



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Pflegebedürftigkeit und die Bewältigung des Alltags
aus entwicklungspsychologischer Sicht

Verfasser

Mag. Helmut Baumgartner

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Mai 2010

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuerin: Univ. Prof. em. Dr. Brigitte Rollett

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	7
2	THEORETISCHER TEIL	8
2.1	Einleitung	8
2.2	Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit im Alter	9
2.2.1	Entwicklungsaufgaben im Alter	9
2.2.1.1	Entwicklung nach Havighurst	9
2.2.1.2	Altern als Freisetzung eigener Kräfte im Lebenslauf	10
2.2.1.3	Produktives Altern trotz Gebrechlichkeit und chronischer Krankheit	11
2.2.1.4	Neuere Interpretation von Generativität nach Erikson	12
2.2.2	Lebenszufriedenheit im Alter – kontraintuitive Befunde	13
2.2.3	Eine Wende in der Altersforschung	14
2.2.4	Die Beeinflussbarkeit der Gesundheit im Alter	15
2.2.4.1	Bereiche des Gesundheitsverhaltens	15
2.2.4.2	Die SIMA Studie	16
2.2.4.3	Förderung der Selbstständigkeit trotz Pflegebedürftigkeit	16
2.2.4.4	Vorübergehende Pflegeheimaufnahmen	17
2.3	Rahmenbedingungen und Prädiktoren der Pflegebedürftigkeit	19
2.3.1	Einleitung	19
2.3.2	Gebrechlichkeit und körperliche Behinderung	19
2.3.3	Erkrankung und Alter	20
2.3.4	Weitere Prädiktoren der Pflegebedürftigkeit	21
2.3.4.1	Sozialökonomische Einflussgrößen	21
2.3.4.2	Weitere Einflussgrößen auf die Pflegebedürftigkeit	22
2.3.4.3	Einflussgrößen auf eine Heimeinweisung	22
2.3.5	Pflege in NÖ	23
2.3.5.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	23
2.3.5.2	Anstieg der stationären und ambulanten Pflege	25
2.3.5.3	Die ZENTAS-Studie zur Pflegequalität in Niederösterreich (2001)	25
2.3.6	Die Bedeutung der Familie für ältere Menschen	27
2.4	Qualität in der Pflege	29
2.4.1	Einleitung	29
2.4.2	Herausforderungen im Pflegebereich	30
2.4.2.1	Ökonomisierung und belastende Tätigkeit	30
2.4.2.2	Ungleiche Ressourcenverteilung	31
2.4.3	Theoretischer Rahmen für die Pflegequalität	32
2.4.4	Instrumente zur Messung der Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege	33
2.4.4.1	Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Funktionsfähigkeit	33
2.4.4.2	Befragungen zur Kundenzufriedenheit	34
2.4.5	Das Verhältnis von Qualität und Zufriedenheit	35

2.4.6	Zwei Fragebögen als Beispiel (PPSQ-AC und QUOTE-Elderly)	36
2.4.7	Beispiele für Studien in NÖ	38
2.4.7.1	Pflegebedürftigkeit und Betreuungsintensität in der ambulanten Pflege in NÖ.....	38
2.4.7.2	Zufriedenheit von Angehörigen und Kunden des Roten Kreuzes	38
2.5	Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenszufriedenheit.....	42
2.5.1	Lebensqualität	42
2.5.2	Lebenszufriedenheit	42
2.5.2.1	European Study of Adult Well-Being (ESAW).....	43
2.5.3	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (GBLQ).....	44
2.5.3.1	Unterschiedliche Konzepte der GBLQ	44
2.5.3.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (GBLQ) im Alter	46
2.5.3.3	Einflüsse auf die Gesundheitsbezogene Lebensqualität (GBLQ).....	47
2.6	Zufriedenheit mit der ambulanten Pflege.....	49
2.6.1	Einführung und Versuch einer Definition.....	49
2.6.2	Die Bedeutung von Erwartungen.....	49
2.6.3	Theorien zu den hohen Zufriedenheitswerten.....	50
2.6.4	Arten der Befragung.....	52
2.6.5	Qualität aus der Sicht der Kunden	52
2.6.6	Studien zur Patienten- bzw. Kundenzufriedenheit.....	53
2.6.7	Zusammenfassung und Ausblick	59
3	EMPIRISCHER TEIL	61
3.1	Zielsetzung	61
3.1.1	Auswahl der Stichprobe und Ablauf der Befragung.....	61
3.1.2	Auswertung	63
3.2	Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe.....	63
3.2.1	Alter	63
3.2.2	Geschlecht.....	64
3.2.3	Schulbildung	64
3.2.4	Wohnsituation	65
3.2.5	Leben in einer Haushaltsgemeinschaft	65
3.2.6	Berufslaufbahn	66
3.2.7	Region	67
3.3	Konstruktion des Gesamtfragebogens	67
3.3.1	Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität	68
3.3.1.1	WHOQOL-Bref (WHO Instrument zur Erfassung der Lebensqualität)	68
3.3.1.2	Adaptierter Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität.....	69
3.3.2	Fragebogen zur Zufriedenheit	70
3.3.2.1	Ein Fragebogenentwurf als Vorlage	70
3.3.2.2	Der adaptierte Fragebogen zur Kundenzufriedenheit	71
3.3.3	Kurzform der Neurotizismusskala des NEO-FFI.....	71
3.3.4	Soziodemographischer Fragebogen	72

3.4	Fragestellungen und Hypothesen	73
3.4.1	Fragestellungen	73
3.4.1.1	Die Lebensqualität (LQ)	73
3.4.1.2	Die Kundenzufriedenheit mit der ambulanten Betreuung	74
3.4.2	Hypothesen	74
3.4.2.1	Hypothesen zu den drei Dimensionen der Lebensqualität (LQ).....	74
3.4.2.2	Hypothesen zur Kundenzufriedenheit	75
3.5	Deskriptive Darstellung der Fragebogenergebnisse, Skalenbildung, Prüfung der Reliabilität.....	76
3.5.1	Lebensqualität	76
3.5.1.1	Skalenbildung und innere Konsistenz.....	76
3.5.2	Kundenzufriedenheit.....	76
3.5.2.1	Die Skala „Kundenzufriedenheit“	79
3.5.3	Neurotizismus	81
3.5.4	Mindestanzahl der monatlichen Sozialkontakte	81
3.6	Darstellung der Ergebnisse	83
3.6.1	Die drei Dimensionen der Lebensqualität	83
3.6.1.1	Zusammenhänge zwischen den drei Skalen der LQ, dem Neurotizismus, Alter und Sozialkontakten.....	83
3.6.1.2	Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Soziale LQ, Psychische LQ, Physische LQ, Neurotizismus und Alter	84
3.6.1.3	Lebensqualität, Sozialkontakte, Neurotizismus, Alter: Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei den Frauen	86
3.6.1.4	Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei den Frauen in Bezug auf das Alter.....	88
3.6.1.5	Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei den Männern: Lebensqualität, Neurotizismus, Sozialkontakte, Alter.....	88
3.6.1.6	Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei Männern in der Anzahl der monatlichen Sozialkontakte	90
3.6.2	Soziodemographische Variablen	90
3.6.2.1	Unterschiede zwischen Personen die in Häusern und in Wohnungen leben in Bezug auf die Lebensqualität und die Sozialkontakte	90
3.6.2.2	Unterschiede zwischen den Arten der Haushaltsgemeinschaft in Bezug auf Lebensqualität, Neurotizismus und Anzahl der Sozialkontakte.....	91
3.6.2.3	Unterschiede zwischen den Bildungsgraden in Bezug auf	93
3.6.2.4	Unterschiede zwischen den Berufsgruppen in Bezug auf die drei Dimensionen der Lebensqualität	94
3.6.2.5	Unterschiede zwischen den Wohnregionen in Bezug auf die LQ	96
3.6.3	Hypothesen zur Zufriedenheit mit der ambulanten Pflege	98
3.6.3.1	Interkorrelationen der Kundenzufriedenheit mit der Lebensqualität, dem Neurotizismus, Alter, Anzahl der monatlichen Sozialkontakte und Schmerzerleben ..	98
3.6.3.2	Geschlechtsunterschiede und Kundenzufriedenheit	99
3.6.3.3	Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei Frauen und Männern	100
3.6.3.4	Kundenzufriedenheit und soziodemographische Variablen	101
3.6.3.5	Dichotomisierte Kundenzufriedenheit.....	102

3.7	Diskussion	104
3.7.1	Die drei Domänen der LQ.....	104
3.7.1.1	Zusammenhänge zwischen den drei Skalen der Lebensqualität, dem Neurotizismus, Alter und der Anzahl monatlicher Sozialkontakte	104
3.7.1.2	Lebensqualität, Neurotizismus, Alter, Anzahl der Sozialkontakte: Unterschiede zwischen den Geschlechtern bzw. den Pflegestufen	105
3.7.2	Soziodemographische Variablen und Lebensqualität	106
3.7.3	Zufriedenheit mit der ambulanten Betreuung	108
3.8	Kritik	111
3.9	Zusammenfassung.....	112
4	LITERATURVERZEICHNIS.....	114
5	TABELLENVERZEICHNIS.....	125
6	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	126
7	ANHANG.....	127

1 Einleitung

Das wissenschaftliche Interesse für Personen, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen, ist in den letzten Jahrzehnten, nicht zuletzt aufgrund demographischer Veränderungen, stark angestiegen. Zu dem Personenkreis, die Pflege bzw. Betreuung benötigen, gehören aber auch jene, die z.B. aufgrund einer chronischen Erkrankung oder den Folgen eines Unfalls bereits in früheren Jahren Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags benötigen. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der Zufriedenheit mit der Pflege von Personen, die ambulant betreut werden. Als Stichprobe wurden Kundinnen und Kunden gewählt, die vom Bereich „Betreuen und Pflegen zu Hause“ der Caritas St. Pölten betreut werden.

Eine Untersuchung der Lebensqualität und Zufriedenheit bei dieser Bevölkerungsgruppe ist naheliegend, da für die Bewertung des Gesundheitszustandes von Kunden bzw. Patienten zunehmend auch subjektive Parameter herangezogen werden. Diese ergänzen objektive medizinische Befunde unter anderem im Hinblick auf eine Prognose und geben ein vollständigeres Bild vom Gesamtzustand der betroffenen Personen.

Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile. Im theoretischen Teil wird auf die Ressourcen und Entwicklungspotentiale von älteren und pflegebedürftigen Personen eingegangen. Weiters werden sozioökonomische Faktoren sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Österreich, die sich auf die Pflegebedürftigkeit von Menschen auswirken, erläutert. Die Herausforderungen und Möglichkeiten von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflegebereich werden ebenfalls behandelt. Zum Abschluss des ersten Teils und als Überleitung werden relevante Studien zur Lebensqualität von Pflegebedürftigen und zur Zufriedenheit mit der Betreuung dargestellt. Der empirische Teil beschäftigt sich mit der Frage, welche Faktoren die unterschiedlichen Dimensionen der Lebensqualität und die Zufriedenheit mit der Betreuung beeinflussen. Neben der Bedeutung der Pflegestufe, des Geschlechts und des Alters werden auch Einflussgrößen wie emotionale Stabilität, die Dichte des sozialen Netzwerkes und soziodemographische Variable untersucht. Am Ende des empirischen Teils werden die Ergebnisse im Lichte bisheriger Studien und Befunde hinterfragt, interpretiert und zusammengefasst.

2 Theoretischer Teil

2.1 Einleitung

Ogleich von der Hauskrankenpflege Personen unterschiedlichen Alters betreut werden, handelt es sich beim überwiegenden Teil der Kunden um alte bzw. hochbetagte Menschen. Das erste Kapitel über Gebrechlichkeit und Behinderung als Entwicklungsaufgabe widmet sich daher vorwiegend den Herausforderungen, die mit dem Altersprozess gegeben sind. Es wird aber auch gezeigt, dass der Gesundheitszustand selbst im hohen Alter beeinflussbar ist und ältere Menschen mit ihrem Leben zufriedener sind, als es Altersstereotype erwarten lassen. Im zweiten Kapitel wird der Frage nachgegangen, welche Prädiktoren für die Pflegebedürftigkeit in der Fachliteratur diskutiert werden. Weiters werden die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Pflegesituation in Niederösterreich erläutert. Im dritten Kapitel wird die Belastung der Pflegekräfte, aber auch der ungleiche Zugang zur pflegerischen Versorgung herausgearbeitet. Möglichkeiten der Evaluierung der Pflegequalität und einige Messinstrumente werden vorgestellt und einige Studien zu diesem Thema aus Österreich diskutiert. Im vierten Kapitel werden Definitionen und unterschiedliche Konzepte der Lebensqualität (LQ), der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (GBLQ) und Lebenszufriedenheit dargestellt und der aktuelle Stand der Forschung beschrieben. Das fünfte Kapitel des theoretischen Teils beschäftigt sich mit den unterschiedlichen Methoden und Problemen Patientenzufriedenheit im Gesundheitsbereich und Kundenzufriedenheit in der ambulanten Pflege zu erfassen und zu messen. Es werden unterschiedliche Theorien zu den hohen Zufriedenheitswerten bei Befragungen vorgestellt und aktuelle Forschungsergebnisse zur Kundenzufriedenheit im stationären und ambulanten Gesundheitswesen präsentiert. Eine Zusammenfassung am Ende des vierten Kapitels leitet zum empirischen Teil dieser Arbeit über.

2.2 Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit im Alter

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den unterschiedlichen Sichtweisen der Entwicklungsaufgaben im Alter. „Klassische“ Konzepte wie jene von Havighurst und Erikson werden ebenso skizziert, wie neuere Ansätze aus der Gerontologie und Soziologie. Daran anschließend wird auf die Wende in der Altersforschung näher eingegangen. Studien zur Zufriedenheit und Plastizität im Alter zeigen, dass es sich um eine heterogene Bevölkerungsgruppe handelt, die über Entwicklungspotentiale und Möglichkeiten der Beeinflussung ihres Gesundheitszustandes bis ins hohe Alter verfügt.

2.2.1 Entwicklungsaufgaben im Alter

2.2.1.1 *Entwicklung nach Havighurst*

Das von Havighurst (1948, zit. in Wahl et al., 2008) entwickelte Konzept der „Entwicklungsaufgabe“, beschreibt Anforderungen, mit denen sich ein Individuum in einer bestimmten Phase seines Lebens auseinander setzen muss. Die gelungene Bewältigung führt zu Erfolg und Zufriedenheit, während das Misslingen Probleme bei der Bewältigung späterer Entwicklungsaufgaben und das Zurückgewiesen werden durch die Gesellschaft mit sich bringt. Die Entwicklungsaufgaben des hohen Alters bestehen laut Havighurst in der Auseinandersetzung mit mentalen und körperlichen Abbauprozessen, psychosozialen Funktionsverlusten, sozialen Beschränkungen und dem Tod (Havighurst, 1948 zit. nach Wahl et al., 2008, S. 14). Die Verluste im Alter und die vermehrte Beschäftigung mit der Endlichkeit des Lebens können zu einer Krise führen. Die Entwicklungsaufgabe besteht darin, die Verluste und Einschränkungen zu bewältigen. Diese Herausforderung zu meistern, verdient nach Montada (1996), dieselbe Würdigung und Anerkennung wie die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter (Montada, 1996),

2.2.1.2 Altern als Freisetzung eigener Kräfte im Lebenslauf

Einen positiven Blickwinkel auf die Herausforderungen im Alter, ohne die mit dem Alter verbundenen Verluste zu beschönigen, vermittelt Rosenmayr (2007). Für ihn stellt die Entwicklung und Förderung der Kreativität im Alter eine bedeutende Aufgabe dar. Rosenmayr meint damit die Nutzung des Kreativitätspotenzials, die individuelle kreative Entfaltung, die bei jedem Menschen möglich ist und nicht die großen kulturstiftenden Werke und Gestaltungen. Kreativität setzt aber jeweils neue Lösungsansätze voraus. Neue Wege sind erforderlich, auch wenn dies erst spät im Leben erfolgt. Eine kritische Sicht der eigenen Defizite und Potenziale ist notwendig. Um Kreativität realisieren zu können, sei es im kulturellen Schaffen oder im sozialen Engagement, sollen die eigenen Neigungen zu Zerstreuung, einer Flucht in Infotainment und Reality-TV oder aber verinnerlichte Erfolgs- und Leistungszwänge hinterfragt werden. Eine Anpassung des Ich-Ideals und die Anregungen einzelner Personen oder ganzer Gruppen fördert den kreativen Prozess ebenfalls. Die Fähigkeit sich selbst bejahen und akzeptieren zu können, hilft einem dabei, mit den inneren Bewegungen, dem Chaos, ohne dem keine Kreativität möglich ist, leben zu lernen und die Unsicherheit, die mit dieser Entwicklung einhergeht, anzunehmen. Es kommt häufig vor, dass produktive Menschen in den frühen Lebensphasen nicht ihr stärkstes und zentrales Talent entfalten, sei es aus sozialen oder ökonomischen Anpassungsprozessen oder der Ungewissheit der Selbsterprobung. Gerade das Alter prädestiniert zur Rückkehr zu den unerfüllten Wünschen und der Pflege der ich-nahen Talente. Im späteren Leben ist man, so Rosenmayr, stärker als angenommen wird, fähig, sich durch Bildung, die eigene Welt zu erweitern. Bildung wird in diesem Zusammenhang nicht unter der Nutzenfunktion gesehen, sondern als Selbsterschließung, die versucht die eigene Entwicklung und die Beziehung zur Umwelt zu erkennen. Eine möglichst realistische Abschätzung der Lebensbedingungen und Chancen soll dabei helfen, die eigenen Fähigkeiten nicht gering einzuschätzen, aber auch nicht zu viel von sich zu fordern. Die eigene Wesensart freizulegen und frühere Einstellungen zurückzunehmen dienen als Ideale, die zwar nie völlig erreichbar sein werden, aber als Orientierungsmodelle fungieren (Rosenmayr, 2007).

2.2.1.3 *Produktives Altern trotz Gebrechlichkeit und chronischer Krankheit*

Montada (1996) vertritt die Auffassung, dass auch bei den Behinderten und chronisch Erkrankten der älteren Generation, Möglichkeiten zu einem produktiven Leben gegeben sind. Unter Produktivität wird in diesem Zusammenhang, das Erzeugen und Erhalten von Werten, verstanden. In jeder Kultur finden sich Werte, die nicht in Geldeswert bemessbar sind, wie z.B. Intimität in der Familie, eine harmonische Partnerschaft, ästhetisches Erleben, Sach- und Tätigkeitsinteressen, religiöse Glaubensinhalte, Selbstachtung und vieles mehr. Von schweren Graden der Demenz abgesehen, kann jeder ältere Mensch versuchen, manche dieser Werte zu verwirklichen. Selbst der nach einem Schlaganfall beeinträchtigte Mensch, kann versuchen Selbstachtung aus dem Lebensrückblick zu gewinnen, moralische Werte zu verwirklichen oder ästhetisch zu genießen. Das Bemühen kann entweder selbständig realisiert werden oder bedarf der Erleichterung und Unterstützung durch andere. Jede Aktivität hat jedoch dahingehend Kosten, dass andere Alternativen nicht gleichzeitig verwirklicht werden können, weshalb nicht alle Alternativen gleich produktiv sind. Der Wert einer Alternative ergibt sich aus dem Nutzen und den Kosten, und zwar nicht nur für das Subjekt selbst, sondern auch für das Umfeld, denn eine Aktivität mag für den Pflegebedürftigen produktiv sein, kann für das Umfeld aber sehr aufwändig sein, weshalb es sich auch um einen Aushandlungsprozess handelt, der spannungsreich sein kann. Die Bewertung der Produktivität unterscheidet sich natürlich auch im Hinblick auf kulturell bedingte Wertesysteme, wie z.B. das Ausmaß in dem Selbstbestimmung und Autonomie im sozialen Kontext geschätzt werden (Montada, 1996).

Kranke und Gebrechliche können trotz physischer Einschränkungen anderen behilflich sein, indem sie die betreuenden Angehörigen oder professionellen Pflegepersonen durch entgegenkommendes Verhalten bei ihrer Tätigkeit unterstützen (Montada, 1996). Pflegende der Langzeitpflege haben ein erhöhtes Risiko Depressionen, Ängste, Schlaflosigkeit und begleitende körperliche Symptome zu entwickeln (Whitlatch & Noelker, 2007). Die Beziehung zu den pflegenden Angehörigen, in der Mehrzahl sind es die Töchter der Pflegebedürftigen, kann durch deren zusätzliche körperliche und mentale Belastung, die reduzierte Freizeit und mangelnde extrafamiliäre Aktivitäten, einer Belastungsprobe ausgesetzt sein (Lehr, Re & Wilbers, 2007). Sowohl die subjektive

Bewertung der Pflegesituation durch die Angehörigen als auch das Verhalten bzw. eine Verhaltensänderung der Pflegebedürftigen spielen eine Rolle bei der erlebten Belastung (Hasemann, Kesselring, Stöcklin & Gräsel, 2007). Der Interaktionsprozess verläuft nicht einseitig. Nicht nur die Pflegekräfte können durch Dialog- und Reflexionsfähigkeit zur Persönlichkeitsentwicklung der Pflegebedürftigen beitragen (Neubauer & Gatterer, 2008), sondern auch der ältere Mensch kann versuchen, zu einer wechselseitigen, anregenden Interaktion beizutragen (Montada, 1996).

2.2.1.4 Neuere Interpretation von Generativität nach Erikson

Erikson (1966) formulierte für das mittlere Erwachsenenalter Generativität versus Stagnation und Selbstabsorption als vorherrschende Entwicklungsaufgabe. Das spätere Erwachsenenalter bedarf seiner Meinung nach der Entwicklung von Ich-Integrität versus Verzweiflung (Erikson, 1966). Neuere Strömungen in der Gerontologie weiten das Konzept der Generativität auf das höhere Lebensalter aus. Unter Generativität werden in diesem Konzept sowohl Aktivitäten verstanden, die etwas zum Gemeinwesen beitragen als auch die Weitergabe von Wissen und Erfahrung an jüngere Generationen. Im Mittelpunkt dieses Konzepts steht die Möglichkeit zur Lebensgestaltung und Sinnfindung im Alter. Höpflinger (2002) führt vier unterschiedliche Generationenkonzepte an, die nicht nur auf die Phase des selbständigen Rentenalters und jenes der vermehrten Gebrechlichkeit angewendet werden können, sondern auch auf die Phase der Pflegebedürftigkeit. Die Form der Generativität hängt von der jeweiligen Phase des nachberuflichen Lebens und dem jeweiligen Generationenkonzept ab, wobei Menschen gleichzeitig in unterschiedlichen Generationenbezügen eingebettet sein können (Höpflinger, 2002).

1) Familial-verwandtschaftlicher Generationenbezug

Beim familial-verwandtschaftlichen Generationenbezug steht in der Phase der Pflegebedürftigkeit die Akzeptanz der Rollenumkehr im Vordergrund, was voraussetzt, dass ein Kontakt zu Familie und Verwandtschaft gegeben ist.

2) Pädagogischer Generationenbezug

Der pädagogische Generationenbezug greift die Möglichkeit auf, als Vermittler und Träger kultureller Traditionen aufzutreten, wobei für Pflegebedürftigen die Anpassung an die neue Pflege- oder auch Heimsituation zu nennen ist.

3) Historisch-sozialer Generationenbezug

Ein historisch-sozialer Generationenbezug thematisiert die Tatsache, dass die Gesellschaft von jüngeren Menschen geprägt und dominiert wird, weshalb der historisch-gesellschaftliche Einflussverlust akzeptiert werden sollte. Als Entwicklungsaufgabe leitet sich die Offenheit gegenüber der jüngeren Generation und die Vermittlung früherer Lebensformen ab.

4) Wohlfahrtsgenerationen

Die wohlfahrtsstaatliche Generativität umfasst die Unterstützung gesellschaftlicher Interessen der Nachfolgenerationen (Höpflinger, 2002).

Kritisch zu hinterfragen ist, ob die Ausweitung des Konzepts von Erikson auf das höhere Lebensalter nicht der Intention des Verfassers widerspricht und den Erklärungsrahmen überdehnt. Eine wesentliche generative Aufgabe besteht für Erikson in der Zeugung und Erziehung der jüngeren Generation. Den Begriff der Generativität, der untrennbar mit Erikson verbunden ist, auf Entwicklungsaufgaben alter und hochbetagter Menschen zu übertragen, ist daher fragwürdig, da nur ein Teil des Konzepts auf ältere Personen übertragen werden kann und selbst dann, vor allem bei schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen, nur mit weiteren Einschränkungen.

2.2.2 Lebenszufriedenheit im Alter – kontraintuitive Befunde

Paul Baltes (1996) stellt dem gesellschaftlichem, weitgehend negativem Bild vom Alter, einige kontraintuitive Befunde gegenüber, die diesen Vorurteilen widersprechen. Die Möglichkeit sich mit dieser Thematik auseinander zu setzen, ist eine Errungenschaft des 20. Jahrhunderts, bei der erstmals einer breiteren Bevölkerungsschicht ein höheres Alter beschieden war, im Gegensatz zu den vorhergehenden Jahrhunderten, in denen nur

vereinzelt Personen ein hohes Alter erreicht haben. Zu den kontraintuitiven Befunden, die Baltes erwähnt, zählt die Tatsache, dass alte Menschen sehr heterogen sind, d.h. sie sind so vielfältig und unterscheiden sich voneinander wie jüngere Altersgruppen. Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie widersprechen auch der Erwartung, dass ältere Menschen aufgrund ihrer körperlichen und sozialen Defizite deutlich unzufriedener sein müssten. Abgesehen von der beträchtlichen interindividuellen Variabilität konnte nur eine geringe Korrelation ($r = -.12$) mit der Altersvariable gefunden werden (Baltes & Mayer, 1999). Bezüglich der Intelligenzentwicklung lässt sich erkennen, dass die mechanische Intelligenz, mit den basalen Informations- und Wahrnehmungsprozessen, im Alter nachlässt, die pragmatische Intelligenz, als kultureller Wissensspeicher, mit den damit verbundenen Gedächtnis- und Denkstrategien bis ins achte Lebensjahrzehnt gleich gute oder sogar noch bessere Ergebnisse aufweist als bei jüngeren Personen (Baltes, 1996).

Das Vorkommen depressiver Erkrankungen im Alter wird kontrovers diskutiert. In einer Zusammenschau verschiedener Studien zur Prävalenz von Demenz und Depression im Alter von Wancata und Kaiser (2008) verweisen diese darauf, dass ein Anstieg von Depressionen mit zunehmendem Alter nicht in allen Studien gefunden werden kann. Als Vulnerabilitätsfaktor darf jedoch die Belastung durch traumatische Erlebnisse in den Kriegs und Nachkriegsjahren nicht außer Acht gelassen werden. So konnten Teegen und Cizmic (2003) unter Senioren, die von ambulanten Pflegekräften betreut wurden, bei 65 % der untersuchten Personen intrusive Symptome, bei 11 % eine Posttraumatische Belastungsstörung und bei weiteren 32 % eine partielle Posttraumatische Belastungsstörung diagnostizieren (Teegen & Cizmic, 2003).

2.2.3 Eine Wende in der Altersforschung

Die Befunde von Baltes (1996) unterstützen die Betrachtung des Alterns als einen Entwicklungsprozess in der Lebensspanne, was impliziert, dass es Gewinne und Verluste gibt, positive und negative Aspekte, anstatt den Blickwinkel nur auf die Vermeidung und Hinauszögerung von Verlusten und Abbauprozessen zu richten (Aldwin, Spiro & Park, 2006). In der gerontologischen Forschung lässt sich daher ein Trend ausmachen, Aspekte eines aktiven, gesunden und erfolgreichen Alterns vermehrt zu erforschen. Die neue

Sichtweise des Alterns bezieht stärker das Verhalten und die Umweltbedingungen der Betroffenen, also Komponenten die beeinflusst werden können, mit ein. Sie geht weiters davon aus, dass es unterschiedliche Copingstrategien gibt um mit Belastungen umzugehen, welche auch trainiert werden können. Manche vordergründig negativen Konsequenzen des Altersprozesses sind in Wirklichkeit krankheitsbedingt, die durch entsprechende Maßnahmen vermieden werden könnten (Fernández-Ballesteros, 2008). Die Erforschung von Altersveränderungen liefert somit wichtige Kenntnisse um daraus Interventionen abzuleiten, die dem Erhalt und der Steigerung des Wohlbefindens alter Menschen dienen (Wahl, Diehl, Kruse, Lang & Martin, 2008).

2.2.4 Die Beeinflussbarkeit der Gesundheit im Alter

2.2.4.1 *Bereiche des Gesundheitsverhaltens*

Fernández-Ballesteros (2008, S. 58) führt in seinem Modell jene psychologischen Bereiche an, die zu einem aktiven Altern beitragen:

- 1) Gesundheitsverhalten und physische Fitness
- 2) Optimale Kognitive Funktionstüchtigkeit
- 3) Optimale emotionale und motivationale Regulation
- 4) Soziale Partizipation und Engagement

Für Fernández-Ballesteros (2008) ist die Psychologie eine der Kerndisziplinen in diesem Modell, weil alle vier erwähnten Bereiche psychologische Komponenten beinhalten. Die meisten Gesundheitsrisiken entstehen durch Verhaltensgewohnheiten, die durch Lerngesetze einmal gelernt und nun aufrechterhalten werden, weshalb Verhalten eine Determinante für Gesundheit ist. Die Förderung Aktiven Alterns dient der Prävention von Krankheit und Behinderung durch biomedizinische Interventionen, aber ebenso der Optimierung von kognitiven, motivational-emotionalen, behavioralen und sozialen Faktoren (Fernández-Ballesteros, 2008).

2.2.4.2 Die SIMA Studie

Die Längsschnittstudie SIMA (Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Alter), ging der Frage nach, in welchem Ausmaß Interventionen helfen können, die Selbstständigkeit aufrecht zu erhalten. Das durchschnittliche Alter der Versuchspersonen betrug beachtliche 79,5 Jahre. Bei den Teilnehmern der Trainingsgruppe, die über ca. ein Jahr geführt wurde, konnten noch fünf Jahre danach signifikante Unterschiede zur Kontrollgruppe gefunden werden. Es wurden in fünf verschiedenen Gruppen 1) das Gedächtnis, 2) die Psychomotorik und 3) die Kompetenz bei der Bewältigung der Veränderungen im Alter, trainiert. Bedeutsame Effekte konnten jedoch nur in jener Gruppe gefunden werden, die Gedächtnis und Psychomotorik kombiniert trainierten, im Gegensatz zur Kombination von Psychomotorik und Kompetenz bzw. den drei Bereichen die jeweils für sich trainiert wurden. Die kognitive Leistung, der Gesundheitsstatus, der psychopathologische Status und die Selbstständigkeit der Hochbetagten waren über einen Beobachtungszeitraum von fünf Jahren der Kontrollgruppe überlegen. Die Studie bestätigt, dass auch bei höherem Lebensalter, das Training geistiger und körperlicher Fähigkeiten einen positiven Effekt auf unterschiedliche Dimensionen der Gesundheit hat. (Oswald, Hagen, Rupprecht & Gunzelmann, 2002).

2.2.4.3 Förderung der Selbstständigkeit trotz Pflegebedürftigkeit

Ackermann & Oswald (2006) beschäftigten sich im Rahmen des Forschungsprojektes „Rehabilitation im Altenpflegeheim“ mit unterschiedlichen, bestehenden Ansätzen zu diesem Thema. Das Ziel der Entscheidungsträger, alte Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Wohnumfeld zu belassen, führt zu einer Entwicklung, dass in Pflegeheimen nur mehr jene Senioren untergebracht werden, deren Pflegebedürftigkeit einen Grad erreicht hat, der ein Verbleiben im häuslichen Umfeld unmöglich macht. Die von Ackermann und Oswald präferierten Modelle der aktivierenden Pflege, beziehen das Selbstständigkeitspotenzial der Pflegebedürftigen mit ein und sehen Pflege nicht nur als eine fremdbestimmte Versorgung. Selbstständigkeit wird hier im Verhältnis zu den eigenen Funktionseinbußen gesehen und bezieht sich nicht nur auf ein eigenständiges Leben im eigenen Haushalt (Ackermann & Oswald, 2006).

Oswald und Ackermann (2006) plädieren in ihrer Zusammenschau verschiedener Studienergebnisse für multimodale Rehabilitationsansätze. Zeitlich begrenzte Rehabilitationsmaßnahmen sind bei Pflegebewohnern in den meisten Fällen insofern nicht sinnvoll, zumal keine nachhaltige Wirkung erzielt werden kann. Unimodale Behandlungsansätze, wie kognitives Training, alltagsorientierte Aktivierungsprogramme, Mobilitätstraining und Sturzprophylaxe, die in der geriatrischen Rehabilitation nach wie vor angewendet werden, greifen bei Personen mit multiplen Einschränkungen zu kurz. Kognitive und funktionelle Interventionen erwiesen sich zwar als wirksam, doch nur monodimensional und spezifisch in Bezug auf die trainierten Fertigkeiten. So belegen Studien zur Förderung der kognitiven Fähigkeiten bei pflegebedürftigen Menschen dass Rehabilitationspotenziale vorhanden sind. Die Effekte sind jedoch zeitlich instabil und die Generalisierbarkeit der erworbenen Kompetenzen auf Alltagsfunktionen war nicht gegeben (Oswald & Ackermann, 2006).

