll dem demenzkranken Menschen, welcher mit stetem Verlust zu kämpfen hat, ein Gefühl der Sicherheit vermittelt werden.

Bindung

Um ein Gefühl von Sicherheit zu erfahren, verlangt es gleichzeitig primäre Bindung, da auch diesbezüglich die Tatsache des Verlusts bei einer Demenz zu Tragen kommt.

Einbeziehung

Dieses Bedürfnis resultiert aus dem kulturellen Aspekt des Gruppenseins. In vielen Kulturen wurde man ausgeschlossen, um bestraft zu werden. Auch und vor allem bei demenzkranken Personen, zeigt sich häufig ein Verhalten, welches Nähe bzw. Bezug sucht.

Beschäftigung

Beschäftigt zu werden hat eine besondere Bedeutung in Hinblick auf die Aufrechterhaltung von Fähigkeiten und Selbstachtung.

Identität

Auch wenn der Demenzkranke nicht mehr an seiner Identität festhalten kann, ist es wichtig, dass trotzdem sein Umfeld um seine Lebensgeschichte weiß.

Insgesamt ist festzuhalten, dass Heime eine Balance zwischen der Erfüllung von Schutz- und Kompensationsfunktionen und Stimulierungs- und Optimierungsfunktionen schaffen müssen, vor allem in Hinblick darauf, dass diese sowohl rüstige als auch demenziell erkrankte Bewohner beherbergen (Wahl, Heyl & Zimprich, 1999).

4.2 Fremd-vs. Selbstwahrnehmung

Dass sich die objektive und subjektive Wahrnehmung von Lebensqualität oftmals unterscheidet, kann in folgenden Studien festgehalten werden.

Spector & Orrell (2006) stellten fest, dass sich die Ratings der Pflegepersonal-Bewohner-Dyaden hinsichtlich der Einschätzung von der Lebensqualität der demenziell erkrankten Bewohner unterschieden. Insgesamt konnten sie jedoch keine ausreichenden Erklärungen für diese Unterschiede finden, wobei sie angeben, dass eine geringe Lebensqualität mit einem geringen Ausmaß an Hoffnung beim Pflegepersonal zusammenhängen könnte.

Erklärungen für Diskrepanzen zwischen den Selbst- und Fremdratings von Lebensqualität demenziell erkrankter Personen durch ihre Pflegeperson, versuchte die Studie von Sands, Ferreira, Stewart, Brod & Yaffe (2004) festzuhalten. So fand sich ein Zusammenhang mit dem Ausmaß der Belastung der Pflegenden: gaben die Pflegenden ein höheres Maß an Belastung an, schätzten diese die Lebensqualität der zu Pflegenden mit leichter bis mittelgradiger demenzieller Beeinträchtigung, geringer ein. Der Studie zufolge geht auch das Ausmaß der depressiven Symptome der zu Pflegenden, mit der Einschätzung ihrer Lebensqualität einher. Je höher das Ausmaß der depressiven Symptome, desto geringer wurde die subjektive Lebensqualität beurteilt.

4.3 Arbeitsbelastung in der Pflege

Die Studie von Sands et al. (2004) veranlasst den Aspekt der Belastung näher zu betrachten.

Nach Rutenfranz (1981, zit. nach Wahl, Heyl & Zimprich, 1999, S.97) können vier Belastungsfaktoren im Bereich der Pflege unterschieden werden: physische (wie Tragen von Personen), physikalische und chemische (wie Hitze oder Lärm) und psychosoziale Belastung (wie schlechtes Arbeitsklima).

Aus Belastungen kann ein unterschiedliches Maß an Beanspruchung resultieren, wobei für die Beurteilung einer Belastung das Ausmaß „subjektiven Beanspruchungsempfindens“ entscheidend ist (Wahl, Heyl & Zimprich, 1999, S.97).

Ein Erklärungsmodell stellt das „Person-Environment-Fit-Modell“ von French (1978) dar. Es geht von zwei Arten der Übereinstimmung aus: zum Einen von der

Übereinstimmung zwischen Fähigkeiten und Fertigkeiten und den Anforderungen der Arbeitstätigkeit. Die zweite Übereinstimmung betrifft das Ausmaß der Bedürfnisbefriedigung durch die Arbeitsumwelt. Gibt es Diskrepanzen in diesen Übereinstimmungen, so löst dies unter anderem Stress aus. Welche physiologischen Ausmaße die Konsequenzen von Stress annehmen können, wurde bereits im Kapitel 1 erläutert.

Aus einer Studie zur Arbeitsbelastung im Seniorenheim resultierte, dass das Pflegepersonal vor allem Belastungen wie Gespräche über persönliche Probleme, Gespräche mit verwirrten Heimbewohnern, geringer Kontakt zwischen Angehörigen und Heimbewohnern sowie Mehrbelastung durch Personalmangel besonders häufig nennt (Hertl, Baumann & Messer, 2004).

Exkurs: Pflegepersonal Regelung Geriatrie- und Langzeitpflege (PPR-GL)

Unter Bezugnahme auf die Mehrbelastung durch Personalmangel soll im Folgenden nun auf einen speziellen Index eingegangen werden, welcher bereits in verschiedenen Geriatriezentren dazu eingesetzt wird den Personalbedarf nach Zeitaufwand durch Erfassung verschiedener Maße in der Altenpflege zu berechnen. Er erfasst unter anderem das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und unterscheidet zwischen den Bereichen „Allgemeine Pflege“ und „Spezieller Pflege“. Dieser Index erteilt so Auskunft über die Selbständigkeit eines Patienten und zielt schließlich darauf ab den gesamten Zeitaufwand des Pflegepersonals festzuhalten. Der Bereich „Allgemeine Pflege“ beinhaltet Bereiche wie Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung und Lagern. Der Bereich „Spezielle Pflege“ erfasst Leistungen im Zusammenhang mit Operationen, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphasen, medikamentöse Versorgung und Wund- und Heilbehandlung. Aus diesen beiden Indices resultieren drei Pflegestufen, die als selbständig, teilselbständig und unselbständig gekennzeichnet sind (Dorfmeister, 2004).

Aus einer weiteren Untersuchung zu Konfliktsituationen in Alten- und Altenpflegeheimen geht hervor, dass fast ausnahmslos Konflikte von Seiten des Pflegepersonals mit den Bewohnern angegeben wurden (Kruse & Schmitt, 1999). Die Ergebnisse zeigten, dass die Konflikte aufgrund von unberechtigten Forderungen, Aggressionen, Ungeduld und Jammern entstanden. Kruse & Schmitt (1999) geben ebenso an, dass auch der Einsatz von Seiten des Pflegepersonals für

die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner eher bewirkten, dass Konflikte überhaupt zustande kamen.

4.4 Produktives Altern – Synergie Pflege und Patient

Produktivität wird nach Montada (1996) in der Erzeugung und Erhaltung von Werten unter Berücksichtigung von Kosten und Nutzen aller Aktivitäten gesehen. Er hält fest, dass jeder Mensch - abgesehen von demenziell oder depressiv stark beeinträchtigten Personen - die Möglichkeit zur Wahl der Aktivitäten hat. Die Auswahl von Aktivitäten hängt einerseits mit subjektiven Kosten, das heißt man kann die alternativen Aktivitäten nicht nutzen, und Nutzen zusammen. Andererseits aber auch mit umweltbedingten Kosten und Nutzen. Insofern kann die Wahl einer Aktivität eines kranken Menschen im Heim, einerseits einen subjektiven Nutzen, andererseits jedoch auch umweltbedingte Kosten verursachen. So ist beispielsweise der Pflegeaufwand einer Person als Kosten für das Pflegepersonal zu werten, was sich auch durch zahlreiche Studien bestätigen lässt. Dennoch ist beiden Seiten, sowohl dem pflegebedürftigen Mensch, als auch der Pflegeperson, Handlungsraum für ein zuträgliches Miteinander geboten. So kann beispielsweise der Pflegebedürftige erheblich dazu beitragen das Personal zu entlasten, indem er Einsichten und Kompetenzen erwirbt, trotz Pflegebedürftigkeit, um auch für andere produktiv werden zu können.

Das Ergebnis einer Studie zeigte, dass es keine Unterschiede zwischen schwierigen und angenehmen zu Pflegenden hinsichtlich des Pflegeaufwands an sich gibt, sondern das Ausmaß der subjektiven Belastung von der Umgänglichkeit mit den Patienten bestimmt wird (Koschmieder, 1991, zit. nach Montada, 1996, S.386). Wüssten die Patienten, dass sie erheblich zur Arbeitszufriedenheit beitragen können, könnte das wiederum Gefühle der Selbstachtung und Zufriedenheit mit sich ziehen (Montada, 1996).

Abschließend ist festzuhalten, dass erfolgreiches Altern aufgrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Veränderung des Krankheitsbildes, auch durch die erfolgreiche Bewältigung chronischer Krankheiten determiniert ist. Die Entstehung und auch Bewältigung einer chronischen Krankheit resultiert aus der Interaktion sozialer, psychischer und somatischer Prozesse. In einer Studie kam der erhebliche Einfluss dieser drei Prozesse auf die Rehabilitation

und Lebensqualität zum Vorschein (Badura & Schott, 1989). So postulieren Badura & Schott (1989) diese Punkte zu fokussieren, wenn es um eine Verbesserung der Versorgungssituation geht.

II. EMPIRISCHE STUDIE

5 FRAGESTELLUNGEN UND FORSCHUNGSHYPOTHESEN

In der empirischen Untersuchung zur funktions- versus bedürfnisorientierten Pflege soll die Kongruenz der Wahrnehmung von Bedürfnissen und Lebenszufriedenheit bzw. Lebensqualität erfasst werden. Die Arbeitssituation des Pflegepersonals und das Ausmaß der allgemeinen Pflegebedürftigkeit als mögliche Einflussfaktoren wurden dabei berücksichtigt.

Folgende Fragestellungen und Forschungshypothesen waren Gegenstand der Untersuchung:

I. Fragestellungen in Zusammenhang mit den Bedürfnissen der Patienten:

1. Stimmen die von den Patienten genannten und von den Pflegepersonen wahrgenommenen Bedürfnisse hinsichtlich dem Vorhandensein und der Erfüllung überein?

H1 (1): Es gibt Übereinstimmungen zwischen Patienten und Pflegepersonal hinsichtlich der Einschätzung von Bedürfnissen im Vorhandensein und der Erfüllung.

2. Gibt es bei den Patienten in Abhängigkeit von ihrer allgemeinen Pflegebedürftigkeit Unterschiede in der Beurteilung vorhandener Bedürfnisse?

H1(2): Es gibt bei den Patienten in Abhängigkeit von dem Ausmaß ihrer allgemeinen Pflegebedürftigkeit Unterschiede in der Beurteilung vorhandener Bedürfnisse.

3. Hat die subjektiv wahrgenommene Arbeitssituation des Pflegepersonals Einfluss auf die Einschätzung der Bedürfnisse (Vorhandensein) der Patienten?

H1 (3): Die subjektiv wahrgenommene Arbeitssituation des Pflegepersonals hat Einfluss auf die Einschätzung der Bedürfnisse der Patienten hinsichtlich des Vorhandenseins.

II. Fragestellungen in Zusammenhang mit der Lebensqualität der Bewohner:

4. Gibt es eine Übereinstimmung in der Selbst- und Fremdeinschätzung von Lebensqualität der Patienten?

H1(4): Es gibt Übereinstimmungen in der Selbst- und Fremdeinschätzung von Lebensqualität der Patienten.

5. Hängt die Beurteilung der Lebensqualität durch die Patienten mit der Erfüllung vorhandener Bedürfnisse zusammen?

H1(5): Die Selbsteinschätzung der Lebensqualität hängt mit der Erfüllung vorhandener Bedürfnisse zusammen.

6. Hat die subjektiv wahrgenommene Arbeitssituation des Pflegepersonals Einfluss auf die Einschätzung der Lebensqualität?

H1(6): Die subjektiv wahrgenommene Arbeitssituation des Pflegepersonals hat Einfluss auf die Einschätzung der Lebensqualität.

7. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung hinsichtlich der Lebensqualität in Abhängigkeit von der allgemeinen Pflegebedürftigkeit?

H1(7): Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Lebensqualität und der allgemeinen Pflegebedürftigkeit.

6 DURCHFÜHRUNG

6.1 Stichprobe

Die Stichprobe, die sich aus Patienten und Pflegepersonal des Geriatriezentrums am Wienerwald zusammensetzt, kann als Gelegenheitsstichprobe angesehen werden: aufgrund der spezifischen Patientenstichprobe musste wegen der geringen Verfügbarkeit dieser auf eine Zufallsauswahl verzichtet werden. Es wurden drei Pavillons zur Erhebung der Stichprobe herangezogen. Nach Einholung der Befragungserlaubnis bei der Heimleitung wurde das Diplomarbeitsthema bei der jeweiligen Oberschwester im Rahmen der Teamsitzungen vorgestellt. Die Rekrutierung erfolgte schließlich in Zusammenarbeit mit dem Team.

6.1.1 Patienten

Alter

Die Selektion erfolgte durch die pflegerische Stationsleitung, indem eine Liste von Patienten unabhängig des Geschlechts ab 65 Jahren, welche in erster Linie nach Einschätzung der Stationsleitung bzw. des Stationsarztes, noch gut ansprechbar waren. Weiters musste sowohl die körperliche als auch psychische Verfassung eines Bewohners eine Befragung zulassen.

Mini Mental Status Examination (MMSE)

Die Mini Mental Status Examination diene zusätzlich zur Einschätzung der Stationsärzte und des Pflegepersonals hinsichtlich des kognitiven Zustandes. Diese beiden Beurteilungen dienten als Orientierung hinsichtlich der Möglichkeit einer detaillierten Befragung eines Bewohners. Je nach erreichter Punktezahl in der MMSE liegen Hinweise auf eine leichte, mittelgradige oder schwere demenzielle Erkrankung vor.

Sofern kein aktueller MMSE-Wert vorlag, wurde eine MMSE durchgeführt, um sicherzustellen, dass der Score im Bereich von 16 bis 30 Punkten liegt und somit von maximal leichten kognitiven Beeinträchtigungen ausgegangen werden konnte. Das Untersuchungsdesign schien zu umfangreich, um Personen, deren Beeinträchtigungen über ein leichtes Ausmaß hinausgingen, zu befragen.

Sachwalterschaft

Weitere Kriterien der Teilnahme an der Befragung umfassten die Art der Besachwalterung. Es wurden nur Personen, welche höchstens in finanziellen Belangen besachwaltet waren, mit einbezogen. Patienten, die in persönlichen Belangen besachwaltet waren, wurden insofern ausgeschlossen, als dass sich die Einholung des Einverständnisses der jeweiligen Sachwalter in einem Testlauf zum Einen als wenig erfolgreich erwies. Zum Anderen hätte die Einholung der Zustimmung in weiterer Folge vermutlich den Rahmen der Diplomarbeit hinsichtlich des zeitlichen Aufwands gesprengt. Abgesehen davon, schließt eine Besachwalterung in persönlichen Belangen, die Urteils- und Einsichtsfähigkeit einer Person aus, sodass die Einbeziehung dieses Kriteriums schlussendlich als nicht geeignet für die vorliegende Befragung erschien.

Pflegedauer

Weiters wurden ebenso nur Patienten, die sich mindestens zwei Monate in Pflege befanden, herangezogen.

6.1.2 Pflegepersonal

Sobald die selektierten Bewohner befragt wurden, wurden der Pflegeperson die Fragebögen ausgehändigt. Da jede Station ihr eigenes Pflegesystem hatte, konnte hinsichtlich der Zuweisung des Pflegepersonals zu den Patienten von Seiten der Untersucherin nicht einheitlich vorgegangen werden. Dementsprechend übernahm die Stationsleitung die Zuweisung der Pflegepersonen zu den Patienten. Die Pflegepersonen wurden weder nach Alter, noch nach Geschlecht selektiert, sondern mussten lediglich ausreichende Deutschkenntnisse aufweisen, um die Fragebögen verstehen und in weiterer Folge korrekt ausfüllen zu können. Es wurden jeder Pflegeperson die Fragebögen inklusive einem Kuvert persönlich ausgehändigt. Ebenso wurde jede Pflegeperson persönlich instruiert und es wurden gemeinsam Beispielitems ausgefüllt. Die Fragebögen wurden auch persönlich abgeholt und bei Bedarf gab es die Möglichkeit jederzeit offene Fragen zu klären.

Das Pflegepersonal wurde, aufgrund fehlendem aktuellen Barthelindex, instruiert den aktuellen PPR-GL Index des Patienten anzugeben. Fehlende zeitliche und persönliche Ressourcen von Seiten des Pflegepersonals, veranlassten ein ökonomisches Vorgehen im Sinne des Pflegepersonals zu verfolgen, um die Compliance dieser aufrecht zu erhalten (nähere Erläuterungen zum PPR-GL-Index finden sich in Abschnitt 4.3).

6.2 Befragungssetting

Da nicht immer die Möglichkeit eines separaten Raumes für die Befragung der Bewohner vorlag wurden einerseits nach Absprache mit den Bewohnern „Bedside“-Befragungen, das sind Befragungen bei Patienten, die sich im Bett befinden, durchgeführt. Andererseits wurden die Befragungen im Gemeinschaftsraum durchgeführt. Trotz der wenigen Möglichkeiten alleine mit dem Patienten zu sprechen, wurde durch die Untersucherin versucht eine gewisse Privatsphäre bei der Befragung zu ermöglichen. Das heißt es wurde unter anderem zu Zeiten befragt, in denen die Mitbewohner gewöhnlich nicht im Zimmer waren. Das Setting stellte für die Patienten laut eigenen Aussagen kein Problem dar.

Die Testung begann am 19.01.2012 und wurde mit 15.04.2012 abgeschlossen.

6.3 Untersuchungsinstrumente

6.3.1 Bedürfnisfragebogen

Der Bedürfnisfragebogen wurde in Anlehnung der „angenehmen Aktivitäten“ von McPhillamy & Lewinsohn (1982) erstellt. Sie erarbeiteten eine Liste mit wohltuenden Tätigkeiten, welche das Ausmaß des Auftretens und der Freude hinsichtlich einer Aktivität erfassen soll. Es wurde in mehreren klinischen Studien sowie bei der Behandlung von Depression eingesetzt. Diese Liste beinhaltet 320 mögliche angenehme Ereignisse.

Ebenso dienten die lebensraumbezogenen Bedürfnisse von Maderthaner (1995) als Basis für die Ausarbeitung des Fragebogens.

Es wurde eine Version für die Selbsteinschätzung und eine Version für die Fremdeinschätzung ausgearbeitet. Die vollständigen Fragebögen befinden sich im Anhang. Im Folgenden werden Beispielitems vorgestellt (Abbildung 3):

Kognitive Bedürfnisse

	Ich habe diesen Wunsch...	er wird erfüllt...	...die Pflege weiß davon
Rätsel lösen	☐	0-1-2-3-4	☐
etwas schreiben (Brief, Postkarte, Tagebuch)	☐	0-1-2-3-4	☐
(Brett-)Spiele spielen	☐	0-1-2-3-4	☐
Zeitung lesen	☐	0-1-2-3-4	☐
Radio hören	☐	0-1-2-3-4	☐
Fernsehen	☐	0-1-2-3-4	☐
Musik hören	☐	0-1-2-3-4	☐
ein Buch lesen	☐	0-1-2-3-4	☐
etwas sammeln	☐	0-1-2-3-4	☐

Abbildung 3: Auszug aus dem Bedürfnisfragebogen der Patienten

Die Befragung der Patienten fand mittels eines Interviews statt. Die Pflegepersonen wurden dazu angeleitet den Fragebogen alleine auszufüllen.

In erster Instanz wurde das Vorhandensein des Wunsches erfragt (erste Spalte). Sofern ein Wunsch bejaht wurde, wurde das Ausmaß der Erfüllung dieses Wunsches erfragt (zweite Spalte). Das Ausmaß des Wunsches wurde über eine Ratingskala von 0 bis 4 erfasst, wobei 0 „nein gar nicht“, 1 „eher nein“, 2 „teils teils“, 3 „eher ja“ und 4 „immer“ bedeutete. Schließlich wurde auch erhoben, ob der Wunsch kommuniziert wurde (dritte Spalte). Die Patienten bekamen nach der Aufklärung über

den Fragebogen zusätzlich ein Kärtchen mit der Ratingskala im A4-Format vorgelegt, um das Bewertungssystem immer vor Augen zu haben und ihnen dadurch die Bewertung des Ausmaßes der Erfüllung zu erleichtern.

