

WOHNBAUFORSCHUNG  
NIEDERÖSTERREICH;  
WOHNBAUFORSCHUNGSERFASSUNG 2005

ERFASSUNGSNUMMER: 822130

SIGNATUR: WBF2005 822130

KATALOG: A, INDEX ST. PÖLTEN

STATUS: 22 2

BESTART: E

LIEFERANT: WOHNBAUFORSCHUNG  
DOKUMENTATION 2005, WBF2005,  
WBFNOE

ERWAR: B

EXEMPLAR: 1

EINDAT: 2005-08-12ej

BDZAHL: 1 Band + CD ROM

HAUPTETRAGUNG: Lebensqualität im Altenpflegeheim

TYP: 1

VERFASSEN – VORL: Teil 1: Mag. Bernd Löger – Zentrum für  
Alternwissenschaften und  
Sozialpolitikforschung ZENTAS – NÖ  
Landesakademie; Teil 2: Mag. Arch. DI  
Andrea Bodvay – TU Wien

NEBEN – PERSONEN: Teil 1: Univ.Prof. Dr. Anton Amann  
– Zentrum für Alternwissenschaften und  
Sozialpolitikforschung ZENTAS – NÖ  
Landesakademie; Gert Lang – ZENTAS,  
Teil 2: Univ. Prof. DI Dr. A. Mahdavi – TU  
Wien

NEBEN – SACHTITEL:

ZUSÄTZE: F 2130

VERLAGSORT, BEARBEITERADRESSE: Niederösterreichische  
Landesakademie – Zentrum für  
Alternswissenschaften und  
Sozialpolitikforschung; Neue  
Herrengasse 17A, 3109 St. Pölten,  
Tel.: 02742 294 17444, Fax: 02742  
294 17440, e-mail:  
post.zentas@noe-lak.at

VERLAG, HERAUSGEBER: Niederösterreichische Landesakademie  
– Zentrum für Alternswissenschaften und  
Sozialpolitikforschung  
Eigenverlag

E-Jahr: 2005  
UMFANG: 2 Seiten Abstract + 3 Seiten Kurzfassung  
+ 1 Seite Kurzbeschreibung + 367 Seiten  
Endbericht

FUSSNOTEN HAUPTGRUPPEN  
ABGEKÜRZT: PLAGL; SOGL

SACHGEBIET(E)/ EINTEILUNG  
BMWA: Sonderwohnformen; Wohnbedürfnisse  
ARBEITSBEREICH (EINTEILUNG  
NACH F-971, BMWA): Wohnungssoziologie  
SW – SACHLICHE (ERGÄNZUNG) Rahmenbedingungen; Senioren;  
Wohnqualität; Wohnumwelt;  
Zufriedenheit.

PERMUTATIONEN: S1 / S2

BEDEUTUNG FÜR NIEDERÖSTERREICH:  
Mit dieser zweiteiligen Studie wurde die  
Grundlage gegeben, in Zukunft die sehr  
schwierigen Fragen nach der Situation  
und Lebensqualität beeinträchtigter  
älterer Menschen in  
(niederösterreichischen) Pflegeheimen  
erfolgreich zu bearbeiten und dadurch zu  
generalisierbaren Erkenntnissen zu  
kommen.

BEDEUTUNG FÜR DEN WOHNBAUSEKTOR:  
Der zweite Teil der Studie gibt eine  
differenzierte Grundlage ab, um  
Voraussetzungen von Lebensqualität  
auch im objektiv baulichen Bereich in  
einzelnen Heimen zu überprüfen.

Lebensbedingungen älterer Menschen in Heimen – insbesondere vom Typus Pflegeheime – sind verschieden dicht und mit mehr oder weniger Aufwand untersucht und analysiert worden. In den letzten Jahren hat sich im Zusammenhang empirischer Forschungen als ein wesentliches Konzept zur Bestimmung der Lebensbedingungen in Heimen jenes der „Lebensqualität“ herausgebildet. Lebensqualität ist ein mehrdimensionales Konzept, das subjektive und objektive Faktoren in ihrer wechselseitigen Vermitteltheit erfasst. Mit diesem Konzept ist neben dem theoretischen Interesse auch ein politisch-praktisches verbunden. Untersuchungen haben in diesem Zusammenhang das Ziel, Anhaltspunkte dafür zu finden, wie im Bedarfsfall Situationen verbessert werden können und welche Mittel dafür einzusetzen wären. Vorausgesetzt ist fundiertes Wissen über komplexe Zusammenhänge. Klarerweise beziehen sich solche Verbesserungsstrategien auf die räumliche Umwelt, im engeren Sinn auf Architektur und Organisation eines Objektes, auf das Personal, auf die Dienstleistungen im allgemeinen, aber auch auf den Status der betreffenden älteren Personen, ihre subjektive Wahrnehmung der Umwelt, ihre Ressourcen und ihre Bewältigungsstrategien.

Von der Auftraggeberseite her ist das Projekt „Lebensqualität im Pflegeheim“, durchgeführt von ZENTAS, auf enge Weise gekoppelt mit einem zweiten Projekt „Lebensqualität in Altenpflegeheimen“, durchgeführt von Frau DI Mag. A. Bodvay und Univ. Prof. DI Dr. tech. A. Mahdavi (TU Wien). Die Anknüpfungspunkte der beiden Projekte ergeben sich über zwei Schienen: einerseits sind im zweitgenannten Projekt die baulichen und Umweltgegebenheiten in verschiedenen Heimen im Detail untersucht worden, wobei gleichzeitig auch subjektive Meinungen und Wahrnehmungen der Bewohner und Bewohnerinnen zur Sprache kamen, und zweitens sind in dem erstgenannten Projekt neben objektiven und sozialen Umfeldbedingungen vor allem die subjektiven Wahrnehmungen, Einschätzungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien analysiert worden.

Auch wenn von der Forschungsseite her der methodologische Einsatz für beide Studien extrem hoch und anspruchsvoll war, und sich die Untersuchungen nur auf eine ausgewählte Zahl von Heimen beziehen konnten, ist das wichtigste Ergebnis: solche Studien sind machbar, sie können praktisch genutzt werden. Die Lebensqualität von Menschen in Pflegeheimen ist mit der notwendigen Genauigkeit, die für praktische Absichten entscheidend ist, untersuchbar, sie ist, unter methodologischen Gesichtspunkten, erfolgreich zu konzeptualisieren.

Während der Studienteil „Lebensqualität in Altenpflegeheimen“ eine differenzierte Grundlage abgibt, um Voraussetzungen von Lebensqualität hauptsächlich im objektiv baulichen Bereich weiterhin in einzelnen Heimen zu überprüfen, stellt der Studienteil „Lebensqualität im Pflegeheim“ in differenzierter Weise, basierend auf komplexen Erhebungs- und Auswertungsverfahren, Wissen zur Verfügung, mit dessen Hilfe in künftigen Studien und Beurteilungen die Lebensqualität von Menschen in Pflegeheimen erfasst werden kann. Mit diesen Arbeiten wurde der Weg bereitet, auf dem es möglich sein wird, in Zukunft die sehr schwierigen Fragen nach der Situation und Lebensqualität beeinträchtigter älterer Menschen in Heimen erfolgreich zu bearbeiten und dadurch zu generalisierbaren Erkenntnissen zu kommen.

Lebensbedingungen älterer Menschen in Heimen – insbesondere vom Typus Pflegeheime – sind verschieden dicht und mit mehr oder weniger Aufwand untersucht und analysiert worden. In den letzten Jahren hat sich im Zusammenhang empirischer Forschungen als ein wesentliches Konzept zur Bestimmung der Lebensbedingungen in Heimen jenes der „Lebensqualität“ herausgebildet. Lebensqualität ist ein mehrdimensionales Konzept, das subjektive und objektive Faktoren in ihrer wechselseitigen Vermitteltheit erfasst. Viele der praktischen Aufgaben, die sich in der Gestaltung von Heimen stellen, lassen sich in der Vorstellung bündeln, dass ihre Wirkung auf eine Hebung der Lebensqualität der Bewohner und Bewohnerinnen Einfluss haben sollte. Mit diesem Konzept ist daher neben dem theoretischen Interesse auch ein politisch-praktisches verbunden. Untersuchungen haben in diesem Zusammenhang das Ziel, Anhaltspunkte dafür zu finden, wie im Bedarfsfall Situationen verbessert werden können und welche Mittel dafür einzusetzen wären. Vorausgesetzt ist fundiertes Wissen über komplexe Zusammenhänge. Klarerweise beziehen sich solche Verbesserungsstrategien auf die räumliche Umwelt, im engeren Sinn auf Architektur und Organisation eines Objektes, auf das Personal, auf die Dienstleistungen im allgemeinen, aber auch auf den Status der betreffenden älteren Personen, ihre subjektive Wahrnehmung der Umwelt, ihre Ressourcen und ihre Bewältigungsstrategien.

Von der Auftraggeberseite her ist das Projekt „Lebensqualität im Pflegeheim“, durchgeführt von ZENTAS, auf enge Weise gekoppelt mit einem zweiten Projekt „Lebensqualität in Altenpflegeheimen“, durchgeführt von Frau DI Mag. A. Bodvay und Univ. Prof. DI Dr. tech. A. Mahdavi (TU Wien). Die Anknüpfungspunkte der beiden Projekte ergeben sich über zwei Schienen: einerseits sind im zweitgenannten Projekt die baulichen und Umweltgegebenheiten in verschiedenen Heimen im Detail untersucht worden, wobei gleichzeitig auch subjektive Meinungen und Wahrnehmungen der Bewohner und Bewohnerinnen zur Sprache kamen, und zweitens sind in dem erstgenannten Projekt neben objektiven und sozialen Umfeldbedingungen vor allem die subjektiven Wahrnehmungen, Einschätzungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien analysiert worden.

In diesem Zusammenhang hat sich von allem Anfang an eine Frage gestellt, die in der Forschungsliteratur bisher erstens nur in geringem Umfang im Vergleich zu anderen Themen und zweitens kontrovers beantwortet wurde. Die Frage betrifft die Möglichkeiten und Grenzen, beeinträchtigte und ältere Menschen in Pflegeheimen als Auskunftspersonen zu ihren Lebensbedingungen zu befragen und dabei auf unterschiedliche Grade psychisch-geistiger und physischer Beeinträchtigungen Rücksicht zu nehmen. Die Ergebnisse der beiden vorliegenden

Projekte stellen also im eigentlichen Sinn Einsichten zur Verfügung, die zentral mit der methodologischen Frage der Durchführbarkeit solcher Studien zu tun haben. Für österreichische Verhältnisse kommen diesen beiden Studien in gewisser Weise Erstmaligkeit und damit auch Pionierhaftigkeit zu. Es musste, gemessen an österreichischen, insbesondere niederösterreichischen Verhältnissen, völlig neues Terrain betreten werden. Auch wenn von der Forschungsseite her der methodologische Einsatz für beide Studien extrem hoch und anspruchsvoll war, und sich die Untersuchungen nur auf eine ausgewählte Zahl von Heimen beziehen konnten, ist das wichtigste Ergebnis: solche Studien sind machbar, sie können praktisch genutzt werden. Sie sind machbar in dem Sinne, dass objektive Bedingungen in ihrer Differenziertheit vergleichend zwischen Heimen minutiös dargestellt werden können und sie zeigen, in welcher Weise die Bewohner und Bewohnerinnen auf solche Umfeldbedingungen reagieren. Machbarkeit zeigt sich aber auch darin, dass unter der Verwendung anspruchsvoller Erhebungs- und Auswertungsmethoden schrittweise Grenzen definiert werden können, bis zu denen jeweils Befragbarkeit, Reagierbarkeit, Orientierungsfähigkeit und damit letzten Endes Ausmaße an Autonomie, Ressourcen und in der Folge Lebensqualität erfasst werden können. Die Lebensqualität von Menschen in Pflegeheimen ist mit der notwendigen Genauigkeit, die für praktische Absichten entscheidend ist, untersuchbar, sie ist, unter methodologischen Gesichtspunkten, erfolgreich zu konzeptualisieren.

In beiden Projekten werden Überlegungen zu den Fragen angestellt, welche Dimensionen von besonderer Wirksamkeit für die Lebensqualität sind, welche objektiven Bedingungen zur Verbesserung von Lebensqualität geändert werden müssen, worauf im Zusammenhang mit Lebensqualität personenbezogen zu achten ist, welche Erfahrungs- und Bewertungsdimensionen von besonderer Bedeutung sind und in welcher Weise die objektiven und subjektiven Faktoren untereinander zusammenhängen. Eine der wichtigsten Einsichten, die aus bisherigen Untersuchungen bereits bekannt ist, hat sich auch in diesem Fall wieder bestätigt: Es gibt zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektiver Lebensqualität keine eindimensional kausalen Zusammenhänge. Lebensqualität ist vielschichtig, sie hängt von einer variablen Struktur, die sich im Laufe der Zeit verändert, ebenso ab wie von bestehenden, sich wenig verändernden Faktoren, und sie variiert nach geistig-psychischen und physischen Befindlichkeiten, was für alle Fragen die Lebensqualität in Pflegeheimen betreffend, den einzelnen Menschen in den Mittelpunkt rückt. Lebensqualitätsanalyse verlangt radikale Subjektivierung.

Lebensqualität im Pflegeheim kann gefördert, aber auch gehindert werden. In beiden Fällen sind es objektive und subjektive Faktoren, die eine Rolle spielen. Unter den objektiven Fakto-

ren sind von erheblicher Bedeutung Barrierefreiheit, die Ausstattung der Pflegezimmer, die Gestaltung der allgemeinen Aufenthaltsbereiche, die Kommunikationsnetze, die Alltagsroutinen. Im subjektiven Bereich sind es die Bewertungen und Erfahrungen mit den Rhythmusgebenden Organisationsformen der Zeiteinteilung, des Essens, mit der Struktur und der Qualität der Sozialbeziehungen, der subjektiv erfahrenen Autonomie und Selbständigkeit, der Nutzungsfähigkeit noch vorhandener individueller Ressourcen und dem daraus resultierenden subjektiven Wohlbefinden. Erwartungsgemäß ist, wie das auch in anderen Studien bestätigt wurde, das subjektive Wohlbefinden in Pflegeheimen niedriger als allgemein in Privathaushalten. Andererseits erweist sich das subjektive Wohlbefinden aber genauso wie in Privathaushalten als von einer Reihe determinierender Faktoren abhängig, anhand derer die Lebensqualität im Heim durchaus als ein, mit anderen Lebenssituationen vergleichbarer Fall dargestellt werden kann. Allerdings wechselt in gewisser Weise die Bedeutung und das Gewicht einzelner Faktoren, die zum Wohlbefinden beitragen. Allgemeine psychische Ressourcen wie das Selbstwertgefühl oder die eigene Zuversicht, die zur Erklärung des allgemeinen Wohlbefindens, wie in bevölkerungsrepräsentativen Umfragen erhoben, beitragen, erklären das subjektive Wohlbefinden im Heimalltag nicht. Sie erweisen sich auch als von körperlichen und mentalen Ressourcen unabhängig, die beispielsweise mit Hilfe von ADL-Hilfbedarf oder Orientiertheit erhoben werden. Das weist auf die Vorstellung hin, dass es von allgemeinem subjektiven Wohlbefinden und allgemeiner Lebensqualität in Privathaushalten einen Übergang zur Lebensqualität in Pflegeheimen gibt, in dem sich die kausale Bedeutung im Sinne der Wirkungsrichtung und der Selektivität einzelner Faktoren verändern, trotzdem aber Lebensqualität im Heim auch von Faktoren abhängig bleibt, die Lebenswelt und Alltag allgemein kennzeichnen.

Während der Studienteil „Lebensqualität in Altenpflegeheimen“ eine differenzierte Grundlage abgibt, um Voraussetzungen von Lebensqualität hauptsächlich im objektiv baulichen Bereich weiterhin in einzelnen Heimen zu überprüfen, stellt der Studienteil „Lebensqualität im Pflegeheim“ in differenzierter Weise, basierend auf komplexen Erhebungs- und Auswertungsverfahren, Wissen zur Verfügung, mit dessen Hilfe in künftigen Studien und Beurteilungen die Lebensqualität von Menschen in Pflegeheimen erfasst werden kann. Mit diesen Arbeiten wurde der Weg bereitet, auf dem es möglich sein wird, in Zukunft die sehr schwierigen Fragen nach der Situation und Lebensqualität beeinträchtigter älterer Menschen in Heimen erfolgreich zu bearbeiten und dadurch zu generalisierbaren Erkenntnissen zu kommen.

NIEDERÖSTERREICHISCHE  
**WOHNBAU**  
F O R S C H U N G

*Impulsprogramm*

---

*für mehr Wohnqualität*

***Lebensqualität im Altenpflegeheim***

***TEIL I: Lebensqualität im Pflegeheim; ZENTAS***

***TEIL II: Lebensqualität in Altenpflegeheimen; TU Wien***

Lebensbedingungen älterer Menschen in Heimen – insbesondere vom Typus Pflegeheime – sind verschieden dicht und mit mehr oder weniger Aufwand untersucht und analysiert worden. In den letzten Jahren hat sich im Zusammenhang empirischer Forschungen als ein wesentliches Konzept zur Bestimmung der Lebensbedingungen in Heimen jenes der „Lebensqualität“ herausgebildet. Lebensqualität ist ein mehrdimensionales Konzept, das subjektive und objektive Faktoren in ihrer wechselseitigen Vermitteltheit erfasst. Viele der praktischen Aufgaben, die sich in der Gestaltung von Heimen stellen, lassen sich in der Vorstellung bündeln, dass ihre Wirkung auf eine Hebung der Lebensqualität der Bewohner und Bewohnerinnen Einfluss haben sollte. Mit diesem Konzept ist daher neben dem theoretischen Interesse auch ein politisch-praktisches mit diesem Konzept verbunden. Untersuchungen haben in diesem Zusammenhang das Ziel, Anhaltspunkte dafür zu finden, wie im Bedarfsfall Situationen verbessert werden können und welche Mittel dafür einzusetzen wären. Vorausgesetzt ist fundiertes Wissen über komplexe Zusammenhänge. Klarerweise beziehen sich solche Verbesserungsstrategien auf die räumliche Umwelt, im engeren Sinn auf Architektur und Organisation eines Objektes, auf das Personal, auf die Dienstleistungen im allgemeinen, aber auch auf den Status der betreffenden älteren Personen, ihre subjektive Wahrnehmung der Umwelt, ihre Ressourcen und ihre Bewältigungsstrategien.

Von der Auftraggeberseite her ist das Projekt „Lebensqualität im Pflegeheim“, durchgeführt von ZENTAS, auf enge Weise gekoppelt mit einem zweiten Projekt „Lebensqualität in Altenpflegeheimen“, durchgeführt von Frau DI Mag. A. Bodvay und Univ. Prof. DI Dr. tech. A. Mahdavi (TU Wien). Die Anknüpfungspunkte der beiden Projekte ergeben sich über zwei Schienen: einerseits sind im zweitgenannten Projekt die baulichen und Umweltgegebenheiten in verschiedenen Heimen im Detail untersucht worden, wobei gleichzeitig auch subjektive Meinungen und Wahrnehmungen der Bewohner und Bewohnerinnen zur Sprache kamen, und zweitens sind in dem erstgenannten Projekt neben objektiven und sozialen Umfeldbedingungen vor allem die subjektiven Wahrnehmungen, Einschätzungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien analysiert worden.