2.2.4.4 Vorübergehende Pflegeheimaufnahmen

Die Nutzung von Rehabilitationspotenzialen kann auch dazu führen, dass die Aufnahme in ein Pflegeheim nur vorübergehenden Charakter hat (Dittrich & Gatterer, 2002). So wird im Geriatriezentrum am Wienerwald, der größten Pflegeeinrichtung in Europa, nur dann eine Dauerbetreuung angeboten, wenn die Möglichkeiten einer Rehabilitation davor ausgeschöpft wurden. In der Aufnahmestation wird beim Patienten ein strukturiertes Geriatriisches Assessment durchgeführt. Danach erfolgt aufgrund der vorhandenen Einschränkungen und Ressourcen eine vorläufige Zuweisung an eine Station. Je nach Bedarf werden unterschiedliche Leistungen angeboten, die von reaktivierender Kurzzeitpflege, psychosozialer Rehabilitation bis zu einer Betreuung im Hospiz, reichen können. Bei 40 bis 45 % der aufgenommenen Patienten wird wieder eine Entlassung angestrebt, wobei der psychologisch-psychotherapeutischen Ambulanz eine wichtige Rolle zukommt, denn hier erfolgt u.a. die psychometrische Diagnostik, klinisch-psychologische Behandlung und Psychotherapie. Bei der forcierten Entlassungsvorbereitung werden zusätzlich zu den Einzelgesprächen, Entlassungsvorbereitungsgruppen angeboten. Ziel dieser Gruppen ist, die Remotivation und Resozialisation der Teilnehmer, durch Anregung

von Plänen und Förderung sozialer Fertigkeiten. Ergänzend werden differentialdiagnostische Ausgänge in die hinkünftig geplante Wohnform (z.B. Wohnung, Wohngemeinschaft) durchgeführt, um wertvolle Hinweise in Bezug auf das Zurechtkommen in dieser Lebenssituation zu bekommen bzw. um neue Ängste oder bisher verborgene Defizite aufzudecken (Dittrich & Gatterer, 2002).

2.3 Rahmenbedingungen und Prädiktoren der Pflegebedürftigkeit

2.3.1 Einleitung

In den vergangenen 50 Jahren führte das rasante Bevölkerungswachstum in der sogenannten „Dritten Welt“ zu einem besorgniserregenden Trend, mit dem sich die politischen Entscheidungsträger auseinander setzen mussten. In den „entwickelten“ Gesellschaften bereitet hingegen die niedrige Geburtenrate und der seit Jahrzehnten fest zu stellende Anstieg der Lebenserwartung einen Grund zur Sorge (Thieme, 2008). Aufgrund der steigenden Lebenserwartung können im Jahre 2008 geborene männliche Österreicher damit rechnet 77,62 Jahre alt zu werden. Bei Frauen beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung 82,97 Jahre (Statistik Austria, 11.11.2009).

2.3.2 Gebrechlichkeit und körperliche Behinderung

„Frailty“, üblicherweise mit „Gebrechlichkeit“ übersetzt, wird von Fried et al. (2001) als ein klinisches Syndrom beschrieben, mit hoher Prävalenz im Alter, das mindestens drei der folgenden Kriterien umfasst: ungewollter Gewichtsverlust, Kraftlosigkeit, langsame Gehgeschwindigkeit, selbst berichtete Erschöpfung und geringe physische Aktivität. Es hat sich noch keine allgemein anerkannte Definition in Bezug auf diesen Begriff bisher etablieren können. Für Fried et al. (2001) handelt es sich um einen Zustand, der Ursache für eine spätere Behinderung (Disability) sein kann. Der beschriebene Phänotyp erwies sich als prädiktiv für spätere Krankenhausaufenthalte, verschlechterte Mobilität, einer Einschränkung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Stürze und Todesfälle (Fried et al., 2001). Gebrechlichkeit wird als Folge von neuromuskulären, endokrinen und immunologischen Veränderungen des Alterungsprozesses gesehen. Puts, Lips, Ribbe & Deeg (2005) sehen darin eine Kombination verschiedener Schädigungen (Impairments) die zu funktionellen Beschränkungen und Behinderung (Disability) führen kann.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) definiert Schädigung (Impairment) im Sinne einer Normabweichung, als Beeinträchtigung, Verlust oder Anomalie einer Körperstruktur bzw. Körperfunktion

(Seidel, 2005). Unter Behinderung (Disability), werden die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person und den personalen oder umweltbedingten Kontextfaktoren, verstanden. Behinderung wird als Oberbegriff von Schädigungen der Körperfunktionen oder Körperstruktur verwendet, die zu Beeinträchtigungen der Aktivitäten bzw. Teilhabe im Vergleich zur Normalbevölkerung führt (Seidel, 2005). Bei der, für die vorliegende Untersuchung, herangezogenen Stichprobe handelt es sich um Personen, die durch vorwiegend körperliche Behinderungen in ihren Aktivitäten eingeschränkt sind. Dieses Kapitel widmet sich den Entwicklungsaufgaben aber auch Möglichkeiten, alter, insbesondere pflegebedürftiger Menschen und inwieweit der Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsgruppe positiv beeinflussbar ist.

2.3.3 Erkrankung und Alter

Die European Study of Adult Well-Being (ESAW), die Teil der Globalen Altersstudie ist, untersucht die Bedeutung kultureller Aspekte, persönlicher Merkmale und weiterer fünf Hauptfaktoren (Soziale Unterstützungsressourcen, Lebensaktivitäten, Gesundheit/funktioneller Status, Selbstressourcen und Materielle Sicherheit) für das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität älterer Menschen (Weber et al., 2005). Die Befragung von Personen zwischen 50 und 90 Jahren in Österreich und fünf weiteren europäischen Ländern ergab, dass ab dem 75. Lebensjahr häufiger von Krankheiten berichtet wurde, wobei Männer weniger Erkrankungen anführten als Frauen des selben Alters. Als mögliche Gründe führen die AutorInnen ein höheres Gesundheitsbewusstsein von Frauen an und die Möglichkeit, dass Männer die ein höheres Alter erreichen widerstandsfähiger seien, als Männer die frühzeitig sterben. Die befragten ÖsterreicherInnen befanden sich diesbezüglich im Mittelfeld. Mit zunehmendem Alter erhöht sich auch die Anzahl der eingenommen Medikamente und die Fähigkeit, selbständig den Haushalt zu führen, reduzierte sich. Personen mit einem Pflichtschulabschluss nannten mehr Krankheiten als jene mit höherem (Weber et al., 2005).

2.3.4 Weitere Prädiktoren der Pflegebedürftigkeit

Es ist zunächst zu vermuten, dass die aus der Fachliteratur bekannten Einflussgrößen auf Erkrankung und Sterblichkeit, wie z.B. Beruf, Einkommen, Bildung und Familienstand, ebenso einen Einfluss auf das Risiko haben, pflegebedürftig zu werden. Voges und Borchert (2008), die einen Überblick über die aktuelle Forschung geben, sind jedoch der Meinung, dass die Determinanten noch nicht hinreichend untersucht wurden.

2.3.4.1 Sozialökonomische Einflussgrößen

Grundy und Gloser (2000) stellten in einer Kohortenstudie bei älteren Personen in Großbritannien zwischen 55 und 69 Jahren fest, dass sozioökonomisch Benachteiligte früher eine körperliche Beeinträchtigung aufwiesen. Der Grad der Behinderung war höher und der Abbau der Fähigkeiten, gemessen in den Jahren 1988 und 1994, deutlicher erfassbar.

Im GEK-Pflegereport 2008 (Rothgang, Borchert, Müller & Unger, 2008) wurde zwischen ehemaligen Arbeitern und Angestellten als Annäherungsmaß für die soziale Lage unterschieden. Arbeiter wiesen ein deutlich höheres Risiko auf, pflegebedürftig zu werden. Eine Annäherung der beiden Gruppen zeigt sich erst bei Personen über dem 90. Lebensjahr. Als mögliche Ursachen werden von den Autoren angeführt:

1) Eine bessere sozioökonomische Position geht meistens mit einer geringeren körperlich belastenden Arbeit einher, was über den Lebensverlauf betrachtet, die gesundheitlichen Risiken minimiert.

2) Als „pflegebedürftig“ wurden in dieser Studie nur jene Personen angesehen, deren Pflegebedürftigkeit begutachtet und von der Pflegekasse anerkannt wurde, womit möglicherweise ein Personenkreis wegfällt, der aufgrund finanzieller Ressourcen auf dieses Prozedere verzichtet und sich mit hochqualitativer Pflege und Medikamente „privat“ versorgt bzw. sich zusätzliche Leistungen zukaft (Rothgang, Borchert, Müller, Unger, 2008) .

3) Als dritte Ursache bietet sich ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein der sozial Bessergestellten an. Personen, über dem 50. Lebensjahr in Deutschland, mit höherem sozialen Status, nehmen häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil als jene mit niedrigem sozialen Status und dies obwohl der höheren Statusgruppe von den Hausärzten seltener Fragen gestellt wurden, die für ein geriatrisches Assessment von Bedeutung sind (Von der Kneesebeck & Mielck, 2008).

2.3.4.2 Weitere Einflussgrößen auf die Pflegebedürftigkeit

Als weitere Einflussgrößen nennen Rothgang et al. (2008) das Geschlecht, den Familienstand und die Krankengeschichte. Unter den Männern zwischen dem 60. und dem 69. Lebensjahr lässt sich noch eine leicht erhöhte Pflegebedürftigkeit feststellen, während bei den 80 bis 89-Jährigen bereits ein deutlich erhöhter Frauenanteil erkennbar ist, was auf die höhere Lebenserwartung zurück zu führen ist. Weiters waren Verheiratete, aufgrund der partnerschaftlichen Unterstützung, von der Männer allerdings stärker als Frauen profitierten, weniger von Pflegebedürftigkeit betroffen. Als weiterer Faktor konnte die Krankheitsgeschichte isoliert werden. Vor allem Multimorbidität und das Vorliegen bestimmter Störungen, wie z.B. psychische Erkrankungen und jene des Herz-Kreislaufsystems, stellen einen Risikofaktor dar.

2.3.4.3 Einflussgrößen auf eine Heimeinweisung

Voges und Borchert (2008) zeigten anhand der GEK-Krankenkassendaten von 1998 bis 2004, dass die Übergangsrate von Älteren ins Pflegeheim bei mehr als drei Prozent lag und sich in den weiteren Altersstufen, gemessen in Drei-Jahres-Schritten, verdoppelte. Ältere Personen, die nicht verheiratet waren, hatten ein deutlich erhöhtes Risiko eines Heimeintrittes, wobei Männer davon häufiger betroffen waren als Frauen. Die besseren Überlebenschancen von Frauen im Alter führen mit zunehmenden Alter zu einem höheren Anstieg der Heimeinweisungen als bei Männern. Bei den, ausschließlich von Familienmitgliedern gepflegten Personen, war der Anteil ehemaliger Arbeiter um fünf Prozentpunkte höher, als bei ehemaligen Angestellten.

2.3.5 Pflege in NÖ

2.3.5.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Nach dem Bundespflegegesetz (BPPG), das mit 1. Juli 1993 in Kraft getreten ist, hat das Pflegegeld laut § 1. „den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen“. Durch die Betreuung, wie z.B. die Unterstützung beim An- und Auskleiden, der Körperpflege und der Bereitung und Einnahme der Mahlzeiten soll eine Verwahrlosung des pflegebedürftigen Menschen vermieden werden (siehe § 1. (1) und (2) BPPG)). Bundespflegegeld erhalten BezieherInnen einer Pension der Sozialversicherung oder Unfallrente, während Landespflegegeld an mitversicherte Angehörige und SozialhilfeempfängerInnen ausbezahlt wird (§ 3. BPPG). Der Pflegebedarf muss mindestens sechs Monate andauern und wird erst ab einem Betreuungsbedarf von 51 Stunden im Monat gewährt. Die Höhe des Pflegegeldes ist, je nach Intensität des Betreuungsbedarfes, in sieben Stufen gegliedert (§ 4. BPPG).

Die Ausbildung und das Berufsbild der Gesundheitsberufe wie z.B. des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, abgek. GuKG, 1997) und der PflegehelferInnen (Pflegehilfe-Ausbildungsverordnung, 1999) werden durch Bundesgesetze geregelt. Soziale Berufe werden auf der Landesebene geregelt, was in Niederösterreich durch das Niederösterreichische Alten-Familien- und Heimhelfergesetz (1996) geschieht (Ertl & Kratzer, 2008). Die unterschiedlichen Berufsbilder sind sowohl für die Betroffenen als auch ihre Angehörigen schwer zu unterscheiden. Die verschiedenen Ausbildungen, die zu den diversen Tätigkeiten berechtigen, erschweren die Situation noch zusätzlich. Grundsätzlich lassen sich bei der Betreuung zu Hause drei verschiedene Tätigkeitsbereiche unterscheiden (Kürzel, 2009):

1) Pflege

§ 14. (1) des GuKG versteht darunter die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Dieser ist durch eigenverantwortliche Diagnostik, der Planung, Organisation und Durchführung sowie Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen

im Pflegeprozess gekennzeichnet. Weiters sieht das Gesetz Tätigkeiten wie die Gesundheitsförderung und -beratung, die Pflegeforschung und administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege vor. Diese Aufgaben sind nur diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger mit entsprechender Ausbildung vorbehalten.

2) Pflegehilfe

Zu diesen Tätigkeiten sind Personen berechtigt die eine Ausbildung als Diplom-SozialbetreuerIn bzw. Fach-SozialbetreuerIn mit Schwerpunkt Altenarbeit, Familienarbeit bzw. Behindertenarbeit absolviert haben (Kürzel, 2009). Unter Pflegehilfe werden nach § 84. GuKG pflegerische Maßnahmen verstanden, die nur unter Aufsicht und Anordnung des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals erfolgen dürfen wie z.B. die Durchführung von Grundtechniken der Pflege und Mobilisation, Ernährung und Körperpflege, Reinigung sowie Desinfektion von Behelfen.

3) Unterstützung bei der Basisversorgung

Darunter versteht man Maßnahmen wie die Unterstützung bei der Körperpflege, Unterstützung beim An- und Auskleiden, Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Unterstützung und Förderung der Bewegungsfähigkeit. Der eigenständige Wirkungsbereich der Heimhilfe bezieht sich auf hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Beheizung der Wohnung, Unterstützung bei Besorgungen außerhalb der Wohnung und ähnliche Aufgabenbereiche. Die Unterstützung in der Basisversorgung kann von Personen getätigt werden, die eine Ausbildung als Diplom-SozialbetreuerIn bzw. Fach-SozialbetreuerIn mit Schwerpunkt Behindertenbegleitung absolviert haben oder von HeimhelferInnen. Für alle erwähnten Berufsgruppen gibt es Ausbildungen mit jeweils einem theoretischen und praktischen Teil. Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass die diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen bestimmte Aufgaben unter Berücksichtigung der Stabilität der PflegeklientInnen, der Kompetenz der Pflegepersonen und Pflegefachkraft und Berücksichtigung anderer Kriterien auch delegieren können (Kürzel, 2009).

2.3.5.2 Anstieg der stationären und ambulanten Pflege

Die Zahl der stationären Pflegeplätze ist in Niederösterreich von 1990 bis Jänner 2000 um über 80 % von 3500 auf 6400 gestiegen (Löger & Amann, 2001), wobei sich vor allem der Anteil an Wohnplätzen zu Gunsten von Pflegeplätzen verschoben hat. Für 2011 dürften die Kapazitäten noch ausreichen, ab dem Jahr 2016 prognostizieren die Autoren der ZENTAS-Studie einen zusätzlichen Bedarf an stationären Pflegebetten. Bei den mobilen Diensten war von 1990 bis September 1999 eine Steigerung um 170 % zu verzeichnen. Wurden 1990 noch 4100 Personen zu Hause betreut waren es 1999 bereits ca. 11000 (Löger & Amann, 2001).

2.3.5.3 Die ZENTAS-Studie zur Pflegequalität in Niederösterreich (2001)

Amann, Löger und Lang haben 2001 für das Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung (ZENTAS) die Pflegequalität der mobilen sozialmedizinischen Dienste untersucht. Zu diesem Zeitpunkt wurden 11239 Personen in NÖ betreut, von denen vom NÖ Hilfswerk 48 %, von der Volkshilfe 30 %, der Caritas St. Pölten 13 % und der Caritas Wien 10 % der pflegebedürftigen Personen betreut wurden. Im Rahmen der Studie wurde der gesundheitliche Status der Betreuten, der Betreuungsaufwand der Sozialstationen und das Umfeld der Betroffenen, erhoben. Pro Anbieter wurde jeweils eine Sozialstation (Caritas St. Pölten/Pöchlarn, Caritas Wien/Korneuburg, NÖ Hilfswerk/Korneuburg, Volkshilfe NÖ/Tribuswinkel) näher untersucht. Nachfolgend werden einige Ergebnisse der Studie angeführt.

Als Bewertungskriterien wurden die ATL-Listen (Aktivitäten des täglichen Lebens nach Barthel) verwendet. Mehr als ein Drittel der betreuten Personen (36 %) sind teilweise oder gar nicht mehr in der Lage sich zeitlich oder situativ zu orientieren und nur 33 % (jeweils gerundet auf ganze Prozentpunkte) kann die verordneten Medikamente selbständig einteilen und einnehmen. Das Seh- bzw. Hörvermögen ist bei 78 % und 59 % der KlientInnen beeinträchtigt, was Folgen für die alltägliche Kommunikation und das psychische Wohlbefinden haben kann und die Gefahr einer Entfremdung von der Umwelt in sich birgt. Etwas mehr als ein Viertel der Betreuten hat Probleme beim Atmen und 43 % benötigen Unterstützung bei der Zubereitung oder Einnahme von Mahlzeiten bzw. der

Flüssigkeitszufuhr. Mehr als die Hälfte der Befragten leidet zumindest an einer leichten Harn- bzw. Stuhlinkontinenz. Über 78 % der Betreuten brauchen oder sind vollständig auf Hilfe bei der Ganzkörperwäsche angewiesen und für 61 % der Genannten trifft dies auf das An- und Ausziehen zu. Über 40 % benötigen beim Gehen einen Rollator oder andere Hilfe. Bei 45 % der Betreuten war eine leichte Depression und bei 6 % eine schwere Depression gemessen mit der Geriatric Depression Scale (GDS) nachweisbar, was aufgerechnet auf die Grundgesamtheit der von den sozialmedizinischen Diensten gepflegten Personen, eine Anzahl von ca. 500 Personen mit schwerer Depression ergibt, die eine fachgerechte Behandlung bräuchten. Laut Amann et al. (2001) könnte die Diagnose als Altersdepression oder als Depression aufgrund von Isolation interpretiert werden, die weiterer Untersuchungen bedürfte, aber auf jeden Fall einen Handlungsbedarf darstellt.

Bezüglich der Beschäftigungssituation stellte sich heraus, dass 50 % der Betroffenen sich nicht mehr selbständig beschäftigen, 29 % angaben, dass sie Langeweile verspürten, 90 % nicht mehr handarbeiten oder basteln (können) und 73 % haben bei den meisten Tätigkeiten im Haushalt Einschränkungen. Die Autoren sehen darin einen ernst zunehmenden Hinweis auf Antriebsmangel und Apathie, da die überwiegende Mehrzahl (82 %) noch passive Beschäftigungen, wie Radio hören oder Fernsehen, pflegt. Weiters wurde der Wunsch nach zusätzlichen Sozialkontakten erhoben, was 25 % der Befragten bejahte. Das Interesse an Aktivitäten, wie z.B. Ausflügen, wurde von 21 % bejaht, wobei diesbezüglich die familiäre Kultur oft ihren Niederschlag findet. So wurde z.B. von der Tochter einer Befragten, der Wunsch nach einem Ausflug mit einer Gruppe, dahingehend kommentiert, dass dies nicht nötig sei, da sie es ja früher auch nicht getan hätte (Amann et al., 2001).

Der weitaus größte Teil der Pflege- und Betreuungsarbeit wird nach wie vor von Familienangehörigen geleistet. Durch den Ausbau der ambulanten Pflege in den letzten Jahren ergeben sich bisher nicht vorhandene Netzwerke aus Pflegebedürftigen, Angehörigen und professionellen Pflegekräften. An vorderster Stelle wird von den Pflegebedürftigen die Tochter als hauptsächliche Betreuungsperson genannt (23 %) und erst auf Platz zwei rangieren die sozialmedizinischen Dienste (18 %) gleichauf mit dem Lebens- oder Ehepartner. Gemessen an der Gesamtheit aller zu erledigender Tätigkeiten,

leisten die Sozialen Dienste, die Töchter und Schwiegertöchter den Hauptteil, wobei bei ersteren der Schwerpunkt auf Arbeiten im Haus liegt, während das Schwergewicht letzterer tendenziell auf Aktivitäten außer dem Haus liegt, wie z.B. Einkäufe zu erledigen. Wenn sozialmedizinische Dienste engagiert werden, so werden von den Töchtern und Schwiegertöchtern vorwiegend Tätigkeiten wie die Körperpflege an diese abgetreten. Bei Erledigungen und Begleitungen außer Haus spielen mit 13 % auch Söhne und Schwiegersöhne eine Rolle, die sich offensichtlich für organisatorische Belange zuständig fühlen. Die Erhebung der persönlichen Kontakte ergab, dass 19 % der Betroffenen nur einmal wöchentlich und 9 % überhaupt keinen Besuch bekommen. Kontakte zu den sozialmedizinischen Diensten wurden nicht berücksichtigt (Amann et al, 2001).

2.3.6 Die Bedeutung der Familie für ältere Menschen

Die Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE) in Europa von 2004 bis 2007 (Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, abgek. MEA, 2008) kommt zu der Schlussfolgerung, dass der Untergang der Familie ein Mythos sei. Familienmitglieder verbringen nach wie vor beträchtliche Zeit einander zu helfen, wobei es sich um ein gegenseitiges Nehmen und Geben handle. Ungefähr ein Drittel der Personen über dem 65. Lebensjahr gaben an, dass sie den Anderen täglich durchschnittlich 4,6 Stunden helfen bzw. auf die Enkelkinder aufpassen. Die Generationen wohnen üblicherweise auch in geographischer Nähe. Die Möglichkeit täglicher Unterstützung ist somit gegeben. Es gibt allerdings Unterschiede zwischen südlichen Ländern, mit stärkerer familiärer Bande und den eher „schwächeren“ nördlichen Ländern. Von den zwei östlichen Ländern ist Polen eher als „familienintensiv“ und die Tschechei eher als „familienschwach“ einzustufen. Ältere Menschen helfen ihrem sozialen Netzwerk auch mit finanziellen Geschenken. Umgekehrt berichteten Frauen im mittleren Alter, deren Eltern sich gesundheitlich verschlechterten, dass sie in geringerem Maße einer Erwerbsarbeit nachgingen, um die Eltern zu unterstützen, was die Bedeutung der Familie, insbesondere der Frauen, für ein menschenwürdiges Altern hervorstreicht. Von den befragten älteren Menschen in Österreich meinten 40 %, dass sie täglichen Kontakt zu einem ihrer Kinder hatten, womit sich Österreich im Mittelfeld der 14 erfassten europäischen Länder befand (MEA, 2008).

Dienel (2007) argumentiert in Anbetracht der familiären Bedeutung für die Unterstützung älterer Personen, dass die völlige Übernahme der Pflege durch den Staat nicht finanzierbar sei. Stationäre Unterbringungen auf vergleichsweise niedrigem Niveau sind nur für eine geringe Anzahl Älterer akzeptierbar, weshalb der Verbleib in der gewohnten Umgebung oder die Betreuung in individuellen Wohneinheiten nach einem flexiblen Hilfesystem verlangt. Vorerst dürfte sich an der zentralen Bedeutung der Familie mit ihrer koordinierenden Funktion des Pflegearrangements nichts ändern. Allerdings ist bei den Jahrgängen ab 1950 eine höhere Kinderlosigkeitszahl zu beobachten und es wird zu hinterfragen sein, ob zukünftig auch alternative soziale Netze wie z.B. Freundschafts- und Nachbarschaftsbeziehungen die Rolle der Familie ergänzen bzw. ersetzen können (Dienel, 2007).

2.4 Qualität in der Pflege

2.4.1 Einleitung

Das Thema der Altenpflege ist in der Öffentlichkeit wenig präsent. Erst einige Pflegeskandale in der Vergangenheit rückten das Thema in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Durch die mediale Berichterstattung wurde die dahinterstehende gesellschaftliche Problematik jedoch skandalisiert (Roth, 2007). In den 80-iger und 90-iger Jahren hat es in England und Amerika laut Philip (2000) eine „Epidemie“ an Neustrukturierungsversuchen im Gesundheitswesen gegeben, alle mit der Intention die Qualität der Pflege und der Versorgung zu verbessern. Auf diesem Gebiet treffen aber eine Vielzahl von Interessen aufeinander. Politische Vertreter versuchen auf der einen Seite den Kostenaspekt und auf der anderen Seite die Akzeptanz des Versorgungsangebotes im Auge zu behalten. Weiters sind die Interessen der Professionisten (Ärzte, Pflegekräfte etc.), der wissenschaftlichen Institutionen, der Manager im Gesundheitssystem und schließlich die, von Pflege- und Gesundheitsleistungen betroffenen Personen, zu nennen, die jeweils unterschiedliche Blickwinkel haben (Philip, 2000).

Dass die Bemühungen um Qualitätsverbesserung keinen linearen Fortschritt bei allen Anbietern erbrachte, zeigte sich im Rahmen einer Studie (Sluijs & Wagner, 2003) zwischen 1995 bis 2000 unter 474 Organisationen des Gesundheitswesens in Holland, worunter auch 114 (im Jahr 1995) und 101 (im Jahr 2000) ambulante Pflegeanbieter waren. Zwei Drittel der Anbieter konnten Fortschritte bei den Qualitätsmanagementaktivitäten verzeichnen, während sich ein Drittel verschlechterte. Die Einrichtungen der Hauskrankenpflege und des begleitenden Wohnens konnten doppelt soviel Zuwachs an Aktivitäten verbuchen wie Pflegeheime und Krankenhäuser, wobei für Sluijs und Wagner (2003) unklar bleibt, worauf die Differenzen der unterschiedlichen Sektoren zurückzuführen sind.

2.4.2 Herausforderungen im Pflegebereich

2.4.2.1 Ökonomisierung und belastende Tätigkeit

Die unterschiedlichen Anbieter kommen durch zwei sich widersprechende Anforderungen immer mehr unter Druck, nämlich „bessere“ Qualität zu günstigeren Preisen anzubieten. Da soziale Dienstleistungen, insbesondere Pflegeleistungen, einen bedeutenden Personalkostenanteil haben, wird zunehmend das Einsparungspotential bei den Personalkosten thematisiert (Buestrich, Finke-Oltmann & Wohlfahrt, 2008). Trotz Einführung von Elementen des Wettbewerbs ist dieser Sektor staatsabhängig, denn sowohl das Leistungsrecht als auch die Preisgestaltung ist in hohem Maße von politischen Beschlüssen abhängig. Die allgemeinen Arbeitsumstände der Pflegekräfte sind an sich bereits psychisch und physisch belastend. Hinzu kommen die zunehmende Rationalisierung von Arbeitsprozessen und der durch demographischen Wandel bedingte, erhöhte Anteil von Hochaltrigen. Diese Personengruppe, zwischen 80 und 85 Jahren, ist deutlicher von Multimorbidität und demenziellen Erkrankungen betroffenen als die jüngeren Altersgruppen. Pfl egetätigkeiten haben einen hohen Interaktionsanteil, was entsprechende Gestaltungsspielräume erfordert. Unter dem Kostendruck wird Pflegearbeit aber zunehmend nach dem Vorbild der industriellen Fertigungsarbeit organisiert. Die beschriebenen Umstände führen bei einem Teil der Pflegekräfte zu einer vermehrten Suche nach alternativen Arbeitsmöglichkeiten und macht die Nachwuchsgewinnung schwieriger und kostenintensiver (Buestrich et al., 2008).

Die belastenden Arbeitsbedingungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Problemverhalten bei Pflegekräften gegenüber Pflegebedürftigen. Eine Umfrage unter ambulanten Pflegekräften in Hannover ergab, dass 21,4 % der Befragten zumindest eine psychische Misshandlung bzw. verbale Aggression in den letzten 12 Monaten angaben. Von pflegerischer Vernachlässigung berichteten 18,8 % und 8,5 % der ambulanten PflegerInnen bekannten sich postalisch zu einer physischen Misshandlung. Als Auslöser für Problemverhalten konnten mittels logistischer Regression aggressives Verhalten der Pflegeempfänger, eine hohe Zahl zu betreuender Demenzkranker, Alkoholkonsum als Copingstrategie und eine negative Bewertung der pflegerischen Qualität des Anbieters, bei dem die Befragten arbeiteten, ermittelt werden (Rabold & Görgen, 2007). Neben der

Vermittlung entsprechender Kompetenzen in der Aus- und Weiterbildung, sprechen sich Rabold und Görgen für eine Aufgabenverteilung bei den Diensten als gewaltpräventive Option aus. Sowohl der Anteil der an Demenz Erkrankten als auch aggressive Pflegebedürftige sollten unter den Pflegekräften „aufgeteilt“ werden, um das Risikopotential zu minimieren.

2.4.2.2 Ungleiche Ressourcenverteilung

Bauer und Büscher (2008) gehen von einer mehrfachen Benachteiligung bestimmter Bevölkerungsgruppen aus. Nicht nur das Risiko einer Gesundheitsschädigung ist ihrer Meinung nach ungleich verteilt, sondern Ressourcenungleichheit führt auch zu einer unterschiedlichen Nutzung der Versorgung. Milieuspezifische Handlungsbefähigungen führen zu einem unterschiedlichen Umgang mit den vorhandenen Versorgungsangeboten und den Betreuungsbeziehungen. Nicht nur das Nutzungsverhalten, so Bauer und Büscher, führt zu Benachteiligungen, auch bei der Vergabe von Leistungen kommt es zur Diskriminierung unterprivilegierter Gruppen.

Heusinger (2008) untersuchte die pflegerische Versorgung in den alten und neuen deutschen Bundesländern aus milieutheoretischer Sicht. Sie geht von der Bedeutung von Sozialisationsgemeinschaften aus, in der Strategien der Lebensbewältigung weiter gegeben werden, die auf generationenübergreifende Erfahrungen beruhen. Heusinger unterscheidet bei den alten Bundesländern das konservativ-gehobene Milieu, das kleinbürgerliche Milieu, das traditionelle Arbeitermilieu und das traditionslose Arbeitermilieu. Bei den qualitativen Interviews zeigte sich u.a, dass in den traditionellen Arbeitermilieus die Bereitschaft zu Ausgaben für professionelle Pflegedienste gering war. Dafür war weniger das mangelnde ökonomische Kapital verantwortlich, sondern mehr die Einstellung, dass man für professionelle Pflegeleistungen kein Geld ausgibt und die pflegerischen Aufgaben mit Hilfe der Familie und Nachbarschaft bewältigt, wobei kleinere finanzielle Gegenleistungen durchaus üblich sind. Müssen dennoch professionelle Pflegekräfte engagiert werden, so wird deren Arbeit eher unkritisch betrachtet. Laut Heusinger ist dieses Milieu gefährdet, durch mitunter fehlende soziale Fertigkeiten und Informationen an Selbstbestimmung im häuslichen Bereich über die erwünschten pflegerischen Belange zu

verlieren, was im Einzelfall zu einer unerwünschten Heimeinweisung führen kann. Das konservativ-gehobene Milieu hingegen tritt, ökonomisch gut ausgestattet, selbstbestimmt als Kunde oder Kundin am Markt auf und ist auch in der Lage Leistungen, die von der Versicherung nicht abgedeckt werden, zuzukaufen (Heusinger, 2008).

2.4.3 Theoretischer Rahmen für die Pflegequalität

Ein weit verbreiteter Ansatz um Qualität im Gesundheitswesen zu beschreiben, ist die, auf Avedis Donabedian, zurückgehende Unterscheidung in Struktur, Prozess und Ergebnis. Dieses praktisch verwendbare Konzept zur Qualitätsmessung bezog sich ursprünglich auf den medizinischen Leistungsbereich und wird zunehmend auch im Pflegebereich eingesetzt (Haubrock & Gohlke, 2001).

1) Strukturqualität

Diese Kategorie beschreibt Elemente der Finanzierung, der Organisation, der Systemebene, der materiellen Ausstattung, der Anzahl, Ausbildung und fachlichen Qualifikation der Belegschaft usw. Unter den genannten Komponenten, hat die Qualifikation der MitarbeiterInnen eine besondere Bedeutung. Die Strukturkategorie spiegelt somit die Bedingungen wider, die notwendig sind um eine bestimmte Qualität überhaupt erbringen zu können (Haubrock & Gohlke, 2001). Ungeachtet der weiter bestehenden Abgrenzungsprobleme kann man unter Strukturqualität Aspekte der Ausstattung und Organisation verstehen (Roth & Garms-Homolová, 2004).