6.3.2 Quality of Life – Alzheimer Disease (QOL-AD)

Um die bereichsspezifische Lebensqualität zu erfassen, wurde der englischsprachige QOL-AD herangezogen. Der QOL-AD dient zur Erfassung der Lebensqualität speziell von demenzkranken Personen. Er stellt mit 13 Items zu verschiedenen Lebensbereichen ein ökonomisches Verfahren dar. Er kann sowohl zur Selbst- als auch zur Fremdeinschätzung eingesetzt werden (Abbildung 4). Die interne Konsistenz von 0,83 bis 0,90 und die Interklassenkorrelation von 0.14 bis 0.39 können als zufriedenstellend angesehen werden (Logsdon, Gibbons, McCurry & Teri, 2002). Für diese Untersuchung wurde der Fragebogen übersetzt (siehe Anhang).

1. Körperliche Gesundheit <i>Wie glauben Sie empfindet Ihr Patient seine körperliche Gesundheit?</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
2. Energie <i>Wie glauben Sie empfindet Ihr Patient sein Energielevel?</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet

Abbildung 4: Auszug aus dem Lebensqualitätsfragebogen des Pflegepersonals

Auch wenn diese Untersuchung nicht spezifisch auf demenzkranke Personen ausgerichtet war, konnte nicht davon ausgegangen werden, dass keine leichten kognitiven Beeinträchtigungen vorliegen.

6.3.3 Belastungsscreening TAA-KHS-S

Um schließlich auch die Arbeitssituation bzw. die Arbeitsbelastung (ARBO) des Pflegepersonals zu erfassen wurden zwei Skalen aus dem Screening zur Erfassung der psychischen Belastung in stationärer Krankenpflege von Büssing,

Glaser & Höge (2002) herangezogen. Diesem Screening wurde einerseits die Skala *Krankheiten/Patienten* (Abbildung 5) und andererseits die Skala *widersprüchliche Aufgabenziele* (Abbildung 6) entnommen, da diese durch Gespräche mit Pflegern besonders relevant erschienen. Das Belastungsscreening weist eine ausreichende interne Konsistenz ($\alpha \geq 0,60$) sowie auch eine ausreichende Intraklassenkorrelation von 0,76 auf.

Um Verwirrungen beim Ausfüllen dieser Skalen entgegen zu wirken, wurde nicht die Ratingskala von Büssing et al. (2002) übernommen, sondern an die Ratingskalen der anderen Fragebögen angeglichen. Somit wurde folgende Ratingskala eingesetzt: 0 „Nein gar nicht“, 1 „eher nein“, 2 „teils teils“, 3 „eher ja“ und 4 „ja genau“.

Die Arbeit, die man auf dieser Station verrichtet, ist immer wieder wegen...

	<i>Nein gar nicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>teils teils</i>	<i>eher ja</i>	<i>ja genau</i>
...unheilbar Kranker zu schwierig	0	1	2	3	4
...des starken körperlichen Verfalls mancher Patienten zu schwierig	0	1	2	3	4
...wegen sterbender Patienten zu schwierig	0	1	2	3	4
...bestimmter Krankheitsbilder zu schwierig (chronische oder Mehrfacherkrankungen)	0	1	2	3	4

Abbildung 5: Arbeitssituation des Pflegepersonals Skala *Krankheiten/Patienten*

Bei seiner Arbeit auf dieser Station...

	<i>Nein gar nicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>teils teils</i>	<i>eher ja</i>	<i>ja genau</i>
...hat man so viele Patienten zu versorgen, dass die Qualität der Pflege darunter leidet	0	1	2	3	4
...erhält man von Vorgesetzten Anweisungen, von denen man weiß, dass sie nicht zu dem geforderten Ergebnis führen werden	0	1	2	3	4

Abbildung 6: Arbeitssituation des Pflegepersonals Skala *widersprüchliche Aufgabenziele*

7 AUSWERTUNG UND RESULTATE

7.1 Deskriptive Statistik

7.1.1 Demografische Daten

Insgesamt wurden 26 Patient-Pfleger Dyaden zur Untersuchung herangezogen. Es konnten somit 52 Patienten befragt werden. Ebenso wurden 52 Pflegepersonen Fragebögen ausgehändigt, wovon zwei Fragebögen nicht ausgefüllt wurden. Das heißt, dass schlussendlich 24 Patient-Pflege Dyaden untersucht wurden.

Geschlecht

Die Patientenstichprobe setzte sich aus 10 Männern und 42 Frauen zusammen. Ebenso wurden 52 Pflegepersonen befragt, wovon 15 Personen Männer und 37 Personen Frauen waren (Abbildung 7).

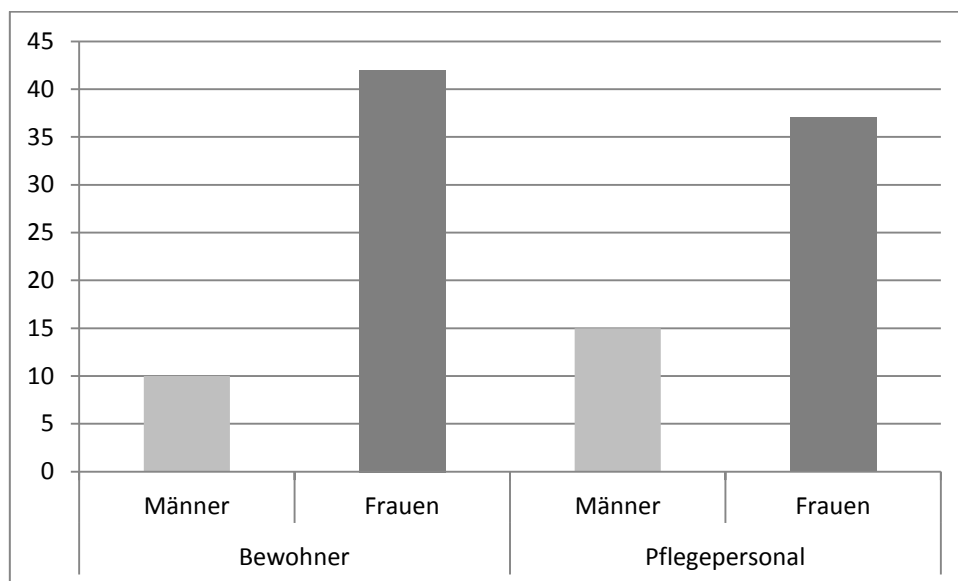


Abbildung 7: Verteilung der Stichprobe nach Geschlecht

Alter der Patienten

Die Altersspanne der Patienten reichte von 65 Jahren bis 100 Jahren, wobei die Untergrenze des Alters bei 65 Jahren festgelegt wurde, da Personen ab 65 Jahren als „alt“ kommuniziert werden (WHO, 2012). Die vorliegende Stichprobe war vorrangig durch eine Altersspanne zwischen 80 und 90 Jahren charakterisiert. Der Mittelwert liegt hier bei rund 84 Jahren (Abbildung 8).

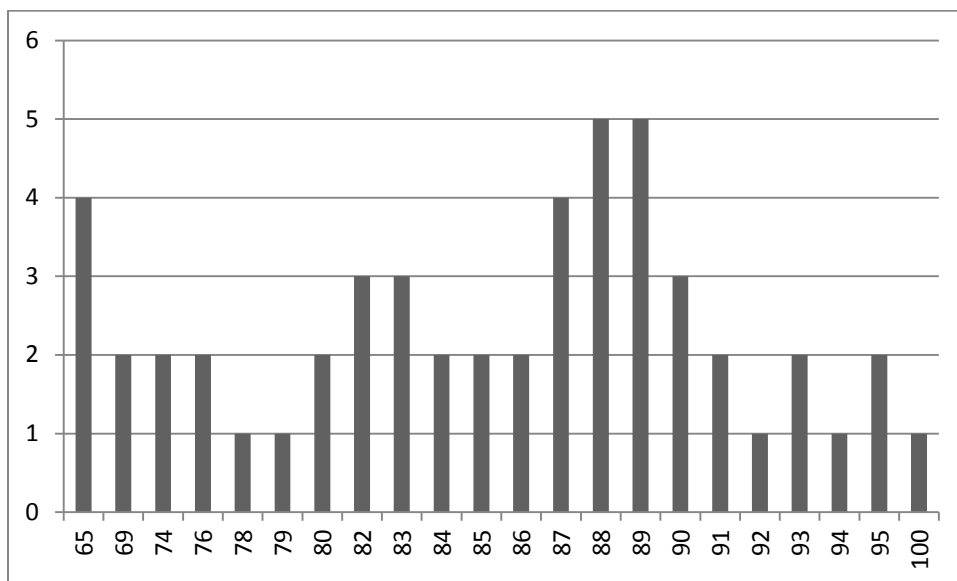


Abbildung 8: Altersverteilung der Patienten in Jahren

Pflegebedürftigkeit der Patienten

Zur Einschätzung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit wurde der Allgemeine Pflegebedürftigkeitsindex der im Zuge des PPR-GL erhoben wird herangezogen. Es ergab sich, dass 29 der 52 Patienten als „teilweise selbständig“ eingestuft wurden (55,8%). 15 Personen erwiesen sich als „unselbständig“ (28,8%) und acht Personen wurden als „selbständig“ eingestuft (15,4%). (Abbildung 9)

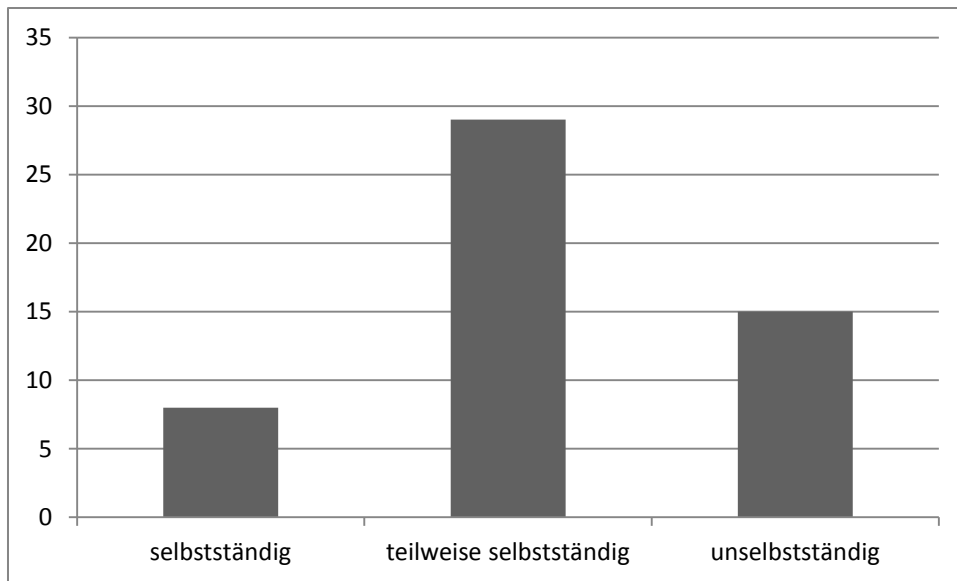


Abbildung 9: Verteilung der Patienten nach Pflegebedürftigkeit

Arbeitssituation des Pflegepersonals

Es konnte festgestellt werden, dass der überwiegende Anteil der Pflegepersonen einer Vollzeitanstellung nachkam. Von 52 befragten Personen, beantwortete eine Person diese Frage nicht. Somit fanden sich im Bereich der Vollzeitbeschäftigung 47 Personen (90,4%). Vier Personen gaben eine Teilzeitbeschäftigung an (7,7%).

Das Pflegepersonal gab überwiegend den Stationsschwerpunkt „Langzeitpflege“ an, wobei darunter auch die palliative Pflege fällt, die jedoch extra angegeben wurde. Somit können 43 Pflegepersonen dem Bereich der Langzeitpflege zugeordnet werden (82,7%). Vier Personen arbeiteten im Bereich der Rehabilitation (7,4%). Das Pflegepersonal im Bereich der reaktivierenden Pflege setzte sich aus fünf Personen zusammen (9,6%). Das Pflegepersonal arbeitete durchschnittlich rund 8,5 Jahre auf den Stationen (Abbildung 10).

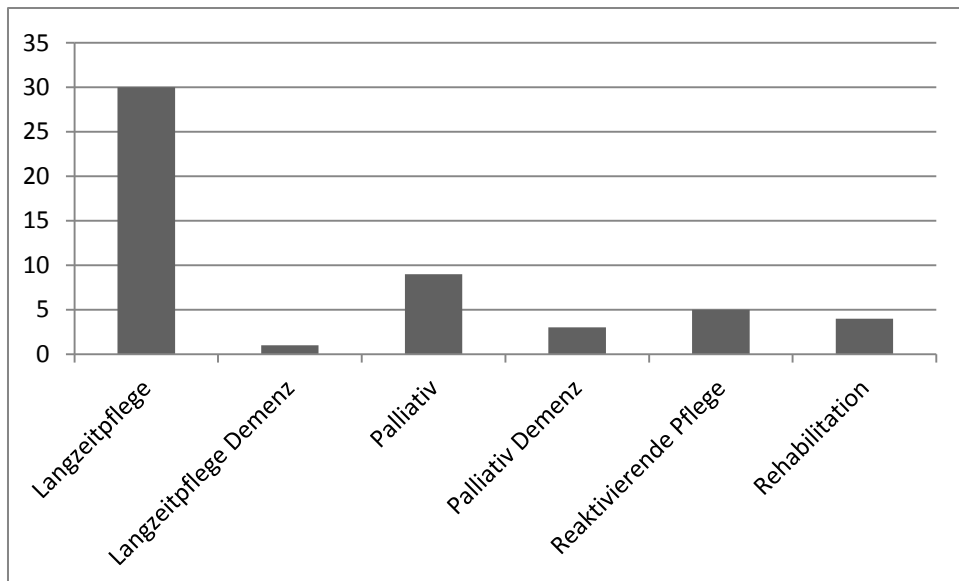


Abbildung 10: Verteilung nach Schwerpunkt der Station

7.2 Datenaufbereitung

7.2.1 Faktorenanalyse: QOL-AD

Mittels Faktorenanalyse wurde der Fragebogen zur Lebensqualität auf einen Faktor überprüft. Dabei wurde aufgrund zu niedriger Ladungen eine Itemselektion durchgeführt (der Cutoff-Wert lag hier bei 0,40). Somit wurde der ursprünglich aus 13 Items bestehende Fragebogen auf nunmehr sieben relevante Items gekürzt. Daraus ergibt sich, dass die Items „Familie“, „Freunde“, „(Haupt-) Bezugsperson“, „Gedächtnis“, „finanzielle Situation“ und „Wohnsituation“ selektiert wurden und nunmehr folgende Items in den weiteren Berechnungen mit einbezogen wurden.

Von Seiten der Patienten ergibt sich im Fragebogen zur Lebensqualität eine ausreichend hohe interne Konsistenz von 0,780. Auch die Kommunalität sowie Itemtrennschärfen zeigen zufriedenstellende Werte. Die Skala erklärt rund 44% der Varianz. (Tabelle 5)

Tabelle 5: Faktorenanalyse QOL (Patienten)

Items	Ladung	Kommunalität	Itemtrennschärfe
QOL: Energie (Patient)	0,776	0,602	0,638
QOL: Fähigkeit, Dinge zu tun, die Spaß machen (Patient)	0,698	0,487	0,531
QOL: Beurteilung der eigenen Person (Patient)	0,683	0,467	0,540
QOL: Fähigkeit, Tätigkeiten des täglichen Lebens durchzuführen (Patient)	0,664	0,440	0,508
QOL: Stimmung (Patient)	0,662	0,438	0,518
QOL: Einschätzung des gesamten Lebens (Patient)	0,565	0,319	0,402
QOL: Körperliche Gesundheit (Patient)	0,555	0,308	0,407
Cronbach Alpha	0,780		
Anteil erklärter Varianz in %	43,728		
KMO	0,776		

Von Seiten der Pflege ergibt sich ebenfalls eine ausreichend hohe interne Konsistenz von 0,797. Die Skala weist einen ausreichenden Anteil erklärter Varianz von rund 47% auf (Tabelle 6).

Tabelle 6: Faktorenanalyse QOL (Pflege)

Items	Ladung	Kommunalität	Itemtrennschärfe
QOL: Energie (Pflege)	0,812	0,660	0,685
QOL: Körperliche Gesundheit (Pflege)	0,744	0,553	0,598
QOL: Beurteilung der eigenen Person (Pflege)	0,720	0,518	0,579
QOL: Stimmung (Pflege)	0,678	0,460	0,529
QOL: Fähigkeit, Dinge zu tun, die Spaß machen (Pflege)	0,636	0,404	0,496
QOL: Fähigkeit, Tätigkeiten des täglichen Lebens durchzuführen (Pflege)	0,606	0,367	0,453
QOL: Einschätzung des gesamten Lebens (Pflege)	0,486	0,236	0,355
Cronbach Alpha	0,797		
Anteil erklärter Varianz in %	45,686		
KMO	0,780		

Insgesamt kann das Modell nach Selektion der Items sowohl in Hinblick auf den Fragebogen der Patienten, als auch des Pflegepersonals als zufriedenstellend festgehalten werden.

7.2.2 Faktorenanalyse: Fragebogen zur Arbeitssituation (ARBO)

Auch der Fragebogen zur Arbeitssituation bzw. –belastung wurde mitteld Rotationsmethode Varimax faktorenanalytisch überprüft. Daraus resultierte eine hohe interne Konsistenz von 0,882 für die Skala *Krankheiten/Patienten* und ebenso eine hohe interne Konsistenz von 0,845 für die Skala *widersprüchliche Aufgabenziele*. Die erste Skala erklärt rund 32% der Varianz, die zweite rund 23 % der Varianz. Aufgrund der hohen Ladungen können alle Items beibehalten werden. Auch die Kommunalitäten sowie die Itemtrennschärfen erweisen sich als zufriedenstellend (Tabelle 7).

Tabelle 7: Faktorenanalyse ARBO

Items	Ladung		Kommunalität	Itemtrennschärfe
	Faktor 1: Krankheiten der Patienten	Faktor 2: widersprüchliche Aufgabenziele		
Arbeit wegen starken körperlichen Verfalls zu schwierig	0,797		0,663	0,733
Arbeit wegen unheilbar Kranker zu schwierig	0,777		0,609	0,699
Arbeit wegen bewusstloser/komatöser Patienten zu schwierig	0,766		0,595	0,663
Arbeit wegen sterbender Patienten zu schwierig	0,748		0,602	0,704
Arbeit wegen unmotivierter Patienten zu schwierig	0,684		0,618	0,689
Arbeit wegen immobiler Patienten zu schwierig	0,644		0,605	0,633
Arbeit wegen verwirrter/dementer Patienten zu schwierig	0,638		0,513	0,619
Arbeit wegen bestimmter Krankheitsbilder zu schwierig	0,607		0,451	0,561
Arbeit wegen unbequemer Patienten zu schwierig	0,568		0,425	0,558
Arbeit wegen Patienten mit schlechten deutschen Sprachkenntnissen zu schwierig	0,540		0,362	0,361
Arbeit wegen Patienten aus sozialen Randgruppen zu schwierig	0,538		0,428	0,360
Wenn man Arbeit gründlich machen will wird man häufig nicht fertig		,799	0,676	0,675
Anweisungen Vorgesetzter führen nicht zu gefordertem Ergebnis		,782	0,611	0,658
Qualität der Pflege leidet durch Versorgung vieler Patienten		,736	0,649	0,684
Vorgesetzte geben widersprüchliche Aufträge		,716	0,514	0,624
Aufgaben für die man nicht zuständig ist verrichten		,708	0,547	0,674
Cronbach α	0,882	0,845		
Anteil erklärter Varianz in %	32,124	23,292		
KMO	0,762			

7.2.3 CATPCA- Hauptkomponentenanalyse für kategoriale Daten

Die CATPCA dient der Quantifizierung kategorialer Daten und soll diese zu Skalen zusammenfassen. Um die acht Bereiche des Bedürfnisfragebogens vergleichen zu können wurde nun solch eine Aggregation der Items mittels CATPCA sowohl für die Patienten als auch für das Pflegepersonal vorgenommen. Aufgrund zu

niedriger Ladungen wurde schließlich eine Itemselektion pro Bereich durchgeführt. Das heißt es wurden nur Items ab einer Ladung von 0,40 beibehalten. Mittels CATPCA konnten folgende acht Skalen hinsichtlich vorhandener Bedürfnisse aufgestellt werden:

Der Bereich **Körperliche Pflegebedürfnisse** wurde hinsichtlich der Items „das Gesicht waschen“, „den Körper waschen“, „gut zu riechen“ und „Körperpflege ohne Unterstützung der Pflege ausführen“ gekürzt und zeigte nach der Selektion von Seiten der Patienten eine interne Konsistenz von 0,776. Die übrig gebliebenen Items „Haare kämmen“, „Zähne putzen“ und „Nägel schneiden/feilen“ weisen ausreichend hohe Ladungen auf, um diese zu einer Skala zusammenzufassen. Diese Skala erklärt 69% der Varianz.