In diesem Zusammenhang hat sich von allem Anfang an eine Frage gestellt, die in der Forschungsliteratur bisher erstens nur in geringem Umfang im Vergleich zu anderen Themen und zweitens kontrovers beantwortet wurde. Die Frage betrifft die Möglichkeiten und Grenzen, beeinträchtigte und ältere Menschen in Pflegeheimen als Auskunftspersonen zu ihren Lebensbedingungen zu befragen und dabei auf unterschiedliche Grade psychisch-geistiger und physischer Beeinträchtigungen Rücksicht zu nehmen. Die Ergebnisse der beiden vorliegenden



Projekte stellen also im eigentlichen Sinn Einsichten zur Verfügung, die zentral mit der methodologischen Frage der Durchführbarkeit solcher Studien zu tun haben. Für österreichische Verhältnisse kommen diesen beiden Studien in gewisser Weise Erstmaligkeit und damit auch Pionierhaftigkeit zu. Es musste, gemessen an österreichischen, insbesondere niederösterreichischen Verhältnissen, völlig neues Terrain betreten werden. Auch wenn von der Forschungsseite her der methodologische Einsatz für beide Studien extrem hoch und anspruchsvoll war, und sich die Untersuchungen nur auf eine ausgewählte Zahl von Heimen beziehen konnten, ist das wichtigste Ergebnis: solche Studien sind machbar, sie können praktisch genutzt werden. Sie sind machbar in dem Sinne, dass objektive Bedingungen in ihrer Differenziertheit vergleichend zwischen Heimen minutiös dargestellt werden können und sie zeigen, in welcher Weise die Bewohner und Bewohnerinnen auf solche Umfeldbedingungen reagieren. Machbarkeit zeigt sich aber auch darin, dass unter der Verwendung anspruchsvoller Erhebungs- und Auswertungsmethoden schrittweise Grenzen definiert werden können, bis zu denen jeweils Befragbarkeit, Reagierbarkeit, Orientierungsfähigkeit und damit letzten Endes Ausmaße an Autonomie, Ressourcen und in der Folge Lebensqualität erfasst werden können. Die Lebensqualität von Menschen in Pflegeheimen ist mit der notwendigen Genauigkeit, die für praktische Absichten entscheidend ist, untersuchbar, sie ist, unter methodologischen Gesichtspunkten, erfolgreich zu konzeptualisieren.

In beiden Projekten werden Überlegungen zu den Fragen angestellt, welche Dimensionen von besonderer Wirksamkeit für die Lebensqualität sind, welche objektiven Bedingungen zur Verbesserung von Lebensqualität geändert werden müssen, worauf im Zusammenhang mit Lebensqualität personenbezogen zu achten ist, welche Erfahrungs- und Bewertungsdimensionen von besonderer Bedeutung sind und in welcher Weise die objektiven und subjektiven Faktoren untereinander zusammenhängen. Eine der wichtigsten Einsichten, die aus bisherigen Untersuchungen bereits bekannt ist, hat sich auch in diesem Fall wieder bestätigt: Es gibt zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektiver Lebensqualität keine eindimensional kausalen Zusammenhänge. Lebensqualität ist vielschichtig, sie hängt von einer variablen Struktur, die sich im Laufe der Zeit verändert, ebenso ab wie von bestehenden, sich wenig verändernden Faktoren, und sie variiert nach geistig-psychischen und physischen Befindlichkeiten, was für alle Fragen die Lebensqualität in Pflegeheimen betreffend, den einzelnen Menschen in den Mittelpunkt rückt. Lebensqualitätsanalyse verlangt radikale Subjektivierung.

Lebensqualität im Pflegeheim kann gefördert, aber auch gehindert werden. In beiden Fällen sind es objektive und subjektive Faktoren, die eine Rolle spielen. Unter den objektiven Fakto-

ren sind von erheblicher Bedeutung Barrierefreiheit, die Ausstattung der Pflegezimmer, die Gestaltung der allgemeinen Aufenthaltsbereiche, die Kommunikationsnetze, die Alltagsroutinen. Im subjektiven Bereich sind es die Bewertungen und Erfahrungen mit den Rhythmusgebenden Organisationsformen der Zeiteinteilung, des Essens, mit der Struktur und der Qualität der Sozialbeziehungen, der subjektiv erfahrenen Autonomie und Selbständigkeit, der Nutzungsfähigkeit noch vorhandener individueller Ressourcen und dem daraus resultierenden subjektiven Wohlbefinden. Erwartungsgemäß ist, wie das auch in anderen Studien bestätigt wurde, das subjektive Wohlbefinden in Pflegeheimen niedriger als allgemein in Privathaushalten. Andererseits erweist sich das subjektive Wohlbefinden aber genauso wie in Privathaushalten als von einer Reihe determinierender Faktoren abhängig, anhand derer die Lebensqualität im Heim durchaus als ein, mit anderen Lebenssituationen vergleichbarer Fall dargestellt werden kann. Allerdings wechselt in gewisser Weise die Bedeutung und das Gewicht einzelner Faktoren, die zum Wohlbefinden beitragen. Allgemeine psychische Ressourcen wie das Selbstwertgefühl oder die eigene Zuversicht, die zur Erklärung des allgemeinen Wohlbefindens, wie in bevölkerungsrepräsentativen Umfragen erhoben, beitragen, erklären das subjektive Wohlbefinden im Heimalltag nicht. Sie erweisen sich auch als von körperlichen und mentalen Ressourcen unabhängig, die beispielsweise mit Hilfe von ADL-Hilfbedarf oder Orientiertheit erhoben werden. Das weist auf die Vorstellung hin, dass es von allgemeinem subjektiven Wohlbefinden und allgemeiner Lebensqualität in Privathaushalten einen Übergang zur Lebensqualität in Pflegeheimen gibt, in dem sich die kausale Bedeutung im Sinne der Wirkungsrichtung und der Selektivität einzelner Faktoren verändern, trotzdem aber Lebensqualität im Heim auch von Faktoren abhängig bleibt, die Lebenswelt und Alltag allgemein kennzeichnen.

Während der Studienteil „Lebensqualität in Altenpflegeheimen“ eine differenzierte Grundlage abgibt, um Voraussetzungen von Lebensqualität hauptsächlich im objektiv baulichen Bereich weiterhin in einzelnen Heimen zu überprüfen, stellt der Studienteil „Lebensqualität im Pflegeheim“ in differenzierter Weise, basierend auf komplexen Erhebungs- und Auswertungsverfahren, Wissen zur Verfügung, mit dessen Hilfe in künftigen Studien und Beurteilungen die Lebensqualität von Menschen in Pflegeheimen erfasst werden kann. Mit diesen Arbeiten wurde der Weg bereitet, auf dem es möglich sein wird, in Zukunft die sehr schwierigen Fragen nach der Situation und Lebensqualität beeinträchtigter älterer Menschen in Heimen erfolgreich zu bearbeiten und dadurch zu generalisierbaren Erkenntnissen zu kommen.

# TEIL I

## LEBENSQUALITÄT IM PFLEGEHEIM

---

Ein Projekt im Auftrag der NÖ Wohnbauforschung  
Durchgeführt am ZENTAS – Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung  
an der NÖ Landesakademie

Anton Amann

Bernd Löger

Gert Lang

Mitarbeit:

Elisabeth Rappold

Günther Ehgartner

Elisabeth Wappelshammer

Annette Fiala

Juli 2005

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>ZIELSETZUNG DES VORHABENS .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>KONZEPT DES PROJEKTES .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1</b>	<b>DER KONZEPTIVE ZUGANG ZU LEBENSQUALITÄT IM PFLEGEHEIM .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2</b>	<b>DIE BESONDERHEITEN DER LEBENSWELT PFLEGEHEIM .....</b>	<b>8</b>
<b>2.3</b>	<b>DIE DETERMINANTEN DER LEBENSQUALITÄT .....</b>	<b>10</b>
2.3.1	DAS INPUT-OUTPUTMODELL .....	10
2.3.2	DIE „RADIKALISIERUNG“ DER SUBJEKTIVEN KOMPONENTE .....	11
2.3.3	DIE „DYNAMISIERUNG“ DES MODELLS .....	12
2.3.4	DIE SUBJEKTIVE BEWERTUNG DER LEBENSQUALITÄT: WOHLBEFINDEN .....	13
2.3.5	DIE VERANSCHAULICHUNG DER DETERMINANTEN DER LEBENSQUALITÄT .....	13
<b>2.4</b>	<b>DAS KONZEPT DER LEBENSQUALITÄT IM PFLEGEHEIM .....</b>	<b>16</b>
<b>2.5</b>	<b>DIE UMSETZUNG DES THEORETISCHEN KONZEPTS ALS MACHBARKEITSSTUDIE .....</b>	<b>20</b>
2.5.1	ERHEBUNGSINSTRUMENTE UND VORGEHENSWEISE BEI DER BEFRAGUNG .....	21
2.5.1.1	Fragebogen 1 .....	22
2.5.1.2	Fragebogen 2 .....	27
2.5.1.3	Zusatzdaten .....	30
2.5.2	UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND .....	32
<b>3</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>ÜBERBLICK .....</b>	<b>33</b>
<b>3.2</b>	<b>BEWOHNERSTRUKTUR .....</b>	<b>36</b>
3.2.1	PFLEGE- UND BETREUUNGSBEDARF .....	37
3.2.2	AUFENTHALTSDAUER IM HEIM .....	40
<b>3.3</b>	<b>ERSTE ANHALTSPUNKTE ZUR BEFRAGBARKEIT: PERSONALEINSCHÄTZUNG UND STRUKTURELLE KOMPONENTEN .....</b>	<b>43</b>
3.3.1	ERKENNTNISSE DER UMFRAGEFORSCHUNG ZUR BEFRAGBARKEIT ÄLTERER .....	44
3.3.2	BEFRAGBARKEIT AUS SICHT DES PERSONALS .....	45
<b>3.4</b>	<b>HILFEBEDARF „KONTAKTIERTER“ HEIMBEWOHNERINNEN: KÖRPERLICHE RESSOURCEN .....</b>	<b>52</b>
3.4.1	HILFSMITTELGEBRAUCH .....	54

3.4.2	BEWEGUNGSFÄHIGKEIT .....	55
3.4.3	AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS (ADL).....	55
3.4.3.1	Mobilität .....	56
3.4.3.2	Basale Verrichtungen .....	58
3.4.3.3	Kontinenz .....	59
3.4.3.4	Kombinationen der Hilfebedarfe und die heiminterne Einstufung des Pflege- und Betreuungsaufwandes.....	60
3.4.3.5	Hilfsmittelgebrauch und Hilfebedarfe .....	63
<b>3.5</b>	<b>SCHMERZEN UND SCHMERZMITTELGEBRAUCH „BEFRAGBARER“ HEIMBEWOHNERINNEN .....</b>	<b>65</b>
<b>3.6</b>	<b>ORIENTIERTHEIT „BEFRAGBARER“ HEIMBEWOHNERINNEN: GEISTIGE RESSOURCEN.....</b>	<b>66</b>
<b>3.7</b>	<b>ZWEITE ANHALTSPUNKTE ZUR BEFRAGBARKEIT: QUOTENPLAN UND GEWICHTUNGSMATRIX EINER STICHPROBENZIEHUNG.....</b>	<b>68</b>
3.7.1	QUOTENPLAN ZUR STICHPROBENZIEHUNG IN PFLEGEHEIMEN .....	82
3.7.2	REPRÄSENTATIVE STICHPROBEN IN PFLEGEHEIMEN.....	87
<b>3.8</b>	<b>WOHLBEFINDEN „BEFRAGBARER“ HEIMBEWOHNERINNEN: ERGEBNISSE DES SPEZIELLEN ERHEBUNGSINSTRUMENTS.....</b>	<b>89</b>
3.8.1	ÜBERBLICK.....	90
3.8.2	ALTERNATIVER ANSATZ.....	92
3.8.3	WOHLBEFINDEN UND INDIVIDUELLE SOWIE STRUKTURELLE KOMPONENTEN.....	97
<b>3.9</b>	<b>WOHLBEFINDEN IM SPIEGEL OFFENER FRAGESTELLUNGEN.....</b>	<b>101</b>
<b>3.10</b>	<b>WOHLBEFINDEN UND LEBENSQUALITÄT IM PFLEGEHEIM: ERSTE ZWISCHENBETRACHTUNG .....</b>	<b>106</b>
<b>3.11</b>	<b>DRITTE ANHALTSPUNKTE ZUR BEFRAGBARKEIT: LEBENSQUALITÄT UND BEFRAGBARKEIT.....</b>	<b>108</b>
<b>3.12</b>	<b>WOHLBEFINDEN „BEFRAGBARER“ HEIMBEWOHNERINNEN: ERGEBNISSE DER ALLGEMEINEN ERHEBUNGSINSTRUMENTE .....</b>	<b>113</b>
<b>3.13</b>	<b>SELBSTWERTGEFÜHL UND ZUVERSICHTLICHKEIT „BEFRAGBARER“ HEIMBEWOHNERINNEN: PSYCHISCHE RESSOURCEN .....</b>	<b>116</b>
<b>3.14</b>	<b>SUBJEKTIVE BEZIEHUNGSQUALITÄT „BEFRAGBARER“ HEIMBEWOHNERINNEN: SOZIALE RESSOURCEN .....</b>	<b>117</b>
<b>3.15</b>	<b>WOHLBEFINDEN UND LEBENSQUALITÄT IM PFLEGEHEIM: ZWEITE ZWISCHENBETRACHTUNG .....</b>	<b>119</b>

<b>3.16 STRUKTUR SOZIALER NETZWERKE „BEFRAGBARER“ HEIMBEWOHNERINNEN: SOZIALE RESSOURCEN .....</b>	<b>120</b>
3.16.1 METHODISCHE HERANGEHENSWEISE .....	124
3.16.2 STRUKTUR DER SOZIALKONTAKTE .....	126
3.16.2.1 Die Größe des sozialen Netzwerks.....	126
3.16.2.2 Hauptsächliche Kontaktgruppen.....	128
3.16.2.3 Kontaktfunktion – Schemata und Dichte .....	130
3.16.2.4 Intensität der Kontakte .....	134
3.16.3 TYPOLOGISIERUNG VON HEIMBEWOHNERINNEN HINSICHTLICH DES SOZIALEN NETZWERKES .....	136
3.16.3.1 Eine Netzwerktopologie von HeimbewohnerInnen .....	140
3.16.4 SOZIALE NETZWERKE „BEFRAGBARER“ HEIMBEWOHNERINNEN UND LEBENSQUALITÄT .....	147
<b>3.17 BEREICHSZUFRIEDENHEITEN UND SPEZIELLE HANDLUNGSFELDER „BEFRAGBARER“ HEIMBEWOHNERINNEN .....</b>	<b>150</b>
3.17.1 ZUFRIEDENHEIT MIT DER EIGENEN GESUNDHEIT .....	150
3.17.2 ORGANISIERTE AKTIVITÄTEN IM UND AUßER HAUS.....	152
3.17.3 AKTIVITÄTEN AUßER HAUS .....	154
3.17.4 DER PROZESS DES HEIMEINTRITTS .....	156
<b>3.18 SCHLUSS .....</b>	<b>162</b>
<b>3.19 AUSGEWÄHLTE IMPLIKATIONEN FÜR DIE PRAXIS DER PFLEGE .....</b>	<b>168</b>
<b>4 LITERATUR UND QUELENNACHWEIS.....</b>	<b>172</b>
<b>5 TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>180</b>
<b>6 FRAGEBÖGEN.....</b>	<b>184</b>

## 1 ZIELSETZUNG DES VORHABENS

Eine Studie über Zufriedenheit und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in nö. Pensionisten- und Pflegeheimen durchzuführen, geht auf einen dringend geäußerten Wunsch der Abteilung für Gesundheit und Soziales (GS5) sowie der Abteilung Landeskrankenanstalten und Landesheime (GS7) des Amtes der NÖ Landesregierung zurück. In entsprechenden Vorgesprächen wurde abgeklärt, dass im gegenwärtigen Zeitpunkt eine landesweite Studie, die „flächendeckend“ alle Heime und BewohnerInnen erfassen könnte, aus methodischen und konzeptuellen Gründen unrealistisch wäre. Methoden und Instrumentarien zur Erhebung von Zufriedenheit und Lebensqualität in Pflegeheimen, insbesondere unter Bedingungen geistig-psychischer Veränderungen, sind international noch viel zu wenig entwickelt und standardisiert, um sie umstandslos anwenden zu können. Aus diesen Gründen hat die Studie, neben ihren praktischen Implikationen, auch ausgesprochenen Grundlagencharakter und sollte als „Referenzprojekt“ für ähnlich gelagerte Problemstellungen dienen können.

Es wurde daher vorgeschlagen, eine „Fallstudie“/ Machbarkeitsstudie in sorgfältig ausgewählten Heimen durchzuführen, um ein Lebensqualitätskonzept für den Spezialfall Pflegeheim, geeignete Erhebungsinstrumente zur Erfassung von Lebensqualität und Zufriedenheit sowie deren Bedingungen, und schließlich Thesen und weiterführende Fragestellungen zu entwickeln, die dann in Folgestudien zu untersuchen sein werden. Die wichtigsten Projektaufgaben sind dabei folgende:

- ❖ Im Konzeptbereich:
  - Integration des Konzepts „Zufriedenheit“ in jenes der Lebensqualität.
  - Adaption allgemeiner und in der Altersforschung bereits bewährter Lebensqualitätskonzepte für die spezielle Situation der Menschen in Heimen.
- ❖ Im methodischen Bereich:
  - Konzeptualisierung längerfristiger Zyklen im Lebensverlauf von HeimbewohnerInnen sowie laufend wiederkehrender Situationen und Prozesse im Heimalltag
  - Entwicklung von Erhebungsinstrumenten, die den verschiedenen sozialen und baulich-architektonischen Situationen, alltagstypischen Prozessen und Zyklen in Heimen sowie den BewohnerInnen angemessen sind.

## ❖ Im analytischen Bereich:

- Begründete Entscheidungen und Empfehlungen für Operationalisierungen und Erhebungsinstrumente zur Feststellung der Lebensqualität in Pflegeheimen
- Erklärung der Zusammenhänge zwischen Struktur- und Prozessfaktoren auf der einen Seite und Niveaus von Lebensqualität auf der anderen unter bewusster Bedachtnahme auf die subjektive Dimension und die Dynamik (Veränderlichkeit) der Lebensqualität in Hinblick auf die spezielle Situation der Menschen in Pflegeheimen.

Das Forschungsvorhaben „Lebensqualität im Pflegeheim“ hat somit einen doppelten „Verwertungszusammenhang“ zum Ziel: Zum einen ist die öffentliche Hand daran interessiert, das Ausmaß der *Zufriedenheit* von HeimbewohnerInnen in Einrichtungen ihrer Trägerschaft oder in Einrichtungen ihrer indirekten Verantwortlichkeit nachzuweisen. Zum anderen werden an die öffentliche Hand immer wieder konkrete Forschungs- oder eigentlich Evaluationsvorhaben herangetragen, die einfache und direkt gerichtete Kausalitäten zwischen der Zufriedenheit von HeimbewohnerInnen und einer begrenzten Auswahl bedingender Faktoren bereits vorab und z. T. entgegen wohlbekanntem Ergebnis in der Literatur voraussetzen, und so einen Nachweis der Wirksamkeit spezifischer Interventionsstrategien suchen. Letztendlich laufen solche Versuche darauf hinaus, entweder legitimatorische Grundlage für die Existenz von und Arbeit in Institutionen zu liefern, oder eben den Einsatz ganz bestimmter interventionistischer Instrumente sowie architektonischer Gestaltungselemente zu fördern. Der grundlegende Kritikpunkt aus sozialwissenschaftlicher Sicht besteht für solche vereinfachenden Vorstellungen in der Verkürzung des Konzepts von *Lebensqualität*, in das „Zufriedenheit“ eingebettet ist, und ohne das sie nicht erklärbar ist.

Somit wurde ein Konzept von „Lebensqualität im Pflegeheim“ entwickelt, das zum einen breit genug angelegt ist, Einzelprojekte unterschiedlicher Provenienz zu integrieren, indem es einen einheitlichen begrifflichen Rahmen samt Operationalisierungsvorschlägen bereithält, und zum anderen spezifisch genug ist, den Gegenstandsbereich Pflegeheim auch erschöpfend zu berücksichtigen, indem er klar abgegrenzt und definiert wird.

Die Konzeptualisierung von Lebensqualität im allgemeinen ist in der Fachliteratur zum gegenwärtigen Zeitpunkt bereits weit gediehen, und diesbezüglich wurde im Rahmen dieser empirischen Machbarkeitsstudie vor allem daran gearbeitet, diese auch für den Gegenstandsbereich Pflegeheim fruchtbar zu machen, denn für diesen liegen nur sehr spärliche und eher ru-



dimentäre Hinweise vor. Diese Rahmenbedingungen ließen es somit geraten erscheinen, die im Rahmen des Projekts zu leistenden Arbeiten als *Fallstudie* zu konzipieren. Es geht also vorerst nicht darum, eine Gesamtstudie zur Zufriedenheit von HeimbewohnerInnen in NÖ durchzuführen, oder spezielle Teilaspekte des Heimalltags, spezielle Pflegesysteme oder Interventionsstrategien auf ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität hin zu untersuchen. Zuerst ging es um die Frage, welches Konzept von Lebensqualität sich für solcherart Fragen am besten und vor allem nachhaltig in Operationalisierungen für den empirischen Gegenstandsbereich Pflegeheim ummünzen lässt, und welche Thesen in einer späteren Gesamtstudie z. B. empirisch überprüfbar erscheinen. Dies setzt wiederum voraus, begründete Entscheidungen für verschiedene Erhebungsmethoden im Rahmen der Machbarkeitsstudie erst zu entwickeln und zu testen.