2) Prozessqualität

Unter Prozessqualität werden alle Maßnahmen verstanden, die bei der Behandlung, Betreuung oder Pflege einer Person ergriffen oder unterlassen wurden. Als Grundlage für die Bewertung der Prozessqualität werden professionell anerkannte Standards herangezogen (Haubrock & Gohlke, 2001). Roth et al. (2004) zählen die Pflegeplanung, Pflegedokumentation und Pflegestandards zur Prozessqualität.

3) Ergebnisqualität

Das Ergebnis umfasst die medizinische Änderung des Gesundheitszustandes, aber auch psychologische und soziale Funktionen und Bewusstseins- bzw. Verhaltensänderungen können erfasst werden. Der Outcome ist die bedeutendste Basis für die Qualitätsbeurteilung. Patientenzufriedenheit und Gesundheitsstatus als Ergebniskategorien müssen im Zusammenhang mit den anderen Kategorien, insbesondere dem Prozess, gesehen werden (Haubrock & Gohlke, 2001). Laut Roth und Garms-Homolová (2004) wurde die Ergebnisqualität in der Qualitätsdiskussion lange Zeit vernachlässigt und bei der Bewertung von Pflegemaßnahmen wird diese Kategorie nur unzureichend herangezogen.

2.4.4 Instrumente zur Messung der Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege

2.4.4.1 *Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Funktionsfähigkeit*

Ein Instrument der genannten Kategorie ist das Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI-HC 2.0), ein umfassendes, strukturiertes sowie standardisiertes Assessment in dem der körperliche und mentale Zustand der Pflegebedürftigen erhoben wird. Das RAI-HC besteht aus dem Minimum-Data-Set (MDS-HC) für die Pflege zu Hause und den Client Assessment Protocols (CAPs), den Abklärungshilfen. Das MDS-HC dient der Beurteilung der Gesundheit, der Funktionsfähigkeit und der sozialen wie professionellen Unterstützung der betreuten Personen, wobei bestimmte Punkte als Alarmzeichen fungieren, was zu den Abklärungshilfen (CAPs) weiterleitet. Es werden in den Bereichen A bis R, anhand mehrerer Items pro Bereich, die kognitiven Fähigkeiten, die Hör- und Sehfähigkeit, die Stimmungslage und das Verhalten, die sozialen Rollen, die informelle Unterstützung und die körperliche Funktionsfähigkeit bei instrumentellen und elementaren Verrichtungen usw., von den Pflegefachleuten erfragt oder aufgrund von Beobachtungen eingeschätzt. Die Abklärungshilfen unterstützen bei der Risikobeurteilung der KlientInnen und beinhalten eine weiterführende Pflegeplanung (Garms-Homolova, 2002).

Das aus dem Amerikanischen übersetzte Instrument (Garms-Homolova, 2002) wurde in der Steiermark, Nordrhein-Westfalen und Bayern in einem Feldversuch getestet, wobei sich zeigte, dass ein durchschnittliches Assessment pro Pflegeperson 63 Minuten dauerte

und dieses nur in 32,7 % der Fälle bei einem einzigen Hausbesuch abgearbeitet wurde, d.h. mehrere Hausbesuche notwendig waren, um das offensichtlich zeitaufwändige Verfahren durchführen zu können. Garms-Homolova meint diesbezüglich, dass es durchaus in der Alltagsroutine der Pflegedienste einsetzbar ist. Die Vorteile dieses Assessments liegen auf der Hand: Es ermöglicht eine umfassende Bewertung des Gesundheitszustandes der Kunden und kann für die Beurteilung von Veränderungen entlang der Zeitachse verwendet werden (Garms-Homolova, 2002). Für Studienzwecke und Qualitätsprüfungen, wie z.B. in der von Roth und Garms-Homolová (2004) durchgeführten Überprüfung von Heimen und ambulanten Anbietern in Nordrhein-Westfalen ist ein derartiges Instrument unerlässlich, da es eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse erlaubt. Wie weit es im Alltag der Pflegekräfte praktikabel ist, sollte meiner Meinung nach in einem offenen Diskurs nach einer Erprobungszeit mit jenen geklärt werden, die es im Alltag anwenden müssen.

2.4.4.2 Befragungen zur Kundenzufriedenheit

Die Notwendigkeit von Kundenbefragungen

Im Zuge der Qualitätsdiskussion der letzten Jahrzehnte, den daraus entwickelten Pflegestandards und Kontrollinstrumenten, wurden in zunehmendem Maße auch Kundenbefragungen durchgeführt und zwar von den Einrichtungen selbst oder im Rahmen von Studien bzw. Kontrollen. Im Rahmen der Qualitätssicherung ist es notwendig die Perspektive der Pflegebedürftigen mit einzubeziehen. Eine Beurteilung durch die Betroffenen selbst bzw. durch Angehörige ist aufgrund der spezifischen Gegebenheiten von Dienstleistungen notwendig. Da es sich bei der Pflege nicht um einen industriellen Fertigungsprozess handelt, sondern Leistungserbringer und pflegende Person sich in einem Interaktionsprozess befinden, der beiderseitiges Mitwirken und Kommunikation erfordert, kann bei der Ermittlung der Ergebnisqualität von der Befragung von Betroffenen nicht abgesehen werden (Bendel, , Matiaske, Schramm & Weller, 2000). „Das subjektive Wohlbefinden und die subjektive Zufriedenheit können nur auf dem Weg einer unmittelbaren Befragung derjenigen in Erfahrung gebracht werden, die diese Lebensumstände durchleben. Auch wenn die Zufriedenheit von Nutzern kein hinreichender Indikator für die Qualität sozialer Dienstleistungen sein kann, dürfte gleichwohl unstrittig sein, dass Informationen hierzu eine unabdingbare Grundlage für eine bedürfnisorientierte

Ausgestaltung des Leistungsangebotes darstellen“ (Bendel, Matiaske, Schramm, Weller, 2000, S. 4). Für Gebert und Kneubühler (2001) sind Kundenbefragungen in Pflegeheimen aufgrund ethisch-normativer Gründe notwendig. Das asymmetrische Verhältnis zwischen Anbietern und Kunden wird aber auch für den ambulanten Bereich anzunehmen sein. Weiters nennen sie betriebswissenschaftliche Gründe, die es bei der zunehmenden Vielfalt von Anbietern notwendig macht, die Erwartungen der Kunden zu kennen und die Übereinstimmung zwischen der Soll- und Istsituation zu evaluieren.

Dass die Perspektive der Betroffenen nicht durch eine Außenperspektive wie z.B. Besuchern ersetzt werden kann, zeigt eine Untersuchung an Heimbewohnern. In Anbetracht der bestehenden physischen und psychischen Beeinträchtigungen der Patienten stellte sich für Gasquet, Dehé und Falissard (2003) die Frage, wie weit die Beurteilungen der Pflegequalität von Bewohnern und Besuchern übereinstimmen, wozu Daten aus 13 Pflegeheimen herangezogen wurden. Die Besucher überschätzten die Bewohnerzufriedenheit. Die Konkordanz zwischen den beiden Perspektiven in Bezug auf die Qualität der Pflege, Information und Komfort der Einrichtungen war gering. Die beiden Blickwinkel können daher nicht vermischt werden und müssen jeder für sich bei Befragungen erhoben werden (Gasquet et al. 2003).

2.4.5 Das Verhältnis von Qualität und Zufriedenheit

Roth et al. (2004) vertreten die Meinung, dass eine Befragung der Kunden nur wenige Dimensionen der Qualität abbilden kann, da diesen die Einsicht in pflegerische oder medizinische Maßnahmen fehlen. Die Mehrzahl der ForscherInnen kritisieren an den erwähnten Befragungen die konzeptionellen Schwächen, starke methodische Mängel und letztlich wenig aussagekräftige Zufriedenheitswerte. Effekte sozialer Erwünschtheit, wie bei allen Zufriedenheitsbefragungen, sind nicht auszuschließen, ebenso biographisch bedingte Anspruchslosigkeiten bei vielen Pflegebedürftigen und die Angst vor einem Mangel an Alternativen, zumindest was Heimplätze betrifft (Roth et al., 2004). Noelker, Ejaz und Schur (2000) befassten sich in der Darstellung von Kundenbefragungen bei Pflegeheimbewohnerinnen und Bewohnern in Ohio (U.S.A) mit dieser Thematik. Sie begründen die Schwierigkeit zu validen Informationen zu kommen mit der niedrigen

Rücklaufquote von schriftlichen Befragungen und der mangelhaften Qualität der Informationen, was die Reliabilität aber auch die „Tiefe“ und Verwertbarkeit der Aussagen für die Praxis anbelangt. Zwischen den Alternativen einer detaillierten, an konkreten Informationen interessierten Befragung, welche die Kunden meistens überfordert und eher allgemeinen, wenig aussagekräftigen Fragestellungen, welche für die Kunden gut bewältigbar sind, ist laut AutorInnen des Beitrages schwer einen Mittelweg zu finden.

2.4.6 Zwei Fragebögen als Beispiel (PPSQ-AC und QUOTE-Elderly)

Ortlieb, Bendel und Matiaske (2004) führte eine Kunden- und Angehörigenbefragung bei 19 ambulanten Pflegediensten in Paderborn und Berlin durch. Die Zufriedenheitsbefragung war Teil eines langfristigen Projekts zu Qualitäts- und Organisationsentwicklungsprozessen. Zu diesem Zweck wurde ein standardisierter Fragebogen, der PPSQ-AC (Paderborn Patient Satisfaction Questionnaire – Ambulant Care), entwickelt. Für den Ergebnisbericht 06 konnten 1315 Fragebögen ausgewertet werden, davon 929 Befragungen von Kunden, der Rest von Angehörigen, für die eine eigene Version entwickelt wurde. Der Fragebogen setzt sich aus vier Teilen zusammen. Am Beginn wird die Auswahl des Pflegedienstes erfragt, danach werden Fragen zu unterschiedlichen Zufriedenheitsfassetten gestellt. Es folgen Fragen, wie sich die Betroffenen im Falle von Unzufriedenheit verhalten (würden). Der Fragebogen schließt mit den Angaben zur Person der Pflegebedürftigen (Ortlieb et al., 2004). Der auf der Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e. V. (Stand 6.1.2010) frei zugängliche Fragebogen enthält 27 Items, welche die Zufriedenheit mit dem Pflegedienst erfragen. Angelehnt an das Schulnotensystem kann zwischen fünf Kategorien, von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ und einer zusätzlichen Kategorie „weiß nicht“, gewählt werden.

Bendel et al. (2000) bemängeln bei den vorhandenen Instrumenten, dass selten eine ausreichende theoretische Fundierung sowie Reliabilitäts- und Validitätsanalysen vorhanden sind. Ihr theoretisches Konzept bauen Bendel et al. auf der transaktionalen Stresstheorie von Lazarus und Launier (1978, zitiert in Bendel et al.2000) auf. Dieses Modell geht von einer primären Bewertung eines Reizes aus, bei der dieser als günstig, bedrohlich oder irrelevant eingeschätzt wird und einer sekundären Bewertung der

Copingmöglichkeiten, d.h. der Bewältigungsfähigkeiten, durch Informationssuche, Handeln oder intrapsychische Bewältigungsstile. Im Fragebogen bildet sich die primäre Bewertung in den Fragen nach der Zufriedenheit mit dem Angebot ab, während die sekundäre Bewertung der Bewältigungsmöglichkeiten, sich in den Fragen widerspiegelt, was die Betroffenen tun würden, wenn sie sich über den Pflegedienst ärgern. Antwortmöglichkeiten, wie z.B. den Pflegedienst zu wechseln, sich zu beschweren oder aber gar nichts zu tun, können auch herangezogen werden, um eine Neigung zu resignativer Zufriedenheit, festzustellen (Bendel et al., 2000)..

Aufgrund des asymmetrischen Verhältnisses zwischen BetreuerInnen und gepflegten Personen, ist die Hereinnahme dieser Dimension auf jeden Fall sinnvoll, um einen Trend zu Zufriedenheit zwecks mangelnder Alternativen, zu diagnostizieren. Im Ergebnisbericht 06 (Ortlieb et al, 2004) werden weitere Analysen bezüglich Unterschieden oder Zusammenhängen der Variable Zufriedenheit mit anderen Variablen in Aussicht gestellt. Es wird allerdings nur darauf verwiesen, dass erste Befunde „sehr wenig“ oder „schwache“ (Ortlieb et al, 2004, S. 2) Zusammenhänge mit dem Geschlecht, der Pflegestufe oder dem Alter erkennen lassen. Bezüglich der Überprüfung der Güte des Messinstrumentes und verfeinerter Analysen wird ebenfalls auf spätere Publikationen verwiesen.

Ein Instrument, das zwar keine Bewältigungsstile und die Tendenz zu resignativer Zufriedenheit erhebt, dafür aber zumindest eine Faktorenanalyse und Angaben bezüglich der Reliabilität anbietet, ist der QUOTE-Elderly (Sixma, Campen, Kerssens & Peters, 2000), der die Zufriedenheit mit der Betreuung, bei nicht-institutionalisierten, älteren Menschen, erfasst. Drei Dimensionen, nämlich die a) Prozessvariable (Cronbachs Alpha = .83) b) die Strukturvariable (Cronbachs Alpha = .79) und die c) Ergebnisvariable (Cronbachs Alpha = .9), konnten faktorenanalytisch gefunden und bestätigt werden. Der Fragebogen hat 32 Items, eine 4-teilige Likert-Skala und wurde anhand einer Stichprobe von 338 Personen über 64 Jahren in den Niederlanden geeicht (Sixma et al., 2000). Kritisch anzumerken ist, dass eine 4-teilige Likert-Skala verwendet wurde, was wenig Differenzierungsspielraum für die Befragten lässt.

2.4.7 Beispiele für Studien in NÖ

2.4.7.1 *Pflegebedürftigkeit und Betreuungsintensität in der ambulanten Pflege in NÖ*

Neben der Erhebung des Gesundheitszustandes, des familiären Umfeldes und der Betreuungssituation gingen Amann, Löger und Lang (2001) der Frage nach, ob es einen Zusammenhang zwischen der Betreuungsintensität durch die mobilen Dienste in Niederösterreich und dem gesundheitlichen Zustand der pflegebedürftigen Personen gibt. Zu diesem Zweck wurden a) der physische und b) der geistige Zustand dichotomisiert in a) gut/mittel und b) mittel/schlecht. Die deskriptive Analyse der Daten ergab, dass in die Kategorie der Klienten mit physischem Zustand „gut/mittel“ und geistigem Zustand „gut“ 46 % der KlientInnen fielen, auf diese Gruppe aber nur 35 % der Einsätze und 32 % der Einsatzzeit aufgewendet wurden. Im Gegensatz dazu erhöhte sich der Betreuungsaufwand, sobald sich der physische Zustand als „schlecht“ eingestuft wird bei „gutem“ geistigen Zustand auf 23 % der Einsätze und 25 % der Einsatzdauer, obwohl in diese Kategorie nur 17 % der Betreuten fielen. Die Betreuungsintensität bei den 16 % der Pflegebedürftigen, die sowohl körperlich als auch geistig als „schlecht“ eingestuft wurden, erhöhte sich auf 24 % der Einsätze und 27 % der Einsatzdauer. Amann et al. schlussfolgern, dass der wesentliche Unterschied bezüglich des Betreuungsaufwandes für die mobilen Dienste durch den physischen Status erklärt werden kann, während der geistige Zustand der Betroffenen für den Zeitaufwand sekundär ist.

2.4.7.2 *Zufriedenheit von Angehörigen und Kunden des Roten Kreuzes*

Wild (2000) führte im Jahr 1996 eine Befragung bei den NutzerInnen der mobilen Dienste des Roten Kreuzes und deren Verwandte in allen österreichischen Bundesländern (mit Ausnahme von Vorarlberg) durch. Von den kontaktierten KlientInnen waren 22,6 % zu einem Interview bereit, letztlich wurden 200 Personen interviewt, davon 44,9 % (n = 108) Angehörige. Von den Befragten waren 75 % Frauen (n = 147). Es wurde u.a. der Frage nachgegangen, welche Dienstleistungen die Befragten erhalten, welche Aspekte der Dienstleistungen ihnen wichtig sind und wie weit sich Angehörige von Patienten bezüglich ihrer Einschätzungen unterscheiden. Auf den Ergebnissen sieben qualitativer Interviews im

Vorfeld der Befragung, den Ergebnissen internationaler Studien und bereits existierender Fragebögen wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt.

Im Rahmen dieser Ausführungen können nur einige Aspekte der erhobenen Pflegebereiche genannt werden und ich beschränke mich auf jene Themen, die von den Befragten als „sehr wichtig“ und „eher wichtig“ eingestuft wurden (im Gegensatz zu „eher unwichtig“ bzw. „unwichtig“). Unter den Rahmenbedingungen wurde von 53,3 % die Verfügbarkeit der Dienste am Wochenende als sehr und eher wichtig eingeschätzt, gefolgt von 51,6 %, denen eine nächtliche Erreichbarkeit der Dienste wichtig und eher wichtig war. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass nur 32,5 % der Befragten diese Kategorien bei der Möglichkeit, zwischen unterschiedlichen Anbietern auswählen zu können, angaben. 19 Befragte (nach eigenen Berechnungen 9,5 % der Interviewten) gaben bei der offenen Frage nach Verbesserungsvorschlägen, eine lückenlose Betreuung an (Wild, 2000).

Bei den Merkmalen der Pflegepersonen wurde fachliche Kompetenz von 100 %, Freundlichkeit von 99 % und eine gute persönliche Beziehung von 98 % der Befragten genannt. Beim Ist-Zustand meinten 99 % sie hätten kompetentes Betreuungspersonal (nur 1 % votierte mit eher nein oder nein), ebenfalls 99 % gaben an, sie würden von den BetreuerInnen freundlich behandelt (1 % wählten die Kategorie eher unfreundlich), 95,5 % schätzen die Betreuungsbeziehung als gut ein (4,5 % nannten eher nein oder nein).

Unter den Aspekten der Pflegebeziehung und konkreten Anforderungen wurde von 88 % der Befragten genannt, dass es sehr wichtig und eher wichtig ist miteinander lachen zu können, 86 % vergaben die beiden Kategorien für eine korrekte, äußere Erscheinung der BetreuerInnen und 85 % der Interviewten war es sehr und eher wichtig, dass die MitarbeiterInnen der mobilen Dienste den „Hausbrauch“ kannten, d.h. mit den Alltagsroutinen im Haushalt vertraut waren. Als Ist-Zustand gaben 75 % eindeutig an, mit den Pflegepersonen lachen zu können (8 % konnten dies nicht), 92 % meinten die BetreuerInnen hätten eine korrekte, äußere Erscheinung (nach eigenen Berechnungen gab 1 % der Befragten, das sind 2 Personen, das Gegenteil an). Den Hausbrauch kannten 76 % der Personals (10 % kannten den Hausbrauch nicht) (Wild, 2000).

81 % der Befragten stufen Tipps vom Pflegepersonal als sehr und eher wichtig ein, 84 % gaben dies bei der Frage nach einer kontinuierlichen Betreuung an und 85 % bei der Bedeutung pünktlicher Betreuung. Bei der Beurteilung der Ist-Situation meinten 77 % der Interviewten, dass sie Tipps und Anleitung von den professionellen Helfern bekämen (23 % verneinten dies) und 79 % gaben an, dass es in den letzten Monaten keinen Betreuungswechsel gegeben hätte (bei 20 % Betreuungswechsel). Weiters wurde von den Befragten 75 % pünktlich betreut (und 5 % „tatsächlich“ unpünktlich) (Wild, 2000).

Bei der veröffentlichten Version der Befragung (Wild, 2000) wurde nicht zwischen den Pflegebedürftigen und Angehörigen bzw. zwischen den einzelnen Bundesländern unterschieden, was eine Einschätzung der Studienergebnisse erschwert. Weiters wurden die unterschiedlichen Kategorien bei der Differenzierung des Ist-Zustandes ungenügend benannt, was sich z.B. bei der Angabe der pünktlichen Betreuung zeigt. Bei dieser Frage nennt Wild (2000) 75 %, die eine pünktliche Betreuung anführten. Wenn nur 5 % als „tatsächlich“ unpünktlich bezeichnet werden, ist für den Leser unklar, wie die verbleibenden 20 % eingestuft wurden. Bei einigen Fragen, die auf die Wichtigkeit einzelner Bereiche abzielen, wurden die Werte für die Antwortkategorien „sehr wichtig“ und „eher wichtig“ zusammengefasst, was bei dieser Art von Befragungen aufgrund der hohen Zufriedenheitswerte problematisch ist. Eine gesonderte Angabe aller Kategorien, ist sowohl bei der Wunsch- als auch der Ist-Situation sinnvoll, da Abstufungen im oberen Zufriedenheitsspektrum bereits wertvolle Informationen bieten können. Bei der Ist-Situation könnten, soweit dies aus dem vorliegenden Beitrag zu entnehmen ist, die Pünktlichkeit und die Anleitung und Tipps durch professionelle Helfer, einer weiteren Analyse unterzogen werden, da hier Hinweise für ein relevantes Verbesserungspotential vorhanden sind.

Die hohen Zufriedenheitswerte bei der fachlichen Kompetenz, der Freundlichkeit und der Betreuungsbeziehung zeigen den allgemeinen Trend derartiger Befragungen im Pflegebereich auf, was sich z.B. anhand einer Kundenbefragung des Niederösterreichischen Hilfswerkes (NÖ HW, 2008) bestätigt. Bei einem Rücklauf von 3000 Fragebögen waren 93 % der Befragten mit dem Entgegenkommen und der Zuverlässigkeit der MitarbeiterInnen „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. Immerhin lassen

sich bei der Kundenorientierung mit 89 % und Produktqualität mit 83 % deutlich niedrigere Werte feststellen. Bei einer Befragung des NÖ HW im Jahr 2005 (Gugerell, 2005) waren bei der Frage nach der Gesamtzufriedenheit 94 % der Befragten „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. Auch bei dieser Umfrage wurde nicht versucht, die Zustimmungsergebnisse in Bezug auf soziodemographische und andere Variablen zu hinterfragen.

2.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenszufriedenheit

2.5.1 Lebensqualität

Bezüglich der Konstrukte Lebensqualität (LQ), Lebenszufriedenheit (LZ) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (GBLQ) konnten sich keine allgemein anerkannten Definitionen durchsetzen. Das Konzept der LQ entwickelte sich im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts und einer der bekanntesten Theoretiker dieses Konzepts, Lawton, versteht Lebensqualität als eine mehrdimensionale Bewertung des Person-Umwelt-Systems, anhand von sozial-normativen als auch intrapsychischen Kriterien. Er entwickelte sein Modell mit vier Dimensionen, nämlich, Verhaltenskompetenz, Wohlbefinden, wahrgenommene LQ und umweltbedingte, oder objektive LQ (Lawton, 1983, zit. in Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón & Caprara, 2007, S. 198). Dem Modell eines mehrdimensionalen Konzepts folgten die meisten europäischen Forscher, obgleich in den unterschiedlichen Studien und Projekten die Art und Anzahl der Dimensionen variierten (Fernández-Ballesteros et al., 2007,). Im Rahmen ihrer Ausführungen zum WHOQOL-100, einem Fragebogen zur Messung der Lebensqualität, wird von der WHO ebenfalls eine sehr weite Definition der LQ angeboten, welche die subjektive Bewertung der eigenen Lebensumstände ebenso beinhaltet wie den kulturellen Kontext und die physische Gesundheit: „WHO defines Quality of Life as individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns“ (WHO, 1997, S.1).

2.5.2 Lebenszufriedenheit

In der Literatur werden immer wieder als zwei Aspekte des subjektiven Wohlbefindens die kognitive Bewertung der Lebenszufriedenheit und eine emotionale Komponente, die wiederum, aus voneinander unabhängigen positiven und negativen Affekten, besteht, beschrieben (Lucas, Diener & Suh, 1996). Pavot, Diener, Colvin und Sandvik (1991, zit. in Lucas et al, 1996, S. 616) definieren Lebenszufriedenheit als „global evaluation by the person of his or her life“. Diese Definition impliziert, dass eine Person die positiven und negativen Aspekte abwägt, und somit zu einer globalen Beurteilung kommt, die nicht

völlig vom emotionalen Zustand abhängt. Es ist jedoch evident, dass es eine Beziehung zwischen Emotionen und kognitiven Bewertungen gibt (Lucas et al, 1996). Interessant ist in diesem Zusammenhang das Ergebnis einer multinationalen Studie, die nachweisen konnte, dass positive Emotionen durchschnittlich doppelt so bedeutend für das Ausmaß an Lebenszufriedenheit sind, wie negative emotionale Zustände (Kuppens, Realo & Diener, 2008). Allerdings ist die Bedeutung von Lust und Unlust nicht bei allen Nationen gleich verteilt, sondern variiert je nach kulturellen Werten und anderen Besonderheiten. So ist zum Beispiel in „individualistischen“ Ländern eine erhöhte Sensitivität für negative Emotionen bei der Beurteilung der Lebenszufriedenheit zu bemerken. Bei den mitteleuropäischen Nationen bzw. den USA ist die Tendenz, negative Gefühle und Unlust zu minimieren, um zu Lebenszufriedenheit zu gelangen, stärker zu beobachten, als bei „kollektivistischen“ Nationen (Kuppens et al., 2008). Lebenszufriedenheit wird entweder mit einer einzelnen Frage oder Mult-Item-Skalen gemessen (Fernández-Ballesteros, 2007).

2.5.2.1 European Study of Adult Well-Being (ESAW)

Lebenszufriedenheit, als Konstrukt, wird in der ESAW Studie vor allem auf drei Faktoren zurückgeführt: 1) Gesundheit, 2) Materielle Sicherheit, 3) Soziale Unterstützung. Bei der Gewichtung der Faktoren, stellten sich allerdings Unterschiede zwischen den einzelnen Nationen heraus. Während in Österreich Gesundheit am höchsten bewertet wurde, maßen befragte Personen in Schweden und Großbritannien der materiellen Sicherheit die größte Bedeutung bei (Weber et al., 2005).

Die Lebenszufriedenheit wird laut den Ergebnissen der ESAW-Studie durch das Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung, sowie Unterschiede zwischen Stadt und Land beeinflusst. Mit zunehmendem Alter lässt der Anteil an Personen mit hoher Lebenszufriedenheit nach (61,3 % bei den 50 bis 59-Jährigen, 40,3 % bei 80 bis 90-Jährigen), es steigt jedoch jener mit mittlerer Zufriedenheit (31 % bei den 50 bis 90-Jährigen, 47,3 % bei den 80 bis 90-Jährigen) und der Anteil mit niedriger Lebenszufriedenheit steigt in geringem Ausmaß (7,8 % bei 50 bis 59-Jährigen, 9,0 % bei

den 80 bis 90-Jährigen). Bei den untersuchten ÖsterreicherInnen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den anderen Nationen (Weber et al, 2005).

Es gaben mehr Männer (ESAW 60,6 %, Österreich 62,5 %) als Frauen (ESAW 50,9%; Österreich 53,7 %) eine hohe Lebenszufriedenheit an. Unter den Frauen war hingegen die Gruppe mit mittlerer Zufriedenheit stärker vertreten (Frauen: ESAW 39,4 %, Österreich 39,6; Männer: ESAW 7,0 %, Österreich 4,3 %). Gründe könnten eine kürzere Lebenserwartung der Männer sein, die deshalb größere Chancen haben, ihren Lebensabend mit einer Partnerin zu verbringen und die noch teilweise vorherrschende Rollenaufteilung sein. Als ein protektiver Faktor erweist sich das Leben in Partnerschaften bzw. in einer Ehe (Anteil der hoch Zufriedenen unter den Verheirateten: ESAW 61,8 %, Österreich 64,0 %; verwitwet: ESAW 38,5, Österreich: 40,5 %; alleinstehend: ESAW 47,6 %, Österreich 50,4 %). Studienteilnehmer mit einem Hochschulabschluss weisen ebenfalls eine höhere Lebenszufriedenheit auf (ESAW 67,7 %, Österreich 66,0 %) als Personen mit einem Mittelschulabschluss oder Hauptschulabschluss (ESAW 56 %, Österreich 46,2 %), was mit den gängigen Entwicklungstheorien über den Prozess der Selbstrealisation über die Lebensspanne übereinstimmt. Unter den Landbewohnern waren mehr Personen die eine hohe Lebenszufriedenheit angaben als unter den Stadtbewohnern (Land: ESAW 60 %, Österreich 62,1 %; Stadt: ESAW 53,1 %, Österreich 54,5 %) was an der leichteren Realisierbarkeit von Aktivitäten oder an der höheren Zufriedenheit mit inner- und außerfamiliären Kontakten der Landbevölkerung zu tun haben könnte (Weber et al., 2005).

2.5.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (GBLQ)

2.5.3.1 Unterschiedliche Konzepte der GBLQ

Die Abgrenzung der GBLQ von Konzepten wie der allgemeinen LQ ist bisher nicht endgültig geglückt (Steinbüchel, Lischetzke, Gurny, Winkler & WHOQOL-OLD Group, 2005). Beide Konzepte werden auf jüngere und ältere Menschen angewendet. In der relativen Gewichtung der einzelnen Dimensionen und ihrer inhaltlichen Auslegung, unterscheiden sie sich, da Einschränkungen der physischen Funktionsfähigkeit von älteren Menschen als viel einschneidender erlebt werden (Steinbüchel et al., 2005).

Murdaugh (1997) stellt in ihrer Übersicht über das Konzept der GBLQ fest, dass es unterschiedliche Definitionen und Instrumente für dieses Konzept gibt, bzw. dass viele Autoren GBLQ in ihren Publikationen nicht explizit definieren. Die Vielfalt der Zugangsweisen macht es schwierig unterschiedliche Studien und bestimmte Populationen oder Krankheitstypen miteinander zu vergleichen. Die konzeptuelle Einheit der unterschiedlichen Dimensionen wurde ebenfalls immer wieder in Frage gestellt. Die Intention, die unterschiedlichen Bereiche der GBLQ zu einem Index zusammen zu fassen, ist laut Murdaugh nicht zu rechtfertigen. Es gibt auch keine empirische oder theoretische Evidenz für die, von den Wissenschaftlern, ausgewählten Dimensionen. Die Auswahl der einzelnen Bereiche erfolgt, so Murdaugh, in vielen Fällen intuitiv (Murdaugh, 1997). Mock, Kohlmann, Besch & Drüner (2005) zeigen in ihrer Besprechung einiger Lebensqualitätsmessinstrumente in der medizinischen Rehabilitation die Vielfältigkeit der Konstrukte. Von den angeführten fünf Fragebogen, variiert die Anzahl der Dimensionen von vier bis fünfzehn. Die Autoren attestieren aber allen fünf Fragebogen, EuroQuol (EQ-5D), Short Form-6D (SF-6D), Health Utility Index (HUI), Quality of Well Being Scale (QWB-SA) und dem 15D-Fragebogen, bei den untersuchten Patientengruppen eine gute Anwendbarkeit und Praktikabilität (Mock et al., 2005).

Die GBLQ, oder subjektive Gesundheit, ist ein multidimensionales psychologisches Konstrukt, das mit subjektiven Gesundheitsindikatoren gleichgesetzt werden kann. Nach Bullinger und Kirchberger (1998) setzt sich dieses Konstrukt aus zumindest vier Komponenten, der psychischen und körperlichen Verfassung, den sozialen Beziehungen sowie den funktionalen Kompetenzen, zusammen. Für das Konzept der GBLQ ist von Bedeutung, dass Patienten selbst ihr Befinden bewerten können. Im letzten Jahrzehnt wurde das Konzept der GBLQ zunehmend als Evaluationsparameter zur Beurteilung von Behandlungsmaßnahmen herangezogen. Die Hinwendung zu einer patientenbezogenen Erfassung des Gesundheitszustandes erfolgte u.a., weil der größere Anteil älterer Personen in der Gesamtbevölkerung, mit einer höheren Häufigkeit an chronischen und langfristigen Erkrankungen, eine Erfassung der Effekte auf den Lebenszusammenhang notwendig machte. Die klassischen medizinischen Zielkriterien, wie Verlängerung der Lebenszeit und

Symptomreduzierung, werden durch das multidimensionale Konstrukt der GBLQ erweitert (Bullinger & Kirchberger, 1998).

2.5.3.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (GBLQ) im Alter

Gunzelmann, Albani, Beutler & Brähler (2006) führten eine Studie zur Erfassung der GBLQ in der deutschen Bevölkerung durch. Personen im Alter von 60 Jahren oder älter wurden u.a. mit dem SF-36 (Short-Form-36-Questionnaire) in der deutschsprachigen Version (Bullinger & Kirchberger, 1998) befragt. Der SF-36 beinhaltet folgende acht Skalen: Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion, Psychisches Wohlbefinden. Bisherige empirische Befunde, die den Zusammenhang von negativer Einschätzung körperlicher Gesundheit im Alter und psychischen Problemen herstellten, konnten auch in dieser Untersuchung bestätigt werden. Die Bedeutung von Sozialkontakten spiegelte sich in der Korrelation mit der Skala für psychisches Wohlbefinden wider. Frauen erzielten bei fünf der acht Skalen signifikant niedrigere Werte. Nur bei den Skalen der körperlichen Rollenfunktionen, der sozialen Rollenfunktionen und dem emotionalen Rollenverhalten waren keine Unterschiede festzustellen. Mit Ausnahme der sozialen Rollenfunktionen und des psychischen Wohlbefindens wurden bei allen Skalen signifikante Alterseffekte gefunden. Gunzelmann et al. (2006) interpretieren im Einklang mit anderen AutorInnen die Ergebnisse in Bezug auf das psychische Wohlbefinden und die sozialen Rollenfunktionen als psychische Anpassungsleistung der alternden Persönlichkeit an die Herausforderungen und Belastungen durch den Altersprozess. Durch Akkommodation gelingt es einem Großteil der alten Menschen subjektive Zufriedenheit zu bewahren, indem die subjektive Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche verändert wird, kompensatorische Hilfsmittel verwendet werden oder die Ressourcen auf verbleibende wichtige Lebensbereiche konzentriert werden. (Gunzelmann et al., 2006).