Von Seiten der Pflege stellt sich eine ausreichend hohe interne Konsistenz von 0,786 sowie ein hoher Anteil erklärter Varianz von rund 70% heraus. Dennoch erscheint die Skala „Körperliche Pflegebedürfnisse“ insgesamt nach Extraktion der drei Items von ursprünglich sieben Items von Seiten der Untersucherin als nicht mehr relevant, da diese Skala der ursprünglichen Erhebungsintention nicht mehr gerecht wird. Die Tabelle befindet sich im Anhang.

Der Bereich **Kognitive Bedürfnisse** besteht nach Selektion der Items „Rätsel lösen“, „etwas schreiben“, „(Brett-)Spiele spielen“, „Zeitung lesen“, „Fernsehen“ und „ein Buch lesen“ aus den Items „Radio hören“, „Musik hören“ und „etwas sammeln“. Diese Skala ergibt von Seiten der Patienten eine interne Konsistenz von 0,623 und erklärt 57% der Varianz.

Von Seiten der Pflege stellte sich eine ebenso ausreichend hohe interne Konsistenz von 0,727 heraus. Die Skala erklärt rund 65% der Varianz. Dennoch erscheint auch diese Skala „Kognitive Bedürfnisse“ nach Selektion der Items als nicht mehr relevant, da diese Skala keine „aktiven“ Tätigkeiten mehr umfasst und somit der ursprünglichen Intention der Untersucherin nicht mehr gerecht wird. Die Tabelle befindet sich im Anhang.

Bei dem Bereich **Bedürfnisse außerhalb des Heims** wurde das Item „zu einer religiösen Veranstaltung gehen“ ausgeschieden, womit dieser nun zu einer Skala bestehend aus den Items „einkaufen“, „im Park sitzen“, „sich um Pflanzen oder Garten kümmern“, „in der Sonne sitzen“, „Natur/Tiere beobachten“ und „kulturelle Veranstaltung“ zusammengefasst wurde. Diese Skala weist auf der Patientenseite

eine gerade noch ausreichende interne Konsistenz von 0,563 auf und erklärt 31% der Varianz (Tabelle 8).

Tabelle 8: CATPCA Bedürfnisfragebogen – Bedürfnisse außerhalb des Heims (Patienten)

Items	Ladungen
einkaufen	0,487
im Park sitzen	0,556
sich um Pflanzen oder Garten kümmern	0,545
in der Sonne sitzen	0,399
Natur/Tiere beobachten	0,768
kulturelle Veranstaltung	0,541

Cronbach α = 0,563

Anteil erklärter Varianz in % = 31,399

In Hinblick auf das Pflegepersonal ergibt sich eine zufriedenstellende interne Konsistenz von 0,763 sowie ein angemessener Anteil erklärter Varianz von rund 46% (Tabelle 9).

Tabelle 9: CATPCA Bedürfnisfragebogen – Bedürfnisse außerhalb des Heims (Pflege)

Items	Ladungen
Einkaufen	0,710
im Park sitzen	0,678
sich um Pflanzen oder Garten kümmern	0,759
in der Sonne sitzen	0,668
Natur/Tiere beobachten	0,666
kulturelle Veranstaltung	0,564

Cronbach α = 0,763

Anteil erklärter Varianz in % = 45,805

Der Bereich **Bedürfnisse im Heim** ergab keinen Bedarf einer Itemselektion. Diese Skala weist hinsichtlich der Patienten eine zufriedenstellende interne Konsistenz von 0,729 auf und erklärt 55% der Varianz (Tabelle 10).

Tabelle 10: CATPCA Bedürfnisfragebogen – Bedürfnisse im Heim (Patienten)

Items	Ladungen
Gymnastik/Turnübungen	0,576
gehen üben	0,804
stehen üben	0,856
Übungen ohne Unterstützung der Pflege ausführen	0,703

Cronbach α = 0,729
Anteil erklärter Varianz in % = 55,126

Von Seiten des Pflegepersonals ist eine hohe interne Konsistenz von 0,803 festzuhalten. Die Skala erklärt hier rund 63% der Varianz (Tabelle 11).

Tabelle 11: CATPCA Bedürfnisfragebogen – Bedürfnisse im Heim (Pflege)

Items	Ladungen
Gymnastik/Turnübungen	0,710
gehen üben	0,879
stehen üben	0,828
Übungen ohne Unterstützung der Pflege ausführen	0,745

Cronbach α = 0,803
Anteil erklärter Varianz in % = 62,906

Die Skala **Bedürfnisse nach Genussmitteln** ergibt sich nach Selektion des Items „Süßigkeiten“ aus den Items „salzige Knabbereien“, „alkoholische Getränke“ und „Zigaretten rauchen“. Die interne Konsistenz dieser Skala weist einen sehr niedrigen Wert von 0,332 auf und die Skala erklärt 43% der Varianz. Von Seiten des Pflegepersonals ist ebenfalls eine sehr niedrige interne Konsistenz von 0,379 festzuhalten. Die Skala erklärt hier rund 45% der Varianz. Aufgrund der zu geringen internen Konsistenz diese Skala in die weiteren Berechnungen nicht eingeschlossen. Die Tabelle befindet sich im Anhang,

Der Bereich **Kreative Bedürfnisse** wurde hinsichtlich der Items „etwas zusammenbauen/reparieren“ und „kochen“ gekürzt. Die interne Konsistenz beträgt einen für diese Untersuchung gerade noch ausreichenden α -Wert von 0,636. Die Skala erklärt 58% der Varianz (Tabelle 12).

Tabelle 12: CATPCA Bedürfnisfragebogen – kreative Bedürfnisse (Patienten)

Items	Ladungen
Basteln	0,790
zeichnen/malen	0,835
stricken/häkeln	0,643

Cronbach α = 0,636
 Anteil erklärter Varianz in % = 57,863

In Hinblick auf das Pflegepersonal ist eine zufriedenstellende interne Konsistenz von 0,839 festzuhalten. Die Skala erklärt rund 76% der Varianz (Tabelle 13).

Tabelle 13: CATPCA Bedürfnisfragebogen – kreative Bedürfnisse (Pflege)

Items	Ladungen
Basteln	0,863
zeichnen/malen	0,869
stricken/häkeln	0,877

Cronbach α = 0,839
 Anteil erklärter Varianz in % = 75,636

Bei dem Bereich **Wohnbedürfnisse** musste eine Selektion der Items „Ruhe im Zimmer haben“, „absperrbare Schränke“, „Rückzugsmöglichkeiten/Räume, wo man alleine sein kann“ und „Bilder/Fotos aufhängen“ durchgeführt werden. Es ergibt sich in dieser Skala eine gerade noch ausreichende interne Konsistenz von 0,674 und diese Skala erklärt 31% der Varianz (Tabelle 14).

Tabelle 14: CATPCA Bedürfnisfragebogen – Wohnbedürfnisse (Patient)

Items	Ladungen
Fenster im Zimmer/viel Licht im Zimmer haben	0,469
Fenster mit Ausblick ins Grüne	0,473
gute Luft im Zimmer	0,744
Sauberkeit im Zimmer	0,697
Blumen riechen/sehen	0,452
gut beleuchtete Räume und Gänge	0,538
breite Räume/Wege	0,467
Balkon	0,494

Cronbach α = 0,674

Anteil erklärter Varianz in % = 30,487

Die interne Konsistenz beträgt von Seiten des Pflegepersonals einen hohen α -Wert von 0,876. Die Skala erklärt rund 54% der Varianz (Tabelle 15).

Tabelle 15: CATPCA Bedürfnisfragebogen – Wohnbedürfnisse (Pflege)

Items	Ladungen
Fenster im Zimmer/viel Licht im Zimmer haben	0,617
Fenster mit Ausblick ins Grüne	0,800
gute Luft im Zimmer	0,543
Sauberkeit im Zimmer	0,774
Blumen riechen/sehen	0,637
gut beleuchtete Räume und Gänge	0,848
breite Räume/Wege	0,813
Balkon	0,761

Cronbach α = 0,876

Anteil erklärter Varianz in % = 53,507

Der Bereich **Soziale Bedürfnisse** wurde um die Items „sich mit jemandem unterhalten“, „Kontakt mit einem Haustier haben“, „mit der Familie zusammenkommen“, „mit Freunden oder der Familie telefonieren“, „mit jemandem tanzen“, „mit anderen im Gemeinschaftsraum sitzen“, „mit jemandem ein Fotoalbum durchblättern“, „Witze erzählen/erzählt bekommen“, „gemeinsam Lieder singen“ und „Tagesaktivitäten selbst bestimmen“ gekürzt. Die interne Konsistenz weist hinsichtlich der Patienten einen angemessenen α -Wert von 0,713 auf. Die Skala erklärt hierbei 37% der Varianz (Tabelle 16).

Tabelle 16: CATPCA Bedürfnisfragebogen – soziale Bedürfnisse (Patient)

Items	Ladungen
Sozial: von jemand Vertrautem umarmt werden (Patient) – Vorhandensein	0,639
Sozial: Geschichten erzählen (Patient) – Vorhandensein	0,400
Sozial: Lob/Kompliment bekommen (Patient) - Vorhandensein	0,568
Sozial: von jemand Vertrautem gestreichelt werden (Patient) – Vorhandensein	0,742
Sozial: angelächelt werden (Patient) – Vorhandensein	0,499
Sozial: Hand gehalten bekommen (Patient) - Vorhandensein	0,687
Sozial: von jemand Vertrautem berührt werden (Patient) – Vorhandensein	0,638

Cronbach α = 0,713

Anteil erklärter Varianz in % = 36,722

Von Seiten des Pflegepersonals ergibt sich eine interne Konsistenz von 0,830. Die Skala erklärt hierbei rund 50% der Varianz (Tabelle 17).

Tabelle 17: CATPCA Bedürfnisfragebogen – soziale Bedürfnisse (Pfleger)

Items	Ladungen
Sozial: von jemand Vertrautem umarmt werden (Patient) – Vorhandensein	0,771
Sozial: Geschichten erzählen (Patient) - Vorhandensein	0,463
Sozial: Lob/Kompliment bekommen (Patient) - Vorhandensein	0,446
Sozial: von jemand Vertrautem gestreichelt werden (Patient) – Vorhandensein	0,823
Sozial: angelächelt werden (Patient) - Vorhandensein	0,621
Sozial: Hand gehalten bekommen (Patient) - Vorhandensein	0,829
Sozial: von jemand Vertrautem berührt werden (Patient) – Vorhandensein	0,839
Cronbach α = 0,830	
Anteil erklärter Varianz in % = 49,445	

7.3 Hypothesenprüfung

Folgenden Berechnungen erfolgten unter Annahme eines Signifikanzniveaus von 5%. Die Daten wurden als intervallskaliert angenommen und die Voraussetzungen als annähernd gegeben akzeptiert.

7.3.1 Übereinstimmung und Bedürfnisse (H1)

Im Zentrum dieser Arbeit steht die Kongruenz der Wahrnehmung von vorhandenen Bedürfnissen zwischen dem Pflegepersonal und den Bewohnern. So wurde einerseits auf Skalenebene, das heißt hinsichtlich des Vergleichs der fünf relevanten Skalen, andererseits auf Einzelitemebene die Übereinstimmung hinsichtlich des Vorhandenseins und der Erfüllung von Bedürfnissen überprüft. Hinsichtlich des Aspekts der Kommunikation stellte sich heraus, dass dieser in dieser Untersuchung nicht ausreichend erfasst werden konnte, um die Ergebnisse zu interpretieren.

Skalenebene

Auf Skalenebene wurde ein t-Test für abhängige Stichproben hinsichtlich des *Vorhandenseins* von Bedürfnissen durchgeführt (Tabelle 18). Es zeigen sich signifikante Mittelwertsunterschiede in den Skalen Wohnbedürfnisse und Bedürfnisse außerhalb des Heims (Tabelle 19). Festzuhalten ist, dass die Patienten in Summe mehr Bedürfnisse als das Pflegepersonal angeben.

Tabelle 18: T-Test für abhängige Stichproben – Bedürfnisskalen und Vorhandensein

Bedürfnisskalen	<i>T</i>	df	<i>p</i>
Soziale Bedürfnisse	0,837	49	0,406
Wohnbedürfnisse	5,220	49	0,000
Bedürfnisse im Heim	1,434	49	0,158
Bedürfnisse außerhalb des Heims	2,256	49	0,029
Kreative Bedürfnisse	-0,866	49	0,391

fett gedruckt = signifikant bei $\alpha=0.05$

Tabelle 19: Signifikante Mittelwertsunterschiede vorhandener Bedürfnisse

Vorhandensein der Bedürfnisse	$\bar{x}$	s	SE
Wohnen: Patient	0,8075	0,19268	0,02725
Wohnen: Pflege	0,5350	0,35087	0,04962
Außerhalb Heim: Patient	0,5067	0,27139	0,03838
Außerhalb Heim: Pflege	0,3733	0,31866	0,04506

Hinsichtlich der Übereinstimmung in der *Erfüllung* der Bedürfnisse ist festzuhalten, dass die Anzahl der Personen in der Berechnung sinkt. Dies basiert auf formalen Kriterien des Bedürfnisfragebogens, welcher hinsichtlich der Erfüllung nur dann ausgefüllt wurde, sofern, das Bedürfnis vorhanden war. Es zeigen sich signifikante Mittelwertsunterschiede in den Skalen soziale Bedürfnisse und Bedürfnisse im Heim, wobei bei den Bedürfnissen im Heim nur 24 Patienten für die Berechnung mit einbezogen wurden. Im Bereich der kreativen Bedürfnisse kam es zu einer Stichprobe von nur neun Personen (Tabelle 20).

Tabelle 20: T-Test für abhängige Stichproben – Bedürfnisskalen und Erfüllung

Bedürfnisskalen	T	df	p
Soziale Bedürfnisse	-2,594	42	0,013
Wohnbedürfnisse	-1,204	44	0,235
Bedürfnisse im Heim	-2,731	23	0,012
Bedürfnisse außerhalb des Heims	-1,487	33	0,146
Kreative Bedürfnisse	-1,739	8	0,120

fett gedruckt = signifikant bei $\alpha=0.05$

Festzuhalten ist, dass im Gegensatz zum Vorhandensein der Bedürfnisse, dieses Mal die Pflege höhere Mittelwerte aufweist, also angibt mehr soziale Bedürfnisse und Bedürfnisse im Heim zu erfüllen, als der Patient äußert (

Tabelle 21).

Tabelle 21: Signifikante Mittelwertsunterschiede erfüllter Bedürfnisse

Erfüllung der Bedürfnisse	$\bar{x}$	s	SE
Sozial: Patient	0,8159	0,24203	0,03691
Sozial: Pflege	0,9344	0,16251	0,02478
Im Heim: Patient	0,7326	0,38697	0,07899
Im Heim: Pflege	0,9444	0,11171	0,02280

Einzelitemebene

Im Gegensatz zur Skalenebene wurden hier alle Items berücksichtigt und hinsichtlich der Übereinstimmung in Vorhandensein und Erfüllung überprüft. Es wurde einerseits das Übereinstimmungsmaß Kappa (κ) und die Pearson Korrelation (r) herangezogen, wobei sich diese Maße in der Darstellung der Ergebnisse als problematisch herausstellten. Nachdem das Maß Kappa und die Korrelation bereits bei geringen Abweichungen zu Verzerrungen neigen, wurde auch ein Binomialtest gerechnet, um das prozentuale Übereinstimmungsmaß zwischen Patient und Pflegepersonal auf Signifikanz zu prüfen. Die Ergebnisse erweisen sich durch das Kappa und den Korrelationskoeffizient als äußerst niedrig, was der tatsächlichen Übereinstimmung nicht gerecht werden würde. Deshalb erfahren der Binomialtest und die prozentuale Übereinstimmung hinsichtlich der Aussagekraft stärkere Gewichtung.

Auch auf Einzelitemebene sind fehlende Werte festzuhalten. Diese kamen aufgrund der Bewertung (sofern ein Wunsch nicht vorhanden war, wurde die Erfüllung dessen auch nicht erfragt) zustande und hatten somit eine verringerte Stichprobe zur Folge. Daher stellte sich in diesem Fall die Durchführung einer Signifikanzprüfung durch die geringe Stichprobengröße als problematisch heraus. Im Folgenden werden nun jene Items veranschaulicht, die sich als besonders relevant erwiesen haben, wobei sich diese Items in den Bereichen körperliche Pflegebedürfnisse, kognitive Bedürfnisse, kreative Bedürfnisse und Wohnbedürfnisse finden ließen.

Im Bereich der **körperlichen Pflegebedürfnisse** ergeben sich hohe und signifikante Übereinstimmungen hinsichtlich des Vorhandenseins bezüglich der Items „das Gesicht waschen“ (92%), „den Körper waschen“ (86%), „Haare kämmen“ (80%),

„Zähne putzen/Mundwasser benutzen“ (88%) und „Nägel schneiden“ (84%). Im Item „Körperpflege ohne Unterstützung der Pflege ausführen“ ergibt sich eine signifikante, jedoch nur mäßige Übereinstimmung (66%).

Hinsichtlich der Erfüllung der körperlichen Bedürfnisse ergeben sich sehr hohe und signifikante Übereinstimmungen in den Items „das Gesicht waschen“ (100%), „den Körper waschen“ (100%), „Haare kämmen“ (95%) und „Zähne putzen/Mundwasser benutzen“ (93%). Weitere hohe und signifikante Übereinstimmungen sind hinsichtlich der Items „gut zu riechen“ (77%), „Nägel schneiden“ (88%) und „Körperpflege ohne Unterstützung der Pflege ausführen“ (77%) festzuhalten. Diese Ergebnisse sind der Tabelle 22 zu entnehmen.

Tabelle 22: Übereinstimmung in Vorhandensein und Erfüllung der körperlichen Bedürfnisse

Übereinstimmungsmaße	Vorhandensein				Erfüllung			
	κ	r	BT	%	κ	r	BT	%
Körper: das Gesicht waschen	*	*	<0,001	0,92	*	*	<0,001	1,00
Körper: den Körper waschen	*	*	<0,001	0,86	*	*	<0,001	1,00
Körper: Haare kämmen	0,067	0,072	<0,001	0,80	*	*	<0,001	0,95
Körper: Zähne putzen/Mundwasser benutzen	0,336	0,345	<0,001	0,88	0,376	0,481	<0,001	0,93
Körper: gut zu riechen (Körpercreme, Parfum, Rasierwasser,...)	0,059	0,063	0,119	0,62	0,124	0,129	0,009	0,77
Körper: Nägel schneiden/feilen	0,127	0,141	<0,001	0,84	-0,062	-0,064	<0,001	0,88
Körper: Körperpflege ohne Unterstützung der Pflege ausführen	0,045	0,057	0,033	0,66	0,323	0,337	0,005	0,77
Mittlere Werte	0,127	0,136		0,80	0,190	0,221		0,90

κ = Kappa

r = Pearson-Korrelation

BT = Signifikanz des Binomialtests mit $p=0.5$

% = Übereinstimmung der Antworten in Prozent

* = Wert nicht berechenbar

fett gedruckt = signifikant bei $\alpha=0.05$

Im Bereich der **kognitiven Bedürfnisse** können hohe signifikante Übereinstimmungen bezüglich des Vorhandenseins hinsichtlich des Items „Rätsel lösen“ (76%), „Zeitung lesen“ (86%), „Fernsehen“ (74%) und „etwas sammeln“ (76%) festgehalten werden. Ebenso erweist sich eine signifikante Übereinstimmung hinsichtlich des Items „Radio hören“, jedoch stimmten nur 68% in diesem Item überein.

Es ergibt sich ebenso in der Erfüllung hinsichtlich des Items „Zeitung lesen“ ergibt sich eine sehr hohe signifikante Übereinstimmung (93%). Hinsichtlich des Items „Fernsehen“ (85%) zeigt sich eine hohe und signifikante Übereinstimmung. Weiters ist auch eine hohe signifikante Übereinstimmung hinsichtlich der Erfüllung im Item „ein Buch lesen“ festzuhalten (86%). Aufgrund der geringen Stichprobe hinsichtlich des Items „etwas sammeln“ konnte dieser Wert im Bereich der Erfüllung nicht überprüft werden (Tabelle 23).