## 2 KONZEPT DES PROJEKTES

### 2.1 Der konzeptive Zugang zu Lebensqualität im Pflegeheim

Lebensqualität wird in den Sozialwissenschaften als Kontextbegriff verstanden. Sie setzt sich aus Komponenten wie Wertorientierung oder Autonomie, konkreten sozialen, räumlichen oder körperlichen Ressourcen, gegebenen Handlungsbezügen und Statusvariablen genauso zusammen, wie aus subjektiven Urteilen im Sinne von Zufriedenheit und Wohlbefinden oder emotionalen Komponenten wie Glück, wobei einfach gerichtete Kausalitäten innerhalb dieses Kontextes zwar statistisch konstruiert werden können, aber im Zuge der fortschreitenden Forschung zugunsten weit komplexerer Erklärungsmodelle zurückgedrängt worden sind. So ist die subjektive Bewertung der Lebensqualität niemals als einfache Resultante eines spezifischen Kriteriums wie z. B. „Zimmergröße“ oder „Pflegequalität“, sondern immer „multikriterial“ zu verstehen. Dazu kommt eine dynamische Sichtweise, indem die Zeitdimension in der Form Berücksichtigung findet, dass alle Komponenten in ihrer gegenseitigen Bedingtheit und für sich im Lebenslauf des Einzelnen, aber auch in der historischen Zeitdimension – also strukturell – in Wandlung begriffen zu interpretieren sind.

Diese weit gefasste Rahmung, für die in Bezug auf breite Bevölkerungsklassen bereits Forschungsergebnisse vorliegen, und die auch bereits in der Gerontologie angelegt wurde, soll

nun auf den speziellen Bereich der stationären Pflege angewendet werden. Aufgrund der hier nur kurz angesprochenen Interdependenzen zwischen der subjektiven Einschätzung und den Handlungsbezügen von Lebensqualität und der strukturellen Rahmung treten natürlich die Institution Pflegeheim auf der einen Seite und jede/r einzelne BewohnerIn auf der anderen Seite in das Zentrum des Interesses – und auf beiden Seiten ist die Situation jeweils eine ganz spezifische, die in ihrer Gesamtheit als „*Lebenswelt Pflegeheim*“ bezeichnet werden könnte.

Dass die Frage nach der Lebensqualität in den letzten Jahren gerade im Rahmen der Alterswissenschaften zunehmende Bedeutung erlangt hat, darf nicht verwundern, denn: „Es hat den Anschein, als gewinne die Frage nach der ‚Lebensqualität‘ erst dann an Gewicht, wenn sie verloren zu gehen droht (z.B. aufgrund körperlicher Beeinträchtigung) oder wenn in dem Prozess des Alterns selbst eine Minderung der Lebensqualität gesehen wird.“ (Filipp, Mayer 2002, S. 319).

Nun muss das Konzept – oder besser: müssen die bestehenden Konzepte – von Lebensqualität für Fragen des höheren Alters nicht neu entwickelt werden, es kommt aber in der nur scheinbaren Abweichung des „Falles“ Pflegeheim vor allem der spezifische, bereits angesprochene Handlungsbezug zum Ausdruck. Damit ist gemeint, dass z. B. die subjektive Bewertung der Lebensqualität immer nur aus dem Blickwinkel der Wertenden zu interpretieren ist, und sich die Handlungsfelder und sozialen Lagen von Menschen auch vom individuellen biografischen Lebenslauf abhängig zeigen. Wenn für Jugendliche die Zufriedenheit mit ihrem Leben und Umfeld z. B. immer auch als Ausdruck ihrer Zufriedenheit mit Schule, Ausbildung und Freundeskreis zu sehen ist, oder für Erwachsene mittleren Alters dann stärker im Zusammenhang mit z. B. dem Beruf, dann müssen auch für die Frage nach der Lebensqualität des hohen Alters die im Lebenslauf typischen Handlungsfelder erst spezifisch definiert werden, und es muss dies für die Frage nach der Lebensqualität im Heim ebenfalls gelten. Kurzum: Der Frage nach der Lebensqualität ist immer jene nach den jeweils relevanten sozialen und räumlichen Handlungsfeldern vorgelagert, und diese wechseln im Lebenslauf. Dazu kommt aber noch, dass auch die typischen Lebensläufe historischen Wandlungen unterworfen sind: Der Status des Jugendlichen als biografische Phase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter ist z. B. eine Hervorbringung der Epoche der Moderne, in der Bildung einen zunehmenden Wert erfahren hat. Genauso gilt aber, dass die Strukturen der Handlungsfelder auch im „Alter“ nicht

unverrückbar sind, weil z. B. das Ende des Berufslebens, Familienstrukturen, die Pflegevorsorge allgemein, oder auch die bauliche Situation in Pflegeheimen in ständiger Entwicklung begriffen sind. Damit sollte ausreichend angedeutet sein, dass auch die Dimension *Zeit* eine die Lebensqualität mit konstituierende Größe darstellt, wodurch die Frage nach der Lebensqualität nie abschließend beantwortet werden kann, sondern immer wieder neu formuliert werden muss.

## 2.2 Die Besonderheiten der Lebenswelt Pflegeheim

Wodurch zeichnet sich nun die Lebenswelt Heim im Besonderen aus, und wodurch ist sie von anderen sozialen Situationen abgegrenzt? Bleiben wir bei jenen Komponenten von Lebensqualität, wie sie oben angedeutet wurden, dann muss auf den ersten Blick klar werden, dass Leben im Heim in vielen Belangen eine herausgehobene Konstellation darstellt. Nur zur Verdeutlichung der Sonderstellung sei darauf verwiesen, dass gerade Heime allgemein als Typ „totaler Institutionen“ gelten können, was bedeutet: hier fallen die Lebensbereiche Arbeit, Privatheit und Freizeit bzw. „Leben, Arbeiten und Spielen“ für längere Zeit unter einem Dach (räumlich) und unter einer Autorität (sozial) zusammen. Typische Reaktionsmuster sind dann Prozesse der Vereinheitlichung bzw. Entindividualisierung sowie psychische Rückzugsmechanismen wie Regression oder Verweigerung. Der Begriff der totalen Institution wurde von Erving Goffman zwar schon in den 50er Jahren geprägt, war in seiner negativen Konnotation durchaus auch als kritische Hinwendung zum Thema aufgefasst, und es sind jene Entwicklungen natürlich nicht stecken geblieben, die gerade negative Implikationen für Einzelne in solcherart Institutionen ausschließen sollen. Aber die definitorischen Determinanten können dadurch nicht völlig ausgeräumt werden. In diesem Sinne können also auch heute Institutionen der stationären Altenhilfe im Prinzip als totale Institutionen aufgefasst werden – jedenfalls in dem Sinn, dass nahezu der gesamte Lebensvollzug „total“ in einer Institution organisiert wird.

Dieser Umstand grenzt nun aber die bereits erwähnte breite Rahmung der für die Bewertung der Lebensqualität relevanten Situation in dem Sinne ein, als deren strukturelle Komponenten im Prinzip für alle BewohnerInnen die selben und eben relativ einheitlich definiert sind. Das bedeutet: Die sich allgemein in der Bevölkerung sehr heterogen gestaltenden Umfeldfaktoren

der Lebensqualität ändern sich im Rahmen der Lebenswelt Heim gemäß den durch die Institution bereits näher definierten Situationen, und genau diese beeinflussen durch ihre normativen, baulichen, aber auch sozialen Faktoren die jeweils individuelle Lebensqualität der BewohnerInnen, die ihrerseits wieder durch spezifische Wahrnehmungen und Einstellungen eingefärbt ist – kurz: „Handlungsspielräume werden in jeweils spezifischen Kontexten von außen vorgegeben“ (Heinemann-Knoch et al. 1998, S. 21), wobei für HeimbewohnerInnen gilt: ein unmittelbarer Handlungskontext wird schon von der Institution Heim vorgegeben, was aber nicht bedeuten soll, dass nicht auch andere wie Familie oder Freundeskreis etc. gegeben sind.

Zur Verdeutlichung sei hier nur ein frei erfundenes Beispiel angeführt: So wie z. B. bestehende Regelungen die Essenszeiten betreffend direkte Auswirkung auf die Zufriedenheit von HeimbewohnerInnen zeitigen können, kann BewohnerInnen die Möglichkeit offen stehen, Änderungen diesbezüglich zu erwirken, die dann wieder die subjektive Zufriedenheit mit dem Heimleben beeinflussen. Dahinter steht aber die grundlegende Frage, in welcher Form solche Normen und Übereinkünfte überhaupt zustande kommen: ob sie prinzipiell z. B. von der Heimleitung aufgrund betriebstechnischer Überlegungen vorgegeben und nur aufgrund von z. B. Protesten abgeändert, flexibilisiert oder individualisiert werden, oder ob die Essenszeiten immer Thema von z. B. Heimausschüssen sind, an denen BewohnerInnen obligatorisch beteiligt sind. D. h., die dahinterliegende Frage ist in diesem Fall jene nach der Autonomie von BewohnerInnen – im allgemeinen Sinne von frei „... wählen können in den Aspekten, in denen man sich auf Abhängigkeit von der Umwelt einlässt“ (Luhmann 1987, S. 279) – bzw. inwieweit BewohnerInnen die tatsächliche Option eingeräumt wird, die Lebenswelt Heim autonom zu gestalten. Dies setzt auf Seiten der BewohnerInnen Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Individualität voraus.

Natürlich ist dies nur ein veranschaulichendes Beispiel, in dem Institution und Individuum in ihrer „Interessenlage“ einander gewissermaßen diametral gegenübergestellt sind. Die Frage stellt sich nämlich in anderer Form, wenn die Restriktion der Selbstständigkeit, z. B. im Falle der Notwendigkeit von Sondenernährung, oder eine Einschränkung der Selbstbestimmung bei Vorliegen von Demenz gesundheitlich bedingt sind, und es vielmehr darum geht, Autonomie im Rahmen der Institution Pflegeheim überhaupt erst herstellen oder zumindest fördern zu können. So kann die Aufgabe der stationären Pflege auch positiv definiert sein als „... the mixture of concrete tasks that enable a person with a disability to flourish as much as possible despite that disability; these tasks are sometimes arduous, sometimes time-consuming, someti-

mes tedious, and often unpredictable and inimical to scheduling” (Kane 2001, S. 295), was der heutigen Sicht von Pflegeheimen besser entspricht als die konnotativ negativ besetzte der totalen Institution.

Wie anhand der bisher ausgeführten Argumentation gezeigt werden sollte, muss ein Projekt, das sich mit der Zufriedenheit von HeimbewohnerInnen auseinandersetzt, vor allem drei Themenfelder auf den Punkt bringen und operationalisieren:

1. den Begriff Zufriedenheit als Bestandteil eines Konzepts von Determinanten der Lebensqualität
2. das Handlungsfeld Pflegeheim
3. ein Konzept von Lebensqualität als Sonderform in Bezug auf das Handlungsfeld Pflegeheim.

## 2.3 Die Determinanten der Lebensqualität

„Lebensqualität (ist) zunächst ein formaler, d. h. inhaltsleerer Begriff (...) – eine Hilfskonstruktion, mittels derer die ‚Qualität‘ des Lebens einzelner Menschen oder Gruppen von Personen (z.B. HeimbewohnerInnen) charakterisiert werden soll.“ (Filipp 2000, S. 320) Aber schon dabei stellt sich die Frage, wodurch eine Charakterisierung erfolgen soll, denn es bestehen, je nach eingenommener Perspektive, im Prinzip zweierlei Möglichkeiten, dieses Hilfskonstrukt zu „materialisieren“: als Selbst- oder subjektive Bewertung einerseits und als Fremdbewertung aus gewissermaßen objektiver Sicht im Rahmen von Indikatoren-Modellen andererseits.

### 2.3.1 Das Input-Outputmodell

Wird nun Lebensqualität ausschließlich anhand von Indikatoren gemessen, erfolgt implizit eine Definition, die sich darauf beschränkt, Variablen wie: Einkommen, gesundheitlicher Status, Mobilität, Wohnungsgröße, Wohnumfeld, Bildungsniveau etc., in irgend einer Form zu kombinieren – wobei schon die Frage der Gewichtung, genauso wie jene nach der Zahl

relevanter Indikatoren große Probleme aufwirft – und als objektive Lebenslage festzuhalten. Der steht dann die subjektive Bewertung derselben gegenüber, die z.B. als psychisches Wohlbefinden (subjective oder psychic well being) operationalisiert ist. Die Indikatoren nehmen in einem solchen Modell von Lebensqualität die Form von Input-Variablen an, das subjektive Wohlbefinden wäre als Output zu interpretieren, und bei guten objektiven Lebensbedingungen müsste sich well-being einstellen, bei ungünstigen Lebensbedingungen Deprivation (geringes Maß an well-being).

Schon auf diesem Komplexitätslevel des Modells von Lebensqualität wird deutlich, dass Bestrebungen zur Verbesserung der Lebensqualität, die einzig auf der Begründung über den Input-Aspekt basieren, eine verkürzte Sicht der Dinge darstellen. Dies ist im Zuge der hier vorgeführten Argumentation wohl unmittelbar einsichtig, nur in der Praxis finden wir für diese verkürzte Sicht durchaus Beispiele, wenn z.B. implizit vorausgesetzt wird, dass erhöhter Personaleinsatz in der Altenhilfe unbedingt die Zufriedenheit auf BewohnerInnenseite erhöht, oder wenn schlechter objektiver Gesundheitsstatus automatisch mit geringer Lebensqualität assoziiert, oder vorausgesetzt wird, geringere Bettenzahl eines Pflegeheims erhöhe das Wohlbefinden der BewohnerInnen etc.

Es stellt sich nämlich heraus, dass hohe objektive nicht immer mit hoher subjektiver Lebensqualität einhergeht, was dann als „Unzufriedenheitsdilemma“ oder „Dissonanz“ bezeichnet wird. Doch häufiger ist die spezifische Konstellation des „Zufriedenheitsparadoxon“ oder der „Adaption“ nachzuweisen, bei der schlechte objektive mit hoher subjektiver Lebensqualität einhergeht. Das Problem besteht nun darin, dass genau diese Kombinationsformen nicht aus dem einfachen Input-Outputmodell selbst erklärt werden können.

### 2.3.2 Die „Radikalisierung“ der subjektiven Komponente

Letztlich kann das Input-Outputmodell auch als Ressourcen-Modell beschrieben werden, bei dem vorausgesetzt ist, dass ein Mehr an körperlichen, geistigen, räumlichen, sozialen und ökonomischen Ressourcen zu gesteigerter Lebensqualität beiträgt. Doch um gerade die bereits angesprochenen problematischen Konstellationen auch erklären zu können, muss die Komplexität des Modells von Lebensqualität durch „Radikalisierung“ des subjektiven Aspekts gesteigert werden. Hinter der Frage nach dem Wohlbefinden steckt nämlich jene nach der

subjektiven Bewertung der objektiven Faktoren von Lebensqualität, womit auch die Frage nach der Gewichtung von Indikatoren wieder aufzugreifen ist, wenn wir davon ausgehen, dass dieses Problem nicht nur eines der Wissenschaft ist, sondern auch eine Frage, die sich durchaus auch dem wertenden Subjekt selbst – und nicht nur in Krisensituationen – stellt. Der Angelpunkt dazu wurde schon einleitend ins Treffen geführt – er ist im Handlungs- und Situationsbezug von Lebensqualität verankert, denn die subjektive Gewichtung vorhandener Ressourcen hinsichtlich ihrer Relevanz für die erlebte Lebensqualität erfolgt situations- und handlungsbezogen. Umgekehrt gilt aber auch, dass durch Handeln z. T. erst Ressourcen mobilisiert werden. Somit sind objektive Faktoren von Lebensqualität, wie sie das Indikatorenmodell nahe legt, nie allein an sich von Relevanz, sondern sind immer schon als in den Rahmen subjektiver Wertungen eingeschlossen zu interpretieren.

### 2.3.3 Die „Dynamisierung“ des Modells

Doch auch mit diesem Modell von Lebensqualität ist der Output, das subjektive Wohlbefinden, noch nicht zureichend erklärt. Wie ebenfalls schon einleitend angesprochen, vernachlässigt es nämlich die Komponente Zeit, die sich einerseits als historische Dimension im Sinne von sozialem, ökonomischem und kulturellem Hintergrund auf den gesamten Interpretationsrahmen auswirkt, und zum anderen als biografische Dimension auftritt, wobei hier noch einmal zu unterscheiden ist zwischen dem Status, den Individuen in ihrem persönlichen Lebenslauf zu einem bestimmten Zeitpunkt gerade einnehmen als z.B. Schülerin, Mutter, Berufstätige, Pensionistin o.ä. und der Erkenntnis, dass mit der Erfahrung aus einem davor gelegenen individuellen Lebensabschnitt natürlich auch die Bewältigung bzw. der Umgang mit folgenden z. T. erklärbar wird. Dieses persönliche Erfahrungswissen bildet sich in Form von Werthaltungen, Lebensstil, Prioritätensetzungen, Handlungsstrategien u.ä. ab. Somit erfährt das Modell der Lebensqualität durch Hereinnahme der Zeitdimension eine Dynamisierung und weitere Steigerung der Komplexität, wodurch es als „das theoretische Modell der entwicklungsbezogenen Adaption“ (Martin et al. 1999, S. 3) bezeichnet werden kann.

Es sei in diesem Zusammenhang nur angemerkt, dass im Fortgang unserer Argumentation im eigentlichen Sinne „subjektive“ Komponenten von Lebensqualität wie „Werthaltungen“ zu

„Input-Faktoren“ mutieren, und scheinbar „objektive“ Indikatoren eine Wandlung in Richtung „Subjektivierung“ erfahren haben. Die aus der Fremdperspektive im Rahmen des einfachen Input-Outputmodells als objektiv messbar angesetzten Indikatoren sind in einer zu jedem Zeitpunkt interdependenten Struktur von subjektiven Handlungsbezügen, des individuellen Lebenszyklusstatus und Einstellungen eingebettet und darüber hinaus als in ständiger Wandlung zu verstehen, und genau diese komplexe und dynamische Struktur kann erst die subjektive Bewertung der Lebensqualität erklären. Somit wird aber auch klar, dass subjektive und objektive Lebensqualität keine alternativen Konzepte sind, sondern integrativ behandelt werden müssen.