2.5.3.3 Einflüsse auf die Gesundheitsbezogene Lebensqualität (GBLQ)

Der Zusammenhang von körperlichen Gesundheitsfaktoren und psychischen Wohlbefinden wird durch zahlreiche Studien belegt, von denen nur einige hier genannt werden können. Gallegos-Carrillo et al. (2009) konnten bei einer Stichprobe mexikanischer Senioren feststellen, dass die Scores der GBLQ signifikant niedriger waren, wenn depressive Symptome genannt wurden. Die niedrigsten Werte erzielten Personen, die sowohl depressive Symptome als auch zwei oder mehrere chronische Erkrankungen angaben. Die multivariate Analyse der Ergebnisse lässt auf einen kumulativen Effekt von depressiven Symptomen und chronischen Erkrankungen schließen (Gallegos-Carrillo et al., 2009). Steinbüchel et al. (2005) kamen bei einer Untersuchung der älteren Schweizer Bevölkerung zu einem ähnlichen Ergebnis. Es zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen Depressivität und Lebensqualität (LQ). Eine weitere wichtige Beobachtung konnte durch den negativen Zusammenhang zwischen der Anzahl der funktionellen Beschwerden und den Skalen die psychisches Wohlbefinden bzw. soziale Beziehungen messen, gemacht werden. Es ergab sich im Gegensatz zu anderen Studien jedoch kein Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und LQ (Steinbüchel et al., 2005).

Friedman et al. (2005) untersuchten die Beziehung zwischen depressiver Verstimmung, sozialer Unterstützung und LQ bei Frauen, die ambulante Pflege erhielten. Es konnte ein negativer Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und LQ gefunden werden, während ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl unterstützender Personen und dem emotionalen Wohlbefinden nachgewiesen werden konnte (Friedman et al., 2005). Die Bedeutung sozialer Netzwerke für die GBLQ wurde von López Garzía et al. (2005) bei einer spanischen Stichprobe von mindestens 60 Jahre alten Personen bestätigt. Personen mit wenig freundschaftlichen Kontakten hatten darüber hinaus gleiche oder sogar geringere Werte bei der GBLQ wie Personen mit Osteoarthritis, einer chronischen körperlichen Erkrankung (López Garzía, 2005). Mit dem SF-12, einer Kurzform des SF-36, wurden vergleichbare Ergebnisse in Italien erzielt. Eine geringere Frequenz freundschaftlicher Beziehungen korrelierte mit niedrigeren Werten beim psychischen und physischen Wohlbefinden, den beiden Dimensionen, des genannten Fragebogens (Belvis et al., 2008).

Lubetkin, Jia, Franks & Gold (2005) führten eine Studie in den U.S.A., zum Einfluss von soziodemographischen Variablen und chronischer Erkrankungen auf die GBLQ, durch. Sowohl zunehmendes Alter, aber auch geringes Einkommen, niedriges Bildungsniveau und jede der sechs untersuchten chronischen Erkrankungen, beeinflussten die GBLQ negativ. Die Relevanz des Einkommens auf die GBLQ konnte in einer Studie bei kanadischen und amerikanischen Senioren nur teilweise gefunden werden (Huguet, Kaplan & Feeny, 2008). Der Einfluss des Haushaltseinkommens konnte nur bei den älteren Personen in den U.S.A., nicht jedoch in Kanada, bestätigt werden. Als Gründe werden von den AutorInnen Unterschiede im Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens und sozioökonomische Differenzen zwischen den beiden Ländern diskutiert. König, Bernert & Angermeyer (2005) konnten bei ihrer Untersuchung innerhalb der deutschen Population signifikante Geschlechtsunterschiede im Alter bei allen Dimensionen des EQ-5D, außer bei Angst/Niedergeschlagenheit, feststellen, wobei nicht immer alle Alterskohorten betroffen waren. Ein Einkommen unterhalb des Medians führte bei den Dimensionen Beweglichkeit und Schmerz ebenfalls nicht bei allen Kohorten im Alter zu einem signifikanten Effekt. Ein signifikanter Bildungseffekt in Bezug auf die Gesamteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes war für alle Kohorten im Alter ab dem 55. Lebensjahr, mit mehr als neun besuchten Schuljahren, messbar. Es ließen sich bei allen Dimensionen Unterschiede zwischen den beiden Bildungsschichten erkennen, jedoch wiederum nicht bei allen Altersgruppen. Bei der Selbstversorgung ist z.B. erst in der Altersgruppe ab 75, bei der Schmerzeinschätzung zwischen dem 55. und 74. Lebensjahr ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Bildungsschichten nachweisbar (König et al., 2005).

2.6 Zufriedenheit mit der ambulanten Pflege

2.6.1 Einführung und Versuch einer Definition

Über die Faktoren, welche die Patientenzufriedenheit bzw. Zufriedenheit mit der Pflege konstituieren, gibt es in der Fachliteratur keinen Konsens (Johansson, Oléni & Fridlund, 2002). Bendel, Matiaske, Schramm & Weller (2000) vertreten in ihren Forschungsarbeiten zur Kundenzufriedenheit im ambulanten Bereich die Ansicht, dass die Zufriedenheitsforschung, insbesondere in den deutschsprachigen Staaten, noch am Anfang stehe, während die Forschung im klinischen Bereich auf eine langjährige Tradition zurückblicken kann.

Johansson et al. folgen dem Konzept von Eriksen (1995, zit. in Johansson et al., 2002, S. 338) und definieren Patientenzufriedenheit mit der erhaltenen Pflege als „patients subjective evaluation of their cognitive and emotional reaction as a result of the interaction between their expectations regarding ideal nursing care“. Es handelt sich also um eine subjektive Bewertung einer kognitiven und emotionalen Reaktion auf die erhaltenen Pflegeleistungen, welche wiederum von Erwartungen hinsichtlich idealer Pflege, abhängt. Geron et al. (2000) unterscheiden zwischen a) einer kognitiven Bewertung der Erfahrung des Konsumenten, gemessen an den Erwartungen und b) einer emotionalen Reaktion auf die Bewertung. Nach Meinung der AutorInnen erfolgt die Beurteilung eines Pflegedienstes multidimensional, d.h. die Konsumenten der Pflegeleistung ziehen unterschiedliche Dimensionen bei ihrer Bewertung in Erwägung.

2.6.2 Die Bedeutung von Erwartungen

Erwartungen sind subjektive Standards an denen die Qualität einer Leistung gemessen wird. Die Schwierigkeit von Zufriedenheitsmessungen liegt u. a. darin, dass die Erwartungen der Betroffenen nicht identisch sind. Miller (1997, zitiert nach Applebaum, Straker & Geron, 2004, S. 37) entwickelte eine Typologie von Erwartungen. 1) Bei den

idealen Erwartungen dient die erwünschte Leistungsebene als maximaler Standard. 2) Minimale Erwartungen orientieren sich hingegen an der niedrigsten zu erwartenden Ebene. 3) Bei den vorausgesagten Erwartungen wird aus vergangenen Erfahrungen ein Durchschnittswert gebildet und als Vergleich mit aktuellen Erfahrungen herangezogen. 4) Für verdiente Erwartungen werden Kosten und Angemessenheit zur Einstufung von Qualität herangezogen. Sowohl individuelle als auch kulturelle Unterschiede, die Dauer und Schwere der Beeinträchtigung werden als Einflussfaktoren bei den LeistungsbezieherInnen auf die Erwartungen diskutiert (Applebaum, Straker & Geron, 2004).

2.6.3 Theorien zu den hohen Zufriedenheitswerten

Ein Grundproblem, das auch aus anderen Bereichen der Zufriedenheitsmessung bekannt ist, stellt die Tendenz zu hohen Zufriedenheitsquoten dar. Selbst bei Problemgruppen lässt sich das Phänomen feststellen, dass kein oder nur ein geringer Zusammenhang zwischen den faktischen Verhältnissen und der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen, gegeben ist (Bendel et al, 2000). Zur Deutung der hohen Zufriedenheitswerte werden folgende Erklärungsmodelle angeführt:

1) Festinger (1978, zitiert in Bendel et al., 2000, S. 7) geht in seiner Theorie der kognitiven Dissonanz davon aus, dass Personen nach einer Entscheidungsphase dazu tendieren, die positiven Aspekte der Entscheidung zu betonen. Eine hohe Zufriedenheit wäre demnach der Versuch, die eigene Entscheidung für einen bestimmten Anbieter zu rechtfertigen.

2) Das Assimilations-Akkomodations-Modell (Piaget, 1995), angewandt auf die Bewertung von Pflegeleistungen, geht von einem Soll-Ist-Vergleich aus, in dem Erwartungen mit der Realität verglichen werden. Wenn die realen Verhältnisse nicht oder schwer zu beeinflussen sind, werden die Erwartungen bereits vorab niedrig gehalten oder durch den Erfahrungsprozess angepasst (Bendel et al, 2000). In diesem Zusammenhang ist auch das von Bruggemann et al. (1975, zit. in Aust, 1994, S. 37) beschriebene Konzept der resignativen Zufriedenheit zu sehen, einer Zufriedenheit, die aus herabgesenkten Ansprüchen, entsteht. Bruggemann et al. entwickelten auch das Konzept der Pseudo-Zufriedenheit, die durch Problemverdrängung und Verfälschung der Situation entsteht.

3) Wingenfeld und Schaeffer (2001) nähern sich der Tatsache hoher Zufriedenheitsquoten von einer anderen Seite, indem sie die Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit auf das Selbsterleben beschreiben. Personen die zu Hause gepflegt werden, sind durch ihre Gebrechlichkeit existenziell verunsichert, da für sie unklar ist, wie lange sie noch in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben können. Für viele ist die Perspektive eines Heimaufenthaltes gleichbedeutend mit dem Verlust von Selbstbestimmung, sozialer Ausgrenzung und Verlust von Lebensqualität schlechthin. Von der Hilfe fremder Personen, selbst bei alltäglichen Verrichtungen abhängig zu sein, wird zum bestimmenden Lebensgefühl. Pflegebedürftige haben daher ein hohes Sicherheitsbedürfnis, vor allem was die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Pflegekräfte betrifft. Diese werden zu einem Garanten für das Verbleiben in der gewohnten Umgebung und die daraus resultierende Verunsicherung der NutzerInnen begünstigt, so Wingenfeld und Schaeffer, eine positive Grundhaltung. Ein weiterer Aspekt betrifft das veränderte Selbstbild der Pflegebedürftigen. Die veränderte Situation fordert eine Anpassung des Selbstwertes und der Erwartungen an sich. Daraus resultiert ein starkes Bedürfnis nach Wertschätzung und Respekt von den Pflegekräften. Die große Bedeutung der Beziehungsgestaltung ergibt sich auch aus einer Öffnung der Intimsphäre. Die NutzerInnen ambulanter Pflege müssen körperliche Nähe und Berührungen von fremden Personen hinnehmen und die Organisation des Haushaltes mit den Pflegekräften abstimmen. Um diese Herausforderungen bewältigen zu können, wird meistens Wert auf eine stabile und vertrauensvolle Beziehung gelegt, weshalb der Lebensmittelpunkt frei von Spannungen bleiben soll. Konflikte mit Personen, die zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität einen Beitrag leisten, werden deshalb vermieden und Enttäuschungen bagatellisiert bzw. verschwiegen. Die veränderte Bedürfnisstruktur führt weiters dazu, dass Situationen wie eine alltägliche Unterhaltung oder ein Bad zu nehmen einen hohen Stellenwert bekommen und somit auch die Tätigkeit der Pflegekräfte, die diese Annehmlichkeiten ermöglichen (Wingenfeld & Schaeffer, 2001).

4) Durch die Selbstselektion der Befragungsteilnehmer und Teilnehmerinnen wird ebenfalls eine Verzerrung angenommen, da sich unter jenen, die eine Teilnahme verweigern, wahrscheinlich mehr Kritiker befinden. Bedingt durch den Ausfall der

kritischen Kunden könnte es somit ebenfalls zu höheren Zufriedenheitswerten kommen (Aust, 1994).

2.6.4 Arten der Befragung

Die Entscheidung für eine persönliche, schriftliche oder telefonische Befragung hängt von den zeitlichen und finanziellen Ressourcen sowie von der Art der benötigten Informationen ab. Jede Erhebungsmethode hat ihre Vor- und Nachteile, weshalb von Applebaum et al. (2004) eine Kombination mehrerer Methoden empfohlen wird. Die Vorteile einer schriftlichen Befragung sind die zeitliche Unabhängigkeit der Teilnehmer, niedrige Kosten, garantierte Anonymität und somit möglicherweise die Tendenz zu größerer Ehrlichkeit der Befragten. Die Beantwortung setzt ausreichendes Seh- als auch Lese- und Schreibvermögen voraus. Es besteht keine Möglichkeit der Rückfrage und Klärung bei Unklarheiten. Die niedrige Antwortrate lässt in der Regel an der Repräsentativität und Erfassung aller Zielgruppen zweifeln. Telefonische Befragungen ermöglichen Rückfragen der Befragten. Komplexere Erhebungsmethoden sind möglich und Testfragen zur Absicherung der Gültigkeit der Antworten durch den Interviewer sind möglich. Ausgeschlossen bleiben Personen ohne Telefon und gerade ältere Personen leiden oft unter Hörminderungen, die ein längeres Telefonat unmöglich bzw. sehr ermüdend machen. Für eine persönliche Befragung sprechen die Möglichkeit zusätzliche Informationen zur Umgebung und Lebenssituation der Befragten zu sammeln und auch stärker gesundheitlich beeinträchtigte Personen zu befragen. Gegen Einzelinterviews sprechen der hohe zeitliche und finanzielle Aufwand sowie die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten (Applebaum et al., 2004).

2.6.5 Qualität aus der Sicht der Kunden

In einer Reihung der Qualitätskriterien für die ambulante Pflege führt Coleman (2000, zit. nach Roth et al., 2004, S. 48) an: 1) Einhaltung der Zeiten, 2) Fertigstellung der Arbeit, 3) Zuverlässigkeit, 4) Nettes und sauberes Auftreten, 5) Ehrlichkeit und Vertrauenswürdigkeit, 6) Höflichkeit und Respekt. Auffallend an dieser Prioritätenliste, die eine Zusammenschau internationaler Forschungsergebnisse darstellt, ist, dass die Liste von

zwei relativ „formalen“ Kriterien angeführt wird, die nicht unmittelbar mit Beziehungsgestaltung etwas zu tun haben. Samuelsson und Wister (2000) haben bei einer kanadischen Studie die Erwartungen von Kunden ambulanter Pflegedienste (N = 70) erfragt. Die Reihung der primären Dimensionen führten zu folgender Prioritätenliste: 1) Persönliche Qualitäten und Kompetenzen der Pflegekräfte, 2) Persönliche Beziehung, 3) Kontinuität in der Betreuung, 4) Einfluss auf die Pflegebedingungen, 5) Verfügbare Zeit. Bendel et al. (2000) betonen, dass die Erwartungen an die Qualität spezifischer Dienstleistungen einem historischen Wandel unterworfen sind, situative Aspekte eine bedeutende Rolle spielen und nennen Zuwendung und Informationsverhalten, eingeschätzte Qualität und Kompetenz, Bürokratie, Zugänglichkeit aber auch Kosten als dominante Faktoren.

2.6.6 Studien zur Patienten- bzw. Kundenzufriedenheit

Johansson et al. (2002) suchten nach Faktoren, welche die Patientenzufriedenheit mit der erhaltenen Pflege in Krankenhäusern beeinflussen. In ihrer Literaturstudie wurden 30 Untersuchungen und Artikel aus Schweden, den USA und GB verwertet. Die Autoren führen folgende Faktoren an:

1) Soziodemographische Faktoren

Ältere Personen, Männer und Menschen mit niedrigerem Bildungsgrad tendierten zu höherer Zufriedenheit im Gegensatz zu jüngeren Personen, Frauen und Personen aus höheren Bildungsschichten.

2) Erwartungen

Die Erwartungen in Bezug auf die zu erbringende Pflegequalität waren für die Zufriedenheit von Bedeutung, wobei die Erfahrungen früherer Pflegeleistungen, soweit vorhanden, die Erwartungen beeinflussten.

3) Umgebungsbedingungen

Die Sauberkeit der Zimmer, der Bekleidung und Bettwäsche, das Verhältnis zu anderen Patienten, die Qualität des Essens und der Komfort wurden auch als Beurteilungskriterien herangezogen.

4) Kommunikation und Information

Klare und ausreichende Informationen über die Pflegehandlungen, zu einem frühen Zeitpunkt durch das Pflegepersonal, hatten ebenfalls einen Einfluss auf die Zufriedenheitswerte.

5) Partizipation

Als weiterer Aspekt zeigte sich das Bedürfnis in Entscheidungsprozesse involviert zu werden und ein Mitspracherecht zu haben.

6) Beziehung

Als bedeutend erwies sich auch eine gute Beziehung zwischen den Kunden und dem Pflegepersonal. Eine gute Beziehung wurde u.a. durch Verständnis, Respekt, Humor, Empathie, Aufmerksamkeit und die Möglichkeit sich für die Patienten Zeit zu nehmen, charakterisiert, wobei der Erstkontakt, für die Entwicklung der Beziehung, ein großes Gewicht hatte.

7) Fachkompetenz

Ein weiterer Faktor ist für Johansson et al. das Wissen und die Kompetenz der Pflegekräfte bei der Ausführung ihrer pflegerischen Tätigkeiten. Weiters zeigte sich, dass ein gutes Schmerzmanagement, eine Verminderung vorhandener Schmerzen oder die Nichtexistenz von Schmerzen, mit erhöhter Zufriedenheit korrelierte.

8) Organisationsstruktur

Die Zufriedenheit mit der erhaltenen Pflege erhöhte sich, wenn die Pflegekräfte gut verfügbar waren, die Patienten von wenigen Personen betreut wurden oder die Pflege von Pflegeteams mit individueller Pflegeplanung, Dokumentation und Qualitätssicherung

durchgeführt wurde. Die Organisationsstruktur übte auch indirekt, über die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit ihrem Arbeitsplatz, einen Einfluss auf die Bewertung der Kunden aus. Überarbeitete und unzufriedene Pflegekräfte beeinflussten die Wahrnehmung der Pflege durch die NutzerInnen negativ (Johansson et al., 2002).

Die von Johansson et al. angeführten Faktoren der Zufriedenheit mit der Pflege können nur mit Vorbehalt auf die Untersuchung der Zufriedenheit mit ambulanter Pflege übertragen werden, da es sich dabei vorwiegend um älteres Klientel, in ihrer gewohnten Umgebung, allerdings mit voraussichtlich höherem Anteil an chronifizierten Funktionsbeeinträchtigungen, handelt.

Als Beispiel, wie schwierig ein Modell auf der Grundlage einer einzigen Studie empirisch zu untermauern ist, möge die Untersuchung von Green und Davis (2005) genannt werden. Nach Literaturrecherche entwickelten diese ein Modell für die Zufriedenheit mit der Pflege. Als prädiktive Komponenten wurden angenommen: Selbstwahrnehmung der Pflegehandlungen durch die Pflegekräfte, urbanes bzw. ländliches Setting, Geschlecht der Pflegefachkraft, sowie Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen und Ethnizität der Kunden. Die Stichprobe setzte sich aus 900 Patientinnen und Patienten in Kliniken in Louisiana (USA) zusammen. Lediglich für das Alter konnte ein signifikanter Zusammenhang mit der Zufriedenheit festgestellt werden. Zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr waren die Kundinnen und Kunden mit der Pflegeleistung unzufriedener. Die Scores, sowohl für die Selbstwahrnehmung der PflegerInnen als auch für die Zufriedenheitswerte der NutzerInnen, waren sehr hoch und homogen. Die Daten reichten für die Bestätigung des Modells mittels linearer Regression nicht aus (Green & Davis, 2005).

Kruzich (2000) führt in seiner Übersicht über den Stand der Zufriedenheitsforschung in Pflegeheimen folgende Ergebnisse an: 1) Aufgrund der offensichtlichen Altersselektion in Pflegeheimen, im Gegensatz zu Patienten in Krankenhäusern, konnten keine Alterseffekte gefunden werden. 2) Bezüglich des Geschlechts gab es unterschiedliche Ergebnisse. Frauen erwiesen sich als zufriedener oder es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede. 3) Subjektive Gesundheit korrelierte positiv mit Zufriedenheit. 4)

Organisationsvariablen spielten ebenfalls eine Rolle. Gewinnorientierte Pflegeheime erzielten geringere Zufriedenheitswerte. Personen mit einem niedrigen körperlichen Funktionsniveau (ADL) waren bei häufigerem Wechsel der persönlichen BetreuerInnen und unpersönlich eingerichteten Zimmern unzufriedener, während Bewohnerinnen und Bewohner auf einem höheren Funktionsniveau mit geringerer Zufriedenheit reagierten, wenn das diplomierte Pflegepersonal häufiger wechselte (Kruzich, 2000). Einschränkend muss erwähnt werden, dass Kruzich in Bezug auf die einzelnen Prädiktoren (wie z.B. Geschlecht) nur jeweils eine Anzahl von ein bis drei Studien vorweisen kann.

Geron et al. (2000) untersuchten in den U.S.A eine Stichprobe mit den von ihnen entwickelten HCSM (The Home Care Satisfaction Measure), der aus 60 Items besteht und die Zufriedenheit mit fünf unterschiedlichen Diensten, nämlich Haushaltsführung (Homemaker), Pflegetätigkeiten (Home health aide), Pflege Management (Care Management Service), Zustellung von Mahlzeiten (Home-Delivered Meal Service) und Lebensmittellieferung (Grocery Service) erfasst. Die Stichprobe bestand aus 228 Personen, die von einem oder mehreren der angeführten ambulanten Dienste mindestens sechs Monate betreut wurden, davon 79,4 % Frauen, mit einem Durchschnittsalter von 75,5 Jahren. 458 Personen wurden vor dem persönlichen Interview telefonisch kontaktiert, 105 davon lehnten ab, die restliche Differenz zu den durchgeführten Interviews ergibt sich u.a. durch gesundheitliche Probleme und Wohnsitzwechsel (Geron et al., 2000).

Eines der Ziele der Studie war die Ermittlung von Prädiktoren der Gesamtzufriedenheit bzw. der Zufriedenheit mit den einzelnen Diensten. Zu diesem Zweck wurde das Geschlecht, das Alter, Ethnizität, die Aktivitäten des täglichen Lebens, die Neigung zu sozial erwünschten Antworten, Positionseffekte der Items, affektives Befinden und Kontrollüberzeugungen erhoben. Die Multiple Regressionsanalyse führte nur bei folgenden Prädiktoren zu einem signifikanten Ergebnis: Eine Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens führte zu einer geringeren Zufriedenheit mit der Haushaltsführung durch die ambulanten Dienste. Eine höhere Neigung zu sozial erwünschten Antworten führte auch zu höheren Zufriedenheitswerten bei der Gesamtzufriedenheit und der Zufriedenheit mit der Haushaltsführung. Bei den Kontrollüberzeugungen weisen höhere Werte in der Dimension „Mastery“ (Bewältigung,

Kontrolle) auf höhere Zufriedenheit mit der Haushaltsführung hin, während die Dimension „Constraints“ (Beschränkungen) bei den Pflēgetätigkeiten eine umgekehrte Tendenz anzeigen. Es konnten somit keine Effekte für das Geschlecht, das Alter, positive oder negative Affektivität und die Position der Items gefunden werden. Geron et al. begründen dies mit der geringen Stichprobenzahl, denn von den 228 Studienteilnehmern erhielten nur 40,8 % zusätzlich zum Pflegemanagement eine Unterstützung durch Hauskrankenpflege und nur 24,6 % Lebensmittelzustellung während es bei der Haushaltshilfe 92,1 % waren. Als weiteres Problem führen die AutorInnen die hohe Zahl der Non-Responder an und die damit verbundene Unklarheit, ob deren Zufriedenheitswerte sich von jenen der Teilnehmern unterscheiden (Geron et al, 2002).

Bear und Sauer (2000) führten ebenfalls eine Zufriedenheitsstudie in den U.S.A durch, bei der mehrere Dienste (Haushaltshilfe, zugestellte Mahlzeiten, Pflege, Transport, Telefonservice und/oder Freiwillige, die bei div. Tätigkeiten unterstützen) evaluiert wurden. Der Großteil der 280 Klienten des CBS (Community-based Services) wurde telefonisch mit dem von Geron et al. (2002) entwickelten HCSM befragt. Die Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war, dass zumindest einer der Dienste in Anspruch genommen wurde. Es konnte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen beim Haushaltsservice dahingehend festgestellt werden, dass Männer zufriedener waren als Frauen. Bear und Sauer bringen dieses Ergebnis mit den höheren Standards von Frauen bei der Reinigung und diversen Haushaltstätigkeiten in Verbindung. Personen mit niedrigerem Einkommen waren mit dem zugestellten Essen zufriedener als jene mit höherem Einkommen, was mit den höheren Erwartungen der einkommensstärkeren Schichten in Verbindung gebracht wird. Wie bei Geron (2000) erwiesen sich die Stichprobengrößen bei dieser Untersuchung für die einzelnen Dienste als sehr unterschiedlich. Während 185 Personen das Haushaltsservice in Anspruch nahmen, bekamen nur 30 Personen ihre Mahlzeiten zugestellt (Bear & Sauer, 2000).

Eine Studie zur Patientenzufriedenheit mit der erhaltenen Pflege wurde im deutschsprachigen Raum von Müller-Staub, Meer, Briner, Probst und Needham (2008) durchgeführt. Die Stichprobe bestand aus 114 ambulanten Patienten des Notfallzentrums der Universitätsklinik in Bern. Die Patienten wurden auch nach ihrem körperlichen und

emotionalen Empfinden während des Aufenthalts befragt. Es konnte ein negativer Zusammenhang zwischen Schmerz, Angst, subjektiv empfundener Belastung und der Zufriedenheit mit der erhaltenen Pflege gefunden werden und ein längerer Aufenthalt (mehr als 9,25 Stunden) führte zu einer geringeren Zufriedenheit (Müller-Staub et al., 2008). Die Ergebnisse können aber nur mit Vorbehalt auf die Hauskrankenpflege umgelegt werden, da es sich um eine Stichprobe mit einem Durchschnittsalter von 45, 8 Jahren handelte und die Personen im Krankenhaus versorgt wurden.

Thi, Briancon, Empereur und Guillemin (2002) errechneten mittels stufenweiser logistischer Regression, dass mit zunehmendem Alter und besserem Gesundheitszustand die Zufriedenheit der französischen Patienten mit der pflegerischen und medizinischen Versorgung im Krankenhaus signifikant anstieg. Männer tendierten bei einigen Zufriedenheitsdimensionen zu höherer Zufriedenheit als Frauen. Der positive Zusammenhang von subjektiver Gesundheit, sowohl der allgemeinen als auch mentalen Gesundheit, und der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung konnte bei einer amerikanischen Stichprobe von Personen über dem 65 Lebensjahr bestätigt werden. Bei einer Befragung der Haushalte mittels Single-Items für jede Dimension (z.B. Allgemeine Gesundheit, Mentale Gesundheit) waren Frauen allerdings zufriedener mit der medizinischen Versorgung als die Männer. Marshall, Hays und Mazel (1996) befragten Kunden von niedergelassenen Ärzten, Psychologen und Organisationen der Gesundheitsfürsorge zweimal innerhalb eines Jahres, wobei sich ein signifikanter Zusammenhang von Zufriedenheitswerten und dem psychischen Gesundheitszustand zeigte, während sich dies für den körperlichen Zustand und der Zufriedenheit nicht nachweisen ließ. Die AutorInnen interpretieren die Ergebnisse des Linearen Strukturgleichungsmodells dahingehend, dass der Einfluss des körperlichen Zustandes auf die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung geringer ist, als bisher angenommen und wahrscheinlich aus einem zu Grunde liegenden mentalen Status resultiert. Young, Meterko und Desai (2000) konnten für die Zufriedenheit mit der Pflege im Krankenhaus ebenfalls den Gesundheitsstatus und das fortgeschrittene Alter als Prädiktoren ermitteln, während dies beim Einfluss des Geschlechts nicht möglich war.

Moret et al. (2007) interpretierten die Daten von zwei unterschiedlichen Untersuchungen an mehr als 9100 Personen in französischen Krankenhäusern dahingehend, dass der Zusammenhang zwischen Zufriedenheit mit der medizinischen bzw. pflegerischen Versorgung und dem Alter der Befragten bis zum 65. Lebensjahr positiv linear verläuft und danach abfällt. Jayasinghe et al. (2008) konnten bei männlichen Befragten, jünger als 40 Jahre, gut ausgebildet, mit schlechterem Gesundheitszustand, eine kritischere Patientenhaltung gegenüber der hausärztlichen Versorgung in Australien nachweisen, was sie auf eine höhere Erwartung dieser Patientengruppen zurückführen. Foss (2002) konnte mit ihrer Untersuchung Ergebnisse aus Vorstudien bestätigen, die niedrigere Zufriedenheitswerte mit der Pflege im Krankenhaus bei Frauen zeigten, während sich diese Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die medizinische Versorgung nicht fanden. Offensichtlich wird vom Pflegepersonal mehr an persönlicher und zeitlicher Anteilnahme erwartet als von ärztlicher Seite. Foss und Hofoss (2004) kamen nach einer quantitativen und qualitativen Analyse von Patientenbefragungen in einem norwegischen Krankenhaus zu dem Schluss, dass Frauen andere Prioritäten bei der Behandlung durch das Pflegepersonal haben. Während Männer sich über Behandlungsfehler und Wartezeiten aufgrund fehlender Organisation beschwerten, meinten Frauen, dass sie zu wenig beachtet und respektiert wurden bzw. lange warten mussten, weil sie offensichtlich nicht wichtig genug wären. Ob diese Patientenbewertungen tatsächlich auf unterschiedliche Behandlung durch das Pflegepersonal verursacht wurden, konnte im Rahmen der Untersuchung von Foss und Hofoss nicht geklärt werden.

2.6.7 Zusammenfassung und Ausblick

Bisherige Untersuchungen sprechen für eine psychische Anpassungsfähigkeit auf die veränderte Lebens- und Gesundheitssituation von Menschen im Alter. Es wird allerdings auch der Zusammenhang von chronischen, körperlichen Funktionseinschränkungen und dem psychischen Wohlbefinden evident und die Bedeutung familiärer bzw. sozialer Kontakte für die GBLQ (Gesundheitsbezogene Lebensqualität) im Alter zeigte sich in verschiedenen Studien. Soziodemographische Variable wie Geschlecht, Alter, Bildung und Einkommen beeinflussen die GBLQ ebenfalls, allerdings konnte der Zusammenhang nicht für alle Kohorten im Alter bzw. alle Dimensionen der GBLQ nachgewiesen werden.

Aufgrund der unterschiedlichen Populationen und angewandten Messinstrumente, wie z.B. SF-36, SF-12, EQ-5d, können die Ergebnisse nicht ohne weiteres verallgemeinert werden.

Weiters lässt sich ein Trend bei den Ergebnissen der Patientenzufriedenheit erkennen. Der Einfluss des Gesundheitszustandes bzw. der subjektiven Gesundheit auf die Zufriedenheit mit der medizinischen bzw. pflegerischen Versorgung zieht sich wie ein roter Faden durch den Großteil der Untersuchungen. Ein schlechter Gesundheitszustand erhöht die Wahrscheinlichkeit einer kritischeren Beurteilung des Leistungsangebots. Auch hinsichtlich des Alters ist ein stabiler Trend zu erkennen. Mit zunehmendem Alter dürfte die Bereitschaft zu höheren Zufriedenheitsbewertungen steigen, wobei es auch Hinweise auf eine Umkehrung dieser Tendenz im höheren Alter gibt. Sowohl für Männer als auch Frauen lassen sich Studien mit höheren Zufriedenheitswerten finden. Es gibt jedoch auch Untersuchungsergebnisse, die keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden konnten. Der folgende empirische Teil geht der Frage nach, welchen Einfluss die genannten Faktoren auf die Lebensqualität bzw. Zufriedenheit mit der ambulanten Pflege haben.

3 Empirischer Teil

3.1 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist die deskriptive Erfassung der psychischen, physischen und sozialen Lebensqualität sowie der Zufriedenheit mit der erhaltenen Pflege von Personen die von der Caritas der Diözese „Betreuen und Pflege zu Hause“ betreut werden. In einem weiteren Schritt soll geklärt werden, ob es einen Einfluss des Geschlechts und der Pflegestufe auf die unterschiedlichen Dimensionen der Lebensqualität, den Neurotizismus (Emotionale Instabilität), die Anzahl der Sozialkontakte und die KundInnenzufriedenheit gibt und ob es zwischen den Pflegestufen signifikante Altersunterschiede gibt. Weiters wird der Einfluss von soziodemographischen Variablen wie z. B. Bildungsgrad, Berufslaufbahn oder Wohnregion auf die Lebensqualität und Kundenzufriedenheit untersucht.