Tabelle 23: Übereinstimmung in Vorhandensein und Erfüllung in den kognitiven Bedürfnissen

Übereinstimmungsmaße	Vorhandensein				Erfüllung			
	K	r	BT	%	κ	r	BT	%
Kognition: Rätsel lösen	0,504	0,534	<0,001	0,76	0,494	0,501	0,092	0,77
Kognition: etwas schreiben(z.B. Brief, Postkarte, Tagebuch)	0,123	0,128	0,065	0,64	0,545	0,612	0,375	0,80
Kognition: (Brett-) Spiele spielen	0,037	0,037	0,119	0,62	-0,500	-0,577	0,625	0,75
Kognition: Zeitung lesen	0,382	0,383	<0,001	0,86	-0,034	-0,037	<0,001	0,93
Kognition: Radio hören	0,352	0,353	0,015	0,68	0,323	0,439	0,057	0,79
Kognition: Fernsehen	0,448	0,459	<0,001	0,74	0,257	0,277	0,001	0,85
Kognition: Musik hören	0,247	0,257	0,119	0,62	-0,830	-0,830	1,000	0,54
Kognition: ein Buch lesen	0,210	0,216	0,203	0,60	0,588	0,645	0,013	0,86
Kognition: etwas sammeln	0,032	0,037	<0,001	0,76	*	*	*	*
Mittlere Werte	0,259	0,267		0,70	0,105	0,129		0,79

κ = Kappa

r = Pearson-Korrelation

BT = Signifikanz des Binomialtests mit p=0.5

% = Übereinstimmung der Antworten in Prozent

* = Wert nicht berechenbar

fett gedruckt = signifikant bei α=0.05

Im Bereich der **kreativen Bedürfnisse** zeigt sich eine hohe Übereinstimmung hinsichtlich des Vorhandenseins in den Items „zeichnen“ (76%), „stricken/häkeln“ (74%) und „zusammenbauen/reparieren“ (76%). Diese Übereinstimmungen erweisen sich als signifikant.

Im Bereich der Erfüllung zeigt sich eine hohe signifikante Übereinstimmung im Item „basteln“ ($\kappa=0,720$; 86%). Auch die Übereinstimmung in der Erfüllung hinsichtlich des Items „zeichnen“ und „kochen“ erweisen sich mit 80% und 83% als erheblich, erweist sich jedoch als nicht signifikant (Tabelle 24).

Tabelle 24: Übereinstimmung in Vorhandensein und Erfüllung in den kreativen Bedürfnissen

Übereinstimmungsmaße	Vorhandensein				Erfüllung			
	κ	r	BT	%	κ	R	BT	%
Kreativ: basteln	0,213	0,217	0,015	0,68	0,720	0,750	0,125	0,86
Kreativ: zeichnen	0,302	0,304	<0,001	0,76	0,545	0,612	0,375	0,80
Kreativ: stricken/häkeln	-0,019	-0,019	0,001	0,74	*	*	*	*
Kreativ: etwas zusammenbauen/reparieren	-0,132	-0,134	<0,001	0,76	*	*	*	*
Kreativ: kochen	0,135	0,146	0,065	0,64	*	*	0,219	0,83
Mittlere Werte	0,100	0,103		0,72	0,633	0,681		0,83

κ = Kappa

r = Pearson-Korrelation

BT = Signifikanz des Binomialtests mit $p=0.5$

% = Übereinstimmung der Antworten in Prozent

* = Wert nicht berechenbar

fett gedruckt = signifikant bei $\alpha=0.05$

Das Pflegepersonal und ihre Patienten zeigen im Bereich der **Wohnbedürfnisse** hinsichtlich der Wahrnehmung des Vorhandenseins dieser eine hohe und signifikante Übereinstimmung hinsichtlich der Items „Ruhe im Zimmer“ (74%) und „gute Luft“ (82%). Es ergaben sich mäßige und signifikante Übereinstimmungen hinsichtlich des Vorhandenseins bezüglich der Items „Fenster/viel Licht im Zimmer“ (66%), „Fenster mit Ausblick ins Grüne“ (68%), „absperrbare Schränke“ (66%) und „Bilder/Fotos aufhängen“ (66%).

Bezüglich der Erfüllung von Wohnbedürfnissen ergaben sich sehr hohe und signifikante Übereinstimmungen in den Items „Fenster/viel Licht im Zimmer“ (97%), „Fenster mit Ausblick ins Grüne“ (93%), „gute Luft“ (98%), „Sauberkeit“ (90%) und „gut beleuchtete Räume und Gänge“ (95%). Weitere hohe und signifikante Übereinstimmungen ergaben sich hinsichtlich der Items „Ruhe im Zimmer“ (89%), „absperrbare Schränke“ (83%) und „breite Räume und Gänge“ (80%). (Tabelle 25)

Tabelle 25: Übereinstimmung in Vorhandensein und Erfüllung in den Wohnbedürfnissen

Übereinstimmungsmaße	Vorhandensein				Erfüllung			
	K	r	BT	%	κ	r	BT	%
Wohnen: Fenster/viel Licht im Zimmer	-0,024	-0,032	0,033	0,66	*	*	<0,001	0,97
Wohnen: Fenster mit Ausblick ins Grüne	0,303	0,382	0,015	0,68	-0,038	-0,038	<0,001	0,93
Wohnen: Ruhe im Zimmer	0,110	0,125	0,001	0,74	-0,061	-0,061	<0,001	0,89
Wohnen: absperrbare Schränke	0,322	0,324	0,033	0,66	*	*	0,008	0,83
Wohnen: Rückzugsmöglichkeiten/Räume alleine	0,045	0,045	0,888	0,52	0,255	0,258	0,424	0,64
Wohnen: gute Luft	0,125	0,170	< 0,001	0,82	*	*	<0,001	0,98
Wohnen: Sauberkeit	0,011	0,025	0,480	0,56	-0,048	-0,051	<0,001	0,90
Wohnen: Bilder/Fotos aufhängen	0,320	0,333	0,033	0,66	-0,182	-0,182	0,267	0,69
Wohnen: Blumen riechen/sehen	0,109	0,116	0,672	0,54	-0,167	-0,167	0,180	0,71
Wohnen: gut beleuchtete Räume und Gänge	0,015	0,027	0,672	0,46	*	*	<0,001	0,95
Wohnen: breite Räume/Wege	0,135	0,155	0,672	0,54	-0,098	-0,105	0,035	0,80
Wohnen: Balkon	0,167	0,187	0,480	0,56	0,284	0,323	0,454	0,63
Mittlere Werte	0,137	0,155		0,62	-0,007	-0,003		0,83

κ = Kappa

r = Pearson-Korrelation

BT = Signifikanz des Binomialtests mit p=0.5

% = Übereinstimmung der Antworten in Prozent

* = Wert nicht berechenbar

fett gedruckt = signifikant bei α=0.05

Zusammengefasst können jene kongruent wahrgenommenen Wünsche als wesentlich angesehen werden(Tabelle 26;Tabelle 27).

Tabelle 26: Wesentliche kongruent wahrgenommene vorhandene Bedürfnisse

Wesentliche Wünsche hinsichtlich des Vorhandenseins von Bedürfnissen	
Sehr hohe Übereinstimmung*	Hohe Übereinstimmung**
das Gesicht waschen	den Körper waschen Haare kämmen Zähne putzen/Mundwasser benutzen Nägel schneiden Rätsel lösen Zeitung lesen Fernsehen etwas sammeln zeichnen stricken/häkeln zusammenbauen/reparieren Ruhe im Zimmer gute Luft sich mit jemandem unterhalten

* 90% bis 100%, signifikante Ergebnisse

** 70% bis 89%, signifikante Ergebnisse

Tabelle 27: Wesentliche kongruent wahrgenommene erfüllte Bedürfnisse

Wesentliche Wünsche hinsichtlich der Erfüllung von Bedürfnissen	
Sehr hohe Übereinstimmung*	Hohe Übereinstimmung**
das Gesicht waschen den Körper waschen Haare kämmen Zähne putzen/Mundwasser benutzen Zeitung lesen Fenster/viel Licht im Zimmer Fenster mit Ausblick ins Grüne gute Luft Sauberkeit gut beleuchtete Räume und Gänge	gut zu riechen Nägel schneiden Körperpflege ohne Unterstützung der Pflege ausführen ein Buch lesen Fernsehen kochen basteln zeichnen Ruhe im Zimmer absperrbare Schränke breite Räume und Gänge sich mit jemandem unterhalten

* 90% bis 100%, signifikante Ergebnisse

** 70% bis 89%, signifikante Ergebnisse

Hinsichtlich der Anzahl der Patienten in Zusammenhang mit wesentlichen Bedürfnissen ist festzuhalten, dass 52 Patienten sowohl das körperliche Pflegebedürfnis hinsichtlich der Items „das Gesicht waschen“ als auch „den Körper

waschen“ geäußert haben (100%). Ebenso zeigten sich die Wünsche „Haare kämmen“ (85%), „Zähne putzen/Mundwasser benutzen“ (92%), „Nägel schneiden/feilen“ (94%) und „die Körperpflege ohne Unterstützung ausführen“ (90%) als besonders relevant. Ebenso wird von den Patienten der Wunsch „Zeitung lesen“ (88%) als besonders relevant angesehen. Auch der Wunsch „gehen üben“ (71%) erweist sich als relevanter Wunsch. Weiters werden Wünsche wie „Fenster/viel Licht im Zimmer“ (92%), „Fenster mit Ausblick ins Grüne“ (81%), „Ruhe im Zimmer“ (90%), „gute Luft“ (96%), „Sauberkeit“ (96%) und „gut beleuchtete Räume/Gänge“ (90%) häufig genannt. Außerdem bestehen ausgeprägte Wünsche hinsichtlich der Items „sich mit jemandem unterhalten“ (81%), „mit der Familie zusammenkommen“ (79%) und „angelächelt werden“ (77%).

Die Wünsche „etwas sammeln“ (0,08%), „etwas zusammenbauen/reparieren“ (0,10%), „Zigaretten rauchen“ (0,12%), „mit jemandem tanzen“ (0,13%), „stricken/häkeln“ (0,15%), „alkoholische Getränke“ (0,17%) und „zeichnen“ (0,19%) werden hingegen als deutlich weniger relevant wahrgenommen.

Aufgrund der vereinzelt signifikanten Übereinstimmungen kann die Hypothese H1 (1) *„Es gibt Übereinstimmungen zwischen Patienten und Pflegepersonal hinsichtlich der Einschätzung von Bedürfnissen im Vorhandensein und der Erfüllung“* bestätigt werden.

Eine deskriptive Analyse veranschaulicht jene wesentlichen Bedürfnisse (das heißt mehr als die Hälfte der Patienten gaben diese an), welche hinsichtlich des Vorhandenseins besonders inkongruent wahrgenommen wurden (Tabelle 28).

Tabelle 28: Wesentliche inkongruent wahrgenommene Bedürfnisse

Wesentliche Diskrepanzen hinsichtlich des Vorhandenseins von Bedürfnissen *
einkaufen Natur/Tiere beobachten Gymnastik/Turnübungen gehen üben Süßigkeiten salzige Knabbereien Sauberkeit Kontakt mit einem Haustier haben von jemand Vertrautem umarmt werden mit jemandem ein Fotoalbum durchblättern Tagesaktivitäten selbst bestimmen

*Übereinstimmung <60 %

7.3.2 Bedürfnisse und allgemeine Pflegebedürftigkeit (H2)

Im Folgenden wurde mittels einer multivariaten Varianzanalyse untersucht, ob das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit Einfluss auf die Selbst- und Fremdeinschätzung der fünf Bedürfnisskalen ausübt. Daraus resultierte, dass auf Seiten der Patienten kein signifikanter Effekt hinsichtlich des Einflusses des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit auf die Selbsteinschätzung der Bedürfnisse gefunden werden konnte (Tabelle 29).

Von Seiten des Pflegepersonals konnte jedoch festgestellt werden, dass die Fremdeinschätzung der sozialen Bedürfnisse von dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit beeinflusst wird (Tabelle 30). Hierbei zeigt sich ein starker Effekt ($\eta^2=14,4\%$). Der Post-Hoc-Test zeigte auf, dass sich die teilweise selbständigen Personen signifikant von der Gruppe der unselbständigen, nicht jedoch von den selbständigen Personen unterscheiden. Die Ergebnisse zeigen, dass den teilweise selbständigen Personen weniger Bedürfnisse zugeschrieben werden, als den unselbständigen Personen (Tabelle 31).

Tabelle 29: Multivariate Varianzanalyse: Pflegebedürftigkeit und Bedürfnisse (Patienten)

Patienten	<i>F</i>	df1	df2	<i>p</i>	η^2
Sozial	0,207	2	49	0,814	0,008
Wohnen	2,973	2	49	0,060	0,108
Im Heim	1,088	2	49	0,345	0,043
Außerhalb Heim	1,001	2	49	0,375	0,039
Kreativität	0,209	2	49	0,812	0,008

unabhängige Variable: Pflegebedürftigkeitsindex
 η^2 =Stärke des Effekts in % der Variation

Tabelle 30: Multivariate Varianzanalyse: Pflegebedürftigkeit und Bedürfnisse (Pflege)

Pflegepersonal	<i>F</i>	df1	df2	<i>p</i>	η^2
Sozial	3,947	2	47	0,026	0,144
Wohnen	0,915	2	47	0,408	0,037
Im Heim	0,180	2	47	0,836	0,008
Außerhalb Heim	1,187	2	47	0,314	0,048
Kreativität	1,768	2	47	0,182	0,070

unabhängige Variable: Pflegebedürftigkeitsindex
 η^2 =Stärke des Effekts in % der Variation

Tabelle 31: Post-Hoc-Test soziale Bedürfnisse und Pflegebedürftigkeit

Allgemeiner Pflegebedürftigkeitsindex		$\bar{x}$	<i>s</i>	<i>N</i>
Sozial: Score der vorhandenen Bedürfnisse (Pflege)	Selbstständig	0,5510	0,30224	7
	teilweise selbstständig	0,4133	0,31906	28
	unselbstständig	0,6952	0,31422	15
	Gesamt	0,5171	0,33396	50

Da keine signifikanten Effekte hinsichtlich des Einflusses des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit auf die Einschätzung des Vorhandenseins von Bedürfnissen festgestellt wurden, kann die Hypothese H1(2) *„Es gibt bei den Patienten in Abhängigkeit von dem Ausmaß ihrer allgemeinen Pflegebedürftigkeit Unterschiede in der Beurteilung vorhandener Bedürfnisse.“* vorläufig nicht bestätigt werden.

Dennoch werden anhand von Kreuztabellen Unterschiede hinsichtlich des Vorhandenseins von Bedürfnissen in Abhängigkeit vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ersichtlich (siehe Anhang). Es zeigt sich, dass selbständige Patienten einen geringeren Wunsch hinsichtlich der Items „Rätsel lösen“, „(Brett-) Spiele spielen“ und „ein Buch lesen“ als die teilweise selbständigen bzw. unselbständigen Patienten haben. Gleichzeitig erscheint der Wunsch „Radio hören“ bei den selbständigen Patienten häufiger als bei den teilweise selbständigen bzw. unselbständigen Patienten zu sein. Unselbständige Patienten weisen im Gegensatz zu teilweise selbständigen bzw. selbständigen Patienten häufiger Wünsche hinsichtlich der Items „in der Sonne sitzen“, „Natur/Tiere beobachten“ und „kulturelle Veranstaltung“ auf. Auffällig ist auch das Ergebnis, dass unselbständige Patienten einen geringeren Wunsch hinsichtlich des Items „alkoholische Getränke“ und gar keinen Wunsch bezüglich des Items „Zigaretten rauchen“ aufweisen. Weitere Diskrepanzen sind in den Items „Bilder/Fotos aufhängen“, „breite Räume/Wege“, „mit jemandem tanzen“ und „mit anderen im Gemeinschaftsraum sitzen“ festzustellen. Denn die unselbständigen Patienten weisen diesbezüglich weniger Wünsche als die teilweise selbständigen bzw. selbständigen Patienten auf.

7.3.3 Bedürfnisse der Bewohner und Arbeitssituation des Pflegepersonals (H3)

Der Einfluss der Arbeitssituation auf die Einschätzung vorhandener Bedürfnisse der Patienten wurde mittels einer multiplen Regressionsanalyse nach der Einschlussmethode pro Skala überprüft.

Soziale Bedürfnisse

Das Gesamtmodell erweist sich mit einem F-Wert Wert von 3,766 ($p=0,030$) als signifikant. Das Bestimmtheitsmaß (R^2) ergibt einen Wert von 0,138. Das bedeutet, dass durch die Prädiktoren (ARBO-Skalen) rund 14 % der Varianz in der abhängigen Variable „soziale Bedürfnisse“ erklärt wird. Es ergibt sich jedoch kein signifikanter Effekt, das heißt, dass die Prädiktoren keinen Einfluss auf die Einschätzung der sozialen Bedürfnisse ausüben (Tabelle 32).

Tabelle 32: Multiple Regression (ARBO und soziale Bedürfnisse)

	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
ARBO: Krankheiten/Patienten	0,066	0,249	0,100
ARBO: widersprüchliche Aufgabenziele	0,057	0,207	0,161

Wohnbedürfnisse

Im Bereich der Wohnbedürfnisse ergibt das Gesamtmodell keinen signifikanten Effekt ($F\text{-Wert}=0,943; p=0,397$). Es kann ebenso nur ein R^2 von 0,039 festgehalten werden, was dafür spricht, dass lediglich rund 4 % der Varianz durch die Arbeitssituation erklärt werden kann. Insgesamt bedeutet das, dass die Prädiktoren keinen Einfluss auf die Wohnbedürfnisse ausüben (Tabelle 33).

Tabelle 33: Multiple Regression (ARBO und Wohnbedürfnisse)

	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
ARBO: Krankheiten/Patienten	0,073	0,091	0,557
ARBO: widersprüchliche Aufgabenziele	0,063	0,145	0,350

Bedürfnisse außerhalb des Heims

Insgesamt muss auch dieses Modell als nicht signifikant angenommen werden ($F\text{-Wert}=0,479; p=0,623$). Auch im Bereich der Bedürfnisse außerhalb des Heims kann ein geringes R^2 festgehalten werden. Nur 2 % der Varianz können hier durch die Arbeitssituation erklärt werden. Die Prädiktoren haben keinen signifikanten Einfluss auf die Einschätzung der Bedürfnisse außerhalb des Heims (Tabelle 34).

Tabelle 34: Multiple Regression (ARBO und Bedürfnisse außerhalb des Heims)

	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
ARBO: Krankheiten/Patienten	0,067	0,142	0,364
ARBO: widersprüchliche Aufgabenziele	0,058	-0,002	0,990

Bedürfnisse im Heim

Bei der Überprüfung des Einflusses der Arbeitssituation auf die Bedürfnisse im Heim muss auch hier von einem insgesamt nicht signifikanten Einfluss ausgegangen werden (F-Wert=0,655; $p=0,524$). Es kann ein R^2 von 0,027 festgehalten werden, was dafür spricht, dass nur rund 3% der Varianz durch die Arbeitssituation erklärt werden. Auch hier ergibt sich kein signifikanter Effekt. Somit übt die Arbeitssituation auch hier keinen Einfluss auf die Einschätzung der Bedürfnisse im Heim aus (Tabelle 35).

Tabelle 35: Multiple Regression (ARBO und Bedürfnisse im Heim)

	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
ARBO: Krankheiten/Patienten	0,081	-0,104	0,502
ARBO: widersprüchliche Aufgabenziele	0,070	0,170	0,275

Kreative Bedürfnisse

Die Arbeitssituation erweist insgesamt ebenso keinen signifikanten Einfluss auf die Skala kreative Bedürfnisse (F-Wert=1,369; $p=0,264$). Es kann nur ein niedriges R^2 von 0,055 festgehalten werden. Das heißt, dass lediglich 5% der Varianz durch die Arbeitssituation erklärt werden (Tabelle 36).

Tabelle 36: Multiple Regression (ARBO und kreative Bedürfnisse)

	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
ARBO: Krankheiten/Patienten	0,076	-0,088	0,567
ARBO: widersprüchliche Aufgabenziele	0,066	0,25	0,105

Insgesamt resultiert daraus die Hypothese H1 (3) *„Die subjektiv wahrgenommene Arbeitssituation des Pflegepersonals hat Einfluss auf die Einschätzung der Bedürfnisse der Patienten hinsichtlich des Vorhandenseins.“* nicht zu bestätigen.