#### 2.3.4 Die subjektive Bewertung der Lebensqualität: Wohlbefinden

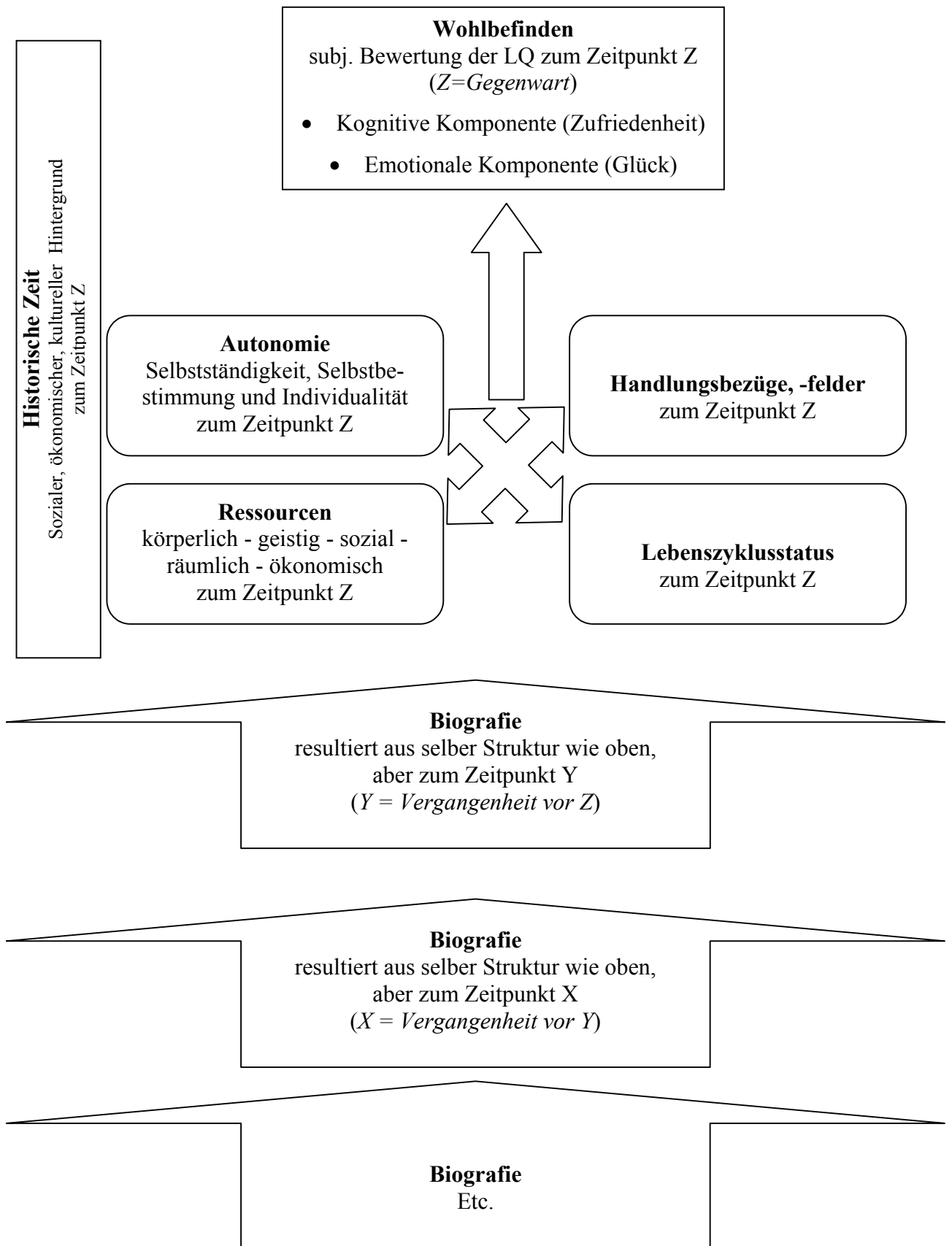
Erst aufgrund dieses komplexen Systems wird es möglich, individuelle Urteile und emotionale Aspekte der Lebensqualität Einzelner auch zu erklären. Die individuellen Urteile bilden dabei die kognitive Komponente von Wohlbefinden, die sich in Form von hoher oder geringer „Zufriedenheit“ ausdrückt. Der emotionale Aspekt von Wohlbefinden ist mit dem Begriff des „Glücksgefühls“ oder kurz „Glück“ umrissen. Empirisch ist hier von Bedeutung, dass positive oder negative Emotionen sich nicht als zwei Positionen auf einer Dimension, sondern sich immer auf zwei unabhängigen Dimensionen abbilden.

#### 2.3.5 Die Veranschaulichung der Determinanten der Lebensqualität

In der folgenden Darstellung soll ein erster Versuch unternommen werden, die beschriebenen Komponenten von Lebensqualität in ihrer wechselweisen Bezogenheit aufeinander, d. h. in ihrer kausalen Struktur zu veranschaulichen.



Abbildung 1: Kausale bzw. interdependente Struktur der Lebensqualität (LQ)



Es ist unschwer erkennbar, dass die das Wohlbefinden erklärende Struktur der Lebensqualität im Prinzip vollkommen interdependent ist. Insofern müssen Versuche, direkte Kausalitäten nachzuweisen, zum Scheitern verurteilt sein, wenn auch in Einzelfällen gerichtete Zusammenhänge plausibel angenommen werden können: So können sich dominante Handlungsfelder als vom jeweiligen Lebenszyklus-Status abhängig zeigen, oder der Grad von Autonomie sich als ressourcen-bedingt erweisen. Aber im Prinzip muss im ersten Schritt einer empirischen Umsetzung gelten, dass in diesem Strukturbereich des Konzepts von Lebensqualität zuerst in Richtung des Versuchs von Kategorisierungen zu gehen ist, wenn auch die Möglichkeit eines kausalen Erklärungsmodells nicht von vorne herein ausgeschlossen sein soll. D. h., die Mindestforderung geht in die Richtung, *möglichst homogene BewohnerInnengruppen* hinsichtlich der „strukturellen“ Determinanten: Ressourcen, Autonomie, Handlungsfelder und Lebenszyklusstatus, voneinander abzugrenzen, die dann unterschiedliche Grade an Wohlbefinden äußern, oder deren Wohlbefinden aus der spezifischen „Gemengelage“ der strukturellen Komponenten erklärbar wird. Die eigentliche Zielrichtung ist aber jene, nicht nur über Gruppenbildung einen Erklärungswert für Wohlbefinden zu erreichen, sondern auch alle strukturellen, oder zumindest ausgewählte strukturelle Komponenten des Modells in einen kausalen Zusammenhang zu stellen.

Angemerkt sei auch, dass die Strukturkomponente „Autonomie“ als Teil eines breiter zu begreifenden Elements, nämlich jenes der Werthaltungen, Einstellungen, Prioritätensetzungen etc., zu begreifen ist, hier aber in der Einschränkung schon ein Vorgriff auf die folgende Diskussion gemacht wurde, in der es darum geht, die für ein empirisches Konzept von Lebensqualität im Pflegeheim als konstitutiv zu bezeichnenden Komponenten herauszuheben, wobei sich aber „Selbständigkeit in der Lebensführung auch auf Möglichkeiten der Aufrechterhaltung von Privatheit, eigenen Wertungen und Standards (...) (und) Selbstbestimmung sich auf die subjektiven Möglichkeiten und den Willen, Fähigkeiten und Ressourcen einzusetzen und Handlungsspielräume zu nutzen bzw. andere zur Unterstützung zu veranlassen und benötigte Hilfen zu organisieren (beziehen).“ (Heinemann-Knoch et al. 1998, S. 21) Somit sind mit der Komponente Autonomie Werthaltungen und Einstellungen keinesfalls ausgeschlossen. Vielmehr wird dadurch schon ein spezifisches Verhältnis von Institution Pflegeheim und BewohnerInnen zum Ausdruck gebracht.

## 2.4 Das Konzept der Lebensqualität im Pflegeheim

Das Handeln Einzelner zu verstehen, kann nie allein aufgrund von Persönlichkeitsfaktoren erfolgen. Vielmehr muss auch das Umfeld, in dem Handeln stattfindet, Berücksichtigung finden. Dieses kann dann als aus physischen wie sozialen Situations-Komponenten zusammengesetzt aufgefasst werden, wobei die physische Umwelt Pflegeheim als z.B. gebaute Architektur nie getrennt vom sozialen Aspekt zu sehen ist, weil nicht zuletzt die Aneignung bzw. Nutzung architektonischer Vorgaben immer sozial – durch BewohnerInnen, Personal, Angehörige, Heimträger und andere Anspruchsgruppen – definiert wird.

Für die Zwecke des Projekts erscheint es im Lichte der Totalität der Lebenswelt Heim ange raten, sich auf möglichst klar umrissene Situationen einzuschränken. Als dafür dienlich hat sich herausgestellt, strukturelle von prozessoralen Merkmalen in Situationen zu unterscheiden. Dann würden z.B. Personalstand und -qualifikation, Architektur und Raumstruktur, oder z.B. die BewohnerInnenstruktur, die geografische Lage und verwendete Pflegesysteme den strukturellen und z.B. das pflegerische Handeln des Personals oder der Ablauf einer Heimaufnahme zu den prozessoralen Merkmalen zählen.

Aber gerade im Feld der prozessoralen Komponenten wird deutlich, dass hier immer nur Aussagen im Rahmen noch zu definierender relevanter Situationen gemacht werden können. (Durch den Situationsbezug wird wieder der Handlungsaspekt von Lebensqualität zentral.) Wie bereits festgehalten, kann aber gerade dadurch die breite Rahmung von Lebensqualität insofern eingegrenzt werden, als davon auszugehen ist, dass *typische Situationen* des Handlungsfelds Pflegeheim schon aus der Aufgabenstellung und architektonischen Gestaltung der Institution einerseits und aus speziellen „Persönlichkeitskomponenten“ der BewohnerInnen andererseits hervorgehen: Auf Seiten der BewohnerInnen werden durchgängig Einschränkungen des Gesundheitsstatus gegeben sein, sie sind hohen Alters, mit einem Heimeintritt stehen sie einer ihnen gleichermaßen unbekanntem, vielleicht verunsichernden Situation gegenüber etc. Auf der Seite der Institution werden typische Situationen schon von zentralen und räumlich „verorteten“ Aufgabenstellungen her determiniert: Pflege, Mobilisierung, Hygiene, Tagesstrukturierung, Ernährung etc.

Zur Verdeutlichung sei nur ein Prozess als Beispiel herausgegriffen: die Körperhygiene. Ihr sind strukturelle Komponenten insofern inhärent, als Orte, Zeitpunkte und Beteiligte der Körperhygiene benannt werden können. Auch die eingesetzten bzw. vorhandenen Kompetenzen

(das sind Ressourcen auf BewohnerInnen- wie auf Personalseite) können klassifiziert und die Einbettung von Körperhygiene in das Gesamtkonzept der Leistungsangebote und in das räumliche Konzepte der Einrichtung vorgenommen sowie der Stellenwert, dem der Körperhygiene aus Sicht der Bewohnerin zukommt, bewertet werden. Beziehen wir den Prozess der Körperhygiene auf unser Konzept der Lebensqualität, dann reicht es somit nicht aus, BewohnerInnen danach zu befragen, wie zufrieden sie damit sind und wie wohl sie sich dabei fühlen, sondern es muss das Handlungsfeld näher definiert sein, es müssen die dafür vorhandenen Ressourcen Berücksichtigung finden, und es muss der Grad erlebter Autonomie in der Situation festgehalten werden. Erst dann wird die Frage nach dem Wohlbefinden in der Situation der Körperhygiene aktuell.

Indem nun für Pflegeheime charakteristische und aus der Sicht der BewohnerInnen relevante Situationen oder gesamte Prozesse herausgehoben werden, besteht, wie bereits gesagt, die Möglichkeit, das Forschungsfeld „Lebensqualität“ näher einzugrenzen. Es würden dann unterschiedlichste Teilprozesse wie: Essen, Grundpflege, Hygiene, Freizeitaktivitäten, Heimaufnahme, Schlafen etc. immer auch hinsichtlich ihres Stellenwerts für die Lebensqualität der HeimbewohnerInnen in den Blickpunkt geraten. Natürlich verlaufen diese Prozesse nicht immer standardisiert, sondern je nach der Situation, im Rahmen derer sie ablaufen, und den ihr zuzuschreibenden strukturellen Merkmalen verschieden: Die Heimaufnahme direkt aus einer Krankenanstalt wird anders verlaufen als aus einem Privathaushalt – wahrscheinlich werden auch die Erwartungshaltungen und der Grad der erlebten Autonomie sich davon abhängig zeigen. Die Grundpflege wird bei leicht pflegebedürftigen Personen anders verlaufen und einen anderen Stellenwert einnehmen als bei schwer Pflegebedürftigen. Das soziale Umfeld dementer BewohnerInnen wird bei Besuchen im Heim anders agieren als bei anderen BewohnerInnen. Die Freizeitgestaltung im ländlichen wird gegenüber dem städtischen Raum vielleicht anders ausfallen etc.

Um relevante Prozesse aus der komplexen Lebenswelt Heim herausheben zu können, ist es dienlich, sich der bereits ausgeführten „Subjekt“-bezogenen Ausrichtung von Lebensqualität zu vergewissern, und zuerst nach damit in Zusammenhang stehenden abgrenzbaren Lebenszyklen in Pflegeheimen zu fragen, die dann auch spezifischen Orten zugeordnet werden können. Die Übersiedlung in ein Pflegeheim stellt jedenfalls eine biografische Passage dar, die als Beginn einer neuen Lebenszyklusphase angesehen werden kann, und verdient somit, als relevanter Prozess herausgehoben zu werden. Zentral dabei ist jedenfalls, dass der Beginn einer

neuen Lebenszyklusphase dann angesetzt werden kann, wenn Selbst- und/ oder Fremdzuschreibungen, den Status einer Person betreffend, sich wandeln: vom Hausherrn zum Heimbewohner – vom Gesunden zum Kranken – vom Pflegebedürftigen zum Sterbenden – vom leicht Pflegebedürftigen im Wohnteil zum schwer Pflegebedürftigen in der Pflegeabteilung etc.

Die zweite und dazu ergänzende Möglichkeit, Prozesse abzugrenzen, besteht darin, konkrete Handlungsfelder der Lebenswelt Pflegeheim zu benennen, die dann entweder einzelnen Lebensabschnitten direkt zugeordnet werden können, oder aber Relevanz für mehrere oder alle Lebenslagen haben. Nahrungsaufnahme ist z.B. ein relevantes Handlungsfeld aller Lebenszyklusphasen, wird sich aber je nach Statuszuschreibung unterschiedlich gestalten (z.B.: isst selbstständig, oder aber benötigt Hilfe). Palliativpflege definiert hingegen zwar ebenfalls ein typisches Handlungsfeld im Rahmen der Lebenswelt Pflegeheimen, ist aber mit einem ganz bestimmten BewohnerInnenstatus (Sterbende/r) verknüpft.

Zentrale Prozesse, die Situationen schaffen, welche von Relevanz für die Lebensqualität der HeimbewohnerInnen sind, könnten somit sein:

#### 1) längerfristige Zyklen des Lebenslaufs

- Heimeintritt samt den „Zugangswegen“ wie von zuhause, aus Spital, anderes Heim
- Leben im Heim: Status „Heim“bewohnerIn im weiteren Sinn (Tagesablauf, Aktivitäten, Kommunikation, Beteiligung am Heimleben etc.), Status Heim„bewohnerIn“ im engeren Sinn (Wohnen, BewohnerInnenzimmer, MitbewohnerInnen, Architektur, Einrichtung)
- Sterben im Heim
- (Übergangspflege)
- (Kurzzeitpflege)

#### 2) laufend wiederkehrende Prozesse

- Essen, Verdauung, Ausscheidung
- Hygiene
- Pflege
- Medizinische Behandlung
- Rehabilitativ-therapeutische Aktivitäten
- Freizeitaktivitäten, Besuche etc.
- Schlafen.

Aus der Aufzählung relevanter Prozesse sollte auch hervorgehen, dass die laufend wiederkehrenden im Prinzip für alle Phasen im Pflegeheim von Relevanz sind, wenn auch mit graduellen Abweichungen: Rehabilitative Aktivitäten werden z. B. bei Übergangspflege von größerer Relevanz sein und dann wahrscheinlich mehr Zeit in Anspruch nehmen als in der Phase eines Heimeintritts.

Der nächste Schritt besteht dann darin, die bereits angesprochenen strukturellen Aspekte dieser Prozesse noch zusätzlich zu berücksichtigen, um relevante Situationen ausreichend beschreiben zu können. Hier zeigt sich aber, dass diese strukturelle Komponente mit genau jenem Aspekt von allgemeiner Lebensqualität zusammenfällt, den wir „Ressourcen“ genannt haben. Das Feld der Autonomie könnte dann als Resultante aus der interdependenten Struktur aus Handlungsfeldern (laufend wiederkehrende Prozesse), dem Lebenszyklusstatus (Status in der „Heimbiografie“) und Ressourcen herausgehoben werden. Das bedeutet: Die in einer bestimmten Situation und zu einem bestimmten Zeitpunkt bedingenden Elemente von Lebensqualität können mit Hilfe der genannten Komponenten für die Lebenswelt Pflegeheim komplett dargestellt und (im Prinzip) operationalisiert werden.

Was allerdings noch fehlt, ist das Feld der „Biografie“ (vgl. wieder die Abbildung), die den herausgehobenen Prozessen zum einen zeitlich vorgelagert und andererseits personen-bezogen individuell ist, und die Berücksichtigung der „historischen Zeit“: das gewissermaßen „gedankliche“ Umfeld im weiteren Sinn. Dabei könnte die Biografie natürlich auch näher umrissen werden als einmal der Zeitabschnitt vor Heimeintritt und zum zweiten nach Heimeintritt („Heimbiografie“), und das Feld historische Zeit z.B. mit Bezug zur Einrichtung Pflegeheim enger definiert sein als sozialer, ökonomischer und kultureller Hintergrund der Altenpflege zum aktuellen Zeitpunkt. Somit wäre ein empirisch handhabbarer Rahmen der bedingenden Struktur von Lebensqualität im Pflegeheim vom Konzept her sowohl umfänglich, aber vor allem auch adäquat und hinreichend differenziert definiert, der das „Wohlbefinden“ bzw. die „Zufriedenheit“ von HeimbewohnerInnen in ähnlich differenzierter Weise gegenübergestellt werden kann.

Zur Verdeutlichung sei wieder auf das Beispiel der Körperpflege zurückgegriffen. Sie ist im Rahmen unseres Konzepts von Lebensqualität im Heim als laufend wiederkehrender Prozess der Hygiene definiert, wird sich in ihrer Durchführung eventuell je nach Statuszuschreibung und „Gemengelage“ gegebener Ressourcen unterschiedlich gestalten und dadurch zu einem

mehr oder weniger autonom gestalteten Prozess aus Sicht eines/r Heimbewohners/in werden. Unter Berücksichtigung der historischen Zeit (z.B. der „Pflegephilosophie“: „Selbstständigkeit geht vor Sicherheit“) und der individuellen Biografie des/r Bewohners/in (z.B.: „Ich wollte nie von Anderen abhängig sein“) sollte sich dann seine/ ihre Zufriedenheit mit der Körperhygiene im Heim als Ergebnis dieser Struktur darstellen lassen.

## 2.5 Die Umsetzung des theoretischen Konzepts als Machbarkeitsstudie

Wie bereits einleitend angesprochen, soll das Projekt vorrangig dazu dienen, genau die bereits andiskutierten konzeptiven Ansätze noch voranzutreiben, aber auch auszuloten, inwieweit und in welchen Operationalisierungen das Konzept in empirischen Studien umgesetzt werden kann. Es soll also im Zuge des Projekts auch überprüft werden, inwieweit sich das Modell von Lebensqualität als adäquat für die Beschreibung und auch Erklärung der Lebensqualität von BewohnerInnen in Pflegeheimen erweist, und ob es hinsichtlich der Begrifflichkeit und seiner Strukturierung einen hinreichenden Rahmen abgibt, der Repräsentativstudien zum Wohlbefinden von HeimbewohnerInnen genauso als theoretischer Hintergrund dienen kann, wie dem empirischen Nachweis der Wirkung ganz spezifischer Maßnahmen.

Der Anspruch, das Modell von Lebensqualität im Pflegeheim, wie es hier im Ansatz vorgestellt ist, in seiner Gänze empirisch umzusetzen, wäre im Rahmen dieses Projekts, das als „Machbarkeitsstudie“ konzipiert ist, jedenfalls zu hoch gegriffen. Vielmehr soll versucht werden, beispielhaft zwei Richtungen einzuschlagen. Zum einen ist es sinnvoll, ganz spezifische Prozesse exemplarisch herauszugreifen und möglichst detailliert und vollständig zu operationalisieren. D. h., sich z. B. nur auf den Prozess der Heimaufnahme zu konzentrieren – wohl wissend, dass dadurch nur Ausschnitte des gesamten Handlungsfeldes Pflegeheim Berücksichtigung finden –, dafür aber strukturelle Komponenten sowie die Vielgestaltigkeit dieses Prozesses im Detail zu operationalisieren und Auswirkungen auf die Zufriedenheit mit diesem Prozess darzustellen. Zum anderen kann der Versuch unternommen werden, den Gesamtzusammenhang der kausalen Struktur von Lebensqualität anhand eines bewusst reduzierten Variablensets nachzuweisen, indem gerade nicht die gesamte „Tiefe“ der einzelnen Prozesse und deren Zusammenhänge mit den anderen Aspekten von Lebensqualität operationalisiert, sondern das Konzept in seiner gesamten „Breite“ angelegt wird. Letztlich liefe dieser empiri-

sche Ansatz darauf hinaus, die Komplexität konkreter Handlungsfelder und Prozesse bewusst auszublenden, um ein allgemeines Augenmerk auf die Zusammenhänge von Statusvariablen, Ressourcen und Autonomie gegenüber dem Wohlbefinden zu legen.