3.1.1 Auswahl der Stichprobe und Ablauf der Befragung

Es wurde eine Stichprobe von 80 Personen angestrebt, davon jeweils die Hälfte Männer und Frauen, verteilt auf die Pflegestufen eins bis fünf. Die Befragten sollten sich weiters auf die drei Regionen Zentralraum, Mostviertel und Waldviertel aufteilen. Voraussetzung für die Auswahl war eine Betreuung durch die Caritas Hauskrankenpflege in den letzten sechs Monaten. Aus ökonomischen und organisatorischen Gründen wurden nur gespeicherte Kontakte sechs Monate und im letzten Monat vor der Befragung in der KlientInnendatenbank von einer Mitarbeiterin der Organisation abgefragt. Tabelle 1 zeigt die Verteilung der Kundinnen und Kunden der Caritas Hauskrankenpflege im September 2009 in Bezug auf die Pflegestufen eins bis sieben. Für 200 Personen wurde ein Antrag gestellt und noch kein Bescheid ausgestellt, was mit den Personen, die bereits eine Einstufung hatten, eine Gesamtbetreuungszahl von 2079 Personen ausmacht.

Tabelle 1: Verteilung der Kunden in Bezug auf die Pflegestufen 9/2009

	Stufe1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7
Personen/ Stufe	226	592	360	370	208	51	72

Nach einer ersten Auswahl durch das Computerprogramm der Caritas Hauskrankenpflege nach den Eingebekriterien Geschlecht, Pflegestufe, Region und Beratungszeitraum wurden die EinsatzleiterInnen der betreffenden Sozialstationen über die Befragung informiert. Sie wurden weiters ersucht, KlientInnen, die aufgrund einer Demenz oder anderen Erkrankungen nicht befragungsfähig waren, aus der übermittelten Personenliste zu streichen. Die restlichen Personen wurden bei Hausbesuchen der ambulanten Betreuung um das Einverständnis mit der Befragung ersucht und ein Informationsblatt wurde den Betroffenen überreicht. Danach wurde eine Liste mit Personen, die einer Befragung zustimmten, an mich übermittelt. Die Terminvereinbarungen mit den Untersuchungsteilnehmern erfolgte von mir mit den Leitern und Leiterinnen der Sozialstationen oder mit den Befragten selbst.

Die Befragung fand im Februar 2010 statt. Es wurden insgesamt 85 Personen mit einem mehrteiligen Fragebogen in ihrer gewohnten Umgebung zu Hause interviewt. Davon wurden fünf Personen nicht in die Stichprobe aufgenommen. Es handelte sich um Männer der Pflegestufe fünf. Zwei der Untersuchungsteilnehmer waren aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes nicht bzw. nicht ausreichend befragungsfähig. Drei weitere Personen waren für die Pflegestufe fünf aufgrund ihrer Erkrankung in jungen Jahren, der persönlichen und finanziellen Ressourcen und des sozialen Status untypisch, was zu einer nicht repräsentativen Besetzung dieser Gruppe geführt hätte. Es konnte keine ausreichende Anzahl männlicher Untersuchungsteilnehmer mit dieser Pflegestufe gefunden werden, da diese Pflegestufe seltener vergeben wird, die gelisteten Personen entweder nicht befragungsfähig oder ebenfalls zu jung im Verhältnis zu dieser Untersuchungsgruppe waren. Für weitere Auswertungen bleibt diese Zelle daher unbesetzt.

3.1.2 Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit SPSS 17 für Windows. Als Signifikanzniveau wurde generell ein Alpha von 5 % angenommen.

3.2 Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe

3.2.1 Alter

In die Stichprobe wurden 80 Personen mit einem Alter von 43 bis 98 Jahren aufgenommen. Der Mittelwert beträgt 81.7 Jahre bei einer Standardabweichung von 10.06 Jahren. Der Median liegt bei 84 Jahren. Abbildung 1 zeigt die Altersverteilung.

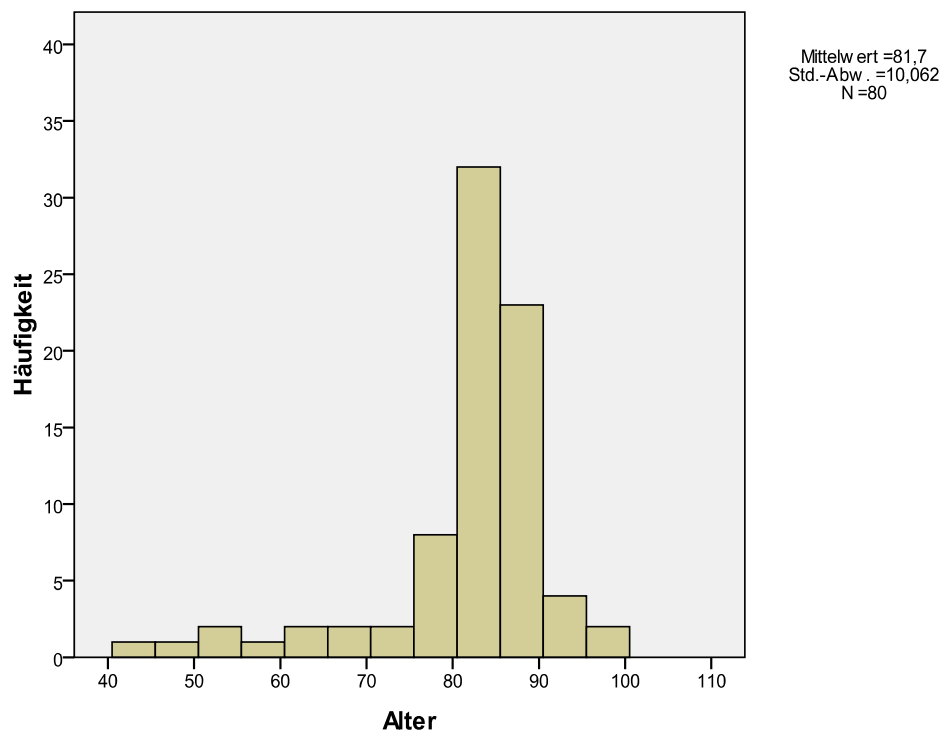


Abbildung 1: Altersverteilung

3.2.2 Geschlecht

Die Gesamtstichprobe setzt sich aus 45 Frauen und 35 Männern zusammen. Der Mittelwert für das Alter der Frauen als auch der Männer beträgt 81.7. Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Geschlechter sowie die Gesamtzahl der Personen in den drei Altersgruppen. Die Gruppe der Personen über 80 Jahren ist mit 61 Personen deutlich am stärksten repräsentiert.

Tabelle 2: Altersklassen

			Altersklassen			Gesamt
			Bis 60 a	61- 80 a	Über 80 a	
Geschlecht	weiblich	Anzahl	3	6	36	45
		% der Gesamtzahl	3,8%	7,5%	45,0%	56,3%
	männlich	Anzahl	2	8	25	35
		% der Gesamtzahl	2,5%	10,0%	31,3%	43,8%
Gesamt		Anzahl	5	14	61	80
		% der Gesamtzahl	6,3%	17,5%	76,3%	100,0%

3.2.3 Schulbildung

Bei der Erhebung des höchsten Schulabschlusses standen folgende Ausprägungen zur Auswahl: kein Pflichtschulabschluss, Pflichtschulabschluss (Volksschule, Hauptschule, Polytechnikum), Lehrabschluss, Matura, Universität bzw. Akademie und Sonstiges (z.B. Mittelschule, Fachschule).

Tabelle 3: Schulabschluss

Schulabschluss	Häufigkeit	Prozent
Keiner	2	2,5
Pflichtschule	59	73,8
Lehre	15	18,8
Matura	1	1,3
Universität, Akademie	1	1,3
Sonstiges (z.B. Mittelschule)	2	2,5
Gesamt	80	100,0

Die Tabelle 3 zeigt die Verteilung der Schulbildung. Die Gruppe der Pflichtschulabsolventen ist mit 59 Personen am stärksten vertreten, gefolgt von 15 AbsolventInnen einer Lehre. Die restlichen Zellen sind mit nur ein bis zwei Personen besetzt.

3.2.4 Wohnsituation

Die Variable Wohnsituation wurde mit den Ausprägungen Haus, Wohnung und Sonstiges (z.B. Wohngemeinschaft) erfasst. Von den Befragten leben 62 in einem Haus und 18 in einer Wohnung.

3.2.5 Leben in einer Haushaltsgemeinschaft

Die Variable Haushaltsgemeinschaft wurde anhand folgender Antwortmöglichkeiten erfragt: Alleine lebend, mit PartnerIn/Ehemann bzw. Ehefrau im selben Haushalt, mit Familie im selben Haushalt, Sonstiges (z.B. mit Familie im selben Haus). Tabelle 4 zeigt die Verteilung der Stichprobe in Bezug auf das Leben in einer Haushaltsgemeinschaft.

Tabelle 4: Leben in Haushaltsgemeinschaften

	Häufigkeit	Prozent
alleine lebend	24	30,0
mit Partner	30	37,5
mit Familie im selben Haushalt	21	26,3
Sonstiges (z.B. im selben Haus mit Familie)	5	6,3
Gesamt	80	100,0

3.2.6 Berufslaufbahn

Für die Frage nach der beruflichen Tätigkeit, welche die Befragten am längsten inne hatten, standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: Arbeiter(in), Facharbeiter(in), Meister, Angestellte(r), Beamte(r), Selbständige(r) und Freiberufler(in), Hausfrau, Ohne Beschäftigung und Sonstiges (z.B. Landwirt). Von den Befragten waren 18 Arbeiter bzw. Arbeiterinnen, 11 Facharbeiter bzw. Facharbeiterinnen, 2 Angestellte, 2 Beamte, 4 Selbständige bzw. Freiberufler, 21 Hausfrauen und 2 Personen großteils ohne berufliche Beschäftigung. Abbildung 2 veranschaulicht die Verteilung der Berufsgruppen nach Geschlecht.

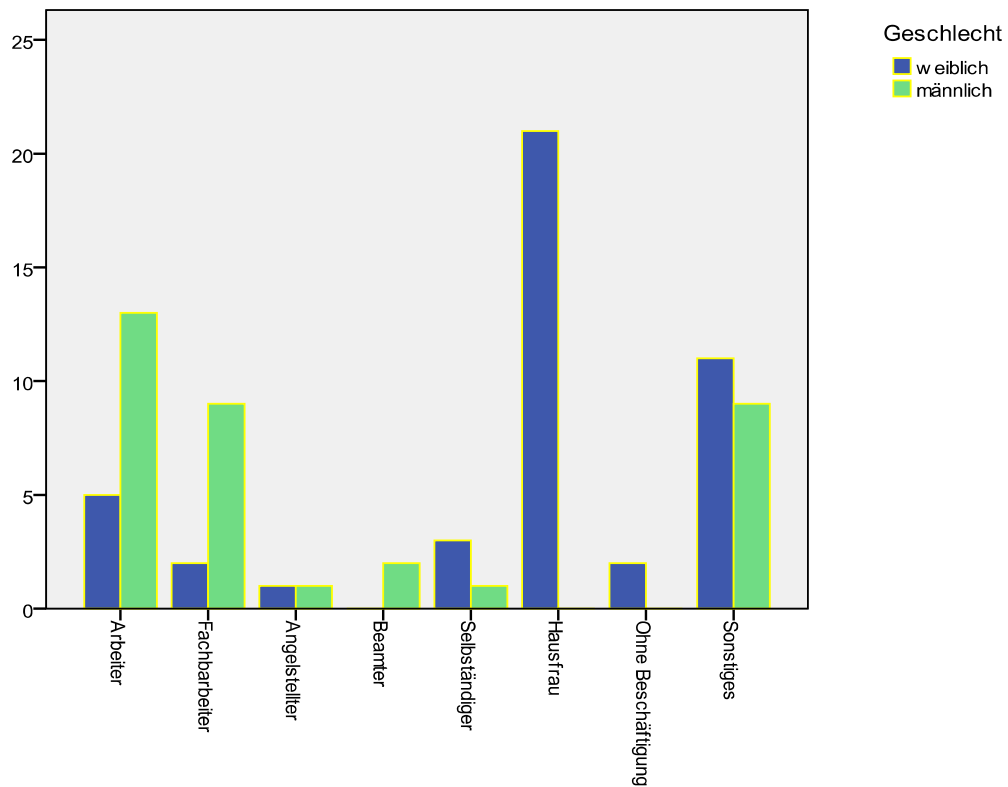


Abbildung 2: Verteilung Beruf nach Geschlecht

3.2.7 Region

Das Betreuungsgebiet der Caritas St. Pölten ist in drei Regionen gegliedert. Die Anzahl der Befragten verteilte sich folgendermaßen: 1) Zentralraum: 28 Personen (35 %), 2) Mostviertel: 34 Personen (42,5 %), 3) Waldviertel: 18 Personen (22,5 %).

3.3 Konstruktion des Gesamtfragebogens

Der für die Untersuchung verwendete Fragebogen besteht aus vier Fragebogenteilen:

- 1) Fragebogen zur Lebensqualität (12 Items)
- 2) Fragebogen zur Zufriedenheit mit „Betreuen und Pflege zu Hause“ (18 Items)
- 3) Fragebogen zum Neurotizismus (Emotionale Instabilität, 6 Items)

4) Soziodemographischer Fragebogen (5 Items)

Im Februar 2010 wurden vier Probeinterviews mit Personen, die zu Hause von Pflegediensten betreut werden, durchgeführt. Es wurden dabei auch unterschiedliche Antwortformate beim Fragebogen zur Kundenzufriedenheit ausprobiert. Aufgrund der Rückmeldungen wurde das Antwortformat des Entwurfes auf ein Schulnotensystem (Sehr Gut bis Nicht Genügend) umgestellt, und Fragen diesbezüglich angepasst und einige Items noch einfacher formuliert. Eine ursprüngliche vorgesehene Kurzform des NEO-FFI (30 Items) mit den entsprechenden fünf Dimensionen, wurde in der ersten Woche der Befragung auf die Dimension Neurotizismus eingegrenzt, da die Beantwortung für einige Personen aufgrund der Fragebogenlänge zu erschöpfend war.

3.3.1 Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität

3.3.1.1 WHOQOL-Bref (*WHO Instrument zur Erfassung der Lebensqualität*)

Nicht nur medizinische Kriterien, sondern auch die Erhebung der subjektiven Perspektive von Patienten und Patienten sind maßgebend für die Beurteilung pflegerischer bzw. medizinischer Versorgungsleistung. Im Rahmen des WHOQOL Projekts wurde mit dem WHOQOL–100 ein internationales Instrument zur Messung subjektiver Lebensqualität entwickelt (Angermeyer, Kilian, Matschinger, 2000). Als Grundlage für die vorliegende Untersuchung wurde die Kurzform, der WHOQOL-Bref, gewählt, dessen psychometrische Eigenschaften auch in Deutschland überprüft wurden. Der WHOQOL-Bref hat 26 Items und setzt sich aus folgenden Domänen zusammen: 1) Globalwert (2 Items), 2) Physische Domäne (7 Items), 3) Psychische Domäne (6 Items), 4) Soziale Beziehungen (3 Items), 5) Umweltdomäne (8 Items). Die Beantwortung erfolgt anhand einer fünfstufigen Skala. Die Kodierung der fünf Antwortkategorien erfolgte von eins bis fünf, d.h. höhere Werte stehen für eine höhere Einschätzung der Lebensqualität. Item 1 und Item 26 des WHOQOL-Bref wurden bei der Auswertung umkodiert, da bei den vorgegebenen Antwortkategorien hohe Werte für stärkere Ausprägungen bei Schmerzen bzw. negativen Gefühle standen.

3.3.1.2 Adaptierter Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität (12 Items, Nr. 1-12)

Von den 26 Items des WHOQOL-Bref wurden für die vorliegende Befragung insgesamt 11 Items von drei Domänen ausgewählt. Diese drei Domänen erfassen die individuelle Lebensqualität im körperlichen, mentalem/emotionalen und sozialem Lebenskontext. Die Psychische Domäne wurde um das Item F 5,1 aus dem WHOQOL-100 ergänzt („Wie würden Sie Ihr Gedächtnis beurteilen“). Weggelassen wurde die Umweltdomäne, da sich das Lebenszentrum pflegebedürftiger Menschen, vor allem in den höheren Pflegestufen, mehr in den Privatbereich verlegt. Bei den übrigen drei Domänen wurden die Items 4, 11, 18, 19 und 21 weggelassen, da sie wie viele Items der Umweltdomäne, zu den Lebensumständen der Betroffenen nicht passten (z.B. „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit“).

1) Physische Domäne (Item Nr. 3, 10, 15, 16 und 17 des WHOQOL-Bref)

Diese Domäne erfasst unangenehme körperliche Empfindungen wie z. B. Schmerz und die Bewertung des Ausmaßes der Beeinträchtigung. Weiters wird die Fähigkeit, sich durch Schlaf zu erholen und die Energie für die Aufgaben des Alltages erfasst.

2) Psychische Domäne (Item Nr. 5, 6, 7, 26 des WHOQOL-Bref und Item Nr. F 5,1 des WHOQOL-100)

Die psychische Domäne misst inwieweit jemand durch negative Gefühle beeinträchtigt wird, aber auch in welchem Ausmaß das Leben genossen werden kann. Mentale Aspekte wie die Beurteilung der eigenen Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisleistung fallen ebenfalls in diesen Bereich.

3) Soziale Beziehungen (Item Nr. 20 und 22 des WHOQOL-Bref)

Diese Domäne erfasst die Zufriedenheit der befragten Person mit ihren persönlichen Beziehungen und in welchem Ausmaß sie die erwünschte praktische Unterstützung bekommt.

Itembeispiele:

Beispiel 1 (Psychische Domäne):

Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?

- a. Überhaupt nicht
- b. Ein wenig
- c. Mittelmäßig
- d. Ziemlich
- e. Äußerst

Beispiel 2 (Physische Domäne):

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit alltägliche Dinge zu erledigen?

- a. Sehr unzufrieden
- b. Unzufrieden
- c. Weder zufrieden noch unzufrieden
- d. Zufrieden
- e. Sehr zufrieden

3.3.2 Fragebogen zur Zufriedenheit

3.3.2.1 Ein Fragebogenentwurf als Vorlage

2004 wurde von der Frey Akademie zusammen mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Caritas ein Fragebogen zur Kundenzufriedenheit mit dem Bereich „Betreuen und Pflege zu Hause“ entworfen. Die geplante Befragung fand damals nicht statt. Der entwickelte Fragebogen wurde für die vorliegende Untersuchung adaptiert. Der Entwurf aus dem Jahr 2004 bestand aus 37 Fragen, mit fünf Antwortkategorien (Stimmt überhaupt nicht; Stimmt eher nicht; Stimmt eher schon; Stimmt voll und ganz; Kann ich nicht beurteilen). Die Fragen waren insgesamt 12 Themen zugeordnet (z.B. Umgang mit Kunden, Soziale Unterstützung). Zwei offene Fragen zu besonders positiven bzw. negativen Erfahrungen

und demografische Fragen zu Geschlecht, Alter und zuständige Sozialstation folgten auf die standardisierten Fragen.

3.3.2.2 *Der adaptierte Fragebogen zur Kundenzufriedenheit (18 Items, Nr. 13-30)*

Der für die Untersuchung adaptierte Fragebogen besteht aus 18 standardisierten Fragen. Ein Teil davon wurde von der Pflegedienstleitung vorgeschlagen. Die Auswahl geschah anhand von inhaltlichen Gesichtspunkten. Es wurde versucht, die unterschiedlichen thematischen Aspekte der ambulanten Betreuung zu erfassen, wie z.B. Verlässlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Erreichbarkeit, Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, und Beratungsqualität. Einige Fragen betreffen die Zufriedenheit mit Strukturqualität, wie z.B. die Kontinuität der Betreuung und Übersichtlichkeit der Abrechnung. Ein Item bezieht sich auf die Gesamtzufriedenheit mit dem Angebot. Als Antwortkategorien wurde eine Bewertung nach den Schulnoten von „Sehr Gut“ bis „Nicht Genügend“ und eine Antwortkategorie für den Fall, dass der entsprechende Betreuungsaspekt nicht beurteilt werden kann, gewählt. Die Antwortkategorien wurden umkodiert, sodass schlechten Schulnoten (z.B. Nicht Genügend) niedrige Werte (z.B. eins) und guten Schulnoten (z.B. Sehr Gut) hohe Werte (Fünf) zugeordnet wurden. Die Nicht-Beurteilung wurde mit Null kodiert.

Itembeispiel:

Bitte bewerten Sie...wie gut Sie sich von den MitarbeiterInnen verstanden fühlen

- a) Sehr Gut
- b) Gut
- c) Befriedigend
- d) Genügend
- e) Nicht Genügend
- f) Kann ich nicht beurteilen

3.3.3 Kurzform der Neurotizismusskala des NEO-FFI (6 Items, Nr. 31-36)

Das NEO-FFI (NEO-Fünf-Faktoren-Inventar) nach Costa und McCrae, ein faktorenanalytisch konstruierter Fragebogen mit 60 Items, erfasst Persönlichkeitsmerkmale

in den Bereichen Extraversion, Neurotizismus, Offenheit für Erfahrung, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit (Borkenau & Ostendorf, 2008). Die letztlich vorgegebene Fragebogenversion für die Befragung der CaritasKunden enthält die sechs Items des NEO-FFI mit der höchsten Trennschärfe. Die höchste Korrelation mit den restlichen Items der Neurotizismusskala haben die Items 6, 16, 26, 41, 46 und 51, die für diesen Fragebogenteil ausgewählt wurden. Die Kodierung der Antwortkategorien (Stimmt, Stimmt etwas, Weder noch, Stimmt eher nicht, Stimmt nicht) erfolgte von vier bis null. Hohe Werte bedeuten eine höhere emotionale Instabilität als niedrige Werte. Die Items 16 und 46 des NEO-FFI wurden umkodiert.

Die Skala Neurotizismus darf nicht als Versuch eine psychische Störung zu diagnostizieren missverstanden werden. Sie dient der Messung individueller Unterschiede bezüglich der emotionalen Stabilität und Labilität. Es handelt sich um eine Persönlichkeitseigenschaft in der Menschen sich graduell voneinander unterscheiden. Personen mit hoher Ausprägung berichten häufiger von negativen Gefühlszuständen und Sorgen.

Itembeispiel:

Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.

- a) Stimmt
- b) Stimmt etwas
- c) Weder noch
- d) Stimmt eher nicht
- e) Stimmt nicht

3.3.4 Soziodemographischer Fragebogen (5 Items, Nr. 37-41)

Die fünf Items des soziodemographischen Fragebogens erfassen

- 1) die Wohnsituation (z.B. Haus, Wohnung)
- 2) das Leben in einer Haushaltsgemeinschaft (z.B. alleine lebend, mit PartnerIn)
- 3) die Dicht des sozialen Netzwerkes (Anzahl der Bezugspersonen)
- 4) den Schulabschluss (z.B. Pflischtschulabschluss, Lehrabschluss, Matura)
- 5) die berufliche Position, die jemand die längste Zeit inne hatte

Bei der Dichte des sozialen Netzwerkes wurde die Anzahl der Personen erfragt, zu denen die Betroffenen mindestens einmal wöchentlich bzw. mindestens einmal monatlich Kontakt haben. Dieser Wert wurde dann zur *Mindestanzahl an Sozialkontakten pro Monat* umgerechnet, um ein einheitliches Maß für weitere Berechnungen zu haben.

3.4 Fragestellungen und Hypothesen

3.4.1 Fragestellungen

Die Fragestellungen lassen sich in zwei Themenbereiche einteilen:

3.4.1.1 Die Lebensqualität (LQ)

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Sozialen, Psychischen, Physischen Lebensqualität und dem Neurotizismus, dem Alter, sowie der Anzahl der monatlichen Sozialkontakte?

Unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich der Sozialen, Psychischen und Physischen Lebensqualität?

Unterscheiden sich Männer und Frauen in Bezug auf die Emotionale Stabilität, das Alter und die Anzahl der monatlichen Sozialkontakte?

Gibt es einen Unterschied zwischen den Pflegestufen hinsichtlich der Sozialen, Psychischen und Physischen Lebensqualität?

Unterscheiden sich die Pflegestufen in Bezug auf den Neurotizismus, das Alter und die Anzahl der monatlichen Sozialkontakte?

Gibt es Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Wohnsituationen, der Art der Haushaltsgemeinschaft, dem Bildungsgrad, der beruflichen Laufbahn bzw. der Wohnregion in Bezug auf die Soziale, Psychische und Physische Lebensqualität?

3.4.1.2 Die Kundenzufriedenheit mit der ambulanten Betreuung

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Kundenzufriedenheit und der Sozialen, Psychischen, Physischen Lebensqualität, dem Neurotizismus, dem Alter, der Anzahl der Sozialkontakte pro Monat, der subjektiven Belastung durch Schmerzen?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Item zur Gesamtzufriedenheit und der Skala zur Kundenzufriedenheit?

Unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der Betreuung?

Unterscheiden sich die Pflegestufen in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Betreuung?

Gibt es Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Wohnsituationen, der Art der Haushaltsgemeinschaft, dem Bildungsgrad, der beruflichen Laufbahn bzw. der Wohnregion in Bezug auf die Kundenzufriedenheit?

3.4.2 Hypothesen

Aus den genannten Fragestellungen lassen sich folgende Hypothesen zu zwei Themenbereichen formulieren:

3.4.2.1 Hypothesen zu den drei Dimensionen der Lebensqualität (LQ)

H1: Es gibt statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen den drei Domänen der LQ (Soziale LQ, Psychische LQ, Physische LQ) und dem a) Neurotizismus, b) der Anzahl monatlicher Sozialkontakte, c) dem Alter.

H2: Es gibt signifikante Zusammenhänge zwischen den drei Dimensionen der LQ.

H3: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern bei der a) Sozialen LQ, b) der Psychischen LQ, c) der Physischen LQ, d) der monatlichen Sozialkontakte, e) dem Neurotizismus, f) dem Alter.

H4: Es gibt statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei den Frauen in Bezug auf a) die Soziale LQ, b) die Psychische LQ, c) die Physische LQ, d) den Neurotizismus, e) die monatlichen Sozialkontakte, f) das Alter.

H5: Es gibt statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei den Männern in Bezug auf a) die Soziale LQ, b) die Psychische LQ, c) die Physische LQ, d) den Neurotizismus, e) die monatlichen Sozialkontakte, f) das Alter.

H6: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Personen die in Häusern leben und jenen die in Wohnungen leben in Bezug auf a) die Soziale LQ b) die Psychische LQ, c) die Physische LQ, d) die Anzahl der Sozialkontakte pro Monat.

H7: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Haushaltsgemeinschaft in Bezug auf die a) Soziale LQ, b) Psychische LQ, c) Physische LQ, e) Neurotizismus, e) Sozialkontakten pro Monat.

H8: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Personen ohne Lehrberuf und jenen die eine Lehre bzw. höheren Abschluss absolviert haben in Bezug auf a) die Soziale LQ b) die Psychische LQ c) die Physische LQ.

H9: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Berufsgruppen in Bezug auf a) die Soziale LQ, b) die Psychische LQ, c) die Physische LQ.

H10: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Wohnregionen in Bezug auf a) die Soziale LQ b) die Psychische LQ, c) die Physische LQ.

3.4.2.2 Hypothesen zur Kundenzufriedenheit

H11: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Skala Kundenzufriedenheit und a) Sozialer LQ, b) Psychischer LQ, c) Physischer LQ, d) Neurotizismus, f) dem Item Schmerzfreiheit, g) Alter, e) der Anzahl monatlicher Sozialkontakte sowie h) dem Item Gesamtzufriedenheit.

H12: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Skala Kundenzufriedenheit.

H13: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei Frauen in Bezug auf die Kundenzufriedenheit.

H14: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei Männern in Bezug auf die Kundenzufriedenheit.

H15: Es gibt einen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Kundenzufriedenheit zwischen a) den Wohnformen, b) den verschiedenen Arten der Haushaltsgemeinschaft, c) den Bildungsgraden, d) den Berufsgruppen, e) den Wohnregionen.

3.5 Deskriptive Darstellung der Fragebogenergebnisse, Skalenbildung, Prüfung der Reliabilität

3.5.1 Lebensqualität

3.5.1.1 Skalenbildung und innere Konsistenz

Die inhaltliche Zuordnung der Items des Fragebogens zur Lebensqualität folgt dem WHOQOL-BREF mit den drei Domänen 1) Physische Gesundheit, 2) Psychische Gesundheit und 3) Soziale Beziehungen. Die innere Konsistenz wurde mit Cronbach's Alpha berechnet.

Für die Domäne Physische Gesundheit wurde ein Cronbach's Alpha = .62 berechnet. Für die Psychische Gesundheit ergab sich ein Alpha in der Höhe von .66 und für Soziale Beziehungen ein Alpha von .61. Tabelle 5 zeigt die Mittelwerte, den Median und die Standardabweichungen für die drei Domänen der Lebensqualität.

Tabelle 5: Deskriptive Ergebnisse für die drei Domänen der Lebensqualität (LQ)

	Soziale LQ	Psychische LQ	Physische LQ
Gültige Fälle	80	80	80
Mittelwert	6,825	15,600	14,287
Median	7,000	16,000	14,000
Standardabweichung	1,5813	3,005	3,019

3.5.2 Kundenzufriedenheit

Aus Tabelle 6 gehen die Noten hervor, die von den Kunden für die einzelnen Betreuungsaspekte vergeben wurden. Noten von eins bis fünf entsprechen dem Schulnotensystem, d.h. „Sehr gut“ steht für hohe Zufriedenheit. Die Spalte „Nicht beurteilt“ gibt den Anteil jener Personen wider, die Fragen mit „Kann ich nicht beurteilen“

beantwortet. Weiters ist die Häufigkeit der Vergabe der einzelnen Noten und der Anteil in Prozent an der Gesamtstichprobe angeführt. Bei der Häufigkeit der Notenvergabe zeigt sich, dass die Items Nr. 15, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26 und 28 einen hohen Anteil an nicht beurteilten Leistungen haben. Diese Items wurden gemeinsam mit Item Nr. 30 (Gesamtzufriedenheit) nicht für eine Skalenbildung herangezogen. Item Nr. 29. passt thematisch nicht zu den verbleibenden Items, da es hauptsächlich die Strukturqualität, also organisatorische Belange, erfasst, weshalb es als Einzelitem ausgewertet wurde. Aus der Verteilung der Benotung wird ersichtlich, dass mit Ausnahme von Item Nr. 23 (Angemessenheit des Kostenbeitrages), nur Noten zwischen Sehr Gut und Befriedigend vergeben wurden.

Tabelle 6: Deskriptive Statistik - Kundenzufriedenheit

Items	Noten	Häufigkeit	Prozent
13. Verstanden fühlen	Sehr gut	67	83,8
	Gut	13	16,3
	Gesamt	80	100
14. Sich an Abmachungen halten	Sehr gut	65	81,3
	Gut	14	17,5
	Befriedigend	1	1,3
	Gesamt	80	100,0
15. Sozialkontakte aufrechterhalten	Sehr gut	18	22,5
	Nicht beurteilt	62	77,5
	Gesamt	80	100,0
16. Verständliche Antworten	Sehr gut	59	73,8
	Gut	19	23,8
	Nicht beurteilt	2	2,5
	Gesamt	80	100,0
17. Mit Erkrankungen auskennen	Sehr Gut	42	52,5
	Gut	14	17,5
	Nicht beurteilt	24	30,0
	Gesamt	80	100,0

18. Ausreichend Zeit nehmen	Sehr Gut	63	78,8
	Gut	14	17,5
	Befriedigend	1	1,3
	Nicht Beurteilt	2	2,5
	Gesamt	80	100,0
19. Selbständigkeit fördern	Sehr Gut	16	20,0
	Gut	10	12,5
	Nicht beurteilt	54	67,5
	Gesamt	80	100,0
20. Erreichbarkeit	Sehr gut	38	47,5
	Gut	3	3,8
	Befriedigend	2	2,5
	Nicht beurteilt	37	46,3
	Gesamt	80	100,0
21. Besprechung d. Tätigkeiten	Sehr gut	63	78,8
	Gut	13	16,3
	Nicht beurteilt	4	95,0
	Gesamt	80	100,0
22. Beratung zusätzlicher Dienste	Sehr gut	19	23,8
	Gut	3	3,8
	Nicht beurteilt	58	72,5
	Gesamt	80	100,0
23. Angemessener Kostenbeitrag	Sehr gut	29	36,3
	Gut	22	27,5
	Befriedigend	9	11,3
	Genügend	1	1,3
	Nicht Genügend	1	1,3
	Nicht beurteilt	18	22,5
	Gesamt	80	100,0
24. Besprechung m. Pflegeverantwortlicher	Sehr gut	12	15,0
	Gut	3	3,8
	Nicht beurteilt	65	81,3
	Gesamt	80	100,0
25. Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen	Sehr gut	53	66,3
	Gut	7	8,8
	Nicht beurteilt	20	25,0
	Gesamt	80	100,0

26. Übersichtliche Kostenabrechnung	Sehr gut	38	47,5
	Gut	9	11,3
	Befriedigend	1	1,3
	Nicht beurteilt	32	40,0
	Gesamt	80	100,0
27. Pünktlichkeit	Sehr gut	56	70,0
	Gut	21	26,3
	Befriedigend	2	2,5
	Nicht beurteilt	1	1,3
	Gesamt	80	100,0
28. Beratung Pflegebehelfe	Sehr gut	29	36,3
	Gut	4	5,0
	Nicht beurteilt	47	41,3
	Gesamt	80	100,0
29. Kontinuität Betreuung	Sehr gut	56	70,0
	Gut	17	21,3
	Befriedigend	6	7,5
	Nicht beurteilt	1	1,3
	Gesamt	80	100
30. Gesamtzufriedenheit	Sehr gut	52	65,0
	Gut	25	31,3
	Befriedigend	3	3,8
	Gesamt	80	100,0

3.5.2.1 Die Skala „Kundenzufriedenheit“

Sechs Items, Nr. 13 (Verstanden fühlen), 14 (Abmachungen halten), 16 (Verständliche Antworten), 18 (Ausreichend Zeit nehmen), 21 (Besprechung der Tätigkeiten) und 27 (Pünktlichkeit) wurden aus theoretischen Gründen zur Skala *Kundenzufriedenheit* zusammengefasst. Diese erfasst thematisch die Interaktion mit den Pflegekräften bzw. BetreuerInnen. Es wurden weiters jene Items ausgewählt, die nur wenige „nicht beurteilt“ aufwiesen. Die Reliabilität wurde mit Cronbach`s Alpha = .83 ermittelt. Die innere Konsistenz der Skala kann somit als gut bezeichnet werden.