7.3.4 Übereinstimmung und Lebensqualität (H4)

Mittels Pearson-Korrelation wurde der Zusammenhang zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung in der Lebensqualität der Patienten überprüft. Es wurde kein signifikanter Zusammenhang gefunden ($r=0,210$; $p=0,144$).

Damit kann die Hypothese H1(4) *„Es gibt eine Übereinstimmung in der Selbst- und Fremdeinschätzung von Lebensqualität der Patienten.“* vorläufig nicht bestätigt werden.

7.3.5 Selbsteinschätzung der LQ und Erfüllung vorhandener Bedürfnisse (H5)

Mit dieser Fragestellung wurde untersucht, ob die Erfüllung vorhandener Bedürfnisse auf Skalenebene Einfluss auf die Selbsteinschätzung der Lebensqualität nimmt. Das Gesamtmodell ergibt einen knapp nicht signifikanten Einfluss (F-Wert=3,622; $p=0,062$). Das R^2 von 0,721 würde einen starken Vorhersagewert ergeben. Das heißt rund 72% der Varianz hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Lebensqualität können durch die Erfüllung vorhandener Bedürfnisse festgehalten werden. Insgesamt ergibt sich jedoch kein signifikanter Einfluss der Prädiktoren auf die Einschätzung der Lebensqualität (Tabelle 37).

Tabelle 37: Multiple Regression (Lebensqualität und Bedürfnisse-Patienten)

	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
Sozial: Score der erfüllten Bedürfnisse (Patienten)	0,560	0,308	0,293
Wohnen: Score der erfüllten Bedürfnisse (Patienten)	1,150	-0,237	0,383
Im Heim: Score der erfüllten Bedürfnisse (Patienten)	0,464	-0,231	0,561
Außerhalb Heim: Score der erfüllten Bedürfnisse (Patienten)	0,461	0,570	0,145
Kreativität: Score der erfüllten Bedürfnisse (Patienten)	0,322	0,525	0,106

Die Hypothese H1(5) *„Die Selbsteinschätzung der Lebensqualität hängt mit der Erfüllung vorhandener Bedürfnisse zusammen.“* kann somit vorläufig nicht bestätigt werden.

7.3.6 Lebensqualität der Patienten und Arbeitssituation des Pflegepersonals (H6)

Der Einfluss der Arbeitssituation auf die Fremdeinschätzung der Lebensqualität wurde ebenfalls mittels einer Regressionsanalyse überprüft. Das R^2 ergibt einen Wert von 0,067 und bedeutet, dass lediglich rund 7% der Varianz hinsichtlich der Einschätzung der Lebensqualität durch die Arbeitssituation erklärt werden. Es ergibt sich jedoch kein signifikanter Einfluss der Arbeitssituation auf die Einschätzung der Lebensqualität durch das Pflegepersonal (Tabelle 38).

Tabelle 38: Multiple Regression (ARBO und Lebensqualität-Fremdeinschätzung)

	SE	β	p
ARBO: Krankheiten/Patienten	0,108	-0,152	0,318
ARBO: widersprüchliche Aufgabenziele	0,093	-0,162	0,289

Die Hypothese H1(6) *„Die subjektiv wahrgenommene Arbeitssituation des Pflegepersonals hat Einfluss auf die Einschätzung der Lebensqualität.“* kann vorläufig nicht angenommen werden.

7.3.7 Lebensqualität und Pflegebedürftigkeit (H7)

Mittels einer partiellen Korrelation wurde der Einfluss des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit auf die Selbst- und Fremdeinschätzung der Lebensqualität überprüft. Es ergab sich kein signifikanter Zusammenhang ($r=0,241$; $p=0,095$).

Die Hypothese H1(7) *„Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Lebensqualität und der allgemeinen Pflegebedürftigkeit.“* kann vorläufig nicht angenommen werden.

7.4 Qualitative Informationen

7.4.1 Patienten

Im Laufe der Interviews wurden immer wieder Aussagen von den Patienten notiert. Diese Aussagen und damit verbundene Verhaltensbeobachtung werden inhaltlich auf sechs Themenbereiche zusammengefasst und sollen schließlich in Kapitel 8 unter Berücksichtigung der statistischen Ergebnisse diskutiert werden.

Abwehr

Nach Aufklärung der Patienten über den Untersuchungsablauf wurde mehrmals die Aussage „ich wünsche mir gar nichts“ getätigt. Auch die Aussage „ich hab‘ nur einen Wunsch“ wurde von mehreren Patienten bestätigt. Nach genauerer

Nachfrage der Untersucherin stellten sich im Gespräch trotz anfänglicher Verneinung von möglichen Bedürfnissen einige Wünsche bzw. Bedürfnisse heraus.

Einsamkeit

Vor allem im Bereich der sozialen Bedürfnisse wurde durch Aussagen wie „ich hab‘ ja niemanden mehr“, „da kann man sich mit keinem unterhalten, die sind im Kopf nicht mehr ganz da“, „da (Anmerkung: im Pflegeheim) hat ja niemand Zeit“ oder „ich würd‘ meine Familie ja gern‘ sehen, aber die wohnt so weit weg“ das Gefühl der Einsamkeit deutlich.

Privatheit, Zurückhaltung & Genügsamkeit

Während des Interviews und auf Nachfrage folgten mehrmals Aussagen wie „Darüber rede ich nicht mit den Schwester, das sind ja private Sachen.“, „Wenn ich der Schwester sagen würde, ich habe das Bedürfnis umarmt zu werden, hätte sie ja gar keine Zeit.“, „Ich sage meine Wünsche nicht gerne, weil ich Angst habe jemanden zu belasten.“, „Ich stecke lieber ein, bevor ich austeile.“, „Ich habe Angst zu viel zu fordern.“, „Ich will nicht lästig sein.“, „Ich wünsche mir nur etwas, wenn es möglich ist.“, „Über das (Anmerkung: ob sie sich etwas wünscht oder nicht) denke ich gar nicht mehr nach.“, „da bin ich ja schon zu alt dafür“ und „Manche hier trauen sich Wünsche nicht sagen, ich schon.“. Von Seiten der Untersucherin musste mehrmals betont werden, dass es sich um mögliche Wünsche handelt, das heißt, dass diese Wünsche bestehen können, aber nicht müssen.

Verständnis

Immer wieder äußerten sich die Patienten verständnis- und rücksichtsvoll gegenüber dem Pflegepersonal, was sich durch Aussagen wie „Man muss dankbar sein für das, was man bekommt.“, „Die Pfleger haben keine leichte Arbeit, ich könnte es nicht machen.“, „Es ist zeitmäßig nicht möglich Wünsche zu erfüllen.“, „Das, was sie (Anmerkung: die Pflege) machen genügt.“ und „Das Personal hat zu wenig Zeit, aber es ist ja auch zu wenig Personal.“ bemerkbar machte.

Gesundheit & Funktionsbeeinträchtigung

Der gesundheitliche Zustand erfuhr in der Befragung ebenso eine erhebliche Relevanz, da immer wieder Aussagen im Sinne von „Den Wunsch habe ich natürlich, aber ich bin körperlich nicht in der Lage.“ (vor allem hinsichtlich der Items „basteln“, „zeichnen“, „stricken/häkeln“, „mit jemandem tanzen“, „etwas schreiben“, „ein Buch lesen“, „gehen üben“, „im Park sitzen“) oder „Im Park sitzen kann ich ja nur, wenn Besuch da ist.“ (Bedürfnisse außerhalb des Heims) offenkundig wurden.

Überraschung

Auffällig war auch, dass die Befragung nach Bedürfnissen bzw. Wünschen oft eine überraschte Reaktion bei den Patienten auslöste, was sich durch Aussagen wie „das passiert eh automatisch“ äußerte.

Mitteilungsbedürfnis

Der Großteil der Patienten zeigte ein hohes Ausmaß an Redebedürfnis, was sich durch abschweifende Erzählungen der Patienten aus ihrer Vergangenheit während der Befragung und über die Befragung hinaus bemerkbar machte.

7.4.2 Pflegepersonal

Misstrauen

Von Seiten des Pflegepersonals war hinsichtlich des Fragebogenteils zur Arbeitssituation verstärkt Misstrauen festzustellen. Dieser Teil wurde hinsichtlich der Weitergabe an Vorgesetzte immer wieder hinterfragt. Durch Versicherung der Wahrung der Anonymität sowie durch Beilage eines Kuverts sollte diesem Misstrauen entgegen gewirkt werden.

8 DISKUSSION

Schon eingangs wurde ersichtlich: sowohl Alter(n) als auch Lebensqualität stellen zwei komplexe multidimensionale Forschungsbereiche dar. In der vorliegenden Untersuchung wurde versucht beide Dimensionen einander näher zu bringen und den Ausdruck der Lebensqualität quantitativ zu erfassen. Dabei zielte diese Arbeit auf die Abbildung des Ausmaßes der kongruenten Selbst- und Fremdeinschätzung von Bedürfnissen und der Lebensqualität geriatrischer Patienten ab (Abbildung 11).

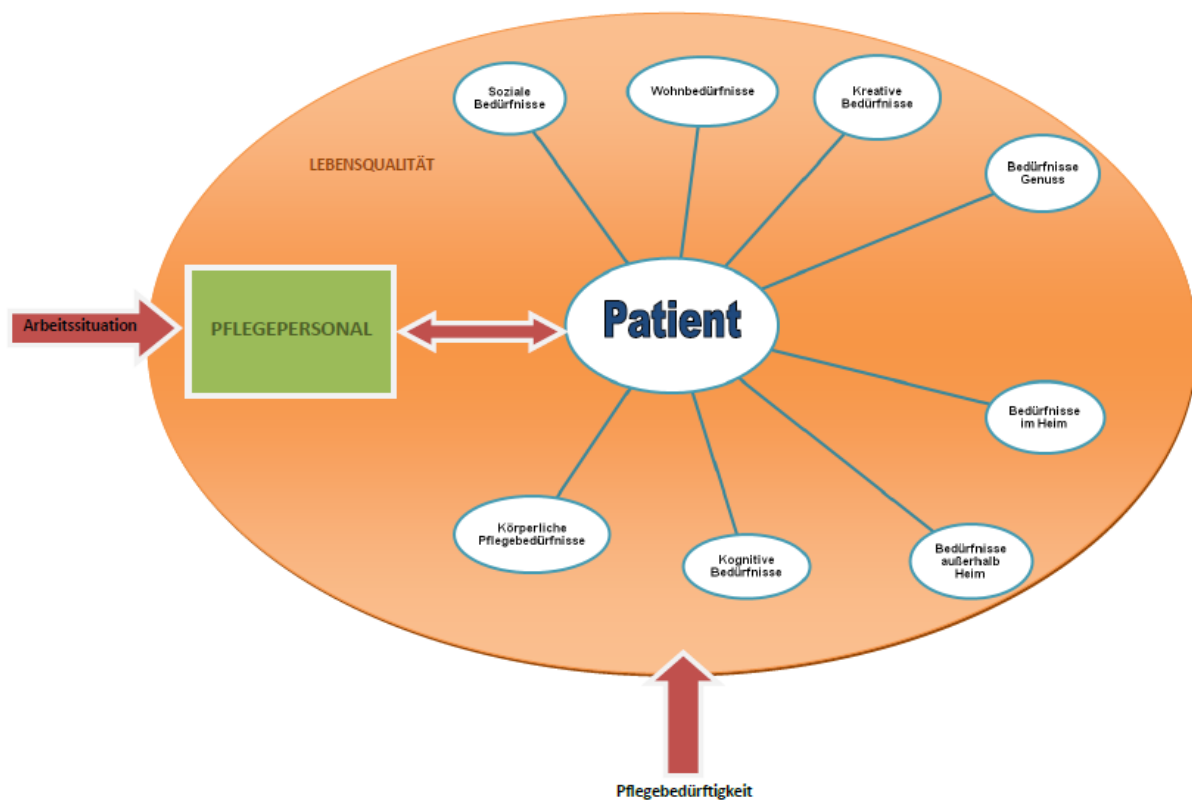


Abbildung 11: Grafische Darstellung des Untersuchungsdesigns

Insgesamt kann in der vorliegenden Studie eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung der geriatrischen Patienten und deren Pflegepersonal hinsichtlich der Bedürfnisse und Lebensqualität festgehalten werden, wobei weder die Arbeitssituation noch die Pflegebedürftigkeit in dieser Studie als Erklärung für Einflüsse auf diese Bewertungen dienen können.

Bedürfnisse

Auf *Skalenebene* lassen sich keine Übereinstimmungen, die eine aussagekräftige Interpretation zulassen würden, finden. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass relevante Skalen bzw. deren Items ausgeschlossen wurden, wie auf Einzelitemebene ersichtlich wird. Es wurden von ursprünglich acht Skalen, lediglich fünf Skalen zu weiteren Berechnungen mit einbezogen (soziale Bedürfnisse, Wohnbedürfnisse, Bedürfnisse im Heim, Bedürfnisse außerhalb des Heims, kreative Bedürfnisse). In der Wahrnehmung von Bedürfnissen scheinen erhebliche Diskrepanzen vorzuliegen, was hinsichtlich der Wohnbedürfnisse und der Bedürfnisse außerhalb des Heims ersichtlich wird. Denn die Patienten geben jeweils mehr Bedürfnisse an, als die Pflegepersonen.

Die teilweise verringerte Stichprobe im Bereich der Erfüllung von Bedürfnissen zieht weitere Interpretationsprobleme signifikanter Ergebnisse nach sich. Die geringe Stichprobe kam automatisch durch Verneinung eines Bedürfnisses zustande, da in jenem Fall auch keine weitere Beurteilung hinsichtlich der Erfüllung folgte.

Auf *Einzelitemebene* ließen sich die Übereinstimmungen hinsichtlich des *Vorhandenseins* von Bedürfnissen zwischen Pflegepersonal und Patienten deutlicher erfassen. Hier wurden alle Items des Bedürfnisfragebogens berücksichtigt. Es stellte sich heraus, dass vor allem der Bereich der körperlichen Pflegebedürfnisse hohe Übereinstimmungen erfuhr, wahrscheinlich auch deshalb, weil dieser Bereich zwangsweise Nähe und eine gewisse Verständigung fordert. Dieser Aspekt unterstreicht eine funktionsorientierte Pflege. Personenbedingte Bedürfnisse, also jene Wünsche, die nicht unmittelbar Kontakt mit dem Pflegepersonal fordern, werden hinsichtlich des Vorhandenseins kaum kongruent wahrgenommen (wie z.B. „sich um Pflanzen oder Garten kümmern“, „Radio hören“, „basteln“, „Fenster/viel Licht im Zimmer“, „Fenster mit Ausblick ins Grüne“).

Ebenso ergeben sich Diskrepanzen in der Wahrnehmung der *Erfüllung* von Bedürfnissen, wobei festzuhalten ist, dass die Stichprobenverringering (dadurch, dass nur die vorhandenen Bedürfnisse nach Erfüllung befragt wurden) auch auf Einzelitemebene Verzerrungen beinhalten kann. Die funktionsorientierten Wünsche (Bereich Körperliche Pflegebedürfnisse) zeigen auf Einzelitemebene Übereinstimmungen bis zu 100%. Auf keiner anderen Ebene zeigen sich Übereinstimmungen in diesem Ausmaß. Auch diese Ergebnisse weisen auf eine Zweckgebundenheit zwischen Pflegepersonal und Patient hin.

Auf Einzelitemebene wird ersichtlich, dass einige Wünsche eine wichtige Rolle zu spielen scheinen. Dazu zählt der Bereich der körperlichen Pflegebedürfnisse, der kognitiven und kreativen Bedürfnisse sowie Wohnbedürfnisse. Zu den Wohnbedürfnissen ist festzuhalten, dass die räumliche Umgebung eine besondere Relevanz erfährt, da sich der Bewegungsradius eines älteren Menschen erheblich verkleinert und auf das unmittelbare Wohnumfeld beschränkt (Krajasits, 2009). In der Geriatrie bezieht sich dieses Wohnumfeld vorrangig auf den Bereich außerhalb des Zimmers (Baltes, Barton, Orzeck & Lago 1983, zit. nach Wahl, Heyl & Zimprich, 1999, S.50). Denn Aktivitäten außerhalb der Einrichtung werden, wie man der vorliegenden Untersuchung entnehmen kann, selbständig kaum genutzt. Somit wird das hohe Ausmaß an Bedürfnissen und deren Erfüllung im Bereich des Wohnens nachvollziehbar.

Lebensqualität

Hinsichtlich der Lebensqualität konnte keine kongruente Wahrnehmung festgestellt werden. Diskrepanzen in der Einschätzung von Lebensqualität (demenzkranker pflegebedürftiger Personen) verzeichnete auch die Studie von Sands et al. (2004), wobei diese einen Einfluss des Ausmaßes der Belastung eines Pflegenden auf die Einschätzung feststellen konnte. Die Arbeitsbelastung als Einflussfaktor muss für die vorliegende Stichprobe jedoch ausgeschlossen werden. Weitere Einflüsse auf die Einschätzung der Lebensqualität sollte das Ausmaß der allgemeinen Pflegebedürftigkeit eines Patienten liefern. Auch unter diesem Gesichtspunkt konnte kein signifikanter Einfluss erfasst werden.

In Hinblick auf die Diskrepanzen ist zur Erfassung der Arbeitssituation bzw. –belastung die Auswahl der Skalen näher zu beleuchten. Die zwei selektierten Skalen aus dem Belastungsscreening von Büssing et al. (2002) wurden unter anderem aufgrund der Ergebnisse aus der Literatur ausgewählt. So zielt die Skala *Krankheiten/Patienten* auf die Aufdeckung von Konflikten mit den Patienten ab, welche auch in einer Untersuchung von Kruse & Schmitt (1999) häufig angegeben wurden (Konflikte mit den Bewohnern, beispielsweise hinsichtlich unberechtigter Forderungen, Ungeduld oder Jammern). Die Skala *widersprüchliche Aufgabenziele* wurde aufgrund der zahlreichen Gespräche mit Pflegern als besonders relevant angesehen, da diese immer wieder Zeit- und Personalmangel betonten. Auch die Untersuchung von Hertl, Baumann & Messer (2004) ergab, dass Belastungen wie

Gespräche über persönliche Probleme, Gespräche mit verwirrten Heimbewohnern, geringer Kontakt zwischen Angehörigen und Heimbewohnern sowie Personalmangel besonders häufig in Hinblick auf die Arbeitssituation genannt werden.

Weiters ist zu berücksichtigen, dass von Seiten des Pflegepersonals, hinsichtlich der Beantwortung des Fragebogens zur Arbeitssituation, Beantwortungen im Sinne des sozial erwünschten Verhaltens, nicht ausgeschlossen werden können. Denn diesbezüglich wurden die meisten Bedenken im Sinne der Datenweitergabe an den Vorgesetzten geäußert.

Um diese Ergebnisse von Seiten der Patienten nachvollziehen zu können, ist es notwendig zu verstehen, dass im Gespräch mit manchen Patienten nicht immer das Pflegepersonal als erster Ansprechpartner genannt wurde. So wurden Verwandte, Ergotherapeuten, aber auch Ärzte als vorrangige Ansprechpersonen erwähnt.

Eine weitere Erklärung für die Diskrepanzen kann, wie bereits erwähnt, auch die Stichprobengröße liefern. Durch die fehlenden Werte, die durch das nicht Vorhandensein eines Bedürfnisses zustande kamen, entstand teilweise eine geringe Anzahl an Personen pro Item, was inferenzstatistische Konsequenzen nach sich zog.

Die Einschätzung von Wünschen bzw. Bedürfnissen sowie der Lebensqualität ist sicherlich auch von der physischen und psychischen Tagesverfassung (sowohl des Patienten als auch der Pflegeperson) abhängig. Daher sind auch diese möglichen Verzerrungen zu berücksichtigen.

Die qualitativen Informationen, die von der Untersucherin während des Patienteninterviews notiert wurden, weisen auf intrapersonale Widersprüche eines Patienten hin. Denn einerseits zeigten fast alle Patienten ein hohes Ausmaß an Mitteilungsbedürfnis. Andererseits präsentierten sich jedoch viele Patienten als zurückhaltend hinsichtlich der Kundgebung von Wünschen gegenüber dem Pflegepersonal. Ältere Personen tun unter anderem viele Dinge nicht mehr, weil sie fürchten, dass sich andere eventuell darüber amüsieren könnten (Lehr, 2007). Dieser Aspekt wurde bei Items wie „mit jemandem tanzen“, „von jemand Vertrautem berührt werden“ oder „von jemand Vertrautem gestreichelt werden“ besonders deutlich („da bin ich ja schon zu alt dafür“).