Im erstgenannten Ansatz werden diese Komponenten differenziert immer auf einen ganz konkreten Prozess (Situation) bezogen. Beide Wege einzuschlagen bringt nun den Vorteil, dass sie einander ergänzen. Was dem prozess-orientierten empirischen Ansatz an Breite fehlt, findet sich im auf die Totalität der Lebenswelt Heim bezogenen, und was jenem an Tiefe fehlt, findet sich im prozess-orientierten zumindest exemplarisch für einen ausgewählten Teilbereich, wodurch der Intention des Projekts bzw. dessen Verwertungszusammenhang entsprechen wäre.

### 2.5.1 Erhebungsinstrumente und Vorgehensweise bei der Befragung

Die im Folgenden erörterten Erhebungsinstrumente wurden im Rahmen des Projektes in einer vorab festgelegten Abfolge eingesetzt, die in Hinblick auf die „Befragbarkeit“ der speziellen Population geplant war. Aus dieser Vorgehensweise resultieren dann jeweils unterschiedliche Stichprobengrößen.

- Für die gesamte Heimpopulation liegt ein begrenztes Set an solchen Daten vor, die entweder schon im Vorfeld als Planungsgrundlage der Befragung in Form von BewohnerInnenlisten vorlagen, oder als Sekundärdaten danach eingeholt wurden (N = 221 HeimbewohnerInnen = Grundgesamtheit). Wir bezeichnen diese als *Zusatzdaten*.
- Daten aus dem *Gesundheitsteil des ersten Fragebogens*, die von den Interviewenden beigebracht wurden, liegen dann vor, wenn zumindest ein direkter Kontakt mit einer zu befragenden Person zustande gekommen ist (N = 156).
- Wenn nun tatsächlich ein Interview mit dem speziell auf „schwer befragbare“ Heimpopulationen zugeschnittenen Erhebungsinstrument *Fragebogen 1* durchgeführt werden konnte, liegt ein breites Variablenset zum Wohlbefinden und zur Orientiertheit von HeimbewohnerInnen vor (N = 118).
- Ein weiterer *Fragebogen 2*, der dann noch zusätzliche – in die „Tiefe“ gehende – Fragen zu ausgewählten Prozessen und Situationen des Heimalltags, als auch weitere Skalen im Zusammenhang des Wohlbefindens und ein spezielles Verfahren der Erhebung sozialer



Netzwerke beinhaltet, wurde nach Einschätzung der InterviewerInnen und Zustimmung der Befragten bei einer gut befragbaren Population eingesetzt (N = 83).

### 2.5.1.1 Fragebogen 1

In der konkreten Umsetzung als standardisierte Befragung in Heimen wurde, um das Konzept von Lebensqualität in seiner ganzen Breite zu operationalisieren, ein spezieller *Interviewerleitfaden zur Erfassung des Wohlbefindens von BewohnerInnen von Pflegeheimen* aufgegriffen und weiter entwickelt, der von Prof. H.-U. Kneubühler an der Universität Luzern ausgearbeitet wurde, und der schwierigen Befragungssituation in Pflegeheimen angepasst ist. Der Fragebogen umfasst fünf Qualitätsdimensionen, die für das Wohlbefinden der BewohnerInnen zentral sind: Autonomie, Empathie, Privatheit, Sicherheit und Akzeptanz im Heim. Jede dieser fünf Qualitätsdimensionen ist wiederum unterteilt in zwei Bereiche – zum einen in: Pflege und Betreuung, zum andern in: Essen und Umgebung, in Bereiche also, die im Rahmen der „Lebenswelt Heim“, wie sie bereits skizziert wurde, als zentrale Handlungsfelder zu bezeichnen sind. Konkretisiert bzw. operationalisiert werden die fünf Dimensionen, die dann immer auf jeweils zwei Bereiche bezogen sind, anhand in einer Reihe von Fragen. Alle diese Fragen sind gleichwertig. Sie stellen das dar, was mit den Qualitätsdimensionen konkret gemeint ist. Von daher ist es nicht entscheidend, welche Fragen gestellt werden. Wichtig ist nur, dass ausreichend viele Fragen in den insgesamt zehn Unterkategorien zur Sprache kommen und beantwortet werden. So enthält z. B. die Unterkategorie: Privatheit – Hilfe und Betreuung insgesamt neun Fragen, die wiederum zum größten Teil aus mehreren Items zusammengesetzt sind; z. B. Frage 2 (drei Items): a) Kann jemand zuschauen, während Sie gewaschen werden? b) Stört Sie das? c) Werden Sie beim Waschen vollständig entblößt?; oder Frage 3 (nur ein Item): Klopfen die Schwestern an die Türe Ihres Zimmers? Von den insgesamt neun vorgegebenen Fragen müssen aber nur drei „durchgebracht“ bzw. auch tatsächlich beantwortet werden, denn es müssen nicht alle Fragestellungen auf alle BewohnerInnen zutreffend sein, und in Anbetracht der Tatsache schwieriger Bedingungen hinsichtlich der Befragbarkeit der speziellen Heimpopulation müssen nicht alle Items auch einen für eine Beantwortung hinreichenden „Impuls“ darstellen. So lautet z. B. Frage 2 der Dimension Privatheit im Bereich Essen und Umgebung (zwei Items): a) Bekommen Sie manchmal Besuch? b) Können Sie ungestört mit Ihren Angehörigen sprechen? Wird Item a) verneint, dann ist Item b) nicht mehr zu-

treffend, und somit keine „Zählvariable“, weshalb noch eine zusätzliche der insgesamt fünf Fragen gestellt werden muss, bis (in diesem Fall) zwei zutreffende Fragen ausreichend beantwortet sind. Diese Vorgehensweise und der Umstand, dass bis auf wenige Ausnahmen offener Fragestellungen (als „Einstiegsitem“, die gesondert ausgewertet werden sollen) nur solche Fragen angesetzt wurden, die mit Ja oder Nein beantwortet werden können, sollten sicherstellen, eine möglichst hohe Ausschöpfungsrate zu erreichen, und in allen Teilbereichen gültige Werte für die Beurteilung des Wohlbefindens zu erhalten. Bis auf die Ausnahme der Dimension Akzeptanz im Heim mussten im Bereich Essen und Umgebung immer zwei und im Bereich Hilfe und Betreuung immer drei Fragen gestellt werden und auch tatsächlich gültig (valid) beantwortet werden; so konnten im Bereich Essen und Umgebung immer Punktwerte von 0 bis 4 und in jenem der Hilfe und Betreuung Scores von 0 bis 6 erreicht werden, weil jede Frage im Wertebereich von 0 bis 2 kodiert bzw. rekodiert ist. Somit liegen für die Auswertungen zum Wohlbefinden der HeimbewohnerInnen Scores in zehn Unterkategorien (fünf Dimensionen mit immer zwei Bereichen) vor. Im zweiten Schritt ermöglicht die Anlage dieses speziellen Erhebungsinstruments zum einen, die je zwei Bereiche in den Dimensionen zusammenzufassen, woraus subjektive Wertungen des Wohlbefindens von HeimbewohnerInnen bezüglich ihrer: Autonomie, Empathie, Privatheit, Sicherheit und Akzeptanz im Heim, mit möglichen Merkmalsausprägungen von jeweils 0 bis 10 resultieren, und zum anderen, über Summierung der beiden Bereiche Hilfe und Betreuung sowie Essen und Umgebung über die fünf Dimensionen zwei Wertungsvariablen mit möglichen Merkmalsausprägungen von 0 bis 22 für Essen und Umgebung und 0 bis 28 für Hilfe und Betreuung zu erhalten. Eine weitere Verdichtung der Ergebnisse erfolgt dann in der Summierung der fünf Dimensionen zum Gesamtscore „Wohlbefinden“ mit einem theoretischen Schwankungsbereich von 0 bis 50 Wertungspunkten.

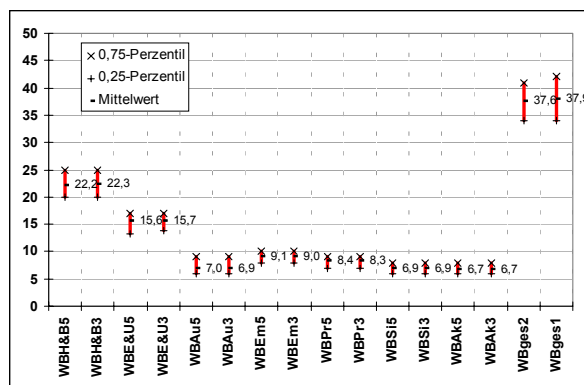
Da die Datenbehandlung von Anfang an auch davon getragen war, eine möglichst hohe Ausschöpfungsquote zu erreichen, wurde schon in der Aufsummierung der Einzelitems je Frage jene Strategie verfolgt, bei Vorliegen zumindest der Hälfte valider Items je Frage das Mittel über die validen Werte heranzuziehen, und nicht einfach Summen aller Wertungsitems zu bilden, was dazu geführt hätte, dass Einzelfälle, für die in einem einzigen Item einer zusammengesetzten Frage kein valider Wert vorliegt, aus der Analyse des gesamten Wertungsbereichs ausgeschlossen worden wären, und in weiterer Folge auch in den Summenvariablen keine validen Werte gehabt hätten. Dies eröffnete dann auch die Möglichkeit, bei einzelnen

Items wie z. B. „Hilft man Ihnen beim spazieren gehen?“ Nein-Antworten dann als fehlende Werte anzusetzen, wenn aufgrund des „Gesundheitsteils“ des Fragebogens schlüssig hervor geht, dass in diesem Falle gar keine persönliche Hilfe nötig ist, weil die Bewohnerin ohne Hilfe auch außerhalb des Heims mobil ist. Somit konnten mögliche Fehleinschätzungen und dadurch verringerte Summenscores des subjektiven Wohlbefindens noch punktuell ausgeschlossen werden. Des Weiteren wurden in den Summenvariablen der fünf Dimensionen alternative Variablen über die Mittelwerte bei Vorliegen eines validen Wertes in einem der beiden Bereiche angesetzt. Für den Gesamtscore des Wohlbefindens hat das dann die Auswirkung, dass auch hier eine alternative Variable mit höherer Ausschöpfungsquote angesetzt werden kann, indem die Summe über die alternativen Dimensionenwerte gebildet wird. Im Fall der beiden Bereiche Hilfe und Betreuung sowie Essen und Umgebung wurden dementsprechend ebenfalls alternative Summenvariablen über die Mittelwerte von zumindest drei von fünf möglichen validen Bereichsscores in den Dimensionen gebildet.

Erste Auswertungen und vergleichende Analysen der alternativen Summenvariablen haben diese Vorgehensweise insofern bestätigt, als dadurch tatsächlich höhere Ausschöpfungsquoten erreicht werden, und die Ergebnisse selbst – also die Verteilungen bzw. Lagemaße der Punktwerte –, auch nach strengen statistischen Kriterien beurteilt, die selben Ergebnisse zeitigen. Dies wird anhand der folgenden Tabelle ersichtlich, in der die Lage- und Streuungsmaße einander gegenübergestellt werden. In der Abbildung sind dann immer die Mittelwerte und die Grenzen der beiden mittleren Quartile der „Original“-Summenskalen (mit ...5 bzw. ...2 bezeichnet) denen der „alternativ“ berechneten Skalen (...3 bzw. ...1) mit höherer Ausschöpfungsquote zur Seite gestellt. So wird auf einem Blick ersichtlich, dass die Abweichungen vernachlässigbar sind. Die maximale Differenz des arithmetischen Mittels beträgt 0,33 Skaleneinheiten, in allen Dimensionen und Bereichen von Wohlbefinden im Heim ist der Median der Verteilung im Vergleich mit den alternativen Skalenkonstruktionen identisch. Nur bei der Gesamtskala Wohlbefinden liegt der Median der liberaleren Skala um einen Skaleneinheit höher (allerdings bei einem theoretischen Schwankungsbereich von 0 bis 50 Punkten). Dafür können bis zu 19 Fälle bei Verwendung der alternativen Summenskalen für weitere Analyseschritte mit einbezogen werden (das sind 16 % der Stichprobe).

**Tabelle 1: Lagemaße der Skalen des Wohlbefindens**  
**Abbildung 2: Lagemaße der Skalen des Wohlbefindens**

	Gültige Fälle	Ersetzte Fälle	Fehlende Werte	Mittelwert (MW)	MW-Abw.	Median	Std. Abw.	25	Perzentile 50	75
<b>Bereich: Hilfe und Betreuung</b>										
WBH&B5	86		135	22,22		23	3,81	20,0	23,0	25,0
WBH&B3	100	14	121	22,34	+0,12	23	3,80	20,0	23,0	25,0
<b>Bereich: Essen und Umgebung</b>										
WBE&U5	92		129	15,64		15	2,79	13,3	15,0	17,0
WBE&U3	101	9	120	15,71	+0,07	15	2,81	13,9	15,0	17,0
<b>Dimension: Autonomie</b>										
WBAu5	103		118	6,98		7	1,99	6,0	7,0	9,0
WBAu3	106	3	115	6,92	-0,07	7	2,02	6,0	7,0	9,0
<b>Dimension: Empathie</b>										
WBEin5	99		122	9,05		10	1,47	8,0	10,0	10,0
WBEin3	103	4	118	9,03	-0,02	10	1,45	8,0	10,0	10,0
<b>Dimension: Privatheit</b>										
WBPr5	88		133	8,35		9	1,47	7,0	9,0	9,0
WBPr3	100	12	121	8,29	-0,06	9	1,54	7,0	9,0	9,0
<b>Dimension: Sicherheit</b>										
WBSi5	100		121	6,94		7	1,67	6,0	7,0	8,0
WBSi3	100	0	121	6,94	0,00	7	1,67	6,0	7,0	8,0
<b>Dimension: Akzeptanz</b>										
WBAk5	93		128	6,71		6	2,14	6,0	6,0	8,0
WBAk3	100	7	121	6,74	+0,03	6	2,14	6,0	6,0	8,0
<b>Wohlbefinden: Gesamtskala</b>										
WBges2	80		141	37,56		38	5,20	34,0	38,0	41,0
WBges1	99	19	122	37,89	+0,33	39	5,42	34,0	39,0	42,0



Die untersuchten Abweichungen und Verschiebungen sind also minimal. Die Lage, als auch die Streuung der Bewohner verschieben sich weder in den fünf latenten Dimensionen des Wohlbefindens, noch in den zwei Bereichen der Handlungsbezüge.

Das aufwändige Steuerungsprotokoll der hier beschriebenen Datenbehandlung, das auch Auswertungsschritte zur Kontrolle der alternativ angesetzten Variablen enthält, samt zugehörigem Fragebogen, sind Teil der Erfüllung der Anforderungen an das Projekt, nämlich ein wieder einsetzbares Instrument der Beurteilung des Wohlbefindens von HeimbewohnerInnen zu erarbeiten. (Die weitere Erörterung des Einsatzes und vor allem der Ergebnisse des *Interviewerleitfadens zur Erfassung des Wohlbefindens von BewohnerInnen von Pflegeheimen* findet sich im Kapitel zum Wohlbefinden der befragten HeimbewohnerInnen.)

Neben dem Hauptteil des ersten Fragebogens enthält das Erhebungsinstrument als Einstieg in die Befragungssituation einen Test zur Feststellung der Orientiertheit (Verwirrtheit), der bereits in vielen Untersuchungen angewendet wurde: den *Mini Mental State Test (MMST)*. Der Test wurde der eigentlichen Befragung auch deshalb vorangestellt, um den InterviewerInnen schon vorab die Möglichkeit zu eröffnen, sich ein Bild über die Befragbarkeit der Gesprächspartner zu machen. Außerdem bilden die Ergebnisse des MMST samt dem „Gesundheitsteil“ des Fragebogens eine gute Grundlage dafür, auch in der nachträglichen Auswertung der Ergebnisse Anhaltspunkte für etwaige Ausfälle im Zuge der Befragung zu erhalten. Die zu prü-

fende These lautet in diesem Fall also: die Orientiertheit könnte in direktem Zusammenhang mit der Befragbarkeit stehen. In zweiter Linie kann anhand des MMST geprüft werden, inwieweit die Orientiertheit entweder direkt, oder in Abhängigkeit mit anderen Variablen in Zusammenhang mit dem Wohlbefinden bzw. mit der Lebensqualität im Heim steht.

Der nun schon an mehreren Stellen erwähnte *Gesundheitsteil* des Fragebogens besteht im Prinzip aus vier Teilen, die von den Interviewenden eigenständig bearbeitet wurden, wobei sie für jede einzelne Fragestellung ihre Informationsquelle angeben mussten. Als mögliche Quellen standen zur Verfügung: die Befragungssituation selbst, wenn z. B. in der Befragung klar erkennbar wurde, dass das Hörvermögen eingeschränkt ist, oder als Hilfsmittel der Mobilität ein Rollator verwendet wird etc. Außerdem sind im Befragungsteil zum Wohlbefinden einzelne Items als Kontrollvariablen enthalten, wie z. B. „Brauchen Sie Hilfe beim Waschen?“ oder „Brauchen Sie Hilfe beim Essen?“, die Aufschlüsse über den Hilfebedarf hinsichtlich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ geben. Als weitere Informationsquelle stand es den InterviewerInnen offen, nach der eigentlichen Befragung bei den Interviewpartnern einzelne Aspekte ihrer Gesundheit nachzufragen, oder als dritte Möglichkeit, beim Personal an den Stationen Auskünfte einzuholen. Im ersten Teil des Gesundheitsteils wurden Angaben zu verwendeten Hilfsmitteln, im zweiten Teil zu Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit, im dritten Teil das Ausmaß nötiger Hilfestellungen bei „Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL: activities of daily life)“ und im vierten Teil eine abschließende Einschätzung des Gesundheitsstatus in Hinblick auf die Befragbarkeit erhoben. In diesem Zusammenhang ging es auch um die Einschätzung der Befragbarkeit mit einem zweiten Fragebogen, der in einer weiteren Befragungsrunde und nach Vereinbarung eines weiteren Befragungstermins mit den einzelnen Interviewpartnern durchgegangen wurde, und um die Dokumentation gegebener Einschränkungen in Hinblick auf die Befragbarkeit, oder Gründe des Abbruchs des Interviews zu vervollständigen.

Neben den bis hier her angesprochenen Teilen, die Auskunft über die Heimpopulation im engeren Sinn geben, ist noch ein kurzer *technischer Teil* im Fragebogen enthalten, der Rückschlüsse auf Befragungszeitpunkt und Befragungsdauer sowie die Anzahl etwaiger Abbrüche und Wiederaufnahmen erlaubt. Die Interviewenden, als auch natürlich deren Interviewpartner, konnten die Befragung bis zu drei Mal abbrechen und bis zu zwei Mal wieder aufnehmen,

wenn die Bereitschaft dazu gegeben war. Ansonsten konnten Interviews natürlich auch schlussendlich abgebrochen, also nicht zu Ende geführt werden. Die Ergebnisse des technischen Teils des Erhebungsinstruments ergänzen Informationen, die bereits angesprochenen wurden, hinsichtlich der Frage nach der Befragbarkeit und im engeren Sinn des Aufwands für Befragungen von Heimpopulationen.

### 2.5.1.2 Fragebogen 2

Wie bereits kurz angemerkt, wurde nach einer positiven Entscheidung der Interviewenden und Einholen der Bereitschaft der Interviewpartner nach dem bis hier her beschriebenen ersten Befragungsteil ein weiterer Fragebogen an einem neu zu vereinbarenden Termin bearbeitet. Es handelt sich dabei um ein zwar ebenfalls eigens für dieses Projekt zusammengestelltes Erhebungsinstrument, in dem sich ein ausführlicher Teil auftragsgemäß einem speziellen und im Zusammenhang mit dem Leben im Heim wichtigen Prozess, nämlich der *Heimaufnahme und ihren Randbedingungen* widmet, aber ansonsten in der Hauptsache aus Itembatterien zusammengesetzt wurde, die auch in repräsentativen Studien zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität Älterer im Allgemeinen bereits Verwendung fanden.