Die Notenbewertungen wurden dahingehend umkodiert, dass hohe Zufriedenheit mit hoher Punkteanzahl einhergeht (z.B. Sehr Gut ergibt fünf Punkte). Fehlende Werte der sechs

Items wurden durch Mittelwerte ersetzt. Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Mittelwerte, die massiv von einer Normalverteilung abweicht.

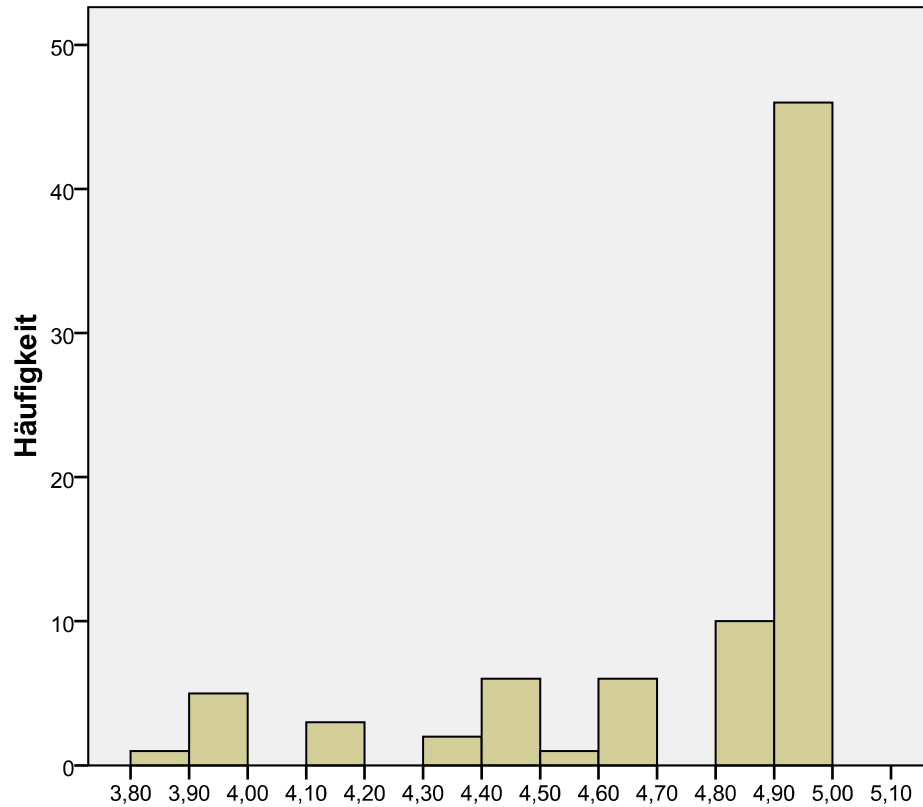


Abbildung 3: Verteilung der Mittelwerte - Skala Kundenzufriedenheit

Der durchschnittliche Wert der Gesamtstichprobe (80 Personen) ergibt 4,78, die Standardabweichung beträgt ,33 und der Median 5,00. Der niedrigste Mittelwert für die sechs Items beträgt 3,83 (Tabelle 7). 46 Personen (das sind 57,5 % der Gesamtstichprobe) haben bei allen Items der Skala die Höchstnote vergeben haben, was einem Mittelwert von 5,00 entspricht. Für weitere Berechnungen wird von einer Ordinalskala (Schulnotensystem) ausgegangen.

Tabelle 7: Deskriptive Daten der Skala Kundenzufriedenheit

Mittelwert	4,784
Median	5,000
Standardabweichung	,3267
Minimum	3,83
Maximum	5,00

3.5.3 Neurotizismus

Der Mittelwert der Neurotizismusskala beträgt 11.91, die Standardabweichung 4.97. Die innere Konsistenz ist mit einem Cronbachs Alpha von .62 ausreichend.

3.5.4 Mindestanzahl der monatlichen Sozialkontakte

Tabelle 8 zeigt die Anzahl der Personen zu denen die Befragten mindestens einmal wöchentlich bzw. mindestens einmal monatlich Kontakt haben. Um einen einzigen Wert zu generieren, wurde die wöchentliche Zahl der Kontaktpersonen mit vier multipliziert und zu dem Wert „Kontaktpersonen pro Monat“ zusammengefasst. Die Mindestanzahl der monatlichen Sozialkontakte ist aus Tabelle acht ersichtlich. Der Kolmogorov-Smirnov Test ergab für die Mindestanzahl der Sozialkontakte pro Monat (df 0= 80, p = .000) eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung.

Tabelle 8: Mindestanzahl monatlicher Sozialkontakte

	Mindestanzahl monatlicher Sozialkontakte
Mittelwert	13,46
Standardabweichung	10,06
Median	11,00
Minimum	0
Maximum	48

3.6 Darstellung der Ergebnisse

3.6.1 Die drei Dimensionen der Lebensqualität

3.6.1.1 Zusammenhänge zwischen den drei Skalen der LQ, dem Neurotizismus, Alter und Sozialkontakten

Um die Zusammenhänge zwischen den drei Skalen der Lebensqualität (Soziale, Psychische und Physische LQ) mit der Neurotizismusskala, dem Alter und der Mindestanzahl von Sozialkontakten im Monat zu ermitteln, wurden mit einer Ausnahme bivariate Rangkorrelationen nach Spearman gerechnet, da sowohl die Physische LQ, die Sozialen Beziehungen, das Alter als auch die monatliche Anzahl der Sozialkontakte nicht normalverteilt sind. Der Zusammenhang zwischen den normalverteilten Skalen der Psychischen LQ und dem Neurotizismus wurde mit einer Korrelation nach Pearson ermittelt. Ein statistisch signifikanter, positiver Zusammenhang der Sozialen LQ mit der Anzahl monatlicher Sozialkontakte ($r = .260$) geht aus Tabelle 9 hervor. Ein positiver Zusammenhang besteht auch zwischen der Psychischen Lebensqualität und der Anzahl monatlicher Sozialkontakte ($r = .232$). Weiters ist ein negativer Zusammenhang zwischen Psychischer LQ und Neurotizismus ($r = -.598$) und zwischen der Physischen LQ und dem Neurotizismus ($r = .429$) festzustellen. Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und den Domänen der LQ.

Tabelle 9: Korrelationen der Skalen zur LQ mit Neurotizismus, Alter und Anzahl monatlicher Sozialkontakte

Domänen der LQ	Neurotizismus	Alter	Sozial-Kontakte monatlich
Soziale LQ	-,129	-,063	,260*
Psychische LQ	-,598** ¹	-,132	,232*
Physische LQ	-,429**	-,168	,152

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

**.. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)

¹. Für diese Zelle wurde eine Pearson-Korrelation gerechnet (zweiseitig).

Ad H1: Es gibt statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen den Skalen Soziale LQ und monatliche Sozialkontakte, Psychische Lebensqualität und Neurotizismus, Psychische LQ und Anzahl der monatlichen Sozialkontakte sowie Physische LQ und Neurotizismus. Bei den restlichen Interkorrelationen konnten keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden.

Korreliert man die drei Skalenwerte der LQ miteinander (Tabelle 10), so zeigt sich ein signifikanter, positiver Zusammenhang zwischen der Sozialen und der Psychischen LQ ($r = .332$) sowie ein positiver signifikanter Zusammenhang zwischen der Psychischen und Physischen LQ ($r = .544$).

Tabelle 10: Rangkorrelationen der Skalen zur LQ

	Soziale LQ	Psychische LQ	Physische LQ
Soziale LQ	1,000	,332**	,093
Signifikanz (zweiseitig)	.	$p = ,003$	$p = ,410$
Psychische LQ	,332**	1,000	,544**
Signifikanz (zweiseitig)	$p = ,003$	.	$p = ,000$
Physische LQ	,093	,544**	1,000
Signifikanz (zweiseitig)	$p = ,410$	$p = ,000$	.

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)

Ad H2: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Skalen Soziale LQ und Psychische LQ sowie zwischen Psychische LQ und Physische LQ.

3.6.1.2 Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Soziale LQ, Psychische LQ, Physische LQ, Neurotizismus und Alter

Aus Tabelle 11 sind die Mittelwerte und Mediane der 35 Männer und 45 Frauen sowie die Standardabweichung in Bezug auf die genannten Dimensionen zu entnehmen. Ein Vergleich der Mittelwerte zwischen Männern und Frauen in den unterschiedlichen Zellen zeigt, dass diese nur wenig differieren. Die Überprüfung der Homogenität der Varianzen erfolgte mit dem Levene-Test und führte zu keinem signifikanten Ergebnis. Die

Normalverteilung ist bei der Sozial LQ und der Anzahl der monatlichen Sozialkontakte verletzt. Aufgrund der Robustheit gegenüber Verletzungen der Normalverteilung wurde trotzdem ein T-Test gerechnet. Die Tabelle zeigt, dass sich die Mittelwerte (df = jeweils 78) der Sozialen LQ ($p = .902$), der Psychischen LQ ($p = .941$) und der Physischen LQ ($p = .418$) in Bezug auf das Geschlecht nicht signifikant voneinander unterscheiden. In Bezug auf die Anzahl der Sozialkontakte ($p = .421$), den Neurotizismus ($p = .588$) und das Alter ($p = .973$) gibt es ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Tabelle 11: Geschlechtsunterschiede in Bezug auf LQ, Neurotizismus, Anzahl der Sozialkontakte und Alter (T-Test)

	Geschlecht	Mittelwert	Standard- abweichung	T-Wert	Signifikanz (2-seitig)
Soziale LQ	weiblich	6,844	1,507	,124	$p = .902$
	männlich	6,800	1,694		
Psychische LQ	weiblich	15,578	2,896	-,075	$p = .941$
	männlich	15,629	3,182		
Physische LQ	weiblich	14,044	2,977	-,815	$p = .418$
	männlich	14,600	3,089		
Sozialkontakte pro Monat	weiblich	14,267	9,935	,809	$p = .421$
	männlich	12,429	10,259		
Neurotizismus	weiblich	11,644	4,909	-,544	$p = .588$
	männlich	12,257	5,107		
Alter	weiblich	81,733	8,799	,033	$p = .973$
	männlich	81,657	11,621		

Ad H3: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern bei der a) Sozialen LQ, b) der Psychischen LQ, c) der Physischen LQ, d) der monatlichen Sozialkontakte, e) dem Neurotizismus, f) dem Alter.

3.6.1.3 *Lebensqualität, Sozialkontakte, Neurotizismus, Alter: Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei den Frauen*

Da bei den Frauen fünf Pflegestufen (im Gegensatz zu vier Pflegestufen bei den Männern) untersucht wurden, erfolgte die Auswertung der Unterschiede zwischen den Pflegestufen für Frauen und Männer gesondert. Eine Überprüfung der Normalverteilung ergab für einige Pflegestufen bei den Sozialkontakten pro Monat und für das Alter ein signifikantes Ergebnis. Eine Überprüfung der Homogenität der Varianzen für eine Multivariate Varianzanalyse ergab bei der Sozialen, Psychischen, Physischen Lebensqualität sowie den Sozialkontakten und dem Neurotizismus ein nicht signifikantes Ergebnis. Bei der Variable Alter zeigte sich ein signifikantes Ergebnis (Levene-Test: $F = 6.014$, $df1 = 4$, $df2 = 40$, $p = .001$). Für diese Variable wurde deshalb ein non-parametrisches Verfahren gewählt. Für die restlichen Variablen wurde eine Multivariate Varianzanalyse gerechnet. Die Gleichheit der Kovarianzen wurde mit dem Box-Test geprüft ($F = .772$, $df1 = 60$, $df2 = 2554,59$, $p = .90$). Alle vier Tests auf Signifikanz, die Pillai-Spur ($F = .480$, $p = .971$), Wilks-Lambda ($F = .465$, $p = .975$), die Hotelling-Spur ($F = .454$, $p = .978$) und die Größte charakteristische Wurzel nach Roy ($F = 1.384$, $p = .251$) weisen ein nicht signifikantes Ergebnis auf.

Tabelle 12 zeigt die Ergebnisse der einfachen Varianzanalyse für die angeführten Variablen. Sowohl bei der Sozialen Lebensqualität ($p = .439$), der Psychischen Lebensqualität ($p = .997$), der Physischen Lebensqualität ($p = .769$), dem Neurotizismus ($p = .953$) als auch bei der Anzahl der monatlichen Sozialkontakte ($p = .976$) gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Pflegestufen.

Tabelle 12: Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei den Frauen: Soziale, Psychische und Physische LQ, Neurotizismus, Sozialkontakte (Einfache Varianzanalyse)

	Pflege- stufe	Mittelwert	Standard- abweichung	N	F-Wert	Signifikanz
Soziale LQ	1	6,250	2,121	8	,962	p = ,439
	2	7,308	1,251	13		
	3	7,250	1,389	8		
	4	6,375	1,598	8		
	5	6,750	1,165	8		
Psychische LQ	1	15,250	3,495	8	,039	p = ,997
	2	15,769	2,421	13		
	3	15,625	2,134	8		
	4	15,625	4,033	8		
	5	15,500	3,071	8		
Physische LQ	1	15,000	3,625	8	,454	p = ,769
	2	13,538	2,787	13		
	3	14,000	2,268	8		
	4	13,375	3,662	8		
	5	14,625	2,875	8		
Neurotizismus	1	12,250	3,454	8	,169	p = ,953
	2	10,692	4,906	13		
	3	12,125	5,222	8		
	4	12,000	5,632	8		
	5	11,750	6,065	8		
Sozialkontakte pro Monat	1	16,000	13,825	8	,116	p = ,976
	2	14,692	8,788	13		
	3	13,000	11,539	8		
	4	13,125	10,385	8		
	5	14,250	6,985	8		

3.6.1.4 Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei den Frauen in Bezug auf das Alter

In Tabelle 13 werden die jeweilige Stichprobengröße (N) der Pflegestufen und die mittleren Ränge angeführt. Weiters wird das Ergebnis des Kruskal-Wallis-Test (Chi-Quadrat 3.114, df = 4) mit $p = .539$ angeführt.

Tabelle 13: Altersunterschiede zwischen den Pflegestufen bei den Frauen

Pflegestufe	N	Mittlerer Rang	Signifikanz
1	8	20,19	$p = .539$
2	13	21,04	
3	8	30,19	
4	8	22,50	
5	8	22,31	
Gesamt	45		

Ad H4: Es gibt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei den Frauen in Bezug auf a) die Soziale LQ, b) die Psychische LQ, c) die Physische LQ, d) den Neurotizismus, e) die monatlichen Sozialkontakte, f) das Alter.

3.6.1.5 Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei den Männern: Lebensqualität, Neurotizismus, Sozialkontakte, Alter

Eine Abweichung von der Normalverteilung wurde nur bei der Sozialen LQ (Pflegestufe 2) festgestellt. Aufgrund der Robustheit der Multivariaten Varianzanalyse gegenüber Verletzungen der Normalverteilung, wurde die Soziale LQ in weitere Berechnung mit diesem Verfahren einbezogen. Die Homogenität der Varianzen wurde mit dem Levene-Test überprüft. Bei den monatlichen Sozialkontakten zeigte sich ein signifikantes Ergebnis ($p = .001$), weshalb für diesen Bereich ein non-parametrisches Verfahren gewählt wurde. Die Überprüfung der Gleichheit der Kovarianzen für die übrigen Variablen durch den Box-Test ergab ein nicht signifikantes Ergebnis ($p = .418$; $F = 1.030$, $df1 = 45$, $df = 2215,183$). Von den vier Tests, die SPSS zur für die Multivariate Varianzanalyse zur Verfügung stellt, weisen Wilks Lambda ($p = .038$), die Hotelling-Spur ($p = .025$) und die Größte charakteristische Wurzel nach Roy ($p = .001$) ein signifikantes Ergebnis auf. Die Pillai Spur ($p = .059$) bleibt nur knapp unter einem signifikantem Ergebnis. Field (2005)

empfehlte bei annähernd großer Stichprobengröße die Pillai-Spur und Wilks-Lambda als Testwerte heran zu ziehen. Die nachfolgende Berechnung einfacher Varianzanalysen führt mit $p = 0.003$ ($F = 5.813$, $df = 3$) bei der Variable Alter zu einem signifikanten Ergebnis. Bei den restlichen Variablen zeigt sich kein Unterschied zwischen den einzelnen Pflegestufen. In Bezug auf den Altersunterschied zwischen den Pflegestufen wurde ein Post-Hoc Test gerechnet. Mittels Tukey-HSD wurde ein Unterschied zwischen der Pflegestufe zwei und drei ermittelt ($p = .001$). Die Pflegestufe zwei ist mit einem Durchschnittsalter von 71,1 signifikant jünger als die Pflegestufe drei mit 89,6 Jahren.

Tabelle 14: Unterschiede zwischen den Pflegestufen der Männer - Lebensqualität, Neurotizismus, Alter (Einfache Varianzanalyse)

	Pflegestufe	Mittelwert	Standardabweichung	N	F-Wert	Signifikanz
Soziale LQ	1	6,250	1,753	8	.469	$p = .7,06$
	2	7,111	1,054	9		
	3	6,700	1,947	10		
	4	7,125	2,031	8		
Psychische LQ	1	16,875	3,357	8	.508	$p = ,679$
	2	15,222	3,308	9		
	3	15,300	1,767	10		
	4	15,250	4,367	8		
Physische LQ	1	15,875	4,016	8	.985	$p = ,412$
	2	14,889	3,333	9		
	3	13,400	1,713	10		
	4	14,500	3,117	8		
Neurotizismus	1	11,875	5,303	8	.481	$p = ,698$
	2	13,667	4,387	9		
	3	10,900	5,466	10		
	4	12,750	5,701	8		
Alter	1	82,000	7,635	8	5,813	$p = ,003$
	2	71,111	13,977	9		
	3	89,600	5,232	10		
	4	83,250	10,152	8		

3.6.1.6 Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei Männern in der Anzahl der monatlichen Sozialkontakte

Aufgrund der mangelnden Homogenität der Varianzen wurde der Kruskal-Wallis-Test gerechnet. Tabelle 15 zeigt, dass es zwischen den einzelnen Pflegestufen (Chi-Quadrat 1,131, $df = 3$) keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die monatlichen Sozialkontakte gibt. Weiters sind aus der Tabelle die Anzahl der Personen in den einzelnen Pflegestufen und die mittleren Ränge ersichtlich.

Tabelle 15: Unterschiede in der Anzahl monatlicher Sozialkontakte bei Männern verschiedener Pflegestufen

Pflegestufe	N	Mittlerer Rang	Asymptotische Signifikanz
1	8	18,13	p = .770
2	9	18,33	
3	10	20,05	
4	8	14,94	
Gesamt	35		

Ad H5: Es gibt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei Männern in Bezug auf a) die Soziale LQ, b) die Psychische LQ, c) die Physische LQ, d) den Neurotizismus, e) die monatliche Anzahl an Sozialkontakten. f) Es gibt einen signifikanten Altersunterschied zwischen den Pflegestufen. Die Befragungsteilnehmer der Pflegestufe 2 sind signifikant jünger als jene der Pflegestufe 3.

3.6.2 Soziodemographische Variablen

3.6.2.1 Unterschiede zwischen Personen die in Häusern und in Wohnungen leben in Bezug auf die Lebensqualität und die Sozialkontakte

Die Voraussetzungen für die Berechnung eines T-Tests wurden geprüft. Die Varianzen sind homogen. Trotz Abweichungen von der Normalverteilung bei der Sozialen LQ

(Haus), der Physischen LQ (Haus) und den Sozialkontakten pro Monat (sowohl Haus als auch Wohnung) wurde aufgrund der Robustheit gegenüber Verletzungen der Normalverteilung ein T-Test berechnet. Aus Tabelle 16 geht hervor, dass die Soziale LQ von Personen die in Häusern leben ($p = .001$) signifikant höher eingeschätzt wird. Die Anzahl der Sozialkontakte dieser Personengruppe ist mit einem Mittelwert von 14.6 höher als der in Wohnung lebenden Personen ($MW = 9.6$), verbleibt jedoch im statistisch nicht signifikanten Bereich.

Tabelle 16: Unterschiede der Lebensqualität und der Sozialkontakte in Bezug auf die Wohnform

	Wohnen	N	Mittelwert	Standard- abweichung	T-Wert	Signifikanz (2-seitig)
Soziale LQ	Haus	62	7,129	1,385	3,398	p = ,001
	Wohnung	18	5,778	1,801		
Psychische LQ	Haus	62	15,629	2,759	,159	p = ,874
	Wohnung	18	15,500	3,823		
Physische LQ	Haus	62	14,161	2,800	-,691	p = ,491
	Wohnung	18	14,722	3,739		
Sozialkontakte pro Monat	Haus	62	14,597	10,453	1,903	p = ,061
	Wohnung	18	9,556	7,548		

Ad H6: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Personen die in Häusern leben und jenen die in Wohnungen leben a) in Bezug auf die Soziale LQ. Hausbewohner geben eine höhere Soziale LQ an. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Kategorien in Bezug auf b) Psychische LQ, c) Physische LQ, d) Sozialkontakte pro Monat.

3.6.2.2 Unterschiede zwischen den Arten der Haushaltsgemeinschaft in Bezug auf Lebensqualität, Neurotizismus und Anzahl der Sozialkontakte

Bei Item Nr. 38, der Frage nach der Haushaltsgemeinschaft, wurden aufgrund der geringen Besetzung der Gruppe „Sonstiges“ diese Fälle mit der Antwortkategorie „mit Familie im selben Haushalt lebend“ zu einer neuen Kategorie verrechnet („mit Familie im selben Haushalt oder Haus lebend“), da es sich ausschließlich um Personen handelt, die mit der

Familie im selben Haus (aber nicht Haushalt) leben. Die Homogenität der Varianzen wurde mit dem Levene-Test überprüft. Die Abweichungen von der Normalverteilung in einigen Zellen der Haushaltsgemeinschaften wurden aufgrund der Robustheit der Varianzanalyse gegenüber Verletzung der Normalverteilung toleriert. Tabelle 17 zeigt die Ergebnisse der Varianzanalyse. Bei der Sozialen LQ ($p = .312$), der Psychischen LQ ($p = .873$), der Physischen LQ ($p = .548$), dem Neurotizismus ($p = .246$) und den Sozialkontakten ($p = .189$) gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Personen die alleine leben, jenen die in einer Partnerschaft leben und den Personen, die einer Haushaltsgemeinschaft mit der Familie leben.

Tabelle 17: Unterschiede zwischen den Arten der Haushaltsgemeinschaften in Bezug auf die LQ, Neurotizismus und Anzahl der Sozialkontakte

		N	Mittelwert	Standard- abweichung	F-Wert	Signifikanz
Soziale LQ	Alleine lebend	24	6,542	1,865	1,182	$p = ,312$
	Mit Partner	30	7,167	1,663		
	Mit Familie im selben Haushalt oder Haus	26	6,692	1,123		
Psychische LQ	Alleine lebend	24	15,750	3,082	,136	$p = ,873$
	Mit Partner	30	15,700	3,229		
	Mit Familie im selben Haushalt oder Haus	26	15,346	2,756		
Physische LQ	Alleine lebend	24	14,792	3,695	,607	$p = ,548$
	Mit Partner	30	14,267	2,840		
	Mit Familie im selben Haushalt oder Haus	26	13,846	2,541		
Neurotizismus	Alleine lebend	24	11,542	4,242	1,429	$p = ,246$
	Mit Partner	30	11,067	5,426		
	Mit Familie im selben Haushalt oder Haus	26	13,231	4,966		
Sozialkontakte pro Monat	Alleine lebend	24	16,208	12,158	1,705	$p = ,189$
	Mit Partner	30	13,400	10,271		
	Mit Familie im selben Haushalt oder Haus	26	11,000	6,899		

Ad H7: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Haushaltsgemeinschaften in Bezug auf a) Soziale LQ, b) Psychische LQ, c) Physische LQ, d) Neurotizismus, e) Sozialkontakten pro Monat.

3.6.2.3 Unterschiede zwischen den Bildungsgraden in Bezug auf die Lebensqualität

Aufgrund der geringen Personenzahl in einigen Zellen, wurden die Kategorien „kein Abschluss und Pflichtschulabschluss“ zu einer Kategorie („kein Abschluss oder Pflichtschule“) und die restlichen Kategorien zu einer zweiten Kategorie („Lehre und höhere Abschlüsse“) zusammengefasst. Aufgrund der mangelnden Homogenität der Varianzen bei der Psychischen und Physischen LQ wurde nur für Soziale LQ ein T-Test berechnet, der keinen signifikanten Unterschied ($p = .226$) zwischen den beiden Bildungsgraden zeigt (Tabelle 18).

Tabelle 18: Unterschiede Soziale LQ in Bezug auf Bildungsunterschiede

	Bildung	N	Mittelwert	Standard abweichung	T-Wert	Signifikanz (2-seitig)
Soziale LQ	Keinen oder Pflichtschulabschluss	61	6,705	1,453	-1,212	$p = .226$
	Lehre und höhere Abschlüsse	19	7,211	1,932		

Um die Unterschiede zwischen den beiden Bildungskategorien für die Psychische und Physische LQ zu ermitteln, wurde ein U-Test gerechnet, der bei der Psychischen LQ ($p = .045$) zu einem signifikanten Ergebnis führte. Personen mit einer Lehre oder höheren Schulabschluss schätzen ihre Psychische Lebensqualität höher ein (Tabelle 19).

Tabelle 19: Unterschiede Psychische und Physische LQ in Bezug auf Bildung

	Bildung	N	Mittlerer Rang	Signifikanz (2-seitig)
Psychische LQ	Keinen oder Pflichtschulabschluss	61	37,61	p = .045
	Lehre und höhere Abschlüsse	19	49,76	
Physische LQ	Keinen oder Pflichtschulabschluss	61	39,02	p = .306
	Lehre und höhere Abschlüsse	19	45,24	

Weiterführende Analysen konnten keine Unterschiede bei der Anzahl der Sozialkontakte ($T = -.474$, $df = 78$, $p = .637$), dem Neurotizismus ($T = .385$, $df = 78$, $p = .701$) oder der Wohnform (Chii-Quadrat nach Pearson = .208, $df = 1$, $p = .648$) zwischen den beiden Bildungskategorien feststellen.

Ad H8: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Personen ohne Lehrberuf und jenen die eine Lehre bzw. höheren Abschluss absolviert haben in Bezug auf b) die Psychische LQ. Zweitgenannte schätzen ihre Psychische LQ höher ein. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Bildungskategorien in Bezug auf a) die Soziale LQ, c) die Physische LQ.

3.6.2.4 Unterschiede zwischen den Berufsgruppen in Bezug auf die drei Dimensionen der Lebensqualität

Die Voraussetzungen für eine einfache Varianzanalyse wurden geprüft. Die Homogenität der Varianzen zwischen den einzelnen Berufsgruppen ist gegeben. Abweichungen gegenüber der Normalverteilung bei der Sozialen und Physischen LQ wurden aufgrund der Robustheit der Varianzanalyse toleriert. Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten ($p = .035$) bei der Sozialen LQ ermittelt werden (Tabelle 20). Der Post-

Hoc-Test (Tukey-HSD: $p = .041$) ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe der Hausfrauen, die den höchsten Mittelwert aufweisen und der Gruppe der Arbeiter bzw. Personen ohne Beschäftigung, mit dem niedrigsten Mittelwert bezüglich der Sozialen LQ. Eine Berechnung der Anzahl der monatlichen Sozialkontakte führte zu keinen signifikanten Mittelwertsunterschieden ($p = .158$) zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Es zeigt sich allerdings, dass Hausfrauen durchschnittlich mehr monatliche Sozialkontakte (Mittelwert = 14,76) als ehemalige Arbeiter bzw. Beschäftigungslose (Mittelwert = 9,05) angaben.

Tabelle 20: Unterschiede zwischen den Berufsgruppen in Bezug auf die LQ

		N	Mittelwert	Standard abweichung	F-Wert	Signifikanz
Soziale LQ	Arbeiter oder ohne Beschäftigung	20	5,950	1,356	3,013	p = ,035
	Facharbeiter u. ä.	19	7,105	1,629		
	Hausfrau	21	7,238	1,758		
	Sonstiges - Landwirte	20	7,000	1,298		
Psychische LQ	Arbeiter oder ohne Beschäftigung	20	14,550	3,000	1,521	p = ,216
	Facharbeiter u. ä.	19	16,579	3,254		
	Hausfrau	21	15,667	3,152		
	Sonstiges - Landwirte	20	15,650	2,434		
Physische LQ	Arbeiter oder ohne Beschäftigung	20	14,500	3,137	,539	p = ,657
	Facharbeiter u. ä.	19	14,842	3,371		
	Hausfrau	21	13,667	3,136		
	Sonstiges - Landwirte	20	14,200	2,484		

Ad H9: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Berufsgruppen in Bezug auf a) die Soziale LQ. Hausfrauen schätzen ihre Soziale LQ höher ein als Arbeiterinnen bzw. Arbeiter. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Berufsgruppen in Bezug auf b) die Psychische LQ, c) die Physische LQ.

3.6.2.5 Unterschiede zwischen den Wohnregionen in Bezug auf die LQ

Die Voraussetzungen für die Berechnungen einer Varianzanalyse wurden geprüft. Die Varianzen zwischen den Regionen sind in allen Bereichen der LQ homogen. Über Abweichungen von der Normalverteilung in einigen Regionen bei der Sozialen und Psychischen LQ wurde aufgrund der Robustheit des Verfahrens hinweggesehen. Wie aus den Mittelwerten der beiden Regionen (Tab. 21) ersichtlich ist, wird die Psychische LQ von Personen die im Mostviertel leben, signifikant höher eingestuft ($p = .031$). Der Post-Hoc-Test (Tukey-HSD) zeigte zwischen dem Zentralraum und dem Mostviertel einen signifikanten Unterschied ($p = .028$).

Tabelle 21: Unterschiede bei der LQ zwischen den Regionen

		N	Mittelwert	Standard- abweichung	F-Wert	Signifikanz
Soziale LQ	Zentralraum	28	6,857	1,715	,730	$p = ,485$
	Mostviertel	34	7,000	1,477		
	Waldviertel	18	6,444	1,580		
Psychische LQ	Zentralraum	28	14,643	3,369	3,628	$p = ,031$
	Mostviertel	34	16,588	2,363		
	Waldviertel	18	15,222	3,078		
Physische LQ	Zentralraum	28	13,393	3,414	2,919	$p = ,060$
	Mostviertel	34	15,176	2,552		
	Waldviertel	18	14,000	2,870		

Die Mittelwerte der Skala Psychische Lebensqualität finden sich in Abbildung 4 noch einmal grafisch dargestellt.