Von Seiten der Patienten wurde größtenteils ein Bild der Pflege als Versorgung vermittelt. Das bedeutet, dass die Patienten teilweise deutlich machten, dass sie mehr als eine funktionsorientierte Pflege nicht zulassen. Dies lassen

Aussagen vermuten wie: „Ich will nicht lästig sein.“, „Darüber rede ich nicht mit den Schwestern, das sind ja private Sachen.“, „Wenn ich der Schwester sagen würde, ich habe das Bedürfnis umarmt zu werden, hätte sie ja gar keine Zeit.“, „Ich sage meine Wünsche nicht gerne, weil ich Angst habe jemanden zu belasten.“, „Ich stecke lieber ein, bevor ich austeile.“ oder „Ich habe Angst zu viel zu fordern.“. Auch Dangel & Korporal (2003) halten dieses Bild der Pflege als Versorgung in einer Untersuchung fest.

Ebenso sind von Seiten der Patienten Hinweise auf den Aspekt sozial erwünschten Verhaltens zu berücksichtigen. Diesbezüglich sind insofern Verzerrungen möglich, da oft Wünsche mit Begründungen verneint wurden wie „Man muss dankbar sein für das, was man bekommt.“, „Die Pfleger haben keine leichte Arbeit, ich könnte es nicht machen.“, „Es ist zeitmäßig nicht möglich Wünsche zu erfüllen.“, „Das, was sie (Anmerkung: *die Pflege*) machen genügt.“ und „Das Personal hat zu wenig Zeit, aber es ist ja auch zu wenig Personal.“.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass im Rahmen der Möglichkeiten einer Diplomarbeit versucht wurde, diese Störfaktoren so gut als möglich zu vermeiden. Daraus resultierte ein komplexes Untersuchungsdesign, welches schlussendlich statistischen Grenzen erlag.

Festzuhalten ist, dass die Verantwortung für die Wahrnehmung und Erfüllung von Bedürfnissen nicht nur an das Pflegepersonal abgegeben werden darf, sondern auch in den Patienten selbst liegt, sofern diese keine schweren kognitiven Beeinträchtigungen haben. Pflegepersonal und Patient können ein zuträgliches und erfüllendes Miteinander erreichen. Montada (1996) gibt diesbezüglich an, dass es notwendig ist Einsichten und Kompetenzen zu erwerben, die die Produktivität füreinander ermöglichen. Er hält fest, dass jeder bis auf stark demenziell oder depressiv beeinträchtigte Personen, die Möglichkeit zur Wahl hat und beiden Seiten, Pflegeperson und Patient, Handlungsraum zur Verfügung steht.

So kann Lebensqualität unter anderem als Resultat eines kommunikationspsychologischen Machwerks hinsichtlich der Interaktion zwischen Pflege und Patient angesehen werden. Diskrepanzen bestehen vor allem dort, wo nicht mehr von funktionsorientierter Pflege gesprochen wird („das passiert ja eh automatisch“) und es an einem „Mehr“ an Kommunikation bedarf (siehe Tabelle 28). Automatismen von Seiten des Pflegepersonals sollten mit Vorsicht betrachtet werden, da sie die Selbständigkeit eines Patienten und somit auch direkte

Kommunikation vorwegnehmen könnten. Direkte Kommunikation ist notwendig, wenn man bedenkt, dass keine Pauschalaussagen über erfolgreiches Altern möglich sind. Wie schon die Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie zeigen, sind sowohl Persönlichkeitsmerkmale, als auch die Rollenaktivität einer Person individuell zu betrachten. Denn einerseits ist eine nachlassende Aktivität über die Jahre bei Aufrechterhaltung der Zufriedenheit bzw. eine zunehmende Aktivität mit Minderung der Lebenszufriedenheit möglich. Andererseits konnte man aber auch eine hohe Aktivität mit hoher Zufriedenheit bzw. geringe Aktivität mit geringer Zufriedenheit beobachten (Lehr, 2007).

Pflegepersonal und Patienten könnten sich am SOK-Modell (Baltes & Baltes, 1989) orientieren, welches angibt, Aktivitäten/Aufgaben/Bereiche, die für eine Person individuell möglich sind, zu selektieren. Schließlich sollen diese im Rahmen der Möglichkeiten optimal umgesetzt werden, damit zum Beispiel Wünsche, die nicht mehr möglich sind, kompensiert werden (siehe auch Kapitel 3).

8.1 Ausblick

Weitere Untersuchungen sollten sich daher auf den Bereich der Kommunikation spezialisieren. Dieser konnte in der vorliegenden Studie nicht hinreichend erfasst werden, lässt jedoch in Anbetracht der qualitativen Informationen Erklärungen für vorliegende Diskrepanzen vermuten. Eine vollständige und adäquate Erhebung dessen hätte den Rahmen einer Diplomarbeit jedoch vermutlich gesprengt. Qualitative Erhebungen erscheinen als sinnvoll, um diesem Aspekt gerecht zu werden. So gilt es als Herausforderung zwei so expandierende, multidimensionale und die Allgemeinheit betreffende Bereiche, nämlich die Alterns- und die Lebensqualitätsforschung, zusammenzuführen, um spezifischen Bedürfnissen im Alter(n) gerecht zu werden.

9 ZUSAMMENFASSUNG

Aufgrund des wachsenden Anteils der „alten“ Bevölkerung, das sind nach der WHO (2012) Personen ab 65 Jahren, nimmt die Forschung in diesem Bereich momentan und vor allem zukünftig einen hohen Stellenwert ein. Betrachtet man die „alte Bevölkerung“ so sind biologische, psychologische, soziale und ökologische Blickwinkel einzunehmen. Denn Gerontologie und Geriatrie fokussieren und fordern regelrecht Interdisziplinarität im Umgang mit dem vielschichtigen Prozess des Alterns.

Vor allem der Umgang mit älteren, insbesondere pflegebedürftigen und demenzkranken Menschen wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen, wenn man bedenkt, dass im Jahr 2050 ein Personenanteil von 233 800 prognostiziert wird (ÖAG, 2006).

Ausgehend von Studien zur Lebensqualität pflegebedürftiger Personen mit Demenz (Spector & Orrell, 2006; Sands et al., 2004) wurde ein Untersuchungsdesign aufgestellt, welches neben der Lebensqualität auch spezifische Bedürfnisse mittels Fremd- und Selbsteinschätzung erfassen sollte. Somit war das Ausmaß der Kongruenz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung, also der Wahrnehmung von Patienten und deren Pflegepersonal, hinsichtlich Lebensqualität und Bedürfnisse der Mittelpunkt der Untersuchung.

Der Bedürfnisfragebogen wurde in Anlehnung an die Aktivitätenliste von McPhillamy und Lewinsohn (1982), die lebensraumbezogenen Bedürfnisse nach Maderthaner (1995) sowie die Bedürfnisse nach Kitwood (2004) zusammengestellt. Es sollten drei Aspekte, das Vorhandensein, die Erfüllung und die Kommunikation der Bedürfnisse erhoben werden. Die Lebensqualität wurde mittels QOL-AD erfasst und sollte so eine ökonomische Beantwortung rüstiger bis leicht kognitiv beeinträchtigter Personen ermöglichen. Schlussendlich sollte der Einfluss durch die Arbeitssituation bzw. -belastung sowie Pflegebedürftigkeit festgehalten werden.

Insgesamt ließen sich nur auf Einzelitemebene signifikante Übereinstimmungen finden. Eine Interpretation hinsichtlich der Wahrnehmung der Kommunikation musste aufgrund unzureichender Ergebnisse vernachlässigt werden.

Hinsichtlich des Vorhandenseins konnten vor allem hinsichtlich der Bereiche körperliche Pflegebedürfnisse, was für eine funktionsorientierte Pflege spricht, signifikante Ergebnisse bezüglich einer kongruenten Wahrnehmung festgestellt

werden. Ebenso wurden signifikante Übereinstimmungen im Bereich der kreativen und kognitiven Bedürfnisse auf Einzelitemebene offenbar.

Hinsichtlich der Erfüllung von Bedürfnissen konnten in den Bereichen der körperlichen Pflegebedürfnisse, der kognitiven Bedürfnissen und Wohnbedürfnisse kongruente Wahrnehmungen festgehalten werden.

Die Patienten gaben besonders viele Wünsche in den Bereichen körperliche Pflegebedürfnisse sowie Wohnbedürfnisse an, wobei die Relevanz der Wohnbedürfnisse aufgrund des verringerten Aktionsradius eines älteren und vor allem pflegebedürftigen Menschen diese Ergebnisse unterstreichen.

Hinsichtlich der Einschätzung von Lebensqualität ist keine Kongruenz festzuhalten.

Es wurde versucht die Diskrepanzen in den Beurteilungen hinsichtlich der Bedürfnisse und der Lebensqualität durch die Arbeitssituation bzw. das Ausmaß der Belastung sowie die Pflegebedürftigkeit eines Patienten zu erklären. Insgesamt konnte kein Einfluss der Arbeitssituation festgestellt werden. Auch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit eines Patienten diente nicht als Erklärung für die vorliegenden Unterschiede. Das Untersuchungsdesign stieß bei dieser spezifischen Stichprobe auf statistische Grenzen, die unter anderem auf die Stichprobengröße zurückzuführen sind. Denn durch Verneinung eines Bedürfnisses wurde die Erfüllung dessen nicht mehr beurteilt, was teilweise eine sehr geringe Personenanzahl pro Item und somit inferenzstatistische Konsequenzen zur Folge hatte.

Aufgrund qualitativer Informationen wird jedoch vermutet, dass sich Erklärungen für die vorliegenden Diskrepanzen in der interpersonellen Kommunikation, im Selbst- und Fremdbild, aber auch in Störfaktoren wie sozial erwünschtem Verhalten finden lassen können. Diese qualitativen Informationen äußerten sich durch eine gewisse Haltung der Patienten. Diese verdeutlichte sich durch zahlreiche Aussagen hinsichtlich der Abwehr, der Gesundheit, der Privatheit, Zurückhaltung und des Verständnisses, der Überraschung und Einsamkeit.

10 LITERATUR

- Ackermann, A. & Oswald, W.D. (2006). Erhalt und Förderung der Selbständigkeit bei Pflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 19 (2), 59-71.
- Amrhein, L. & Backes, G. (2007). Alter(n)sbilder und Diskurse des Alterns. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40, 104-111.
- Andrae, S. & Weniger, J. (2011). Allgemeine Krankheitslehre. In S. Andrae, D. von Hayek & J. Weniger (Hrsg.), *Gesundheits- und Krankenlehre für die Altenpflege* (3. überarb. und erweit. Aufl., S.50-72). Stuttgart: Georg Thieme.
- Andraschko, H.G.(1996).Das System der Bezugspflege. Zugriff am 19.Juli 2012 unter <http://www.pqm-online.de/download/bezugspflege>
- Belz, G.G. (2008). Lebe länger und gesünder mit Freude und Genuss. Berlin: Springer.
- Badura, B. & Schott, T. (1989). Zur Bedeutung psychosozialer Faktoren bei der Bewältigung einer chronischen Krankheit. In M.M. Baltes, M. Kohli & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen* (S.149-167). Bern: Hans Huber.
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1989). Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In M. M. Baltes, M. Kohli & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen* (S.5-10). Bern: Hans Huber.
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1992). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In Baltes, P.B. & Mittelstraß, J. (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S.1-34). Berlin: Walter de Gruyter.
- Baltes, P.B. & Mittelstraß, J. (1992). Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin: Walter de Gruyter.
- Behl, C. (2004). In D. Ganten, K. Ruckpaul, A. Ruiz-Torres (Hrsg.), *Molekularmedizinische Grundlagen von altersspezifischen Erkrankungen* (S. 67- 86). Berlin: Springer.
- Böhmer, F. (2009). Gesundheitliche Aspekte im Alter. In Bundesministerium für Soziales, Arbeit und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme* (S.309-324). Zugriff am 15.Juli 2012 unter http://www.uni-graz.at/ukidabww_bmask_hochaltrigen_kleine_datei.pdf
- Büssing, A., Glaser, J. & Höge, Th. (2002). Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-S). Manual und Materialien. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sonderschrift, S 66. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH.
- Dangel, B. & Korporal, J.(2003). Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 50-62.
- Danner, D. & Schröder, H. (1992). Biologie des Alterns (Ontogenese und Evolution). In Baltes, P.B. & Mittelstraß, J. (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S.95-123). Berlin: Walter de Gruyter.
- Denzler, P., Markowitsch, H.J., Frölich, L., Kessler, J. & Ihl, R. (1989). Demenz im Alter. Pathologie, Diagnostik, Therapieansätze. Weinheim: Beltz.
- Deutsches Sozialgesetzbuch XI : Soziale Pflegeversicherung §14. Letzte Fassung vom 21.07.2012. Zugriff am 19.Juni 2012 unter <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html>

- Dorfmeister, G. (2004). Personalplanung für stationäre Alten- und Langzeitpflegebereiche. Zugriff am 16.Juli 2012 unter <http://www.oegkv.at/uploads/media/dorfmeister-guenter05-2004.pdf>
- Competence Center Integrierte Versorgung (2009). Erster österreichischer Demenzbericht. Zugriff am 16.Juli 2012 unter http://www.wgkk.at/mediaDB/539709_Demenzbericht.pdf
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2008). Probleme des Alterns. Göttingen: Hogrefe.
- Forstmeier, S., Uhlendorff, H. und Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 18 (4), S.227-257.
- French, J.R.P.(1978). Person-Umwelt-Übereinstimmung und Rollenstreß. In M. Frese, S. Greif & M. Semmer (Hrsg.), *Industrielle Psychopathologie* (S.42-51).Bern: Huber.
- Garms-Homolová, V. & Schaeffer, D. (1989). Soziale Bewältigung chronischer Erkrankungen im institutionellen Kontext. In M. M. Baltes, M. Kohli & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen* (S.126-135). Bern: Verlag Hans Huber.
- Gatterer, G. (2008). Demenz aus psychologischer Sicht. In W. Oswald, G. Gatterer & U. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie: Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (2., aktual. und erweit. Aufl., S. 141-172). Wien: Springer.
- Grant, M.M. & Rivera, L.M. (2001). Entwicklung von Lebensqualität in der Onkologie und onkologischen Pflege. In C.R. King & P.S. Hinds (Hrsg.), *Lebensqualität. Pflege-und Patientenperspektiven. Theorie-Forschung-Praxis*. Bern: Hans Huber.
- Grond, E.(2009). Die Pflege verwirrter und dementer alter Menschen. Zehnte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Gunzelmann, T. (2008). Ist Altern messbar. In W. Oswald, G. Gatterer & U. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie: Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (2., aktual. und erweit. Aufl., S. 59-78). Wien: Springer.
- Havighurst, R.J. (1977). Ansichten über ein erfolgreiches Altern. In H. Thomae & U. Lehr (Hrsg.), *Altern: Probleme und Tatsachen* (2.Aufl., S.567-571). Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Hertl, E.M., Baumann, U. & Messer, R., (2004). Belastungen des Pflegepersonals in Senioren/Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 17 (4),239-250.
- Holzhausen, M., Bornschlegel, U., & Fischer, T. (2009). Die Patientenperspektive in der Erfassung von Lebensqualität. Möglichkeiten und Grenzen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*,42, 355-359.
- Dilling, H. & Freyberger ,H.J. (2011) . Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10 (5., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Kaiser, H. (2008). Sozialpsychologie des Alterns. In W. Oswald, G. Gatterer & U. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie: Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (2., aktual. und erweit. Aufl., S. 79-102). Wien: Springer.
- Kitwood, M. (2004). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen (3., erweiterte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Krajasits, C. (2009). Ökologie im Alter – Der Zugang zur (sozialen) Infrastruktur der Wohnumgebung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Unterschiede und Besonderheiten. In Bundesministerium für Soziales, Arbeit und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme* (S. 91-101). Zugriff am unter 15.Juli 2012 unter http://www.uni-graz.at/ukidabww_bmask_hochaltrigen_kleine_datei.pdf

- Kruse, A. & Wahl, H.W. (2010). *Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1999). Konfliktsituationen in Alten- und Altenpflegeheimen. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S.155-169). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Kruse, A. (1996). Alltagspraktische und sozioemotionale Kompetenz. In M.M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S.290-322). Frankfurt/Main: Campus.
- Kruse, W. & Nikolaus, T. (1992). *Geriatric*. Berlin: Springer-Verlag.
- Kruse, A. & Thomae, H. (1992). *Menschliche Entwicklung im historischen Wandel. Empirisch-psychologische Beiträge zur Zeitgeschichte*. Heidelberg: Roland Asanger.
- Kruse, A. (1991). Zum Verständnis des Alternsprozesses aus psychologisch-anthropologischer Sicht. In W. Oswald & U. Lehr (Hrsg.), *Altern: Veränderung und Bewältigung* (S. 149- 170). Göttingen: Hans Huber.
- Kytir, J. (2009). Demografische Entwicklung. In Bundesministerium für Soziales, Arbeit und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme* (S.43-68). Zugriff am 15.Juli 2012 unter http://www.uni-graz.at/ukidabww_bmask_hochaltrigen_kleine_datei.pdf
- Lehr, U. (2007). *Die Psychologie des Alterns* (11.korr. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Lehr, U. & Niederfranke, A. (1991). Altersbilder und Altersstereotype. In W. Oswald, W.M. Herrmann, S. Kanowski, U.M. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), *Gerontologie* (2.erweit. und überarb. Aufl., S.38-46). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lehr, U. (1987). Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand im Lichte von Längsschnittstudien. In U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), *Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA)* (S.153-159). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Lehr, U. & Puschner, I. (1977). Untersuchungen über subjektive Alterssymptome. In H. Thomae & U. Lehr (Hrsg.), *Altern: Probleme und Tatsachen* (2. Aufl., S. 21- 34). Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Logsdon, R. G., Gibbons, L.E., McCurry, S.M. & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 510-9.
- Maderthaner (1995) Soziale Faktoren urbaner Lebensqualität. In A. Keul (Hrsg.), *Wohlbefinden in der Stadt* (S.172-197). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Maderthaner, R. (2001). Lebensqualität und Zukunftsverträglichkeit. *ÖIAZ*, 146, 5-6.
- Maurer, K., Ihl, R. & Frölich, L. (1993). *Alzheimer: Grundlagen. Diagnostik. Therapie*. Berlin: Springer.
- McPhillamy, D.J. & Lewinsohn, P.M. (1982). The Pleasants Event Schedule: Studies on Reliability, Validity, and Scale Intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (3), 363-380.
- fMontada, L. (1996). Machen Gebrechlichkeit und chronische Krankheit produktives Altern unmöglich? In M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S.382-392). Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Munnichs, J.M.A. (1989). Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In M. M. Baltes, M. Kohli & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen* (S.308-313). Bern: Verlag Hans Huber.

- Österreichische Alzheimergesellschaft (2006). Konsensusstatement „Demenz“ der Österreichischen Alzheimergesellschaft – Update 2006. *Neuropsychiatrie*, 20 (4), S. 221–231.
- Österreichisches Bundespflegegeldgesetz. Fassung vom 22.08.2012. Zugriff am 01. Juli 2012 unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859>
- Omerovic, M., Teipel, S.J. & Hampel, T. (2007). Demenz mit Lewy-Körperchen. Besserung unter Therapie mit einem Acetylcholinesteraseinhibitor. *Nervenarzt*, 78, 1052-1057.
- Pörtner, M. (2001). *Ernstnehmen - Zutrauen - Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen* (3.Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rosenmayr, L. (1989). Wandlungen der gesellschaftlichen Sicht und Bewertung des Alters. In M. M. Baltes, M. Kohli & K. Sames (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*, (S.96-101). Bern: Hans Huber.
- Rupprecht, R. (2008). Psychologische Theorien zum Alternsprozess. In W. Oswald, G. Gatterer & U. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie : Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (2., aktual. und erweiter. Aufl., S.13-26). Wien: Springer-Verlag.
- Rupprecht, R. (2006). Lebensqualität im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –geriatrie*, 19 (1), 5.
- Sands, L.P., Ferreira, P., Stewart, A.L., Brod, M., Yaffe, K. (2004). *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (3), 272-280.
- Selye, H. (1988). *Stress. Bewältigung und Lebensgewinn*. München: Piper.
- Spector, A., Orrell, M. (2006). Quality of Life (QoL) in Dementia: A Comparison of the Perceptions of People With Dementia and Care Staff in Residential Homes. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 20 (3), 160-165.
- Statistik Austria (2011). Prognose der Bevölkerungsstruktur Österreichs. Zugriff am 15.07.2012 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html
- Statistik Austria (2007). Funktionale Beeinträchtigungen. Zugriff am 15.07.2012 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheitsliche_beeintraechtigungen/index.html
- Staudinger, U.M. (2008). Was ist das Alter(n) der Persönlichkeit? Eine Antwort aus verhaltenswissenschaftlicher Sicht. In U. M., Staudinger & H., Häfner (Hrsgb.), *Was ist Alter(n)? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage* (S.83-94). Berlin: Springer.
- Stern, E. (1977). Das Erlebnis der Alterns und des Alters. In H. Thomae & U. Lehr (Hrsg.), *Altern: Probleme und Tatsachen* (2.Aufl., S. 21- 34). Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Thomae, H. (1991). Zum Verständnis des Alternsprozesses aus psychologisch-anthropologischer Sicht. In W. Oswald & U. Lehr (Hrsg.), *Altern: Veränderung und Bewältigung* (S. 149- 170). Göttingen: Hans Huber.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects: The 2010 Revision. Volume II: Demographic Profiles. Zugriff am 30. Mai 2012 unter <http://esa.un.org/wpp/country-profiles/pdf/40.pdf>
- Vömel, Th. (1991). Biologische Alternstheorien. In W. Oswald, W.M. Herrmann, S. Kanowski, U.M. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), *Gerontologie* (2.Aufl., S. 47-53). Stuttgart: Kohlhammer.