Somit folgte die Befragungsstrategie auch einem „Stufenplan“, weil der erste Fragebogen für das schwierige Feld Pflegeheim auf eine möglichst große Anzahl von HeimbewohnerInnen zugeschnitten wurde, indem z. B. fast ausschließlich „einfache“ Fragen angesetzt wurden, die mit Ja oder Nein beantwortet werden konnten, und somit die Drop Out Quote gering gehalten werden sollte. Der zweite Fragebogen enthält auch „schwierige“ im Sinne von schwierig zu beantwortende Items, die in unterschiedlich vielen vorgegebenen Antwortkategorien angesetzt sind. Dies hat natürlich den Vorteil, z. B. differenzierte Informationen zum Prozess der Heimaufnahme und möglicher Heimeintrittsgründe zu erhalten, und diesen somit auch in seiner Tiefe darstellen zu können, was Teil des Vorhabens dieser Studie ist, oder eben standardisierte und an repräsentativen Populationen getestete Instrumente zur Erhebung des allgemeinen subjektiven Wohlbefindens, des Einsamkeitsempfindens oder des Selbstwertgefühls ab-

zufragen, was Ergebnisse produziert, die dann auch mit nicht institutionalisierten Populationen verglichen werden können.<sup>1</sup>

Im Einzelnen wurden folgende dieser Skalen (in z. T. gekürzter Form) angesetzt:

- die *Lebenszufriedenheitsskala* (Diener, Pavot 1993) mit fünf Items, die auch in einer Repräsentativerhebung, dem „Alterssurvey“ (folgend AS), in der BRD eingesetzt wurde
- die *Philadelphia Geriatric Center Moral Scale PGCMS* in einer revidierten Fassung mit 15 Items, wie sie in der Berliner Altersstudie abgefragt wurde, und sich dort in drei Faktoren, der „Unaufgeregtheit“ (im Original von Lawton et al.: „Agitation“), der „Zufriedenheit mit dem eigenen Alter“ (orig. „Attitude towards own aging“) und der „Lebenszufriedenheit“ (orig. „Lonely dissatisfaction“) abbildet, wobei hier ein Stimulus, nämlich das Item: „Manchmal glaube ich, dass das Leben nicht lebenswert ist“, aus dem Erhebungsinstrument herausgenommen wurde
- die *Rosenberg Skala* mit zehn Items, die der Messung des „Selbstwertgefühls“ dient und im AS eingesetzt wurde, wobei in der vorliegenden Studie nur fünf, der Situation in Heimen am besten angepasste Items entnommen wurden
- die *HOPE Skala*, aus acht Items zusammengesetzt, welche im Faktor „Agency“ anhand vier Items die Zielgerichtetheit und -erreicherung, im zweiten Teilfaktor, den „Pathways“, mit ebenfalls vier Items, die Fähigkeit, Pläne zur Zielerreichung zu entwickeln, und insgesamt die „Zuversichtlichkeit“ misst, und wieder Vergleichsdaten mit dem AS liefern kann, allerdings in einer Kurzform mit nur sechs Items abgefragt wurde
- die *Einsamkeitsskala* von de Jong, die anhand von elf Items die subjektiv wahrgenommene Qualität des eigenen Beziehungsgefüges misst und ebenfalls im Erhebungsinstrument des AS enthalten ist.

Neben dem bereits angesprochenen ausführlichen Teil zum Heimeintritt sind im zweiten Fragebogen noch spezielle *Bereichszufriedenheiten* mit Fragen nach dem konkreten Ausmaß des

---

<sup>1</sup> Allerdings können die Ergebnisse des zweiten Fragebogens erwartungsgemäß nur um den Preis einer dann geringeren Ausschöpfungsquote erzielt werden, wobei die wichtige Frage vorderhand noch offen bleibt, inwieweit das Erhebungsinstrument selbst, aufgrund seiner „Schwierigkeit“, eine, gegenüber der Gesamtpopulation der Heime „verzerrte“ Sicht der Sachlage (bias) wiedergibt. Zur Kontrolle liegen allerdings zumindest die Ergebnisse des für „Alle“ angesetzten ersten Fragebogens vor und darüber hinaus noch „Zusatzdaten“.

Angebotes, der Bereitschaft zur Beteiligung und der Beurteilung der Qualität und der Rahmenbedingungen spezifischer Aktivitäten gekoppelt.

- Zufriedenheit mit organisierten *Freizeitaktivitäten* und den entsprechenden Rahmenbedingungen im Haus
- mit organisierten *Ausflügen*
- mit Möglichkeiten, insgesamt „*außer Haus zu kommen*“
- *Besuche* zu empfangen
- Kontakte nach außen via *Telefon* zu halten
- und Möglichkeiten des *Medienkonsums*.

Daneben findet sich eine Frage nach der *Einschätzung* und eine nach der *Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit* im Allgemeinen („Overall“).

Einen extra herausgehobenen Teil stellt die Erhebung des „*Egozentrierten Sozialen Netzwerks*“ dar, weil hier die Technik des „*Namensgenerators*“ verwendet wurde. Ein Verfahren, in dem für drei Teilbereiche: Vertrauen, Hilfe und Freizeit, spezifische Stimuli eine Liste an Namen erzeugt, die Personen zugeordnet sind, mit denen die Befragten in Beziehung stehen, und somit auch diesen Bereichen zugeordnet werden können. In einer zweiten Abfrage werden dann die Beziehungspersonen noch einzeln kategorisiert, also z. B. je nach Verwandtschaftsgrad, oder als solche, die im Heim leben, oder arbeiten, oder wie lange man die jeweilige Personen bereits kennt, in welcher Form man in Kontakt steht und wie häufig man einander sieht, miteinander telefoniert etc. Somit können nicht nur Aussagen über die Größe egozentrierter sozialer Netzwerke der HeimbewohnerInnen getroffen werden, sondern es liegen auch Anhaltspunkte über deren „*Qualität*“ und Zusammensetzung vor.

Als Abschluss der Befragung wurde in Fragebogen 2 ein kurzer *soziodemografischer Block* angesetzt.

Darüber hinaus waren die InterviewerInnen auch im zweiten Befragungsteil aufgefordert, eine (in diesem Falle nur kurze und) „*abschließende Bewertung des Gesundheitsstatus* in Hinblick auf die Befragbarkeit der Interviewpartner“ abzugeben, und denselben *technischen Teil*, wie in Fragebogen 1 zu bearbeiten, wodurch für die Auswertung noch zusätzliche Daten zum Themenbereich Befragbarkeit vorliegen.



### 2.5.1.3 Zusatzdaten

Zum eben angesprochenen Themenfeld der Befragbarkeit wurden aber noch zusätzliche Daten z. T. schon im Vorfeld, aber auch nach der eigentlichen Befragung direkt bei den involvierten Heimen eingeholt. Der Vorbereitung der Befragung einerseits und Unterstützung der Interviewenden dienten nämlich „*BewohnerInnenlisten*“, die an den einzelnen Stationen bearbeitet wurden. Hierbei handelt es sich um Listen, in der alle BewohnerInnen enthalten sind, und aus Gründen der Anonymität der Befragung ausschließlich an den jeweiligen Stationen aufgelegt wurden, also in keiner Phase der Erhebung, oder auch danach „außer Haus gingen“. Allerdings wurden die anonymisierten Daten aus diesen Listen auf die Fragebögen übertragen. Die dadurch zur Verfügung stehenden Daten umfassen:

- *die Einschätzung der Befragbarkeit aller HeimbewohnerInnen durch das Personal an den Stationen (gut, eingeschränkt oder nicht möglich)*
- *Gründe einer Einschränkung der Befragbarkeit oder eines Ausschlusses aus der Befragung (Verwirrtheit, Hör-, Seh-, Artikulationsschwäche, schlechter Allgemeinzustand, Terminalstadium, fehlende Kooperationsbereitschaft oder andere Gründe)*
- *die Zuordnung der HeimbewohnerInnen zu den organisatorischen Einheiten der Häuser, den Stationen, Geschossen und Gebäudeteilen.*

Anhand dieser Listen konnten sich die Interviewenden ihren Interviewpartnern zuordnen und eintragen, wenn sie jemanden „übernommen“ haben, sich somit untereinander koordinieren, indem sie zum jeweils gegenwärtigen Stand der Befragung Einträge machten (also z. B.: „Initial“ erhebt zur Zeit mit Fragebogen 1, oder: Erhebung mit Fragebogen 1 abgeschlossen, oder in weiterer Folge: für Erhebung mit Fragebogen 2 ausgeschlossen, oder eben: Erhebung mit Fragebogen 2 möglich etc.).

In der vorbereitenden Phase der Erhebung, aber auch währenddessen, dienten diese Listen der Projektleitung und -koordination, in Zusammenarbeit mit den Heim- und vor allem den Stationsleitenden, einzelne HeimbewohnerInnen durch Streichung schon im Vorfeld der Befragung auszuschließen. Dies wurde im Rahmen von Fallbesprechungen und Augenscheinnahmen, immer im Beisein von Stationsleitenden oder deren Vertretung vorgenommen, und es wurden auf die jeweilige Situation abgestimmte „Testfragen“ versucht und der Respons hinsichtlich der Befragbarkeit bewertet. In diesem Zusammenhang sei festgehalten, dass HeimbewohnerInnen im Terminalstadium generell aus der Befragung ausgenommen wurden, weil

dafür eigene Instrumente eingesetzt hätten werden müssen, die keine Vergleichbarkeit mit der übrigen BewohnerInnenchaft zugelassen hätten. Auch ergab sich im Zuge der Erhebung in wenigen Fällen das Problem, dass „Sachwalter“ der Befragung nicht zustimmten, weshalb Einzelne einzig aus diesem Grund, also nicht aus „fehlender Kooperationsbereitschaft“ der Heimbewohnerin oder des Heimbewohners selbst, schon im Vorfeld der Befragung aus den Listen gestrichen wurden. Eine ebenfalls kleine, bereits im Vorfeld aus der Befragung ausgeschlossene Gruppe bilden jene HeimbewohnerInnen, die aus gewissermaßen „technischen Gründen“ für ein Interview nicht zur Verfügung standen. Es handelte sich dabei um Personen, die im Befragungszeitraum z. B. wegen eines Spitalsaufenthalts oder wegen eines Urlaubs etc. nicht im Heim angetroffen werden konnten.

Es ist bereits angeklungen, dass die Befragung der HeimbewohnerInnen, aufgrund der Gliederung in zwei Befragungssteile, in Stufen erfolgt ist. Durch den Einsatz der BewohnerInnenlisten wurde aber schon vor der eigentlichen Befragung eine erste Stufe eingezogen. Durch den Übertrag liegen dann für die gesamte Heimpopulation die Daten aus den BewohnerInnenlisten vor, während Daten des ersten Fragebogens nur für jene gegeben sind, die auch tatsächlich befragt, also nicht aufgrund des beschriebenen Procederes schon im Vorfeld aus den Listen „gestrichen“ wurden. Weiterführende Informationen des zweiten Fragebogens stehen nur dann zur Verfügung, wenn die Interviewenden nach Abschluss des ersten Frageteils auch zu einer entsprechend positiven Einschätzung der weiteren Befragbarkeit gekommen sind und dies auch im ersten Fragebogen protokollierten.

Nach der eigentlichen Befragung wurden noch weitere personenbezogene, aber anonymisierte *Zusatzdaten* bei den Heimleitungen eingeholt, die ebenfalls für die gesamte Population vorliegen:

- in einem Haus die *Einstufungen entsprechend dem Bundes- bzw. NÖ Landespflegegeldgesetz* (Stufen 1 bis 7; deshalb nur in einem Haus, weil sie im anderen nicht dokumentiert sind)
- in beiden Häusern die *heiminternen Einstufungen* entsprechend der Einschätzung des Pflege- und Betreuungsaufwands, woraus auch die entsprechenden Kostensätze als Zuschlag zu den Grundkosten kalkuliert werden (ebenfalls Stufen 1 bis 7; Sonderformen der Pflege, die mit Stufe 8 angesetzt werden, waren nicht gegeben)
- das *Ater*
- und das *Heimeintrittsdatum*, woraus die Aufenthaltsdauer berechnet werden kann.

## 2.5.2 Untersuchungsgegenstand

In Absprache mit der zuständigen Abteilung GS7 des Amtes der NÖ Landesregierung und den Partnern der parallel laufenden Studie zur „Lebensqualität in Altenpflegeheimen“, die stärker in Richtung Architektur und gestalterische Aspekte hin orientiert ist, und deren Ergebnisse die hier erörterten zum Untersuchungsgegenstand noch vertiefen, wurden zwei NÖ Landes- Pensionisten- und Pflegeheime in das Projekt eingebunden. In die angesprochene weitere Studie sind insgesamt sechs Häuser involviert, von denen zwei vor allem in Hinblick auf eine möglichst breite Streuung für das hier diskutierte Vorhaben ausgewählt wurden.

*Haus A* ist nämlich eines der mittlerweile wenigen Landesheime „älteren Typs“, in zwei Gebäudeteile gegliedert, von denen der neuere „Pflegetrakt“ aus Ende der 80er Jahre datiert, und liegt in einer eher ländlich geprägten Grenzregion. In diesem Haus ist noch eine Zuordnung der BewohnerInnen zu einem Wohn- und einem Pflgeteil gegeben, die allerdings aufgrund der gestiegenen Pflegebedürftigkeit der Neuaufnahmen mittlerweile nicht mehr stringent aufrecht erhalten werden kann. Die Gesamtkapazität von 103 Betten ist auf 43 Einbett-, 15 Zweibett und zusätzliche zehn Dreibettzimmer verteilt.

*Haus B* kann eindeutig der größeren Gruppe an Landesheimen „neuen Typs“ zugeordnet werden und ist im eher städtisch geprägten Zentralraum Niederösterreichs angesiedelt. Das Haus wurde erst vor wenigen Jahren eröffnet, und die bis dahin in einem älteren Landesheim in der Nähe betreuten BewohnerInnen sind in das neue Haus übersiedelt. Es besteht keine Unterteilung in Wohn- oder Pflgeteil. Die Gesamtkapazität von 121 Pflegebetten verteilt sich ausschließlich auf Ein- und Zweibettzimmer. Dem Haus ist außerdem eine Tagesbetreuungsstätte angegliedert (die aus der Untersuchung allerdings ausgeklammert ist, weil der Fokus auf stationär Vollzeitbetreuten liegt), und es wurde ein ehrenamtlicher Besuchsdienst organisiert.

In beiden Häusern vergleichbare Merkmale sind: ein heimeigener Garten, Terrassen, Aufenthaltsbereiche in den Gängen, die Kombination von Aufenthaltsraum und Esszimmer an den jeweiligen Stationen (also kein zentraler, großer Speisesaal), Therapieräume, ein Veranstaltungssaal und eine öffentlich zugängliche Cafeteria. Alle BewohnerInnenzimmer verfügen über Telefon-, Radio- und TV-Anschlüsse.

Weitere bzw. differenziertere baulich-strukturelle Merkmale wurden im Rahmen der genannten Parallelstudie erhoben.

## 3 ERGEBNISSE

### 3.1 Überblick

Die folgend präsentierten Ergebnisse beruhen auf Analysen des komplett vorhandenen Datensatzes für beide Pflegeheime, die im Rahmen der Machbarkeitsstudie in die Befragung mit den bereits erörterten Erhebungsinstrumenten involviert waren. Von der Anlage der Untersuchung her werden vorrangig zwei Zielrichtungen verfolgt.

Erste Aufgabenstellung ist, jene abgefragten Variablengruppen zu beschreiben, denen im Zusammenhang der Lebensqualität in Pflegeheimen Bedeutung zukommt, und zu versuchen, Kausalitäten innerhalb und zwischen den Variablengruppen der Lebensqualität nachzugehen. Die zentrale Variable, das subjektive Wohlbefinden der HeimbewohnerInnen, und vor allem die Frage, in welcher Operationalisierungsform Wohlbefinden in Pflegeheimen abgefragt werden kann, nimmt in dieser Diskussion den breiteren Raum ein. Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, inwiefern Wohlbefinden aus individuellen psychischen, mentalen oder auch sozialen Ressourcen und damit korrespondierenden Bereichszufriedenheiten erklärbar ist, und ob die subjektive Bewertung spezifischer Handlungsfelder und für Pflegeheime typischer Prozesse darauf direkten oder indirekten Einfluss haben. Die präsentierten Handlungsfelder können natürlich nur einen Ausschnitt aus dem tatsächlich vielfältigen Heimalltag abdecken, sollen aber vor allem nachvollziehbar machen, dass auch speziell gesetzte Maßnahmen in Heimen, die es z. B. auf ihre Wirksamkeit hin zu evaluieren gilt, entsprechend operationalisiert, genauso in den Gesamtzusammenhang der Lebensqualität gestellt werden können.

Die zentralen Komponenten und Argumente der Analyse der Lebensqualität in Pflegeheimen werden in zwei *Zwischenbetrachtungen* und am *Schluss* zusammengefasst. Diese Abschnitte dienen der Bewertung und Ordnung der gewonnenen Erkenntnisse, indem zentrale Thesen entwickelt werden, denen anhand repräsentativer Daten mit hier getesteten Instrumenten bzw. Operationalisierungen nachgegangen werden könnte.

Die zweite Aufgabenstellung resultiert unmittelbar aus der Anlage der Untersuchung als Machbarkeitsstudie. Es wurde bereits ausführlich dargestellt, dass die Befragungen in den Heimen einem Stufenplan gefolgt sind, der aus der unterschiedlichen „Befragbarkeit“ der HeimbewohnerInnen resultiert. Die konkrete Umsetzung des Fragenprogramms im Feld soll nun möglichst differenzierte Anhaltspunkte für weitere Erhebungen liefern, wie mit möglichst

geringem Aufwand zwischen Heimen vergleichbare Stichproben Befragbarer gezogen werden können. Die Ergebnisse zu diesem wichtigen Themenfeld sind in den drei Abschnitten *Erste bzw. Zweite bzw. Dritte Anhaltspunkte zur Befragbarkeit* enthalten.

Die Anordnung der einzelnen Abschnitte folgt zweierlei Ordnungen. Zum Einen ist unverzichtbar, auch in der Darstellung der Ergebnisse den Stufenplan der Befragung zu berücksichtigen, weil sie immer für je nach „Befragbarkeit“ unterschiedliche Bewohnergruppen vorliegen. Darüber hinaus folgt die Diskussion aber auch inhaltlichen Gesichtspunkten.

Im ersten Unterkapitel wird die *Bewohnerstruktur* anhand wichtiger „Hintergrundvariablen“ beschrieben, wie sie aus den bereits erwähnten „Zusatzdaten“, die nach Abschluss der Erhebungen eingeholt wurden, hervorgehen. Die Analyse dieser Basisdaten in ihrem Zusammenhang soll für die weiteren Auswertungsschritte das Feld möglicher bedingender Faktoren der Lebensqualität vorstrukturieren. Im Einzelnen handelt es sich bei diesen Variablen um das Alter und das Geschlecht der BewohnerInnen, deren Aufenthaltsdauer im Heim und Einstufungen hinsichtlich des Pflege- und Betreuungsbedarfs sowie Zuordnung zu organisatorischen Einheiten der Häuser.

Im zweiten Teil der Ergebnisdarstellung werden die bereits erwähnten ersten *Anhaltspunkte zur Befragbarkeit* von Heimpopulationen erörtert. Auch hier wird auf die erwähnten Zusatzdaten zurückgegriffen – allerdings jene, die bereits im Vorfeld der Befragung eingeholt wurden –, diese aber von eigentlichen Befragungsdaten ergänzt. Im Einzelnen sind das: die Einschätzung der Befragbarkeit durch das Personal an den Stationen, die Berücksichtigung „technischer“ Ausfälle und Streichungen in Absprache und nach Augenscheinnahe der Projektleitung und der an den Stationen Verantwortlichen, sowie die Zahl der tatsächlich durchgeführten Interviews.

Im dritten Abschnitt ist eine ausführliche Diskussion des *Hilfebedarfs* jener Heimpopulation enthalten, die auch tatsächlich von den Interviewenden kontaktiert wurden. Es sind dies Ergebnisse, die dann in weiterer Folge jene der Bewohnerstruktur ergänzen und im Zusammenhang der Lebensqualität als körperliche Ressourcen eingeführt werden.