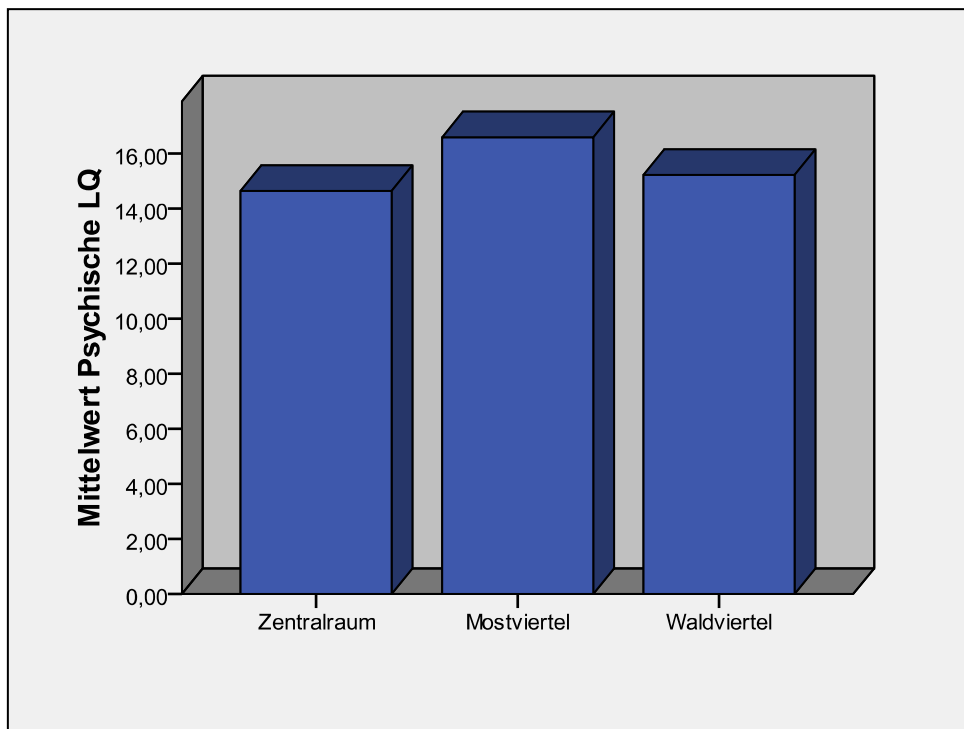


Abbildung 4: Psychische Lebensqualität der drei Regionen im Vergleich

Tabelle 22 zeigt, dass im Mostviertel mehr der betreuten Personen in Häusern leben als im Zentralraum. Der Zusammenhang zwischen Wohnform und Region verfehlt mit $p = .059$ (Pearson-Korrelation) nur knapp das Signifikanzniveau. Auf die signifikant höhere Soziale LQ von Personen, die in Häusern leben wurde bereits in Tabelle 16 hingewiesen.

Tabelle 22: Kreuztabelle Wohnform/Region

		Wohnform		Gesamt
		Haus	Wohnung	
Region	Zentralraum	17	11	28
	Mostviertel	28	6	34
Gesamt		45	17	62

Ad H10: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Wohnregionen in Bezug auf b) die Psychische LQ. Personen aus dem Mostviertel bewerten die Psychische LQ höher als Personen aus dem Zentralraum. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Regionen in Bezug auf a) die Soziale LQ, c) die Physische LQ.

3.6.3 Hypothesen zur Zufriedenheit mit der ambulanten Pflege

Hypothesen bezüglich der Kundenzufriedenheit wurden aufgrund der massiven Verletzung der Normalverteilung der Skala Kundenzufriedenheit und dem Vorliegen einer Ordinalskala (Bewertung der Zufriedenheit nach Schulnoten) mit nicht-parametrischen Verfahren getestet.

3.6.3.1 *Interkorrelationen der Kundenzufriedenheit mit der Lebensqualität, dem Neurotizismus, Alter, Anzahl der monatlichen Sozialkontakte und Schmerzerleben*

Es wurden die 80 Personen der Gesamtstichprobe in die Berechnung der Skala der Kundenzufriedenheit einbezogen. Tabelle 23 zeigt die Korrelationen der Mittelwerte der Skala Kundenzufriedenheit mit den Scores der Domänen der Lebensqualität, dem Neurotizismus, den Sozialkontakten pro Monat, der Schmerzbelastung und dem Alter. Da eine Normalverteilung der Kundenzufriedenheit nicht gegeben ist (Kolmogorov-Smirnov Test, $p = .000$) wurde eine Rangkorrelation nach Spearman berechnet. Es ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge mit der Sozialen ($r = .243$), Psychischen ($r = .097$) und der Physischen LQ ($r = .067$), der Neurotizismusskala ($r = -.047$) und dem Alter ($r = .105$). Ein signifikanter, negativer Zusammenhang besteht zwischen der Kundenzufriedenheit um den Anzahl der Sozialkontakte ($r = -.223$, $p = .047$). Die Kundenzufriedenheit sinkt mit der Zunahme der monatlichen Sozialkontakte. In Bezug auf die Schmerzbelastung ist ein Trend dahingehend zu erkennen, dass Personen mit größerer Zufriedenheit in Bezug auf Schmerz (also geringen Schmerzen) auch höhere Zufriedenheitswerte aufweisen. Der Zusammenhang von $r = .206$ verfehlt mit $p = .067$ nur knapp das Signifikanzniveau von $p = .05$. Eine Rangkorrelation nach Spearman zwischen der Skala mit den sechs Items zur Kundenzufriedenheit und Item Nr. 30 zur Gesamtzufriedenheit ergibt einen Zusammenhang von $r = .521$ ($p = .000$).

Tabelle 23: Interkorrelationen der Skala Kundenzufriedenheit

	Korrelation m. Zufriedenheit	Signifikanz (2-seitig)
Soziale LQ	,132	p = ,243
Psychische LQ	,097	p = ,390
Physische LQ	,067	p = ,552
Neurotizismus	-,047	p = ,680
Sozialkontakte pro Monat	-,223	p = ,047
Item: Schmerzfreiheit	,206	p = ,067
Alter	,105	p = ,353
Gesamtzufriedenheit	,521	p = ,000

Ad H11: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Skala Kundenzufriedenheit und e) der Anzahl monatlicher Sozialkontakte sowie h) dem Item Gesamtzufriedenheit. Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang der Skala Kundenzufriedenheit mit a) Sozialer LQ, b) Psychischer LQ, c) Physischer LQ, d) Neurotizismus, f) dem Item Schmerzfreiheit, g) Alter.

3.6.3.2 Geschlechtsunterschiede und Kundenzufriedenheit

Tabelle 24 zeigt die Gruppengröße und die mittleren Ränge. Weiters ist ersichtlich, dass der U-Test nach Mann und Whitney ($U = 667,00$) keine signifikanten Unterschiede ($p = .193$) zwischen Männern (Median = 5.00, Mittelwert = 4.83) und Frauen (Median = 5.00, Mittelwert = 4,75) ergibt.

Tabelle 24: Geschlechtsunterschiede bezüglich der Kundenzufriedenheit (U-Test)

Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Signifikanz (2-seitig)
weiblich	45	37,82	p = ,193
männlich	35	43,94	

Ad H12: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Skala Kundenzufriedenheit.

3.6.3.3 Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei Frauen und Männern

Aus Tabelle 25 wird ersichtlich, dass sich die mittleren Ränge zwischen den Pflegestufen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern wenig voneinander unterscheiden. Es sind keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Kundenzufriedenheit bei den Frauen ($p = .745$) als auch bei den Männern ($p = .367$) mittels Kruskal-Wallis-Test zu erfassen.

Tabelle 25: Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei Männern und Frauen hinsichtlich der Kundenzufriedenheit (Kruskal-Wallis-Test)

Pflegestufe Frauen	Pflegestufe	N	Mittlerer Rang	Signifikanz
	1	8	23,06	p = ,745
	2	13	21,42	
	3	8	21,75	
	4	8	21,44	
	5	8	28,31	
Pflegestufe Männer	Pflegestufe	N	Mittlerer Rang	Signifikanz
	1	8	17,50	p = ,367
	2	9	14,11	
	3	10	19,35	
	4	8	21,19	

Ad H13: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei Frauen in Bezug auf die Kundenzufriedenheit.

Ad H14: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei Männern in Bezug auf die Kundenzufriedenheit.

3.6.3.4 Kundenzufriedenheit und soziodemographische Variablen

Tabelle 26 gibt einen Überblick über die soziodemographischen Variablen Wohnform, Art der Haushaltsgemeinschaft, Bildungsgrad, Berufstätigkeit in der Vergangenheit und Wohnregion. Der U-Test ($U = 545,50$) ergibt in Bezug auf die Skala Kundenzufriedenheit keinen signifikanten Unterschied ($p = .873$) zwischen Personen die in Wohnungen und jenen die in Häusern leben. Zwischen den unterschiedlichen Formen der Haushaltsgemeinschaft führt der Kruskal-Wallis-Test (Chi-Quadrat = .580) ebenfalls zu keinem signifikanten Ergebnis ($p = .748$). Personen die alleine leben, Personen die mit PartnerInnen zusammen wohnen und jene, die mit ihrer Familie im selben Haushalt oder Haus leben, unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Betreuung. Dichotomisiert man die drei Kategorien zu zwei Kategorien (1. Alleine lebend, 2. Haushaltsgemeinschaft) ergibt sich beim U-Test ($U = 608,00$) ebenfalls kein signifikanter Unterschied ($p = .455$) zwischen den beiden Kategorien. Bei der Variable Bildung unterscheiden sich Personen ohne bzw. mit Pflichtschulabschluss nicht signifikant von Personen mit Lehrabschluss oder höherem Bildungsgrad ($U = 529,00$, $p = .525$). Die Berechnung eines Kruskal-Wallis-Test (Chi-Quadrat = 8.474) zeigt zwischen den ehemals ausgeübten Berufen einen signifikanten Unterschied ($p = .037$). Die mittleren Ränge jener Kategorie, die hauptsächlich aus Landwirten besteht (46.68) bzw. die mittleren Ränge der Facharbeiter (46.29) differieren deutlich vom mittleren Rang der Hausfrauen (30.07), was die Berechnung von zwei Post-Hoc-Tests nahe legt. Nach der Bonferroni-Korrektur zur Anpassung der Alpha-Niveaus ($\text{Alphaniveau} = 0.05/\text{Anzahl der berechneten Post-Hoc-Tests}$) ergibt sich für die beiden Post-Hoc-Tests ein Alphaniveau von .025. Der U-Test führt zu einem signifikanten Unterschied zwischen Facharbeiterinnen bzw. Facharbeitern und Hausfrauen ($U = 114.50$, $p = .014$) und zwischen Landwirten und Hausfrauen ($U = 120.50$, $p = .012$). Sowohl Facharbeiter als auch Landwirte schätzen ihre Zufriedenheit signifikant höher ein als Hausfrauen. Die Kundenzufriedenheit unterscheidet sich nicht

signifikant ($p = .224$, Chi-Quadrat = 2.995) zwischen den drei Wohnregionen (Zentralraum St. Pölten, Mostviertel und Waldviertel).

Tabelle 26: Unterschiede der Kundenzufriedenheit in Bezug auf Wohnform, Haushaltsgemeinschaft, Bildungsgrad, Beruf und Wohnregion

Soziodemo- graphische Variablen	Kategorien	N	Mittlerer Rang	Signifikanz
Wohnform	Haus	62	40,70	$p = ,873$
	Wohnung	18	39,81	
Haushalts- gemeinschaft	Alleine lebend	24	37,83	$p = .748$
	Mit Partner	30	42,02	
	Mit Familie im selben Haush. oder Haus	26	41,21	
Bildungsgrad	Kein oder Pflichtschulabschluss	61	39,67	$p = .525$
	Lehre und höhere Abschlüsse	19	43,16	
Beruf	Arbeiter oder ohne Beschäftigung	20	39,78	$p = .037$
	Facharbeiter, Selbständige, Beamte	19	46,29	
	Hausfrau	21	30,07	
	Sonstiges - Landwirte	20	46,68	
Region	Zentralraum	28	43,73	$p = ,224$
	Mostviertel	34	35,81	
	Waldviertel	18	44,33	

3.6.3.5 Dichotomisierte Kundenzufriedenheit

In einem weiteren Versuch die Abhängigkeit der Kundenzufriedenheit von soziodemographischen Variablen zu erfassen, wurden die Mittelwerte der sechs Items dichotomisiert. Mittelwerte über 4,8 (kodiert mit 1) und unter 4,8 (kodiert mit 2) wurden jeweils einer von zwei Kategorien zugeordnet. Die Unterschiede im Hinblick auf die Variablen Geschlecht, Pflegestufen (nach Geschlechtern getrennt), Wohnform, Haushaltsgemeinschaft, Bildung, Beruf und Wohnregion wurden mittels Chi-Quadrat-Test

nach Pearson untersucht. Die Ergebnisse in Tabelle 27 zeigen, dass sich signifikanten Unterschiede nur bei den ausgeübten Berufen finden (Chi-Quadrat nach Pearson = 9.217, $p = .027$), was jedoch bereits bei der nicht-dichotomisierten Skala mittels Kruskal-Wallis-Test herausgefunden wurde.

Tabelle 27: Unterschiede bei der dichotomisierten Kundenzufriedenheit hinsichtlich soziodemographischer Variablen

Soziodemographische Variable	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Geschlecht	1,512	1	$p = ,219$
Pflegestufen Frauen	2,659	4	$p = ,616$
Pflegestufen Männer	1,114	3	$p = ,774$
Wohnform	,123	1	$p = ,726$
Haushaltsgemeinschaft	2,308	2	$p = ,315$
Bildung	,950	1	$p = ,330$
Beruf	9,217	3	$p = ,027$
Wohnregion	1,950	2	$p = ,377$

Ad H15: Es gibt einen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Kundenzufriedenheit zwischen d) den Berufsgruppen. Facharbeiter und Landwirte sind signifikant zufriedener mit der ambulanten Betreuung als Hausfrauen. Es gibt keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Skala Kundenzufriedenheit zwischen a) den Wohnformen, b) den verschiedenen Arten der Haushaltsgemeinschaft, c) den Bildungsgraden, e) den Wohnregionen.

3.7 Diskussion

3.7.1 Die drei Domänen der LQ

3.7.1.1 *Zusammenhänge zwischen den drei Skalen der Lebensqualität, dem Neurotizismus, Alter und der Anzahl monatlicher Sozialkontakte*

Es zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Sozialen LQ und der Anzahl monatlicher Sozialkontakte. Die Psychische Lebensqualität erhöht sich ebenfalls mit der Anzahl der monatlichen Sozialkontakte. Je höher die emotionale Instabilität (Neurotizismus) ist, desto niedriger fällt die Selbsteinschätzung bei der Skala Psychische Lebensqualität aus. Die Einschätzung der Physischen Lebensqualität sinkt bei höherer emotionaler Instabilität. Die Stärke der Zusammenhänge bewegt sich im schwachen bis mittleren Bereich. Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und den drei Dimensionen der Lebensqualität. Es besteht ein schwacher positiver Zusammenhang zwischen der Sozialen und der Psychischen Lebensqualität und ebenfalls ein positiver Zusammenhang zwischen der Psychischen und Physischen Lebensqualität in mittlerer Stärke.

Die durch die Interkorrelationen berechneten Zusammenhänge zwischen der Psychischen LQ und der Sozialen LQ bzw. zwischen der Psychischen und Physischen Lebensqualität entsprechen den Ergebnissen bisheriger Studien (vgl. dazu Bullinger & Kirchweger, 1998). Der Zusammenhang zwischen der Anzahl an Sozialkontakten und dem Psychischen Wohlbefinden ist ebenfalls aus der Fachliteratur bekannt (Friedmann et al., 2005). Der Alterseinfluss auf die Lebensqualität konnte mittels Rangkorrelation nicht nachgewiesen werden. Trotz breiter Streuung des Alters (43 bis 98 Jahre) ist die Altersgruppe der über 80 Jährigen mit 76,3 % der Gesamtstichprobe am stärksten repräsentiert. Die Richtung der erwähnten Zusammenhänge muss offen gelassen werden. Obgleich der Neurotizismus eine hohe Erbllichkeit aufweist und den Ausbruch und Verlauf von Störungen beeinflusst, werden Persönlichkeitseigenschaften auch ihrerseits durch Störungen beeinflusst. Die Messung während einer Erkrankung (oder auch danach) spiegelt daher auch den Stateaspekt und nicht nur stabile Persönlichkeitseigenschaften wider. Eine körperliche

bzw. psychische Beeinträchtigung beeinflusst daher auch die Neurotizismuswerte (Hensch, 2006). Es ist davon auszugehen, dass sich die unterschiedlichen Dimensionen der Lebensqualität, der Neurotizismus und die Anzahl der Sozialkontakte auf komplexe Art und Weise wechselseitig beeinflussen.

3.7.1.2 Lebensqualität, Neurotizismus, Alter, Anzahl der Sozialkontakte: Unterschiede zwischen den Geschlechtern bzw. den Pflegestufen

Die Mittelwerte der drei Dimensionen der Lebensqualität, der Neurotizismusskala, des Alters sowie der Anzahl der Sozialkontakte unterscheiden sich nicht signifikant zwischen den Geschlechtern. Es können somit keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Lebensqualität, die Emotionale Instabilität (Neurotizismus) und die Anzahl der monatlichen Sozialkontakte herausgefunden werden. Auch in Bezug auf das Alter sind keine statistisch signifikanten Unterschiede erfassbar. Ein Vergleich der Mittelwerte der genannten Skalen zwischen den einzelnen Pflegestufen (bei Männern die Pflegestufen eins bis vier, bei Frauen eins bis fünf) führte zu folgendem Ergebnis: Zwischen den Pflegestufen gibt es sowohl bei Frauen als auch bei Männern keine Unterschiede in Bezug auf die drei Dimensionen der Lebensqualität, den Neurotizismus und die Anzahl der Sozialkontakte. Bei den Männern sind jene mit der Pflegestufe zwei aber signifikant jünger als jene der Pflegestufe drei.

Steinbüchel et al. (2005) konnten einen Einfluss von funktionellen Beschwerden auf das psychischem Wohlbefinden feststellen. Die untersuchten vier bzw. fünf Pflegestufen geben das vom Arzt eingeschätzte Stundenausmaß an notwendiger Unterstützung wider. Es konnten keine Unterschiede in Bezug auf die Lebensqualität bzw. den Neurotizismus zwischen den Pflegestufen festgestellt werden. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die geschätzte Unterstützungszeit nicht unbedingt mit dem vorhandenen subjektiven Leidensdruck gleichzusetzen ist. Es wäre denkbar, dass bestimmte Störungsbilder das subjektive Wohlbefinden stärker beeinträchtigen als andere. Die Einteilung in eine Pflegestufe ist eine sekundäre Kategorisierung, die gesetzlich geregelt ist, da ja eigentlich die Anzahl der notwendigen Betreuungsstunden geschätzt wird. Das Ausmaß der geschätzten Betreuungsstunden wäre ein genaueres Maß für die Betreuungsbedürftigkeit. Für diese Untersuchung standen jedoch nur die Pflegestufen der betreuten Personen zur

Verfügung, da die geschätzten Betreuungsstunden des Pflegegutachtens nicht zentral erfasst werden. Weiters ist darauf hinzuweisen, dass die Anzahl der Personen pro Gruppe, mit durchschnittlich 8 Personen je Geschlecht, relativ klein ist. Gerade bei Personen mit multiplen Beeinträchtigungen wäre es auch möglich, dass sich tendenziell die „gesünderen“ Personen der jeweiligen Pflegestufen zu einer Befragung bereiterklärt haben. Es konnten auch keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Lebensqualität bzw. den Neurotizismus festgestellt werden. Ein Trend in den Studien (vgl. dazu König et al., 2005) weist auf höhere Neurotizismuswerte und geringere Werte in einzelnen Dimensionen der Lebensqualität von Frauen hin. Eine mögliche Erklärung für fehlende Geschlechtsunterschiede wäre, dass diese durch die verschiedenen Einschränkungen und Beschwerden der Pflegebedürftigkeit bzw. Gebrechlichkeit überdeckt werden.

3.7.2 Soziodemographische Variablen und Lebensqualität

Bewohner und Bewohnerinnen von Häusern beurteilen ihre Soziale Lebensqualität signifikant höher und weisen auch eine durchschnittlich höhere, statistisch aber nicht signifikante, Anzahl monatlicher Sozialkontakte auf als Personen, die in Wohnungen leben. Hinsichtlich der Lebensqualität, dem Neurotizismus und der Anzahl an Sozialkontakten gibt es zwischen den Arten der Haushaltsgemeinschaft keine signifikanten Unterschiede. Personen die alleine leben unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Einschätzung der drei Dimensionen der Lebensqualität, dem Neurotizismus und der Anzahl der monatlichen Sozialkontakte von jenen Personen die in einer Partnerschaft oder mit Angehörigen zusammen leben. Bei den zwei Bildungskategorien konnte folgendes Ergebnis festgestellt werden: Die Psychische Lebensqualität wird von Personen, die früher eine Lehre oder darüber hinausgehende Ausbildung absolviert haben, höher eingeschätzt als von Personen mit maximal einem Pflichtschulabschluss. Die Mittelwerte der Berufsgruppen unterschieden sich signifikant zwischen den Arbeiterinnen bzw. Arbeitern und der Gruppe der Hausfrauen. Hausfrauen bewerteten ihre Soziale Lebensqualität höher als Arbeiterinnen und Arbeiter. Hinsichtlich regionaler Unterschiede zeigt sich, dass Personen aus dem Mostviertel die Psychische Lebensqualität signifikant höher einschätzen als Personen die im Zentralraum St. Pölten leben.

Eine höhere Soziale LQ von Personen die in Häusern wohnen, könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Hausbewohner aufgrund besserer sozioökonomischer Bedingungen mehr Gelegenheit hatten bzw. haben, Kontakte zu pflegen. Die üblicherweise zu Häusern gehörenden Gärten bzw. Kleingärten erleichtern auch die Pflege der nachbarschaftlichen Verbindungen im Laufe der Jahre. Überraschend war das Ergebnis, dass es zwischen Personen, die alleine leben und jenen in Haushaltsgemeinschaft keine Unterschiede in der Lebensqualität bzw. Emotionalen Stabilität gibt. Die Sozialkontakte zu den Familien oder zur Nachbarschaft könnten einen kompensatorischen Effekt haben. Es ist auch nicht auszuschließen, dass die Gruppe der alleine lebenden Personen, eine „resignative Zufriedenheit“ aufbaut und die Erwartungen an das Leben, den Gegebenheiten anpasst. Das „man muss zufrieden sein“ war in den Befragungen öfters zu hören. In diesen Fällen erfolgt auch oft ein Vergleich mit Personen, denen es noch schlechter geht, um die eigene Situation zu relativieren. Die Kontakte durch die Hauskrankenpflege müssen in diesem Zusammenhang auch als Sozialkontakte gesehen werden, da bei den Hausbesuchen der BetreuerInnen die Beziehung und Interaktion eine wichtige Rolle spielt. Bezüglich der Auswirkung von Bildungsunterschieden auf die Lebensqualität sind die Forschungsergebnisse inhomogen (vgl. dazu Lubetkin et al., 2005). So konnten in einer deutschen Studie (König et al., 2005) Bildungseffekte in einigen Kohorten und Dimensionen der Lebensqualität festgestellt werden. Dieser Trend wird durch die vorliegende Untersuchung bestätigt. Personen mit Lehrberuf schätzen ihre Psychische LQ signifikant höher ein als Personen ohne Lehrberuf. Weiterführende Analysen zeigen, dass sich die beiden Bildungskategorien weder durch die Anzahl der Sozialkontakte, die Wohnform oder den Neurotizismus signifikant voneinander unterscheiden. Denkbar ist jedoch, dass der Selbstwert, das Kompetenzgefühl und Selbstwirksamkeitserwartungen bei Personen mit einem Lehrabschluss zu einer höheren Psychischen LQ führen. Bei den ehemals ausgeübten Berufen unterscheiden sich Hausfrauen signifikant von Arbeiterinnen und Arbeitern in Bezug auf die Soziale Lebensqualität. Hausfrauen verfügen über deutlich mehr (statistisch aber nicht signifikante) Sozialkontakte als Arbeiterinnen und Arbeiter. Die Unterschiede sind dadurch erklärbar, dass Hausfrauen bereits seit Jahrzehnten in ihrer gewohnten Umgebung Sozialkontakte aufbauen konnten, während sich das soziale Umfeld von Arbeitern bis zur Pensionierung stark auf die Firmenkontakte konzentrierte. Bei den 21 Hausfrauen handelt es sich ausschließlich um Frauen, im Gegensatz zu den 13 Männern

und 7 Frauen bei der Kategorie der Arbeiter. Von einer zentralen Rolle in der Familie und intensiveren Nachbarschaftskontakten von Frauen, vor allem im ländlichen Bereich, ist ebenfalls auszugehen. Die Psychische Lebensqualität wird von pflegebedürftigen Personen, die im Mostviertel leben, signifikant höher eingestuft als von Personen die im Zentralraum St. Pölten leben, wobei im Mostviertel als auch im Waldviertel höhere Mittelwerte in Bezug auf die Psychische LQ zu verzeichnen sind. Der höhere Anteil an Personen im Mostviertel, die in Häusern lebt, könnte dafür ausschlaggebend sein, da auch dieser Personenkreis höhere Werte bezüglich der Sozialen Lebensqualität erzielt.

3.7.3 Zufriedenheit mit der ambulanten Betreuung

Die Mittelwerte der Skala Kundenzufriedenheit (sechs Items) weisen ein Minimum von 3,83 und Maximum in der Höhe von 5,00 auf. 46 von 80 Personen vergaben bei allen Items die Note Sehr gut. Die Werteverteilung ist somit sehr einseitig und weist eine geringe Streuung auf. Die Bewertung der Zufriedenheit streut mit einer Ausnahme nur zwischen den Noten Sehr gut bis Befriedigend. Lediglich beim Item Nr. 23, der Angemessenheit des Kostenbeitrages, wurde jeweils ein Genügend und Nicht genügend vergeben. 12 Items wurden aufgrund einer hohen Anzahl fehlender Beurteilung nicht in die Skala aufgenommen oder weil sie nicht zum Themenkreis der interaktiven Zufriedenheit mit den BetreuerInnen passten. Als Gründe für die oftmalige Wahl der Antwortkategorie „Kann ich nicht beurteilen“ bei einigen Items, sind anzuführen, dass sich z. B. Lebenspartner um diese Thematik kümmern (Kostenabrechnung durchsehen, etc.), es sich um eine Dienstleistung handelt, die der Betroffene nicht beanspruchte (z. B. Beratung bezüglich Pflegebehelfe), die Betroffenen zu wenig Einblick in diesen Bereich haben (z.B. Zusammenarbeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen untereinander) oder der Sachverhalt für die Betroffenen nicht klar erkennbar ist (bei Item Nr. 24 Unklarheit darüber, wer die Pflegeverantwortlichen sind).

Die Korrelation zwischen der Skala Kundenzufriedenheit und dem Item zur Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung weist mit $r = .521$ einen signifikanten Zusammenhang mittlerer Stärke auf. Die weiteren Korrelationen der Skala Kundenzufriedenheit mit den Dimensionen der Lebensqualität, dem Neurotizismus und

dem Alter weisen keine signifikanten Zusammenhänge auf. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang ($r = -.223$) besteht zwischen der Anzahl monatlicher Sozialkontakte und der Kundenzufriedenheit. Personen mit weniger Sozialkontakten weisen höhere Zufriedenheitswerte auf. Eine geringere Schmerzbelastung weist ebenfalls auf höhere Zufriedenheit hin. Dieser Zusammenhang verfehlte aber knapp ($p = .067$) das Signifikanzniveau. Obgleich Männer höhere Zufriedenheitswerte aufweisen, ist kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern feststellbar. Die Zufriedenheitswerte der Pflegestufen unterscheiden sich weder bei den Männern noch bei den Frauen signifikant von einander. Hinsichtlich der untersuchten soziodemographischen Variablen Wohnform, Haushaltsgemeinschaft, Bildungsgrad und Wohnregion konnten ebenfalls keine Unterschiede bezüglich der Skala Kundenzufriedenheit erfasst werden. Bei den früher ausgeübten Berufen zeigt sich allerdings ein signifikanter Unterschied zwischen Facharbeiterinnen bzw. Facharbeitern und Hausfrauen sowie Landwirtinnen/Landwirte und Hausfrauen. Sowohl Facharbeiter/Facharbeiterinnen als auch Landwirte/Landwirtinnen sind mit der Betreuung zufriedener als Hausfrauen. Eine Dichotomisierung der Zufriedenheitswerte in „sehr zufriedene“ und „zufriedene“ Kunden änderte nichts an den vorher genannten Ergebnissen. Außer bei der ehemaligen Berufstätigkeit sind keine signifikanten Unterschiede der Kundenzufriedenheit nachweisbar.

Der hohe Anteil an sehr zufriedenen bzw. zufriedenen Kunden und Kunden bei dieser Untersuchung stellt eher die Regel als eine Ausnahme dar (vgl. dazu Bendel et al., 2000; Roth & Garms-Homolova, 2004). Befragungen, sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Gesundheitsversorgung, führen meistens zu ähnlichen Ergebnissen mit hoher Zustimmung. Als mögliche Gründe werden die mangelnden Vergleichsmöglichkeiten für die Pflegebedürftigen, Anpassung der Erwartungen an die vorhandenen Gegebenheiten, ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis, aber auch der positive, kommunikative Aspekt, den die Betreuung hat, diskutiert. Aufgrund der geringen Streuung ist es sinnvoll, die geringen Unterschiede bei der Zufriedenheit zwischen einzelnen Personen zu beachten und hinsichtlich möglicher Bedingungen bzw. Ursachen zu hinterfragen. So bestätigen höhere Zufriedenheitswerte bei Personen mit weniger Sozialkontakten, dass ambulante Betreuung für Kunden nicht nur Hilfestellungen im Alltag und Pflege bedeutet, sondern auch als Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeit eine Bedeutung hat, die sich auf die

Bewertung der Betreuungsleistung auswirkt. Die Tendenz verschiedener Studien (vgl. dazu Thi et al., 2002), dass ein schlechter Gesundheitszustand zu höherer Unzufriedenheit führt, konnte zwar nicht bestätigt werden, der Zusammenhang zwischen Schmerzbelastung und niedrigeren Zufriedenheitswerten blieb jedoch nur knapp unter dem Signifikanzniveau. Weiters ist die kleine Stichprobe in diesem Zusammenhang zu bedenken.

Die Bedeutung des Geschlechts könnte, wie bei der Beurteilung der Lebensqualität, gegenüber dem subjektiv erlebten Leidenszustand, dem Gefühl der Abhängigkeit und Angewiesenheit in den Hintergrund getreten sein, weshalb es zu keinem signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern gekommen ist. Die vorliegenden Studien sind in Bezug auf diese Fragestellung ebenfalls sehr inhomogen. Auf die Problematik der kategorialen Zuordnung und der kleinen Stichproben bei den einzelnen Pflegestufen wurde bei der Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf die Lebensqualität schon hingewiesen. Die größere Unzufriedenheit von Hausfrauen gegenüber Landwirten und Facharbeitern kann mit dem Frauenanteil von 100 % bei den Hausfrauen alleine nicht erklärt werden, denn dann wären die Zufriedenheitswerte der Frauen allgemein signifikant niedriger gewesen als jene der Männer. Eine niedrigere Lebensqualität oder weniger Sozialkontakte von Hausfrauen sind aufgrund der Ergebnisse des ersten Teils dieser Untersuchung ebenfalls auszuschließen. Bear und Sauer (2000) konnten in ihrer Studie eine niedrigere Zufriedenheit von Frauen in Bezug auf das Haushaltsservice feststellen. Die einzelnen Serviceleistungen wurden in der vorliegenden Untersuchung nicht wie bei Bear und Sauer untersucht. Es wäre deshalb denkbar, dass (ehemalige) Hausfrauen strengere Standards in Bezug auf diverse Tätigkeiten im Haushalt haben, da dies über Jahrzehnte ihr „Arbeitsplatz“ war und zum Teil noch ist. Es konnten keine weiteren soziodemographischen Unterschiede in Bezug auf die Kundenzufriedenheit festgestellt werden, wobei angemerkt werden muss, dass die Stichprobe v. a. in Bezug auf die Bildung der Befragungsteilnehmer und Teilnehmerinnen sehr wenig Personen mit Matura und höheren Abschlüssen beinhaltet. Eine kritischere Beurteilung der ambulanten Betreuung wäre wahrscheinlich durch Personen mit höherer Bildung zu erwarten, wie dies Johansson et al. (2002) in ihrem Überblicksartikel ausführen.

3.8 Kritik

Bei der vorliegenden Untersuchung wurden Hypothesen mittels Korrelations- bzw. Unterschiedsberechnungen getestet. Annahmen über Ursachen-Wirkungszusammenhänge können auf diesem Wege daher statistisch nicht bestätigt werden. Im Hinblick auf die Fragestellungen und die Anzahl der Hypothesen, wäre eine größere Gesamtstichprobe von Vorteil gewesen. Größere Gruppen wären auch bei den Pflegestufen, vor allem aufgrund der unterschiedlichen Arten und Ausprägungen der vorhandenen Beeinträchtigungen der befragten Personen, wünschenswert gewesen. Eine Vorselektion der Stichprobe durch die Stationsleitung bei der Einstufung als dement bzw. Einfluss im Vorfeld durch das Personal auf die Motivation der Kunden und Kunden an der Befragung teilzunehmen, kann nicht ausgeschlossen werden, obgleich es keine Hinweise dafür gibt. Bei der Befragung wurde auf die Anonymisierung der Daten hingewiesen. Da die Ankündigung des Hausbesuches durch Caritas Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgte, ist nicht auszuschließen, dass die Befragung als „behördliche“ oder betriebsinterne Kontrolle der Organisation von manchen Personen interpretiert wurde.