- Von Hayek, D. (2006). Physiologie des Alterns. In S. Andreae, D. von Hayek & J. Weniger. *Gesundheits- und Krankenlehre für die Altenpflege* (3.Aufl., S.12-17). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Von Renteln-Kruse, W. (2009). *Medizin des Alterns und des alten Menschen* (2.Aufl.). Heidelberg: Steinkopff.
- Wahl, H.-W., Diehl, M., Kruse, A., Lang, F.R. & Martin, M. (2008). Psychologische Altersforschung: Beiträge und Perspektiven. *Psychologische Rundschau*, 59 (1), 2-23.
- Wahl, H.-W., Heyl, V. & Zimprich, D. (1999). Wohn- und Lebensbedingungen in Alten- und Pflegeheimen: Beiträge der Ökologischen Gerontologie. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S.50-65). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Weinert, F. (1992). In Baltes, P. & Mittelstraß, J. (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 124-150). Berlin: Walter de Gruyter.
- WHO (2012). *Health statistics and health information systems. Definition of an older or elderly person*. Zugriff am 19.Juni 2012 unter <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- WHO (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Der ICF wurde abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Alle Rechte liegen bei der WHO. Zugriff am 15.Juli 2012 unter http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf

11 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Veränderung der Bevölkerung 1950 bis 2100 (United Nations Department of Economic and Social Affairs, World Prospects, 2010)	9
Abbildung 2: Lebensraumbezogene Bedürfnisse (Maderthaner,1995,S.2)	41
Abbildung 3: Auszug aus dem Bedürfnisfragebogen der Patienten.....	55
Abbildung 4: Auszug aus dem Lebensqualitätsfragebogen des Pflegepersonals.....	56
Abbildung 5:Arbeitssituation des Pflegepersonals Skala <i>Krankheiten/Patienten</i>	57
Abbildung 6: Arbeitssituation des Pflegepersonals Skala <i>widersprüchliche Aufgabenziele</i>	57
Abbildung 7: Verteilung der Stichprobe nach Geschlecht.....	59
Abbildung 8: Altersverteilung der Patienten in Jahren	60
Abbildung 9: Verteilung der Patienten nach Pflegebedürftigkeit	61
Abbildung 10: Verteilung nach Schwerpunkt der Station	62
Abbildung 11: Grafische Darstellung des Untersuchungsdesigns	93

12 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Bevölkerungsprognose der Statistik Austria (2011)	12
Tabelle 2: Stadien der Alzheimer-Krankheit (Reisberg, Ferris,de Leon, Crook,1988 zit. nach Gatterer, 2008, S.143).....	26
Tabelle 3: Einschränkung der ADL-Funktionen bei Aufnahme im Krankenhaus (von Renteln-Kruse,2009,S.65)	29
Tabelle 4: ICF-Klassifikation der WHO (2005,S.17)	30
Tabelle 5: Faktorenanalyse QOL (Patienten)	63
Tabelle 6: Faktorenanalyse QOL (Pflege)	64
Tabelle 7: Faktorenanalyse ARBO	65
Tabelle 8: CATPCA Bedürfnisfragebogen – Bedürfnisse außerhalb des Heims (Patienten)	67
Tabelle 9: CATPCA Bedürfnisfragebogen – Bedürfnisse außerhalb des Heims (Pflege)	67
Tabelle 10: CATPCA Bedürfnisfragebogen – Bedürfnisse im Heim (Patienten).....	68
Tabelle 11: CATPCA Bedürfnisfragebogen – Bedürfnisse im Heim (Pflege).....	68
Tabelle 12: CATPCA Bedürfnisfragebogen – kreative Bedürfnisse (Patienten)	69
Tabelle 13: CATPCA Bedürfnisfragebogen – kreative Bedürfnisse (Pflege)	69
Tabelle 14: CATPCA Bedürfnisfragebogen – Wohnbedürfnisse (Patient).....	70
Tabelle 15: CATPCA Bedürfnisfragebogen – Wohnbedürfnisse (Pflege).....	70
Tabelle 16: CATPCA Bedürfnisfragebogen – soziale Bedürfnisse (Patient).....	71
Tabelle 17: CATPCA Bedürfnisfragebogen – soziale Bedürfnisse (Pflege).....	72
Tabelle 18: T-Test für abhängige Stichproben – Bedürfnisskalen und Vorhandensein	73

Tabelle 19: Signifikante Mittelwertsunterschiede vorhandener Bedürfnisse	74
Tabelle 20: T-Test für abhängige Stichproben – Bedürfnisskalen und Erfüllung	74
Tabelle 21: Signifikante Mittelwertsunterschiede erfüllter Bedürfnisse	75
Tabelle 22: Übereinstimmung in Vorhandensein und Erfüllung der körperlichen Bedürfnisse.....	76
Tabelle 23: Übereinstimmung in Vorhandensein und Erfüllung in den kognitiven Bedürfnissen.....	77
Tabelle 24: Übereinstimmung in Vorhandensein und Erfüllung in den kreativen Bedürfnissen.....	78
Tabelle 25: Übereinstimmung in Vorhandensein und Erfüllung in den Wohnbedürfnissen.....	79
Tabelle 26: Wesentliche kongruent wahrgenommene vorhandene Bedürfnisse	80
Tabelle 27: Wesentliche kongruent wahrgenommene erfüllte Bedürfnisse	80
Tabelle 28: Wesentliche inkongruent wahrgenommene Bedürfnisse	82
Tabelle 29: Multivariate Varianzanalyse: Pflegebedürftigkeit und Bedürfnisse (Patienten)	83
Tabelle 30: Multivariate Varianzanalyse: Pflegebedürftigkeit und Bedürfnisse (Pflege)	83
Tabelle 31: Post-Hoc-Test soziale Bedürfnisse und Pflegebedürftigkeit	83
Tabelle 32: Multiple Regression (ARBO und soziale Bedürfnisse)	85
Tabelle 33: Multiple Regression (ARBO und Wohnbedürfnisse)	85
Tabelle 34: Multiple Regression (ARBO und Bedürfnisse außerhalb des Heims)	86
Tabelle 35: Multiple Regression (ARBO und Bedürfnisse im Heim)	86
Tabelle 36: Multiple Regression (ARBO und kreative Bedürfnisse).....	87
Tabelle 37: Multiple Regression (Lebensqualität und Bedürfnisse-Patienten).....	88
Tabelle 38: Multiple Regression (ARBO und Lebensqualität-Fremdeinschätzung) ..	89

13 ANHÄNGE

Anhang 1 : Statistik Austria (2007) funktionale Beeinträchtigungen

Anhang 2: Lebensraumbezogene Bedürfnisse (Maderthaner & Spielhofer, 1992 zit. nach Maderthaner, 2002, S.4)

Anhang 3: CATPCA – Bedürfnisse nach Genussmitteln (Patienten)

Anhang 4 : CATPCA – körperliche Bedürfnisse (Patienten)

Anhang 5 : CATPCA – kognitive Bedürfnisse (Patienten)

Anhang 6: prozentuale Unterschiede in vorhandenen Bedürfnissen
(Pflegebedürftigkeit)

Anhang 7: Fragebogen Patient

Anhang 8: Fragebogen Pflegepersonal

Anhang 1: Statistik Austria (2007) funktionale Beeinträchtigungen

Probleme bei funktionalen Tätigkeiten (mit und ohne Hilfsmittel) nach Alter und Geschlecht in Prozent (Mehrfachangaben möglich)

Probleme	Stock/Hilfsmittel	Männer		Frauen	
		60 bis unter 75 Jahre	75 Jahre und älter	60 bis unter 75 Jahre	75 Jahre und älter
Beim Gehen	ohne	6,9	27,8	8,4	43,6
	mit	3,1	12,2	3,9	15,3
	nicht vorhanden	0,4	0,8	0,4	2,2
Beim Treppen steigen	ohne	7,2	26,7	10,2	42,3
	mit	2,7	8,7	3,0	14,3
	nicht vorhanden	0,9	1,2	0,9	2,2
Fingerfertigkeit	ohne	2,0	8,0	2,5	9,4
	mit	0,7	2,9	0,8	2,6
	nicht vorhanden	0,6	1,5	0,9	3,4
Drehbewegung mit der Hand	ohne	1,7	6,8	4,1	8,4
	mit	0,6	4,2	1,1	2,5
	nicht vorhanden	0,5	2,0	0,2	1,9
Beim Beißen und Kauen		11,6	28,3	13,5	32,1
Beim Hand ausstrecken und schütteln		0,9	2,7	1,0	2,7
Beim Bücken und Niederknien		22,6	39,3	25,8	58,3
Volle Taschen hochheben und tragen		8,6	28,2	21,2	57,0

Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07. Erstellt am: 21.08.2007.

Anhang 2: Lebensraumbezogene Bedürfnisse (Maderthaner & Spielhofer, 1992 zit. nach Maderthaner, 2002,S.4)

Bedürfnisse	Einzelaspekte	Mögliche Konsequenzen der Nichtbefriedigung
1. Regeneration	Besonnung, Tageslicht, Belüftung, Lärmschutz, Räume für körperliche Aktivität, Spiel- und Sportanlagen, keine Emmissions- und Geruchsbelästigung, soziale Belästigungen	Physische und psychische Erschöpfung, Krankheitsanfälligkeit, Schlafstörungen, Migräne, Bluthochdruck, Haltungsschäden, Reizbarkeit, Streß, Depression, Kommunikationsverweigerung
2. Privatheit	Wahrung der Intimsphäre, Schutz vor Einsehbarkeit und Mithören, Sicherheit von Wegen, geringe Gefahr von Einbrüchen und Überfällen	Ärger, Streß, Angst, Aggression, Depression, Sozialer Rückzug (z.B. "TV-Vielseher"), Streitigkeiten mit Mitbewohnern, geringe Ortsverbundenheit
4. Funktionalität	Raumbedarf, Praktikabilität, Bequemlichkeit, Orientierung im Siedlungsgebiet	Ärger, Freizeitverlust, finanzieller Mehraufwand, geringe Ortsverbundenheit, Desorientierung, Wohn- und Lebensunzufriedenheit
5. Ordnung		
6. Kommunikation	Gespräche, Nachbarschaftshilfe, Mitbestimmung, Mitverantwortung, Mitarbeit in Wohnhaus- und Siedlungsgremien, Treffpunkte, Gemeinschaftsräume	Soziale Vorurteile und Konflikte, geringe Wohnzufriedenheit, Trend zu Zweitwohnsitzen (Wochenendhäuser, Schrebergärten), Wochenendmobilität, Vandalismus, Cliquenbildungen, Segregation
7. Aneignung		
8. Partizipation		
9. Ästhetik	Gebäude- und Fassadengestaltung, Strassenensembles, Siedlungsscharakter, Grün- und Freiflächenanordnung	Geringe Ortsverbundenheit und Wohnzufriedenheit, negative Gestimmtheit, subjektiver Prestigeverlust, Abwanderung, Vandalismus, Delinquenz
10. Kreativität		

Anhang 3: CATPCA-Bedürfnisse nach Genussmitteln (Patienten)

Items	Ladungen
Genussmittel: salzige Knabbereien (Patient) - Vorhandensein	,640
Genussmittel: alkoholische Getränke (Bier, Wein, Schnaps) (Patient) - Vorhandensein	,683
Genussmittel: Zigaretten rauchen (Patient) - Vorhandensein	,639

Cronbachs Alpha	% der Varianz
,332	42,814

Anhang 4: CATPCA – körperliche Bedürfnisse (Patienten)

Items	Ladungen
Körper: Haare kämmen (Patient) - Vorhandensein	,825
Körper: Zähne putzen/Mundwasser benutzen (Patient) - Vorhandensein	,807
Körper: Nägel schneiden/feilen (Patient) - Vorhandensein	,860

Cronbachs Alpha	% der Varianz
,776	69,035

Anhang 5: CATPCA – kognitive Bedürfnisse (Patienten)

Items	Ladungen
Kognition:Radio hören (Patient) - Vorhandensein	,885
Kognition:Musik hören (Patient) - Vorhandensein	,815
Kognition:etwas sammeln (Patient) - Vorhandensein	,513

Cronbachs alpha	% der Varianz
,623	56,998

Anhang 6: Prozentuale Unterschiede in vorhandenen Bedürfnissen (Pflegebedürftigkeit)

	Allgemeiner Pflegebedürftigkeitsindex		
	selbstständig	teilweise selbstständig	unselbstständig
	%	%	%
Kognition: Rätsel lösen (Patient) - Vorhandensein	25	55	40
Kognition: (Brett-) Spiele spielen (Patient) - Vorhandensein	00	28	33
Kognition: Radio hören (Patient) - Vorhandensein	63	45	47
Kognition: ein Buch lesen (Patient) - Vorhandensein	25	69	40
Außerhalb Heim: in der Sonne sitzen (Patient) - Vorhandensein	25	38	67
Außerhalb Heim: Natur/Tiere beobachten (Patient) - Vorhandensein	50	69	73
Außerhalb Heim: kulturelle Veranstaltung (Konzert, Theater, Kabarett) (Patient) - Vorhandensein	38	34	53
Genussmittel: alkoholische Getränke (Bier, Wein, Schnaps) (Patient) - Vorhandensein	25	21	07
Genussmittel: Zigaretten rauchen (Patient) - Vorhandensein	13	17	00
Wohnen: Bilder/Fotos aufhängen (Patient) - Vorhandensein	50	34	27
Wohnen: breite Räume/Wege (Patient) - Vorhandensein	63	79	47
Sozial: Kontakt mit einem/meinem Haustier (Patient) - Vorhandensein	38	55	67
Sozial: mit jemandem tanzen (Patient) - Vorhandensein	13	17	07
Sozial: mit anderen im Gemeinschaftsraum sitzen (Patient) - Vorhandensein	75	41	33
Sozial: Witze erzählen/erzählt bekommen (Patient) - Vorhandensein	13	48	60
Sozial: Tagesaktivitäten selbst bestimmen (Patient) - Vorhandensein	25	62	40

Anhang 7: Fragebogen Patient

Nr.:

Alter:.....

Geschlecht:

☐ männlich

☐ weiblich

Familienstand:

☐ verheiratet

☐ ledig

☐ verwitwet

☐ geschieden

Nationalität:

höchste abgeschlossene Ausbildung:

☐ Lehre

☐ Pflichtschule

☐ Matura

☐ Hochschule

zuletzt ausgeübter Beruf:

bisherige

Aufenthaltsdauer:.....

Teil I-Bedürfnisfragebogen

Patient

Nr.:

Ich würde im Folgenden gerne wissen, was Sie sich hier momentan wünschen und ob bzw. inwieweit diese Wünsche bereits in Erfüllung gegangen sind bzw. erfüllt werden. Bitte beachten Sie, dass es nur um Ihre Wünsche geht und nicht darum, ob Sie die Tätigkeit auch tatsächlich ausführen können. Ich werde Ihnen nun eine Reihe von möglichen Wünschen vorlesen:

Beispiel:

Haben Sie den Wunsch im Laufe des Tages einen Kaffee zu trinken?

Ich habe diesen Wunsch er wird erfüllt... ...die Pflege weiß davon

☐ **0-1-2-3-4** ☐

0= nein gar nicht,1=eher nein,2=teils teils,3=eher ja,4=immer

Körperliche Pflegebedürfnisse

0= nein gar nicht,1=eher nein,2=teils teils,3=eher ja,4=immer

	Ich habe diesen Wunsch...	er wird erfüllt...	...die Pflege weiß davon
das Gesicht waschen	☐	0-1-2-3-4	☐
den Körper waschen	☐	0-1-2-3-4	☐
Haare kämmen	☐	0-1-2-3-4	☐
Zähne putzen/Mundwasser benutzen	☐	0-1-2-3-4	☐
gut zu riechen (Körpercreme,Parfum,Rasierwasser,...)	☐	0-1-2-3-4	☐
Nägel schneiden/feilen	☐	0-1-2-3-4	☐
Körperpflege ohne Unterstützung der Pflege ausführen	☐	0-1-2-3-4	☐

Kognitive Bedürfnisse

	Ich habe diesen Wunsch...	er wird erfüllt...	...die Pflege weiß davon
Rätsel lösen	☐	0-1-2-3-4	☐
etwas schreiben (Brief, Postkarte, Tagebuch)	☐	0-1-2-3-4	☐
(Brett-)Spiele spielen	☐	0-1-2-3-4	☐
Zeitung lesen	☐	0-1-2-3-4	☐
Radio hören	☐	0-1-2-3-4	☐
Fernsehen	☐	0-1-2-3-4	☐
Musik hören	☐	0-1-2-3-4	☐
ein Buch lesen	☐	0-1-2-3-4	☐
etwas sammeln	☐	0-1-2-3-4	☐

Bedürfnisse außerhalb des Heimes

	Ich habe diesen Wunsch...	er wird erfüllt...	...die Pflege weiß davon
einkaufen	☐	0-1-2-3-4	☐
im Park sitzen	☐	0-1-2-3-4	☐
zu einer religiösen Veranstaltung gehen	☐	0-1-2-3-4	☐
sich um Pflanzen oder Garten kümmern	☐	0-1-2-3-4	☐
in der Sonne sitzen	☐	0-1-2-3-4	☐
Natur/Tiere beobachten	☐	0-1-2-3-4	☐
kulturelle Veranstaltung (Konzert, Theater, Kabarett)	☐	0-1-2-3-4	☐

Körperliche Bedürfnisse im Heim

	Ich habe diesen Wunsch...	er wird erfüllt...	...die Pflege weiß davon
Gymnastik/Turnübungen	☐	0-1-2-3-4	☐
gehen üben	☐	0-1-2-3-4	☐
stehen üben	☐	0-1-2-3-4	☐
Übungen ohne Unterstützung der Pflege ausführen	☐	0-1-2-3-4	☐

Bedürfnisse nach speziellen Genussmitteln

	Ich habe diesen Wunsch...	er wird erfüllt...	...die Pflege weiß davon
Süßigkeiten (Schokolade,Kekse,...)	☐	0-1-2-3-4	☐
salzige Knabbereien	☐	0-1-2-3-4	☐
alkoholische Getränke (Bier,Wein,Schnaps)	☐	0-1-2-3-4	☐
Zigaretten rauchen	☐	0-1-2-3-4	☐

Kreative Bedürfnisse

	Ich habe diesen Wunsch...	er wird erfüllt...	...die Pflege weiß davon
basteln	☐	0-1-2-3-4	☐
zeichnen/malen	☐	0-1-2-3-4	☐
stricken/häkeln	☐	0-1-2-3-4	☐
etwas zusammenbauen/reparieren	☐	0-1-2-3-4	☐
kochen	☐	0-1-2-3-4	☐

Wohnbedürfnisse

	Ich habe diesen Wunsch...	er wird erfüllt...	...die Pflege weiß davon
Fenster im Zimmer/viel Licht im Zimmer haben	☐	0-1-2-3-4	☐
Fenster mit Ausblick ins Grüne	☐	0-1-2-3-4	☐
Ruhe im Zimmer haben	☐	0-1-2-3-4	☐
absperrbare Schränke	☐	0-1-2-3-4	☐
Rückzugsmöglichkeiten/Räume, wo man alleine sein kann	☐	0-1-2-3-4	☐
gute Luft im Zimmer	☐	0-1-2-3-4	☐
Sauberkeit im Zimmer	☐	0-1-2-3-4	☐
Bilder/Fotos aufhängen	☐	0-1-2-3-4	☐
Blumen riechen/sehen	☐	0-1-2-3-4	☐
gut beleuchtete Räume und Gänge (z.B. Toilette, Flur)	☐	0-1-2-3-4	☐
breite Räume/Wege	☐	0-1-2-3-4	☐

Balkon	☐	0-1-2-3-4	☐
---------------	--------------------------	------------------	--------------------------

Soziale Bedürfnisse

0= nein gar nicht,1=eher nein,2=teils teils,3=eher ja,4=immer

	Ich habe diesen Wunsch...	er wird erfüllt...	...die Pflege weiß davon
sich mit jemandem unterhalten	☐	0-1-2-3-4	☐
Kontakt mit einem/meinem Haustier haben	☐	0-1-2-3-4	☐
mit der Familie zusammenkommen	☐	0-1-2-3-4	☐
mit Freunden oder der Familie telefonieren	☐	0-1-2-3-4	☐
von jemand Vertrautem umarmt werden	☐	0-1-2-3-4	☐
Geschichten erzählen	☐	0-1-2-3-4	☐
ein Lob/Kompliment bekommen	☐	0-1-2-3-4	☐
mit jemandem tanzen	☐	0-1-2-3-4	☐
von jemand Vertrautem gestreichelt werden	☐	0-1-2-3-4	☐
mit anderen im Gemeinschaftsraum sitzen	☐	0-1-2-3-4	☐
mit jemandem ein Fotoalbum durchblättern	☐	0-1-2-3-4	☐
angelächelt werden	☐	0-1-2-3-4	☐
die Hand gehalten bekommen	☐	0-1-2-3-4	☐
von jemand Vertrautem berührt werden	☐	0-1-2-3-4	☐
Witze erzählen/erzählt bekommen	☐	0-1-2-3-4	☐
gemeinsam Lieder singen	☐	0-1-2-3-4	☐
Tagesaktivitäten selbst bestimmen	☐	0-1-2-3-4	☐

TEIL II

Nr:

1. Körperliche Gesundheit	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
2. Energie	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
3. Stimmung	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
4. Wohnsituation	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
5. Gedächtnis	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
6. Familie	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
7. (Haupt-) Bezugsperson	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
8. Freunde	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
9. Beurteilung der eigenen Person	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
10. Fähigkeit, Tätigkeiten des täglichen Lebens durchzuführen	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	Ausgezeichnet
11. Fähigkeit Dinge zu tun, die Spaß machen	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
12. finanzielle Situation	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
13. Einschätzung des gesamten Lebens	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet

Anhang 8: Fragebogen Pflegepersonal

Sehr geehrte TeilnehmerInnen!

Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, diesen Fragebogen im Rahmen meiner Diplomarbeit auszufüllen.

Die Befragung erfolgt **anonym**, Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich. Da es sich um Ihre persönliche Meinung handelt, gibt es bei den gestellten Fragen **weder richtige noch falsche Antworten**.

Die Bearbeitung des Fragebogens nimmt circa **25 Minuten** in Anspruch. Wir bitten Sie den Fragebogen **alleine und sorgfältig** zu beantworten. Sollten Sie Fragen haben, steht Ihnen die Untersuchungsleiterin (Frau Kainzinger) gerne jederzeit telefonisch oder per email zur Verfügung.

Nachdem Sie den Fragebogen vollständig beantwortet haben, stecken Sie diesen bitte ins beiliegende Kuvert.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Katrin Kainzinger

Dr. Gerald Gatterer

Nr.:

Zu Beginn der Befragung möchte ich Sie um einige persönliche Daten bitten.

Bitte kreuzen Sie an, welche Aussage auf Sie zutrifft, beziehungsweise ergänzen Sie bitte die Formulierungen.

Sollten Sie aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten den Text nicht verstehen, würde ich Sie bitten, den Fragebogen nicht auszufüllen.

Alter:.....

Geschlecht:

☐ männlich

☐ weiblich

Familienstand:

☐ verheiratet

☐ ledig

☐ verwitwet

☐ geschieden

Nationalität:

Ausbildung:

☐ diplomierte Pflegeperson

☐ Pflegehelfer

Wann haben Sie Ihre Ausbildung abgeschlossen?

Wie lange arbeiten Sie in Ihrem jetzigen Beruf?

Arbeiten Sie Voll- oder Teilzeit?

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit (.....Std.)

Welchen Schwerpunkt hat Ihre Station?

Bitte geben Sie an, wie lange Sie schon in diesem Stationsbereich arbeiten:

Vielen Dank für Ihre persönlichen Angaben!

TEIL I – Bedürfnisfragebogen

Einschätzung durch das Pflegepersonal

Bitte schätzen Sie im Folgenden ein...:

1. ...welche Wünsche Ihr Patient momentan hat (**erstes Kästchen**).
2. ...beurteilen Sie bitte ob bzw. inwieweit Sie glauben, dass diese Wünsche bereits in Erfüllung gegangen sind bzw. erfüllt werden (**0-1-2-3-4**).
3. ...beurteilen Sie, ob Sie von diesen Wünschen durch Kollegen (wie z.B. anderes Pflegepersonal, Ärzte, Ergotherapeuten, Psychologen...) oder den Patienten selbst wissen (**zweites Kästchen**).

Bitte beachten Sie, dass es nur um die Wünsche des Patienten geht und nicht darum, ob dieser die Tätigkeit auch tatsächlich ausführen kann. Wenn Sie glauben, dass ihr Patient einen der folgenden Wünsche nicht hat, füllen Sie diese Zeile bitte nicht aus.

Im Folgenden werden nun mögliche Wünsche Ihres Patienten angeführt:

Körperliche Pflegebedürfnisse

0= nein gar nicht,1=eher nein,2=teils teils,3=eher ja,4=immer

	1. Mein Patient hat diesen Wunsch...	2. er wird erfüllt...	3. ich weiß davon
das Gesicht waschen	☐	0-1-2-3-4	☐
den Körper waschen	☐	0-1-2-3-4	☐
Haare kämmen	☐	0-1-2-3-4	☐
Zähne putzen/Mundwasser benutzen	☐	0-1-2-3-4	☐
gut zu riechen (Körpercreme,Parfum,Rasierwasser,...)	☐	0-1-2-3-4	☐
Nägel schneiden/feilen	☐	0-1-2-3-4	☐
Körperpflege ohne Unterstützung der Pflege ausführen	☐	0-1-2-3-4	☐

Kognitive Bedürfnisse

0= nein gar nicht,1=eher nein,2=teils teils,3=eher ja,4=immer

	1. Mein Patient hat diesen Wunsch...	2. er wird erfüllt...	3. ich weiß davon
Rätsel lösen	☐	0-1-2-3-4	☐
etwas schreiben (Brief, Postkarte, Tagebuch)	☐	0-1-2-3-4	☐
(Brett-)Spiele spielen	☐	0-1-2-3-4	☐
Zeitung lesen	☐	0-1-2-3-4	☐
Radio hören	☐	0-1-2-3-4	☐

Fernsehen	☐	0-1-2-3-4	☐
Musik hören	☐	0-1-2-3-4	☐
ein Buch lesen	☐	0-1-2-3-4	☐
etwas sammeln	☐	0-1-2-3-4	☐

Bedürfnisse außerhalb des Heimes 0= nein gar nicht,1=eher nein,2=teils teils,3=eher ja,4=immer

	1. Mein Patient hat diesen Wunsch...	2. er wird erfüllt...	3. ich weiß davon
einkaufen	☐	0-1-2-3-4	☐
im Park sitzen	☐	0-1-2-3-4	☐
zu einer religiösen Veranstaltung gehen	☐	0-1-2-3-4	☐
sich um Pflanzen oder Garten kümmern	☐	0-1-2-3-4	☐
in der Sonne sitzen	☐	0-1-2-3-4	☐
Natur/Tiere beobachten	☐	0-1-2-3-4	☐
kulturelle Veranstaltung (Konzert, Theater, Kabarett)	☐	0-1-2-3-4	☐

Körperliche Bedürfnisse im Heim 0= nein gar nicht,1=eher nein,2=teils teils,3=eher ja,4=immer

	1. Mein Patient hat diesen Wunsch...	2. er wird erfüllt...	3. ich weiß davon
Gymnastik/Turnübungen	☐	0-1-2-3-4	☐
gehen üben	☐	0-1-2-3-4	☐
stehen üben	☐	0-1-2-3-4	☐
Übungen ohne Unterstützung der Pflege ausführen	☐	0-1-2-3-4	☐

Bedürfnisse nach speziellen Genussmitteln 0= nein gar nicht,1=eher nein,2=teils teils,3=eher ja,4=immer

	1. Mein Patient hat diesen Wunsch...	2. er wird erfüllt...	3. ich weiß davon
Süßigkeiten (Schokolade,Kekse,...)	☐	0-1-2-3-4	☐
salzige Knabbereien	☐	0-1-2-3-4	☐
alkoholische Getränke (Bier,Wein,Schnaps)	☐	0-1-2-3-4	☐
Zigaretten rauchen	☐	0-1-2-3-4	☐

Kreative Bedürfnisse

0= nein gar nicht,1=eher nein,2=teils teils,3=eher ja,4=immer

	1. Mein Patient hat diesen Wunsch...	2. er wird erfüllt...	3. ich weiß davon
basteln	☐	0-1-2-3-4	☐
zeichnen	☐	0-1-2-3-4	☐
stricken/häkeln	☐	0-1-2-3-4	☐
etwas zusammenbauen/reparieren	☐	0-1-2-3-4	☐
kochen	☐	0-1-2-3-4	☐

Wohnbedürfnisse

0= nein gar nicht,1=eher nein,2=teils teils,3=eher ja,4=immer

	1. Mein Patient hat diesen Wunsch...	2. er wird erfüllt...	3. ich weiß davon
Fenster im Zimmer/viel Licht im Zimmer	☐	0-1-2-3-4	☐
Fenster mit Ausblick ins Grüne	☐	0-1-2-3-4	☐
Ruhe im Zimmer haben	☐	0-1-2-3-4	☐
absperrbare Schränke	☐	0-1-2-3-4	☐
Rückzugsmöglichkeiten/Räume, wo man alleine sein kann	☐	0-1-2-3-4	☐
gute Luft im Zimmer	☐	0-1-2-3-4	☐
Sauberkeit im Zimmer	☐	0-1-2-3-4	☐
Bilder/Fotos aufhängen	☐	0-1-2-3-4	☐
Blumen riechen/sehen (im Zimmer)	☐	0-1-2-3-4	☐
gut beleuchtete Räume und Gänge (z.B. Toilette, Flur)	☐	0-1-2-3-4	☐
breite Räume/Wege	☐	0-1-2-3-4	☐
Balkon	☐	0-1-2-3-4	☐

Soziale Bedürfnisse

0= nein gar nicht,1=eher nein,2=teils teils,3=eher ja,4=immer

	1. Mein Patient hat diesen Wunsch...	2. er wird erfüllt...	3. ich weiß davon
sich mit jemandem unterhalten	☐	0-1-2-3-4	☐
Kontakt mit einem/meinem Haustier haben	☐	0-1-2-3-4	☐
mit der Familie zusammenkommen	☐	0-1-2-3-4	☐
mit Freunden oder der Familie telefonieren	☐	0-1-2-3-4	☐

von jemand Vertrautem umarmt werden	☐	0-1-2-3-4	☐
Geschichten erzählen	☐	0-1-2-3-4	☐
ein Lob/Kompliment bekommen	☐	0-1-2-3-4	☐
mit jemandem tanzen	☐	0-1-2-3-4	☐
von jemand Vertrautem gestreichelt werden	☐	0-1-2-3-4	☐
mit anderen im Gemeinschaftsraum sitzen	☐	0-1-2-3-4	☐
mit jemandem ein Fotoalbum durchblättern	☐	0-1-2-3-4	☐
angelächelt werden	☐	0-1-2-3-4	☐
die Hand gehalten bekommen	☐	0-1-2-3-4	☐
von jemand Vertrautem berührt werden	☐	0-1-2-3-4	☐
Witze erzählen/erzählt bekommen	☐	0-1-2-3-4	☐
gemeinsam Lieder singen	☐	0-1-2-3-4	☐
Tagesaktivitäten selbst bestimmen	☐	0-1-2-3-4	☐

TEIL II

Wenn Sie an das momentane Leben Ihres Patienten denken, gibt es verschiedene Aspekte seines Lebens, wovon einige unten angeführt sind. Bitte schätzen Sie anhand dieser die Lebensqualität Ihres Patienten in jeder Kategorie ein, wobei die Beurteilung **wenig zufriedenstellend, ausreichend, gut oder ausgezeichnet** sein kann. Bitte beachten Sie, dass es hierbei um **Ihre persönliche Wahrnehmung und Einschätzung** geht und es **weder richtige noch falsche Antworten** gibt. Bitte kreuzen Sie immer nur eine Antwort pro Zeile an.

1. Körperliche Gesundheit <i>Wie, glauben Sie, empfindet Ihr Patient seine körperliche Gesundheit?</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	Gut	ausgezeichnet
2. Energie <i>Wie, glauben Sie, empfindet Ihr Patient sein Energielevel?</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	Gut	ausgezeichnet
3. Stimmung <i>Wie, glauben Sie, empfindet Ihr Patient seine Stimmung der letzten Tage?</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	Gut	ausgezeichnet
4. Wohnsituation <i>Wie, glauben Sie, beurteilt Ihr Patient seine aktuelle Wohnsituation?</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	Gut	ausgezeichnet
5. Gedächtnis <i>Wie, glauben Sie, empfindet Ihr Patient seine Gedächtnisleistungen?</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	Gut	ausgezeichnet
6. Familie <i>Wie, glauben Sie, empfindet Ihr Patient das Verhältnis zu seiner Familie bzw. seinen</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	Gut	ausgezeichnet

Familienmitgliedern?				
7. (Haupt-) Bezugsperson <i>Wie, glauben Sie, empfindet Ihr Patient das Verhältnis zu seiner engsten Bezugsperson?</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	Ausgezeichnet
8. Freunde <i>Wie, glauben Sie, empfindet Ihr Patient das aktuelle Verhältnis zu Freunden ?</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
9. Beurteilung der eigenen Person <i>Wie, glauben Sie, beurteilt Ihr Patient sich selbst als Person?</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet
10. Fähigkeit Tätigkeiten des täglichen Lebens durchzuführen <i>Wie, glauben Sie, beurteilt Ihr Patient seine Fähigkeit Tätigkeiten des täglichen Lebens nachzugehen?</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	Ausgezeichnet
11. Fähigkeit Dinge zu tun, die Spaß machen <i>Wie, glauben Sie, beurteilt Ihr Patient seine Fähigkeit Dinge zu tun, die Spaß machen bzw. die er genießen kann.</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	gut	ausgezeichnet

12. finanzielle Situation <i>Wie, glauben Sie, empfindet Ihr Patient seine aktuelle finanzielle Lage?</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	Gut	ausgezeichnet
13. Einschätzung des bisherigen und aktuellen Lebens <i>Wie, glauben Sie, beurteilt Ihr Patient sein gesamtes Leben?</i>	wenig zufriedenstellend	ausreichend	Gut	ausgezeichnet

TEIL III

Bitte überlegen Sie Sich, ob die jeweiligen Aussagen auf Ihre Arbeitstätigkeit, die Sie zurzeit ausüben, zutreffen. Kreuzen Sie bitte für jede Aussage die entsprechende Antwort, die nach Ihrer Meinung am ehesten zutrifft, in einem der fünf Antwortkästchen an! Machen Sie bitte bei jeder Aussage nur ein Kreuz. Für die Auswertung ist es wichtig, dass sie zu allen Aussagen durch das Ankreuzen einer Antwort Stellung beziehen, also den Fragebogen komplett bearbeiten. Auch hier geht es um **Ihre persönliche Meinung und Einschätzung** und es gibt **weder richtige noch falsche Antworten.**

Die Arbeit, die man auf dieser Station verrichtet, ist immer wieder wegen...

	Nein gar nicht	eher nein	teils teils	eher ja	ja genau
...unheilbar Kranker zu schwierig	0	1	2	3	4
...des starken körperlichen Verfalls mancher Patienten zu schwierig	0	1	2	3	4
...wegen sterbender Patienten zu schwierig	0	1	2	3	4
...bestimmter Krankheitsbilder zu schwierig (chronische oder Mehrfacherkrankungen)	0	1	2	3	4
...bewusstloser oder komatöser Patienten zu schwierig	0	1	2	3	4
...verwirrter bzw. dementer Patienten zu schwierig	0	1	2	3	4
...immobiler Patienten zu schwierig	0	1	2	3	4
...unbequemer (z.B. nörgelnder, misstrauischer, aggressiver) Patienten zu schwierig	0	1	2	3	4
...unmotivierter Patienten zu schwierig	0	1	2	3	4

...Patienten mit schlechten deutschen Sprachkenntnissen zu schwierig	0	1	2	3	4
...Patienten aus sozialen Randgruppen (z.B. Obdachlosen) zu schwierig	0	1	2	3	4

Bei seiner Arbeit auf dieser Station...

	<i>Nein gar nicht</i>	<i>eher nein</i>	<i>teils teils</i>	<i>eher ja</i>	<i>ja genau</i>
...hat man so viele Patienten zu versorgen, dass die Qualität der Pflege darunter leidet	0	1	2	3	4
...erhält man von Vorgesetzten Anweisungen, von denen man weiß, dass sie nicht zu dem geforderten Ergebnis führen werden	0	1	2	3	4
Auf dieser Station muss man Aufgaben verrichten, für die man eigentlich nicht zuständig ist	0	1	2	3	4
...geben einem verschiedene Vorgesetzte widersprüchliche Aufträge	0	1	2	3	4
Wenn man seine Arbeit gründlich machen will, wird man häufig nicht fertig	0	1	2	3	4

Name	Katrin Kainzinger
Geburtsdaten	Wien, 03.03.1987
Staatsangehörigkeit	Österreich
Familienstand	ledig

SCHULBILDUNG

1993 bis 1997	Volksschule Mödling
1997 bis 2005	Allgemeinbildende Höhere Schule Keimgasse
2005	Matura
seit 2005	Universität Wien : Psychologiestudium

KLINISCH-PSYCHOLOGISCHE ERFAHRUNGEN

seit 10/2009	Schreibarbeiten im Rahmen psychologischer Gutachten, Verein P.A.S.S.,1080 Wien (ambulante Suchtbehandlungseinrichtung)
09-03/2011	Praktikum im Geriatriezentrum am Wienerwald, 1130 Wien
05/2011	Kongress Psychosoziales Zentrum Waldviertel, Eggenburg „Gesundheit, Beziehung & Entwicklung“, 3730 Eggenburg
11/2010	Fachtagung Gartentherapie und tiergestützte Pädagogik, 4020 Linz
08/2010	Eintägige Begleitung einer RichterIn bei Verhandlungen in der Psychiatrie
10-12/2009	Praktikum Verein P.A.S.S., Lerchenfelderstraße 144-146/3, 1080 Wien
11/2007	Interdisziplinärer Kongress für Psychologie, Johannes Kepler Universität, Workshop „Systemische Filmanalyse“, 4020 Linz

PÄDAGOGISCHE ERFAHRUNGEN

07/2011	ehrenamtliche Kinderbetreuung Tenniscamp Slavik & Slavik, 2345 Brunn am Gebirge
07/2010	ehrenamtliche Kinderbetreuung Tenniscamp Slavik & Slavik, 2345 Brunn am Gebirge

07/08/2009	ehrenamtliche Kinderbetreuung Tenniscamp Slavik & Slavik, 2345 Brunn am Gebirge
07/2008	ehrenamtliche Kinderbetreuung Ferienheim Maria Treu, 6425 Haiming
ganzjährig	Organisation & Durchführung von Kinderfeiern

WIRTSCHAFTLICHE ERFAHRUNGEN

08/2007	Ecker & Partner (PR-Agentur), Loquaipplatz 12, 1060 Wien
06/2006	Young and Rubicam (Werbeagentur), Rotenturmstraße 16-18, 1010 Wien
12/2005	Young and Rubicam, Rotenturmstraße 16-18, 1010 Wien
07/2005	Young and Rubicam, Rotenturmstraße 16-18, 1010 Wien
08/2002	Young and Rubicam, Rotenturmstraße 16-18, 1010 Wien

Eidesstattliche Erklärung

Ich bestätige, dass ich die vorliegende Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüfungsbehörde vorlag. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, im September 2012

Katrin Kainzinger