In den anschließenden Teilen werden Ergebnisse zum *Schmerzmittelgebrauch* und zur *Orientiertheit* der BewohnerInnen erörtert. Die Orientiertheit, als mentale Ressource im Zusam-

menhang der Lebensqualität aufzufassen, wird auch in Hinblick auf die Befragbarkeit der BewohnerInnen hin untersucht werden.

In den zweiten *Anhaltspunkten zur Befragbarkeit* wird die Diskussion der ersten Anhaltspunkte wieder aufgegriffen, der Analysehorizont allerdings um Variablen, wie z. B. die Orientiertheit oder die Hilfebedarfe erweitert. Ergebnis ist ein Quotenplan, der künftigen Erhebungen dazu dient, kontrollierte Stichproben Befragbarer zu ziehen, deren festgestellte Lebensqualität auch tatsächlich zwischen Heimen verglichen werden kann.

Der dann folgende ausführliche Abschnitt widmet sich den Ergebnissen, die mit dem speziellen Erhebungsinstrument zur Feststellung des *Wohlbefindens in Pflegeheimen* zustande gekommen sind. Dort soll zuerst anhand einer kritischen Analyse die Entwicklung dieses speziellen Fragenprogramm vorangetrieben werden, und dann die Ausprägungen des subjektiven Wohlbefindens der befragten HeimbewohnerInnen in einen Zusammenhang mit bis dahin erörterten individuellen und strukturellen Ressourcen gestellt werden. Anhand *offener Fragestellungen* wird dann versucht, die gewonnenen Erkenntnisse zusätzlich zu bestätigen.

In der *ersten Zwischenbetrachtung* finden sich eine Zusammenfassung der bis dahin gewonnenen Erkenntnisse, die auf den Erhebungsdaten des ersten Fragebogens beruhen, sowie eine Darstellung der Intention der weiteren Vorgehensweise.

Daran schließen die dritten *Anhaltspunkte zur Befragbarkeit* an, weil die dann folgend präsentierten Ergebnisse mit dem zweiten Fragebogen erhoben wurden, der zu einer weiteren Selektion des Befragtenkreises geführt hat. Dieser Umstand bietet nämlich die Möglichkeit, zu analysieren, inwiefern die „Befragbarkeit“ selbst als Teil der Lebensqualität aufzufassen ist, und die Selektivität der unterschiedlichen Erhebungsinstrumente zu divergierenden – verzerrten – Ergebnissen führt, weil jeweils andere Bewohnergruppen involviert sind.

Die Darstellung der Ergebnisse, die aus Daten hervorgehen, die mit Fragebogen 2 erhoben wurden, setzt wieder mit der Diskussion um das *Wohlbefinden* der HeimbewohnerInnen ein, wobei neu gewonnene Erkenntnisse mit bereits vorhandenen verglichen und damit in Zusammenhang gestellt werden sollen.

In den anschließenden Abschnitten werden weitere Variablenblöcke der Lebensqualität eingeführt und in den Gesamtzusammenhang versucht einzuordnen. Es sind dies die psychischen und sozialen Ressourcen *Beziehungsqualität* sowie *Selbstwertgefühl* und *Zuversichtlichkeit*, die die bereits erörterten mentalen und körperlichen Ressourcen ergänzen.

In der *zweiten Zwischenbetrachtung* wird die weitere Vorgehensweise erklärt, denn in den abschließenden Ergebnisteilen werden dann konkrete, für den Heimalltag und die BewohnerInnen typische Handlungsfelder und -prozesse herausgegriffen, denen je spezifische subjektive Bereichszufriedenheiten und Qualitätsurteile zugeordnet und in weiterer Folge bis dahin bereits erörterte Variablenblöcke der Lebensqualität gegenübergestellt werden können. Im Einzelnen werden zuerst die *sozialen Netzwerke* der BewohnerInnen ausführlich diskutiert und als soziale Ressource dargestellt, dann folgen die speziellen Handlungsfelder der in den Heimen *organisierten Aktivitäten*, der *Aktivitäten außer Haus* und des *Heimeintritts*.

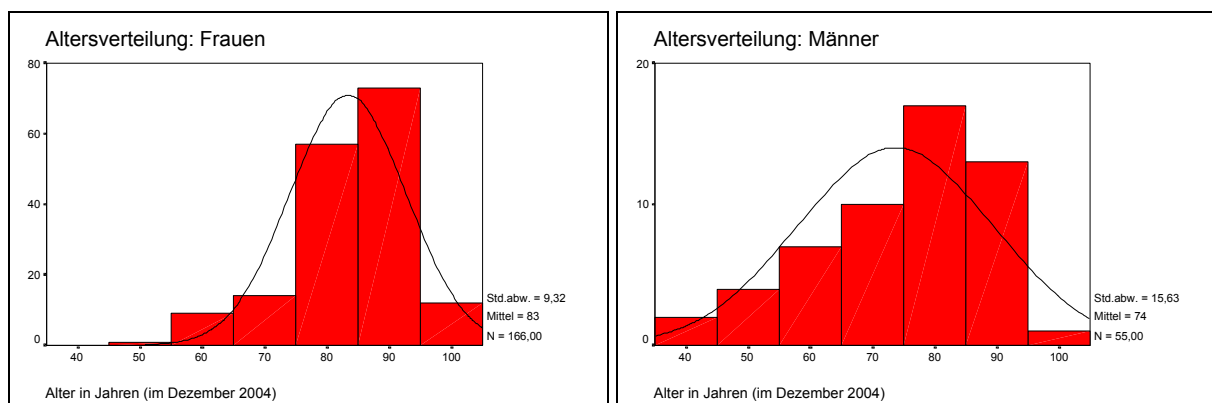
### 3.2 Bewohnerstruktur

Wie bereits angemerkt, soll die hier vorgelegte erste Analyse der Bewohnerstruktur im weiteren Verlauf des Projektes das Feld möglicher bedingender Faktoren im Zusammenhang der Lebensqualität im Pflegeheim strukturieren. Außerdem werden für die Problematik der Befragbarkeit von Heimpopulationen relevante Variablen eingeführt, und bildet die Bewohnerstruktur den eigentlichen Untersuchungsgegenstand ab: nämlich die Bewohnerschaft der Pflegeheime, deren Lebensqualität im Zentrum des Interesses steht.

Im Erhebungszeitraum haben in Haus A 98 und in Haus B 123 Personen gewohnt. (Im Vergleich mit den bereits erwähnten Bettenzahlen sei darauf hingewiesen, dass im Erhebungszeitraum Fluktuationen des Bewohnerstands aufgrund von Neuaufnahmen und Verstorbenen gegeben waren.)

**Abbildung 3: Altersverteilung der Frauen**

**Abbildung 4: Altersverteilung der Männer**



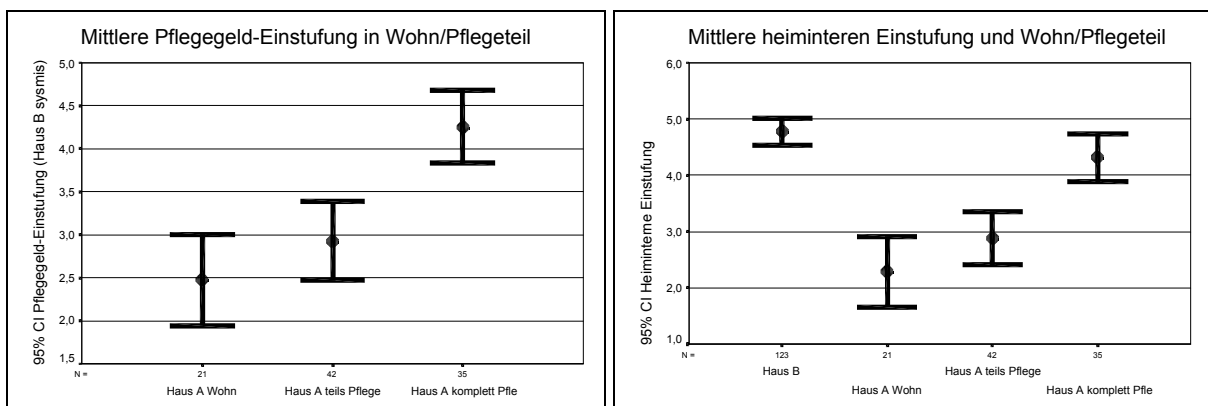
Der *Männeranteil* liegt in Haus B mit 28 % zwar über jenem des Hauses A mit 21 %, allerdings ist die ausgewiesene Differenz von 7 %-Punkten nicht signifikant. Dafür ist das *mittlere Alter* in Haus B mit rd. 83 Jahren etwas höher gelegen, als in Haus A mit rd. 80 Jahren. Dennoch gilt generell: Das mittlere Alter der Männer ist signifikant niedriger als das der Frauen und eindeutig breiter gestreut. Ein Ergebnis, das erwartet wurde.

### 3.2.1 Pflege- und Betreuungsbedarf

Eine *Zuordnung auf Wohn- oder Pflegeanteil* ist, wie bereits angesprochen, nur in Haus A gegeben, weshalb für die Gesamtgruppe über beide Heime gilt: 56 % sind BewohnerInnen des Hauses B, 10 % können eindeutig als WohnteilbewohnerInnen, 16 % als Pflegeanteil- und 19 % als in einem „gemischten“ Teil angesiedelte BewohnerInnen des Hauses A identifiziert werden. Diese Zuordnung des Hauses A ist hochsignifikant mit der mittleren *Einstufung der BewohnerInnen nach Pflegegeld-Stufen* korreliert ( $\eta = 0,49$ ).

#### Abbildung 5: Haus A: Mittlere Pflegegeld-Einstufung in Wohn/Pflegeanteil

#### Abbildung 6: Mittlere heiminterne Einstufung und Wohn/Pflegeanteil



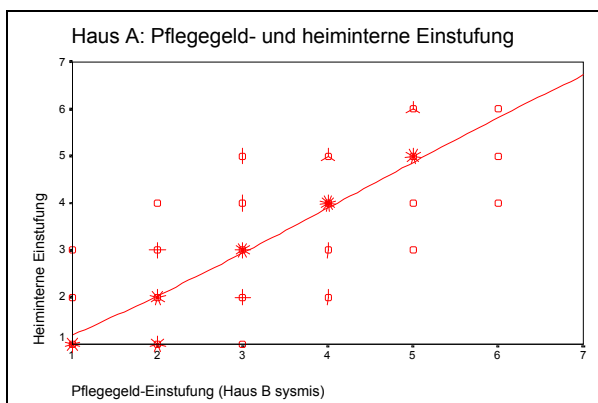
Für Haus B liegen leider keine Daten des Pflegegeldbezugs vor, allerdings für beide Häuser die für Landesheime einheitlich angesetzten *heiminternen Einstufungen*. Und auch hier ergibt sich ein hochsignifikantes Ergebnis hinsichtlich der Abweichungen der mittleren Einstufungen je nach Zuordnung zu Wohn- oder Pflegeanteil des Hauses A sowie dieser Einstufungen gegenüber Haus B ( $\eta = 0,57$ ). Neben dem Ergebnis, dass die im Wohnteil Lebenden gegenüber jenen im „gemischten“ Teil, und die wiederum gegenüber denen im Pflegeanteil des Hauses A, im Mittel immer eindeutig niedriger eingestuft sind, wie dies auch anhand der Pflegegeld-Einstufungen nachvollziehbar ist, zeigt die Strukturanalyse jedoch ein im Vorfeld der



Untersuchung nicht erwartetes Resultat, denn die Gesamtpopulation des Hauses B ist heimintern durchschnittlich sogar etwas höher eingestuft, als die kleine Gruppe der „expliziten“ Pflege teilbewohnerInnen des Hauses A und dies bei gleicher Streuung (Haus A und B Std.abw. = 1,3). Eine zusätzliche Bestätigung dieses doch wichtigen Befundes im Wege über die Einstufungen nach Pflegegeldgesetz, die ja von „Heimexternen“ vorgenommen werden, kann aufgrund der fehlenden Daten des Hauses B leider nicht vorgenommen werden. Festzuhalten ist jedenfalls, dass für Haus A gilt, dass dort die heiminterne Einstufung im Prinzip konform zu jener der Pflegegeld-Einstufung erfolgt: In entsprechend Pflegegeldgesetz Stufe 4 Eingestufte werden im Mittel sogar etwas niedriger eingestuft, dafür die in Stufe 1 Eingestufteten etwas höher. (Die große Streuung bei den in Stufe 6 Eingestufteten ist auf die geringe Fallzahl zurückzuführen.) Die Generaltendenz der Konformität ist auch gut anhand der Abbildung nachvollziehbar, weil die eingetragene Regressionsgerade exakt über die Schnittpunkte konformer Einstufungen verläuft, und diese Schnittpunkte gleichzeitig jene Einstufungskombinationen repräsentieren, die immer am stärksten besetzt sind. In diesem Zusammenhang wichtig festzuhalten ist jedoch, dass in am ZENTAS zu früheren Zeitpunkten durchgeführten, und auch veröffentlichten Analysen dieses Zusammenhangs über alle NÖ Landes- Pensionisten- und Pflegeheime eine andere Tendenz belegt werden konnte: nämlich jene einer heimintern signifikant höheren Bewertung des Pflege- und Betreuungsaufwands. Inwieweit nun die Einstufungspraxis des Hauses B jener des Hauses A folgt, oder einer zu einem früheren Zeitpunkt für alle Heime belegten, kann aufgrund der Datenlage nicht beantwortet werden.

**Abbildung 7: Haus A: Pflegegeld- und heiminterne Einstufung**

**Tabelle 2: Haus A: Pflegegeld- und mittlere heiminterne Einstufung**

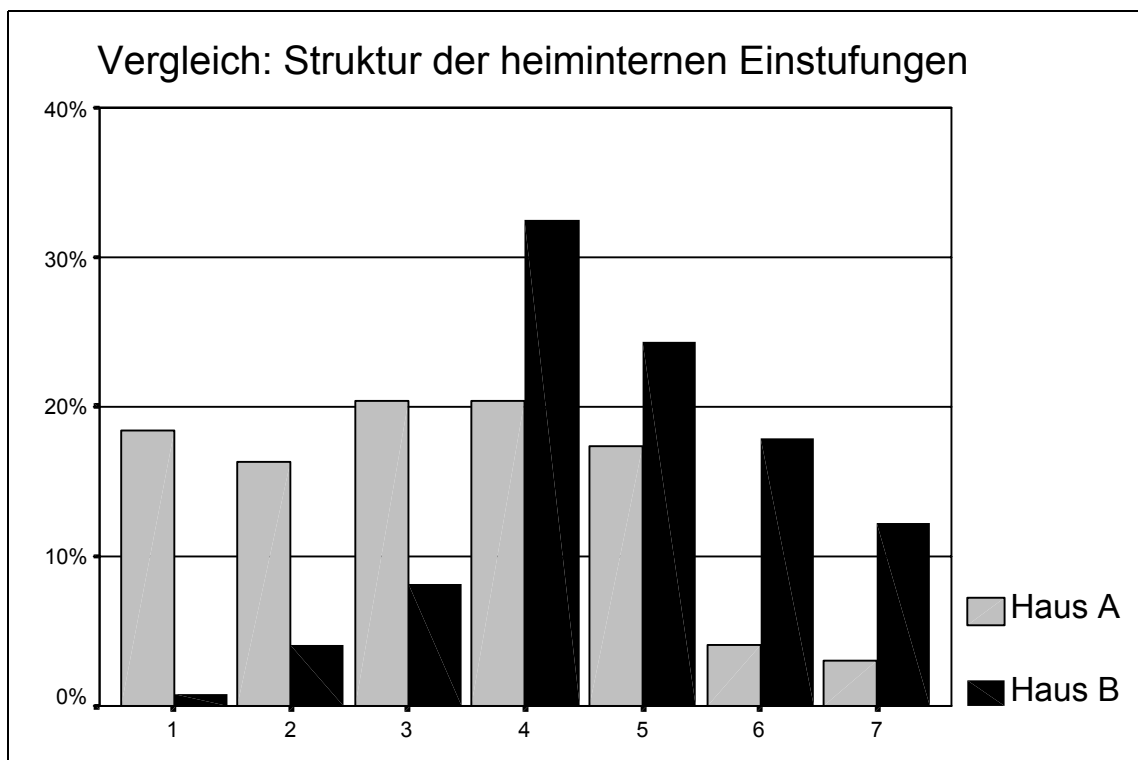


**Haus A: Pflegegeld- und mittlere heiminterne Einstufung**

Heiminterne Einstufung			
Pflegegeld-Einstufung (Haus B sysmis)	Mittelwert	N	Standardabweichung
1	1,25	12	,622
2	1,95	21	,865
3	3,00	21	,949
4	3,86	22	,774
5	5,00	16	,730
6	5,00	3	1,000
7	7,00	3	,000
Insgesamt	3,27	98	1,615

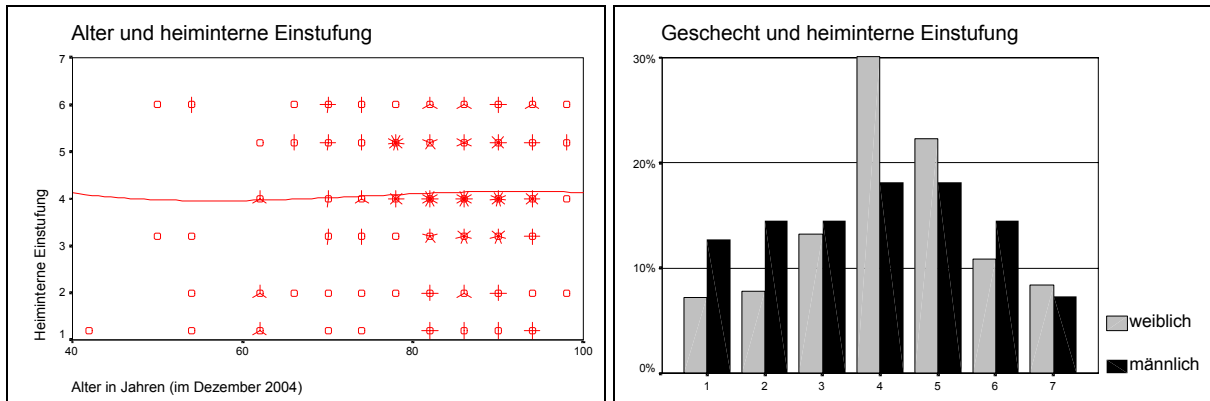
Die je nach Haus hinsichtlich des Pflege- und Betreuungsbedarfs stark abweichende Bewohnerstruktur kann somit nur anhand einer direkten Gegenüberstellung der heiminternen Einstufungsstrukturen der beiden Häuser nachvollzogen werden: In Haus A sind die BewohnerInnen relativ gleich auf die untere Bandbreite der Stufen 1 bis 5 verteilt. Ganz anders als in Haus B, denn dort sind die niedrigen Stufen 1 bis 3 klar unterrepräsentiert, und dafür dann die hohen Stufen ab Stufe 4 in linear abnehmender Häufigkeit am stärksten besetzt.

**Abbildung 8: Vergleich Haus A und B: Struktur der heiminternen Einstufungen**



Am Rande sei angemerkt, dass ein Nachweis einer je nach Geschlecht oder Alter divergierenden mittleren heiminternen Einstufung des Pflege- und Betreuungsbedarfs nicht geführt werden kann. Es wurde am ZENTAS in diesem Zusammenhang bereits mehrmals und auch in Berichten darauf hingewiesen, dass in den heute gegebenen Heimpopulationen der Pflegebedarf nicht als Funktion des Alters der BewohnerInnen darstellbar ist. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Gleichverteilung der Einstufungen gegenüber dem Alter anhand der Zuordnung der Fälle, als auch einer exakt im mittleren Bereich der Stufe 4 (y-Achse) parallel zur x-Achse (Alter) verlaufenden Regressionsgeraden.