Bei der Auswahl der Fragen für die Erhebung der Kundenzufriedenheit, wäre es rückblickend besser gewesen, einzelne Leistungen (z.B. Reinigung, Körperpflege etc.) getrennt zu erfragen. Weiters waren einige Items irrelevant bzw. überfordernd. Eine Schwierigkeit mit der man durch den Gesundheitszustand der befragten Personen konfrontiert ist, ist die Länge und Art des Fragebogens. Während Personen in den unteren Pflegestufen teilweise über genügend Energie verfügen, ermüdet der Rest der Befragten sehr schnell. Eine Entscheidung für eine bestimmte Antwortkategorie zu treffen ist für viele Personen dieses Alters ebenfalls schwierig, weshalb in diesem Bereich noch einiges an Forschungsarbeit in Bezug auf die Entwicklung geeigneter Fragebögen zu leisten ist.

3.9 Zusammenfassung

Schwerpunkt dieser Arbeit ist die Untersuchung der Psychischen, Physischen und Sozialen Lebensqualität sowie der Zufriedenheit mit der ambulanten Pflege von Personen die von der Caritas der Diözese „Betreuen und Pflege zu Hause“ betreut werden. Es sollte geklärt werden, ob es einen Einfluss des Geschlechts und der Pflegestufe auf die unterschiedlichen Dimensionen der Lebensqualität, den Neurotizismus (Emotionale Instabilität), die Anzahl der Sozialkontakte und die KundInnenzufriedenheit gibt. Weiters wurde der Einfluss von soziodemographischen Variablen auf die Lebensqualität und Kundenzufriedenheit untersucht. Für die Untersuchung wurden 80 Personen aus den drei Regionen Zentralraum St. Pölten, Mostviertel und Waldviertel in die Stichprobe aufgenommen, davon 35 Frauen und 45 Männern. Bei Frauen wurden Personen mit den Pflegestufen von eins bis fünf, bei Männern jene mit Pflegestufen eins bis vier befragt. Das Durchschnittsalter beträgt 81,7 Jahre, wobei Personen von 43 bis 98 Jahren an der Befragung teilgenommen haben.

In Bezug auf die Lebensqualität (LQ) der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zeigt sich, dass Personen mit einer höheren Anzahl monatlicher Sozialkontakte auch ihre Soziale und Psychische Lebensqualität höher einschätzen. Höhere Neurotizismuswerte (Emotionale Instabilität) korrelieren mit niedrigeren Werten bei den Skalen Psychische und Physische Lebensqualität. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Sozialen und der Psychischen LQ. Die Annahme, dass die körperliche Lebensqualität und die Psychische LQ miteinander korrelieren, konnte ebenfalls bestätigt werden. Es konnten keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern bzw. zwischen den Pflegestufen in Bezug auf die drei Domänen der LQ, den Neurotizismus und die Anzahl der monatlichen Sozialkontakte gefunden werden. In Bezug auf das Alter zeigte sich bei den Männern, dass die Personen der Pflegestufe zwei signifikant jünger sind als jene der Pflegestufe drei. Weiters wurde der Einfluss der Wohnform, der Haushaltsgemeinschaft, der Bildung, des (ehemaligen) Berufes und der Wohnregion untersucht. Bewohner von Häusern sind mit ihrer Sozialen LQ zufriedener als Personen, die in Wohnungen leben. Personen mit Lehr- oder höherem Abschluss bewerten ihre Psychische LQ höher als Personen ohne Lehrabschluss. Bei den Berufsgruppen beurteilen Hausfrauen ihre Soziale LQ höher als

dies Arbeiter und Arbeiterinnen tun. Unter den Wohnregionen schätzen pflegebedürftige Personen im Mostviertel ihre Psychische LQ signifikant höher ein als Personen die im Zentralraum leben. Zwischen den Haushaltsgemeinschaften konnten keine Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität, dem Neurotizismus und der Anzahl der Sozialkontakte festgestellt werden.

Eine Untersuchung der Kundenzufriedenheit bestätigt den Trend bisheriger Befragungen zur Zufriedenheit im Gesundheitsbereich. Bei der Skala „Kundenzufriedenheit“ vergaben 46 Personen bei allen Items die Note Sehr Gut. Höhere Zufriedenheitswerte korrelieren mit einer niedrigeren Anzahl an monatlichen Sozialkontakten. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Skala Kundenzufriedenheit und den Domänen der LQ bzw. dem Neurotizismus festgestellt werden. Weder zwischen den Geschlechtern noch zwischen den Pflegestufen konnten Unterschiede in Bezug auf die Kundenzufriedenheit erfasst werden. Bei den anderen untersuchten soziodemographischen Variablen zeigt sich nur bei den früher ausgeübten Berufen signifikante Unterschiede. Sowohl Facharbeiter und Facharbeiterinnen als auch Landwirte und Landwirtinnen erzielen höhere Zufriedenheitswerte als Hausfrauen.

4 Literaturverzeichnis

Aldwin, C. M., Spiro, A. & Park, C. L. (2006). Health, Behavior, and Optimal Aging: A Life Span Developmental Perspective. In J. E. Birren & W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 85-104). Amsterdam: Elsevier.

Amann, A., Löger, B. & Lang, G. (2001). *Pflegequalität der mobilen sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste in NÖ*. (Serie des Zentrums für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung, Band 22). St. Pölten.: NÖ Landesakademie.

Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF: Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.

Applebaum, R. A., Straker, J. A. & Geron, S. M. (2004). *Patientenzufriedenheit. Benennen, bestimmen, beurteilen*. Bern: Hans Huber.

Aust, B. (1994). *Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung*. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Baltes, P. B. & Mayer, K. U. (Eds.). (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Berlin: Akademie Verlag.

Baltes, P. B. (1996). Über die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor. In M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 29-68). Frankfurt: Campus.

Bauer, U. & Büscher, A. (2008). Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen. In U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung* (S. 7-48). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Bear, M. & Sauer, M. (2000). Client Satisfaction with Community-Based Services in a Pilot Cost Share-Service Coordination Program. *Journal of Applied Gerontology*, 19 (2), 221-238.
- Bendel, K., Matiaske, W., Schramm, F. & Weller, I. (2000). „Kundenzufriedenheit“ bei ambulanten Pflegedienstleistern. Bestandsaufnahme und Vorschläge für ein stresstheoretisch fundiertes Messinstrument. (Online im Internet). URL: <http://hermes.unibw-hamburg.de/werkstatt/berichte/bericht03.pdf> (06.01.2009).
- Belvis, A. G., Avolio, M., Spagnolo, A., Damiani, G., Sicuro, L., Ciccetti, A., Ricciardi, W. & Rosano, A. (2008). Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region. *Public Health*, 122, 784-793.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). *NEO-FFI: Neo-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae* (2., neu normierte und vollständig überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Buestrich, M., Finke-Oltmann, F. P. & Wohlfahrt, N. (2008). Aktuelle Entwicklungen des Personaleinsatzes in sozialen Diensten und Einrichtungen: das Beispiel „Pflege“. In V. Brinkmann (Hrsg.), *Personalentwicklung und Personalmanagement in der Sozialwirtschaft* (S. 63-104). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Dienel, C. (2007). Die Betreuung älterer Familienmitglieder im europäischen Vergleich – Perspektiven einer europäischen Politik für familiäre Pflege. *Berliner Journal für Soziologie*, 1, 281-300.
- Dittrich, B. & Gatterer, G. (2002). Gerontopsychologie im Rahmen eines Geriatriezentrums: Rehabilitation und Behandlungsprogramme. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 15 (4), 179-183.
- Ertl, R. & Kratzer, U. (2007). *Hauskrankenpflege. Wissen-Planen-Umsetzen*. Wien: Facultas.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active Aging: The Contribution of Psychology*. Göttingen: Hogrefe

Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D. & Caprara, M. (2007). Quality of Life, Life Satisfaction, and Positive Aging. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *GeroPsychology. European Perspectives for an Aging World* (pp. 197-223). Göttingen: Hogrefe.

Field, A. (2005). *Discovering Statistics using SPSS* (2nd Edition). London: SAGE Publications.

Foss, C. (2002). Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 19-26.

Foss, C. & Hofoss, D. (2004). Patient's voices on satisfaction: unheeded women and maltreated men? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 273-280.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G. & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56 (3), 146-156.

Friedman, L. C., Brown, A. E., Romero, C., Dulay, M. F., Peterson, L. E., Wehman, P., Whisnand, D. J., Laufman, L. & Lomax, J. (2005). Depressed mood and social support as predictors of quality of life in women receiving home health care. *Quality of Life Research*, 14, 1925-1929.

Gallegos-Carrillo, K., Carcía-Pena, C., Mudgal, J., Romero, X., Durán-Arenas, L. & Salmerón, J. (2009). Role of depressive symptoms and comorbid chronic disease on health-related quality of life among community-dwelling older adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 66 (2), 127-135.

Garms-Homolová, V. (Hrsg.). (2002). *Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege. Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC 2.0)*. Bern: Hans Huber.

Gasquet, I., Dehé, S., Gaudebout, P. & Falissard, B. (2003). Regular Visitors Are Not Good Substitutes for Assessment of Elderly Patient Satisfaction With Nursing Home Care and Services. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A (11), 1036-1041.

Gebert, A. J. & Kneubühler H. U. (2001). *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen*. Bern: Hans Huber.

- Geron, S. M., Smith, K., Tennstedt, S., Jette, A., Chassler, D. & Kasten, L. (2000). The Home Care Satisfaction Measure: A Client-Centered Approach to Assessing the Satisfaction of Frail Older Adults With Home Care Services. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55, 259-270.
- Green, A. & Davis, S. (2005). Toward a Predictive Model of Patient Satisfaction with Nurse Practitioner Care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17, 139-148.
- Grundy, E. & Glaser, K. (2000). Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study. *Age and Ageing*, 29, 149-157.
- Gugerell, M. (2005). Hohe Zufriedenheit mit sozialen Dienstleistungen. Kundenbefragung im NÖ Hilfswerk zur Qualitätsverbesserung. In NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft (Hrsg.), *Laut Gedacht. Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte* (S. 1-7). (Broschüre).
- Gunzelmann, T., Albani, C., Beutel, M. & Brähler, E. (2006). Die subjektive Gesundheit älterer Menschen im Spiegel des SF-36. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 109-119.
- Hasemann, W., Kesselring, A., Stöcklin, M. & Gräsel, E. (2007). Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger von Patienten nach Schlaganfall. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 20 (4), 227-237.
- Haubrock, M. & Gohlke, S. (2001). *Benchmarking in der Pflege. Mit einer Benchmarking-Studie ambulanter Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Trägerschaft sowie Fragenkatalogen und Auswertungsmöglichkeiten für das Unternehmen*. Bern: Hans Huber.
- Hall, J. A., Milburn, M. A. & Epstein, A. M. (1993). A Causal Model of Health Status and Satisfaction with Medical Care. *Medical Care*, 31, 84-94.
- Hensch, T. (2006). Differentiellpsychologische Grundlagen der Klinischen Psychologie. In H. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 146-162). Heidelberg: Springer.
- Heusinger, J. (2008). Der Zusammenhang von Milieuzugehörigkeit, Selbstbestimmungschancen und Pflegeorganisation in häuslichen Pflegearrangements älterer Menschen. In U. Bauer & A.

Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung* (S. 301-314). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Höpflinger, F. (2002). Generativität im höheren Lebensalter. Generationssoziologische Überlegungen zu einem alten Thema. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35 (4), 328-334.

Huguet, N., Kaplan, M. S. & Feeny, D. (2008). Socioeconomic status and health-related quality of life among people: Results from the Joint Canada/United States Survey of Health. *Social Science & Medicine*, 66, 803-810.

Johansson, P., Oléni, M. & Fridlung, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 337-344.

Jaysinghe, U. W., Proudfoot, J., Holton, C., Davies, G. P., Amoroso, C., Bubner, T., Beilby, J. & Harris, M. (2008). Chronically ill Australians satisfaction with accessibility and patient-centredness. *International Journal for Quality in Health Care*, 20 (2), 105-114.

Kempen, G. I., Ormel, J., Brilman, E. I. & Relyveld, J. (1997). Adaptive Responses among Dutch Elderly: The Impact of Eight Chronic Medical Conditions on Health-Related Quality of Life. *American Journal of Public Health*, 87, 38-44.

König, H. H., Bernert, S. Angermeyer, M. C. (2005). Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung mit dem EuroQuol-Instrument. *Gesundheitswesen*, 67, 173-182.

Kruzich, J. M. (2000). Correlates of nursing home satisfaction. In J. Cohen-Mansfield, F. K. Ejaz & P. Werner (Eds.), *Satisfaction in long-term care* (pp. 76-100). New York: Springer.

Kuppens, P., Realo, A. & Diener, E. (2008). The Role of Positive and Negative Emotions in Life Satisfaction Judgment Across Nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95 (1), 66-75.

Kürzel, E. (2009). Wer darf welche pflegerischen Tätigkeiten durchführen? Wer ist wofür zuständig? Muss die/der diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger alles selber

machen? In NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft (Hrsg.), *Laut gedacht. Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte* (S. 1-19). (Broschüre).

Lehr, U., Re, S. & Wilbers, J. (2007). Demographic Change, the Need for Care, and the Role of the Elderly. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.) *GeroPsychology* (pp. 183-196). Göttingen: Hogrefe.

Löger, B. & Amann, A. (2001). *Altwerden in Niederösterreich III. Altersalmanach 2000. Teil II: Pflegevorsorge: Aktuelle Trends und Fragen über die Zukunft* (Serie des Zentrums für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung, Band 21/Teil II). St. Pölten: NÖ Landesakademie.

Lubetkin, E. I., Jia, H., Franks, P. & Gold, M. R. (2005). Relationship among sociodemographic factors, clinical conditions, and health-related quality of life: Examining the EQ-5D in the U.S. general population. *Quality of Life Research*, 14, 2187-2196.

Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant Validity of Well-Being Measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (3), 616-628.

López García, E., Banegas, J. R., Pérez-Regadera, A. G., Cabrera, R. H. & Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, 14, 511-520.

Marshall, G. N., Hays, R. D. & Mazel, R. (1996). Health Status and Satisfaction With Health Care: Results From the Medical Outcomes Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 380-390.

Mannheim Research Institute for the Economics of Aging. (2008). *First Results from the Survea of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007)*. (Online im Internet). URL: <http://www.share-project.org> (12.01.2010).

Moock, J., Kohlmann, T., Besch, D. & Drüner, K. (2005). Nutzentheoretische Lebensqualitätsmessinstrumente in der medizinischen Rehabilitation: Ein anwendungsbezogener Vergleich. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 14, 25-32.

Montada, L. (1996). Machen Gebrechlichkeit und chronische Krankheit produktives Altern unmöglich? In M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Altern* (S. 382-392). Frankfurt: Campus.

Moret, L, Nguyen J.M., Volteau, C., Falissard, B, Lombrail, P. & Gasquet, I. (2007). Evidence of a non-linear influence of patient age on satisfaction with hospital care. *International Journal for Quality in Health Care*, 19 (6), 382-389.

Müller-Staub, M., Briner, G., Probst, M.T. & Needham, I. (2008). Erhebung der Patientenzufriedenheit im Notfallzentrum eines Schweizer Universitätsspitals: Konzept und Ergebnisse (Teil 1). *Pflege*, 21, 172-179.

Müller-Staub, M., Briner, G., Probst, M.T. & Needham, I. (2008). Erhebung der Patientenzufriedenheit im Notfallzentrum eines Schweizer Universitätsspitals: Vorkommen von Angst, Unsicherheit, Belastung, Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Durst und Hunger sowie Zusammenhänge zur Patientenzufriedenheit (Teil 2). *Pflege*, 21, 180-188.

Murdaugh, C. (1997). Health-Related Quality of Life as an Outcome in Organizational Research. *Medical Care*, 35 (11), 41-48.

Neubauer, G. & Gatterer, G. (2008). Pflege aus psychologischer Sicht. In W. D. Oswald, G. Gatterer & U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (S. 173-194). Wien: Springer.

Noelker, L. S., Ejaz, F. K. & Schur, D. (2000). Prevalence and problems in the use of satisfaction surveys: Results from research on Ohio nursing homes. In J. Cohen-Mansfield, F. K. Ejaz & P. Werner (Eds.), *Satisfaction in long-term care* (pp. 122-133). New York: Springer.

NÖ Hilfswerk. (2008). *Qualität von Mensch zu Mensch. Hilfswerk-Kundenbefragung 2008. Die Ergebnisse*. (Broschüre).

Ortlieb, R., Bendel, R. & Matiaske, K. (2004). Zufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten – Ergebnisse mit dem PPSQ-AC (Paderborn Patient Satisfaction Questionnaire – Ambulant Care).

(Online im Internet). URL: <ftp://hermes.unibw-hamburg.de/werkstatt/berichte/ergebnisbericht06.pdf> (06.01.2009).

Oswald, W. D., Ackermann, A. & Gunzelmann, T. (2006). Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19 (2), 89-101.

Oswald, W. D., Hagen, B., Rupprecht, R. & Gunzelmann, T. (2002). Bedingungen der Erhaltung und Förderungen von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Teil XVII: Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 15 (1), 13-31.

Philip, I. (2000). Measuring quality of care. *Age and Ageing*, 29, 95-96.

Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes* (1. Aufl)(A. Leber, Übers. u. Hrsg.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Puts, M. T. E., Lips, P., Ribbe, M.W. & Deeg, D. J. H. (2005). The effect of frailty on residential/nursing home admission in the Netherlands independent of chronic diseases and functional limitations. *European Journal of Ageing*, 2, 264-274.

Rabold, S. & Görgen, T. (2007). Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte. Ergebnisse einer Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Dienste. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40, 366-374.

Rosenmayr, L. (2007). *Schöpferisch Altern. Eine Philosophie des Lebens*. Wien: LIT VERLAG.

Roth, G. (2007). Dilemmata der Altenpflege. *Berliner Journal für Soziologie*, 1, 77-96.

Roth, G. & Garms-Homolová, V. (2004). *Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln* (Forschungsbericht im Auftrag der Enquetekommission "Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen" des Landtages von Nordrhein-Westfalen) (Online im Internet).
Url: http://www.pflegerecht-forum.de/Medizin-Infos/Pflege/Pflegemaengel_NRW.pdf (12.01.2010).

Rothgang, H., Borchert, L., Müller, R. & Unger, R. (2008). *GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunkt: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 66). St. Augustin: Asgard-Verlag.

Samuelsson, G. & Wister, A. (2000). Client Expectations and Satisfaction of Quality in Home Care Services. A Consumer Perspective. *Home Care Provider*, 5 (6), 223-230.

Seidel, M. (2005). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Ein neues Mitglied der Familie WHO-Klassifikationen. *Der Nervenarzt*, 76, 79-82.

Sixma, H., Campen, C., Kerssens, J. J & Peters, L. (2000). Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-Elderly instrument. *Age and Ageing*, 29, 173-178.

Sluijs, E. M. & Wagner, C. (2003). Progress in implementation of Quality Management in Dutch health care: 1995-2000. *International Journal for Quality of Health Care*, 15 (3), 223-234.

Statistik Austria. (2009). (Online im Internet). URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/demographische_indikatoren/index.html (11.11.2009).

Steinbüchel, N., Lischetzke, T., Gurny, M., Winkler, I. & The WHOQOL-OLD Group (2005). Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität älterer Menschen mit dem WHOQOL-BREF-Fragebogen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 14, 13-23.

Teegen, F. & Cizmic, L. D. (2003). Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16 (2), 77-91.

Thi, P. L. N., Briancon, S., Empereur, F. & Guillemin (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medicine*, 54, 493-504.

Thieme, F. (2008). *Altern(n) in der alternden Gesellschaft. Eine soziologische Einführung in die Wissenschaft vom Alter(n)*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Voges, W. & Borchert, L. (2008). Soziale Ungleichheit und Heimkarrieren bei Älteren. In H. Künemund & K. R. Schroeter (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen* (Teil III). (S. 195-220). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Von dem Kneesebeck, O. & Mielck, A. (2008). Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42, 39-46
- Wahl, H.W., Diehl, M., Kruse, A., Lang, F.R. & Martin, M. (2008). Psychologische Altersforschung: Beiträge und Perspektiven. *Psychologische Rundschau*, 59 (1), 2-23.
- Wancata, J. & Kaiser, G. (2008). Dimensionen der psychosozialen Versorgung alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21 (1), 11-19.
- Weber, G., Glück, J., Heiss, C., Sassenrath, S., Schaefer, L. & Wehinger, K. (2005). *ESAW. European Study of Adult Well-Being. Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter 2002-2004. Hauptergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Österreich*. Wien: Facultas.
- Whitlatch, C. J. & Noelker, L. S. (2007). Caregiving and Caring. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology* (pp. 240-248). Amsterdam: Elsevier.
- WHO. (1997). WHOQOL. Measuring Quality of Life.(Online im Internet). URL: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf (04.01.2010).
- Wild, M. (2000). Wie sehen NutzerInnen die Gesundheits- und Sozialen Dienste des Roten Kreuzes? Eine Untersuchung der Erwartungen an und Bewertung der Hauskrankenpflege/Altenbetreuung/Heimhilfe des Roten Kreuzes. In S. Kühne-Ponesch (Hrsg.), *Pflegeforschung aus der Praxis für die Praxis. Pflegearbeit eine wissenschaftliche Herausforderung* (Band 2). Wien: Facultas.
- Wingenfeld, K. & Schaeffer, D. (2001). Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 140-146.
- Young, G. T., Meterko, M. & Desai, K. R. (2000). Patient Satisfaction with Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics. *Medical Care*, 38 (3), 325-334.

Zhang, Y., Rohrer, J., Borders, T. & Farrell, T. (2007). Patient Satisfaction, Self-Rated Health Status, and Health Confidence: An Assessment of the Utility of Single-Item Questions. *American Journal of Medical Quality*, 22 (1), 42-49.

5 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung der Kunden in Bezug auf die Pflegestufen 9/2009	62
Tabelle 2: Altersklassen.....	64
Tabelle 3: Schulabschluss.....	65
Tabelle 4: Leben in Haushaltsgemeinschaften	66
Tabelle 5: Deskriptive Ergebnisse für die drei Domänen der Lebensqualität (LQ)	76
Tabelle 6: Deskriptive Statistik - Kundenzufriedenheit	77
Tabelle 7: Deskriptive Daten der Skala Kundenzufriedenheit	81
Tabelle 8: Dichte des sozialen Netzwerkes und Anzahl monatlicher Sozialkontakte.....	81
Tabelle 9: Korrelationen der Skalen zur LQ mit Neurotizismus, Alter und Anzahl monatlicher Sozialkontakte.....	83
Tabelle 10: Korrelationen der Skalen zur LQ miteinander.....	84
Tabelle 11: Geschlechtsunterschiede in Bezug auf LQ, Neurotizismus, Anzahl der Sozialkontakte und Alter (T-Test)	85
Tabelle 12: Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei den Frauen: Soziale, Psychische und Physische LQ, Neurotizismus, Sozialkontakte (Multivariate Varianzanalyse)....	87
Tabelle 13: Altersunterschiede zwischen den Pflegestufen bei den Frauen.....	88
Tabelle 14: Unterschiede zwischen den Pflegestufen der Männer - Lebensqualität, Neurotizismus, Alter	89
Tabelle 15: Unterschiede in der Anzahl monatlicher Sozialkontakte.....	90
Tabelle 16: Unterschiede der Lebensqualität und der Sozialkontakte in Bezug auf die Wohnform.....	91
Tabelle 17: Unterschiede zwischen den Arten der Haushaltsgemeinschaften in Bezug auf die LQ, Neurotizismus und Anzahl der Sozialkontakte	92
Tabelle 18: Unterschiede Soziale LQ in Bezug auf Bildungsunterschiede	93
Tabelle 19: Unterschiede Psychische und Physische LQ in Bezug auf Bildung.....	94
Tabelle 20: Unterschiede zwischen den Berufsgruppen in Bezug auf die LQ	95
Tabelle 21: Unterschiede bei der LQ zwischen den Regionen.....	96
Tabelle 22: Kreuztabelle Wohnform/Region.....	97
Tabelle 23: Interkorrelationen der Skala Kundenzufriedenheit.....	99
Tabelle 24: Geschlechtsunterschiede bezüglich der Kundenzufriedenheit (U-Test).....	100
Tabelle 25: Unterschiede zwischen den Pflegestufen bei Männern und Frauen (Kruskal- Wallis-Test)	100
Tabelle 26: Unterschiede der Kundenzufriedenheit in Bezug auf Wohnform, Haushaltsgemeinschaft, Bildungsgrad, Beruf und Wohnregion.....	102
Tabelle 27: Unterschiede bei der dichotomisierten Kundenzufriedenheit hinsichtlich soziodemographischer Variablen.....	103

6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung.....	63
Abbildung 2: Verteilung Beruf nach Geschlecht.....	67
Abbildung 3: Verteilung der Mittelwerte - Skala Kundenzufriedenheit	80
Abbildung 4: Psychische Lebensqualität der drei Regionen im Vergleich.....	97

7 Anhang

Anhang A.

Fragebogen zur Lebensqualität

Der Fragebogen bezieht sich auf Ihre Lebensqualität und wie Sie einzelne Bereiche Ihres Lebens, wie z.B. Ihre Gesundheit, einschätzen. Bei den Fragen geht es darum, wie Sie die letzten zwei Wochen erlebt haben.

Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt!

Bitte beantworten Sie die folgenden Punkte möglichst spontan:

	über- haupt nicht	ein wenig	mittel- mäßig	ziemlich	äußerst
1. Wie gut können Sie sich konzentrieren?					
2. Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?					
3. Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?					
4. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?					
5. Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?					
6. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch ihre Verwandten oder Bekannte?					
7. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?					
	sehr schlecht	schlecht	mittel- mäßig	gut	sehr gut
8. Wie würden Sie Ihr Gedächtnis beurteilen?					
9. Wie gut können Sie sich fortbewegen?					
	sehr unzufrie- den	unzufrie- den	weder zufrieden noch unzufrie- den	zufrie- den	sehr zufrie- den
10. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit alltägliche Dinge erledigen zu können?					

11. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?					
--	--	--	--	--	--

	niemals	nicht oft	zeitweilig	oftmals	immer
12. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?					

Befragung der Kundinnen und Kunden zur
Zufriedenheit mit „Betreuen und Pflegen zu Hause“
 der Caritas St. Pölten

Bitte bewerten Sie die einzelnen Punkte nach dem Schulnotensystem (1 = Sehr Gut, 2 = gut, 3 = Befriedigen, 4 = Genügend, 5 = Nicht genügend)

	Bitte bewerten Sie....	sehr gut	gut	befrie- digend	genü- gend	nicht genü- gend	Kann ich nicht beurteilen
13.	...wie gut Sie sich von den MitarbeiterInnen verstanden fühlen						
14.	...wie sehr sich die MitarbeiterInnen an alle Abmachungen halten						
15.	...wie gut die MitarbeiterInnen Sie dabei unterstützen, Ihre Sozialkontakte aufrecht zu erhalten						
16.	...wie gut Ihnen die MitarbeiterInnen eine verständliche Antwort geben, wenn Ihnen was unklar ist						
17.	...wie gut die MitarbeiterInnen sich mit Ihrer Erkrankung oder Beeinträchtigung auskennen						
18.	...wie gut die Zeit ausreicht, die sich die MitarbeiterInnen für ihre Tätigkeiten nehmen						
19.	...die Förderung Ihrer Selbständigkeit durch die MitarbeiterInnen						
20.	...die Erreichbarkeit des Pflegedienstes während des Tages						
21.	...wie gut die MitarbeiterInnen mit Ihnen gemeinsam die geplanten Tätigkeiten besprechen.						

	Bitte bewerten Sie....	sehr gut	gut	befrie- digend	genü- gend	nicht genü- gend	Kann ich nicht beurteilen
22.	...die Beratung über zusätzliche Dienste wie z.B. Notruftelefon, Essen auf Rädern, Physiotherapie etc.						
23.	...wie angemessen Ihnen der Kostenbeitrag erscheint, den Sie zu zahlen haben, im Verhältnis zur Leistung						
24.	...die regelmäßige Besprechung der Pflege mit einer pflegeverantwortlichen Person						
25.	...die Zusammenarbeit zwischen den MitarbeiterInnen der Sozialstation						
26.	...die Übersichtlichkeit der Kostenabrechnung						
27.	...die Pünktlichkeit der MitarbeiterInnen zu den vereinbarten Terminen						
28.	...die Unterstützung bzw. Beratung in Bezug auf Pflegebehelfe						
29.	...die Kontinuität der MitarbeiterInnen, also wie weit immer dieselben Pflegekräfte kommen						
30.	...Ihre Zufriedenheit mit der Caritas Hauskrankenpflege insgesamt						

Bitte entscheiden Sie sich für jene Antwortmöglichkeit, die für Sie am besten zutrifft.

Stimmt – wenn der Satz für Sie völlig zutreffend ist. Stimmt etwas – wenn Sie der Aussage eher zustimmen oder Sie für zutreffend halten. Stimmt weder noch – wenn die Aussage für Sie weder richtig noch falsch ist. Stimmt eher nicht – wenn Sie eher nicht zustimmen oder die Aussage für unzutreffend halten. Stimmt nicht – wenn die Aussage für Sie völlig unzutreffend ist.

	stimmt	stimmt etwas	weder noch	stimmt eher nicht	stimmt nicht
31. Ich fühle mich anderen oft unterlegen					
32. Ich fühle mich selten einsam oder traurig					
33. Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.					
34. Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schief geht					
35. Ich bin selten traurig oder deprimiert					
36. Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst					

37.	Wohnsituation:	
	Haus	
	Wohnung	
	Sonstiges:.....	

38.	In Ihrem Haushalt sind sie....	
	alleine lebend	
	mit Partner/Ehefrau-Mann im selben Haushalt	
	mit Familie im selben Haushalt	
	Sonstiges: (z.B. Familie im selben Haus)	

39.	Zu wie vielen Bekannten, Freunden oder Familienmitgliedern haben sie mindestens einmal wöchentlich Kontakt (außer MitbewohnerInnen) ?	
	Zu wie vielen Bekannten, Freunden oder Familienmitgliedern haben sie mindestens einmal monatlich Kontakt (außer MitbewohnerInnen) ?	

40.	Welchen Schulabschluss haben Sie?	
	- kein Abschluss	
	- Pflichtschulabschluss (z.B. VS, HS, Polyt.)	
	- Lehrabschluss	
	- Matura	
	- Universität, Akademie	
	- Sonstiges.....	

41.	Welche berufliche Position hatten Sie am längsten:	
	ArbeiterIn	
	FacharbeiterIn	
	Meister	
	Angestellte(r)	
	Beamte(r)	
	Selbständiger/Freiberufler(in)	
	Hausfrau	
	Ohne Beschäftigung	
	Sonstiges.....	

Anhang B.

Itemstatistik – Fragebogen zur Lebenszufriedenheit

	1.Konzentration	2.Schmerzfreiheit	3. Genießen	4. Sinn
Mittelwert	3,39	2,98	2,83	3,19
Median	4,00	3,00	3,00	3,00
Standardabweichung	,907	1,113	,978	,901
Minimum	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	4

	5. Energie	6. Unterstützung	7. Beziehungen	8. Gedächtnis
Mittelwert	2,73	3,68	3,15	3,24
Median	3,00	4,00	3,00	3,00
Standardabweichung	,842	,897	,969	,846
Minimum	1	1	1	2
Maximum	4	5	5	5

	9. Fortbewegen	10.Alltägliche Dinge erledigen	11. Schlaf	12. Negative Gefühle
Mittelwert	2,35	2,76	3,48	2,96
Median	2,00	3,00	4,00	3,00
Standardabweichung	,813	,903	1,079	,974
Minimum	1	1	1	1
Maximum	4	5	5	5

Anhang C.

Tabelle: Verteilung der Mittelwerte der Skala Kundenzufriedenheit

Mittel werte	Häufigkeit	Prozent
3,83	1	1,3
4,00	5	6,3
4,17	3	3,8
4,33	2	2,5
4,40	2	2,5
4,50	4	5,0
4,60	1	1,3
4,67	6	7,5
4,83	10	12,5
5,00	46	57,5
Gesamt	80	100,0

Anhang D.

Lebenslauf**Persönliche Daten:**

Name: Helmut Baumgartner

Geburtsdatum: 1. Februar 1969

Geburtsort: St. Pölten

Staatsbürgerschaft: Österreich

Bildungsweg:

Volks,- und Hauptschule in Pottenbrunn
Handelsakademie in St. Pölten
Studium der Fachtheologie in St. Pölten (1989-1995)
Abschluss: Mag. Theol.

Psychotherapeutisches Propädeutikum (1996-1998)

Fachhochschule für Sozialarbeit (berufsbegleitend 2001-2005)
Abschluss: Mag. (FH) für sozialwissenschaftliche Beruf

Seit WS 2005: Studium der Psychologie in Wien

**Bisherige
Tätigkeiten:**

Magistrat der LH St. Pölten (1996-1998)
Gärtnergehilfe in der Stadtgärtnerei und
Bediensteter im Rechnungs- und Abgabewesen

NÖ Landesverein für Sachwalterschaft (1998-2003)
Tätigkeit: Sachwalter

Caritas der Diözese St. Pölten
Tätigkeiten: Arbeitsassistent für geistig behinderte Menschen (2003)
Sozialarbeiter beim PsychoSozialen Dienst (2004-2008)
Sozialberatung und Nothilfe Krems (seit 1/2009)