**Abbildung 9: Alter und heiminterne Einstufung**  
**Abbildung 10: Geschlecht und heiminterne Einstufung**



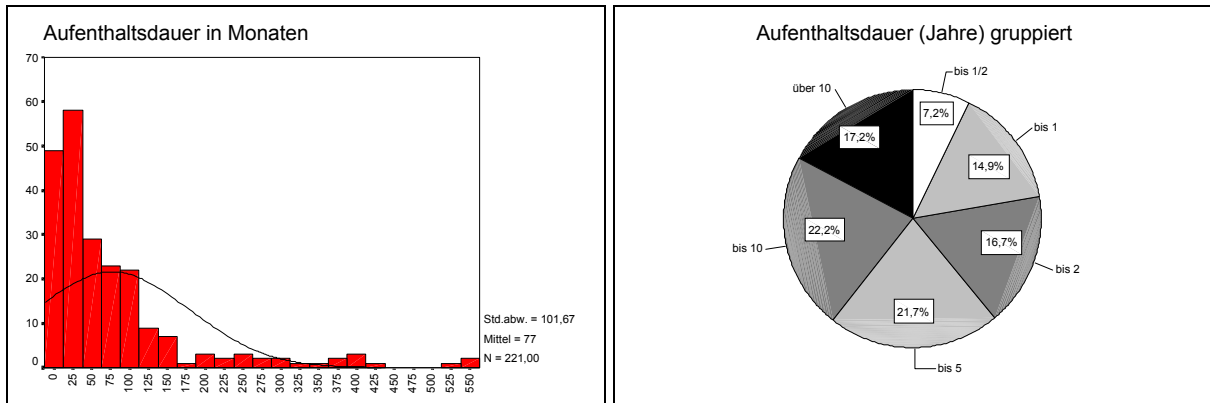
Hinsichtlich der Einstufungsstruktur je nach Geschlecht ist allerdings bei näherer Betrachtung der Verteilungen doch ein Unterschied erkennbar: Zwar liegen die mittleren Einstufungen im nur kleinen Schwankungsbereich zwischen von für Frauen 4,2 und für Männer 3,9, also jeweils im mittleren Bereich des Einstufungsspektrums von 1 bis 7, aber Männer sind gegenüber Frauen gleichförmiger über die gesamte Bandbreite der heiminternen Einstufungen nach Pflege- und Betreuungsbedarf verteilt. Die Bewohnerinnen sind mit über 30 % Anteil allein in Stufe 4 und mit über 20 % in Stufe 5 eingestuft. Die kleinere Gruppe der Männer verteilt sich auf alle Einstufungsklassen bis zur Stufe 6 mit Anteilen über 10 % und unter 20 %. Dieser Umstand drückt sich auch im Lagemaß der Kurtosis aus, das Aussagen über die Breite bzw. „Breitgipfligkeit“ einer Verteilung zulässt: Der entsprechende Wert für die Verteilung der Frauen liegt bei  $-0,4$ , jener der Männer bei  $-1,0$ .

### 3.2.2 Aufenthaltsdauer im Heim

Die mittlere Aufenthaltsdauer in den Häusern ist mit 77 Monaten, das sind rd. 6 ½ Jahre, ausgewiesen, allerdings mit einer großen Streuung von 102 Monaten (Std.abw.). Dies resultiert aus einer extrem linksschiefen Verteilung (Schiefe =  $+2,6$ ) und einem extrem schmalen Gipfel (Kurtosis =  $+7,1$ ) im unteren Bereich zwischen 0 und 25 Monaten. D.h., die hohen Aufenthaltsdauern erweitern den Schwankungsbereich und damit auch die Streuung zwar sehr weit in Richtung äußerst langer Aufenthaltsdauern, sind aber nur mit geringen Fallzahlen besetzt. Dennoch gilt, dass 17 % der gesamten Population der Heime schon länger als zehn Jahre und weitere 22 % länger als fünf Jahre – also zusammen zwei von fünf BewohnerInnen bereits

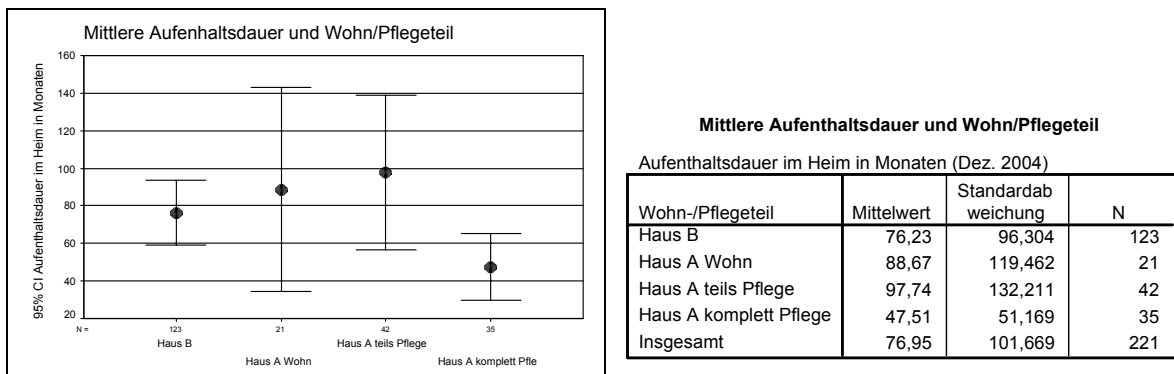
länger als fünf Jahre in den untersuchten Heimen leben. Dem stehen 7 % Neuaufnahmen, mit einer Aufenthaltsdauer bis zu einem halben Jahr, 15 % mit bis zu einem Jahr, 17 % mit bis zwei und 22 % mit bis fünf Jahren gegenüber.

**Abbildung 11: Aufenthaltsdauer in Monaten**  
**Abbildung 12: Aufenthaltsdauer (Jahre) gruppiert**



Interessant ist auch der Vergleich je nach Haus und vor allem je nach Station in Haus A, weil sich dort der Pflegeanteil als derjenige herausstellt, in dem die BewohnerInnen mit Abstand am kürzesten wohnen, während in den beiden anderen Stationen die Aufenthaltsdauern in einem weiten Schwankungsbereich stark streuen und im Mittel deutlich höher sind. Dies ist auch anhand der Streuungsmaße in der Tabelle gut erkennbar. Haus B liegt demgegenüber im mittleren Bereich, Streuung und mittlere Aufenthaltsdauer entsprechen der Gesamtpopulation.

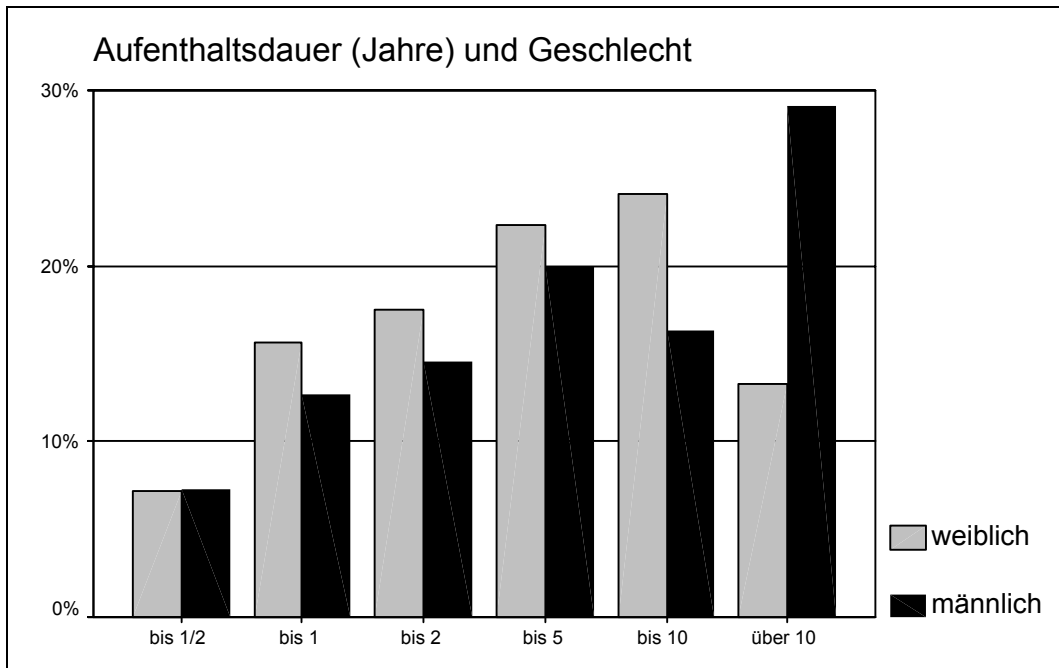
**Abbildung 13: Mittlere Aufenthaltsdauer und Wohn/Pflegeanteil**  
**Tabelle 3: Mittlere Aufenthaltsdauer und Wohn/Pflegeanteil**



Ein markanter Befund ist die Tatsache, dass Männer einzig aus einem Grund im Durchschnitt schon länger in den Häusern leben, als die Frauen, weil Männer nämlich in der Gruppe jener

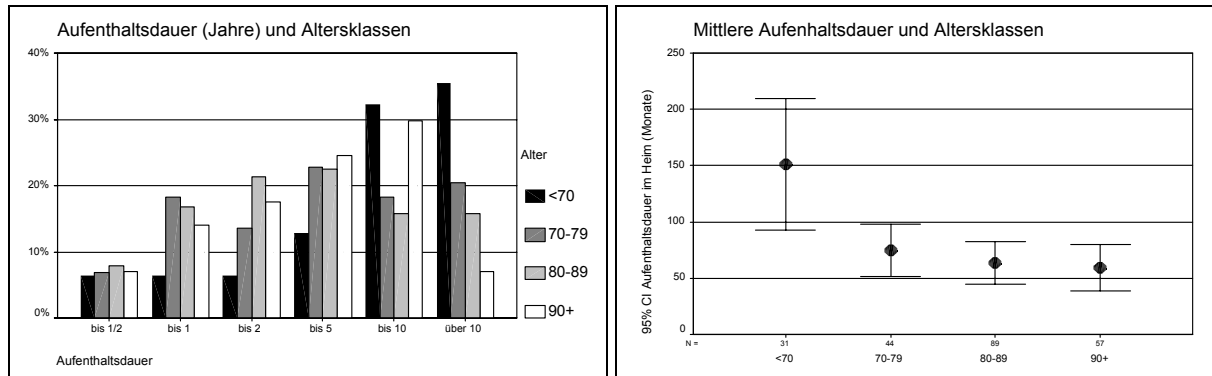
mit einer Aufenthaltsdauer von über zehn Jahren stark überrepräsentiert sind. Es dürfte sich hier also um eine spezielle Bewohnergruppe handeln, die beinahe 30 % Anteil an den Männern hat, während der entsprechende Anteil bei den Frauen weniger als die Hälfte beträgt.

**Abbildung 14: Aufenthaltsdauer (Jahre) und Geschlecht**



Im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit, wie sie hier bisher anhand der heiminternen Einstufungen thematisiert wurde, sind keine Tendenzen nachzuweisen, die in die Richtung eines mit zunehmender Aufenthaltsdauer steigenden Pflegebedarfs gingen; auch nicht in der Differenzierung nach Geschlecht. Das Alter der BewohnerInnen erklärt die divergierenden Aufenthaltsdauern ebenfalls nicht in einer Weise, wie vorderhand vermutet werden könnte. Denn es gilt, dass die mittleren Aufenthaltsdauern mit höherer Altersklasse sinken. D. h. im Detail: vor allem die Gruppe der unter 70 Jährigen fällt – mit zwar großer Streuung – dadurch auf, im Segment jener mit besonders langer Aufenthaltsdauer stark vertreten zu sein. Rund ein Drittel dieser jüngsten Altersklasse lebt bereits länger als zehn Jahre im Heim.

**Abbildung 15: Aufenthaltsdauer (Jahre) und Altersklassen**  
**Abbildung 16: Mittlere Aufenthaltsdauer und Altersklassen**



In der Zusammenschau der vorliegenden Ergebnisse muss also festgehalten werden, dass HeimbewohnerInnen mit bereits besonders langen Aufenthaltsdauern jedenfalls durch zwei kombinierte Merkmale ausgezeichnet sind: Sie sind in den Gruppen der Männer und jener der jüngeren HeimbewohnerInnen überrepräsentiert.

Ergänzend sei angemerkt, dass die Aufenthaltsdauer jedoch in keinerlei signifikantem Zusammenhang mit der heiminternen Einstufung steht. Dieser Befund gilt für die Gesamtpopulation genauso, wie für jene der einzelnen Heime.

### 3.3 Erste Anhaltspunkte zur Befragbarkeit: Personaleinschätzung und strukturelle Komponenten

Hier werden die Ergebnisse der Einschätzung der Befragbarkeit durch das an den Stationen der Heime tätige Personal sowie die heiminternen Einstufungen des Pflege- und Betreuungsaufwandes analysiert und dann der Zahl der tatsächlich durchgeführten Interviews gegenübergestellt. Daraus resultiert ein erster Einblick in das im Rahmen dieses Projektes zu bearbeitende Themenfeld, Vorarbeiten für eine Repräsentativstudie und zur Ziehung von Stichproben zu leisten, die einen Vergleich der erreichten Lebensqualität in unterschiedlichen Pflegeheimen zulassen. In diesem Zusammenhang sei zumindest an dieser Stelle deutlich hervorgehoben, dass das hier dokumentierte Forschungsprojekt ohne die engagierte Mitarbeit der Beschäftigten der Heime nicht durchführbar gewesen wäre.

### 3.3.1 Erkenntnisse der Umfrageforschung zur Befragbarkeit Älterer

Bevor die Diskussion um die Ergebnisse der Befragbarkeit der Population der beiden ausgewählten Heime einsetzt, sollen noch Erkenntnisse aus der allgemeinen Umfrageforschung kurz rezipiert werden.

TeilnehmerInnen an Befragungen haben, unabhängig von der Durchführungsform der Erhebung, mehrere Aufgaben zu erfüllen. Sie müssen zuerst die gestellte Frage verstehen und dann die relevanten Informationen, die zur Beantwortung der Frage notwendig sind, aus ihrem Gedächtnis abrufen. Auf dieser Basis wird ein Urteil gebildet, das dann gegebenenfalls noch in ein Antwortformat (eine Antwortskala) eingepasst werden muss. (Vgl. Strack/Martin 1987)

Vielerlei Fragen zielen darauf ab, relevante Ergebnisse aus der Vergangenheit zu erinnern, während andere bloß auf aktuelle Einstellungen oder ähnliches hin ausgerichtet sind. Während also bei letzteren Frageformulierungen bloß die Meinung zu einem Gegenstandsbereich aktiviert und wiedergegeben werden muss, verlangt die Abfrage von Information aus der Vergangenheit den Befragten Erinnerungsleistungen ab, wobei solcherart Inhalte entweder chronisch, also leicht abrufbar (z. B. weil oft darüber nachgedacht bzw. darüber erzählt wird), oder situativ sind, womit angedeutet sein soll, dass „Befragbarkeit“ nicht als eindeutige Eigenschaft einer Person definiert ist, sondern immer auch in Abhängigkeit der Fragestellung und des geforderten Inhalts der Antwort zu sehen ist.

Hinsichtlich der Befragbarkeit Älterer und des Einflusses altersabhängiger Veränderungen auf den Frage-Antwort-Prozess in Umfragen präsentiert sich das Wissen der Umfrageforschung zur Zeit leider noch eher ausschnittshaft. Am besten belegt ist der Einfluss kognitiver Fähigkeiten der Gedächtnisleistung, des Verstehens von Texten, in Sprachprozessen und Kommunikation. Daraus wird geschossen, dass bei der Befragung älterer Menschen dem Befragungsverfahren eine besonders wichtige Rolle zukommt. So weisen einzelne Analysen z. B. darauf hin, dass telefonische Umfragen bei Älteren zu hohen Ausfallraten führen (Herzog, Rodgers, Kulka 1983) und sich weniger gut eignen (Herzog, Kulka 1989). Aber auch schriftliche Befragungen scheinen nicht die altersadäquate Form zu sein, wie Dillman (1978) zeigt, weil durch die meist schlechtere Bildung Älterer gegenüber Jüngeren, eine größere Abwehrhaltung gegeben sei. Die Zuverlässigkeit der Antworten sollte allerdings altersunabhängig sein (Herzog, Kulka 1989; Herzog, Rodgers, Kulka 1983).

Bei Face-to-Face-Befragungen werden generell höhere Ausschöpfungsraten wegen der besseren Möglichkeit der Durchführbarkeit (z. B. Klärung von Verständnisfragen, besseres Eingehen auf InterviewpartnerIn, Druck zur Beantwortung durch Anwesenheit der Interviewer) erwartet. Wolf (1978) und Klein/Gabler (1996) betonen, dass für ältere Menschen ein Interview oft eine willkommene und abwechslungsreiche Situation bzw. Kontaktmöglichkeit darstelle. Dies wirke sich positiv auf die Durchführbarkeit aus. Hör- bzw. Leseschwierigkeiten, die sich bei telefonischen bzw. schriftlichen Umfragen als relevante Probleme herausstellen, könnten bei persönlich-mündlichen Befragungen durch entsprechende Interviewerreaktionen gut kompensiert werden. (Rogers 1976)

Forschungen im gerontologischen Bereich haben gezeigt, dass die Befragung Älterer allerdings mit speziellen Anforderungen an den/ die ForscherIn bzw. die Forschergruppe verbunden ist. Besonders zu berücksichtigen sind: Ermüdungserscheinungen und eingeschränkter Gesundheitszustand der Befragten (Mitteneß/Barker 1994), längere Interviewzeiten in Abhängigkeit zur geistigen Leistungsfähigkeit (Klein/Gabler 1996), Verständnis- und Verständigungsprobleme (Bury/Holme 1990), Hör- und Sprachschwierigkeiten, die aber teilweise mit visuellen Unterstützungen abgefangen werden können (Mishara/McKim 1993).

Der kurze Abriss der Forschungsliteratur zur Befragbarkeit Älterer sollte nun belegen, warum im Rahmen der Machbarkeitsstudie als Erhebungsmethode die der mündlichen face-to-face Befragung gewählt wurde, und warum als InterviewerInnen Studierende der Pflegewissenschaften der Universität Wien eingesetzt wurden.

### 3.3.2 Befragbarkeit aus Sicht des Personals

Anders als in „konventionellen“ Auswertungen, wie sie in den anschließenden Kapiteln präsentiert sind, in denen es um die Darstellung von aus Befragungsdaten gewonnenen Merkmalsausprägungen geht, spielen bei Analysen zur Befragbarkeit fehlende Befragungswerte eine zentrale Rolle. Diese fehlenden Werte können im Prinzip in zweierlei Hinsicht nutzbar gemacht werden. Einerseits können die Nicht-Angaben auf einzelne Fragen (item non-response) analysiert werden, andererseits können aber auch ganze Reihen von Nicht-Angaben (unit non-response), entweder auf alle Fragen oder auf Teile eines Fragebogens, auf mögliche systematische Ursachen hin untersucht werden. Natürlich sind beide Vorgehensweisen nützlich.

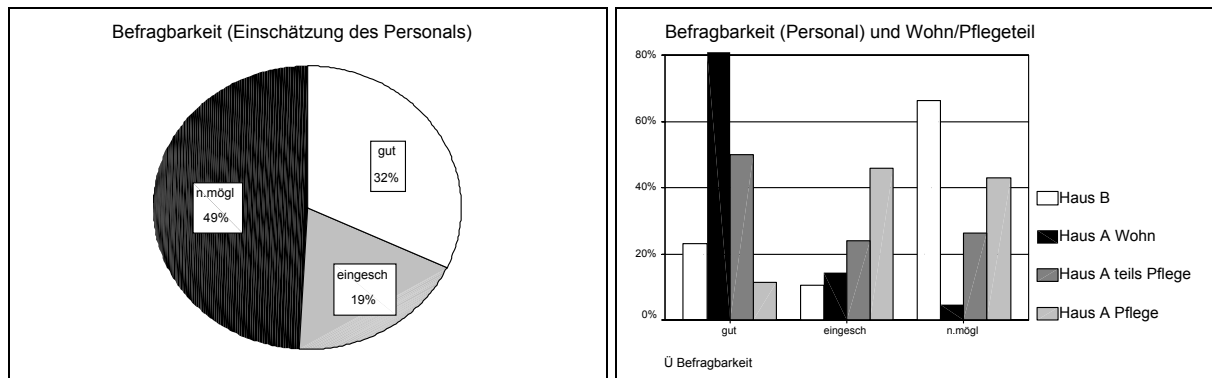


che Ansätze für die Umfrageforschung, aber im Zusammenhang der vorliegenden Machbarkeitsstudie und der Intention, gute Anhaltspunkte für die Ziehung einer Stichprobe befragbarer HeimbewohnerInnen zu liefern, wird hier der Ansatz des unit non-response verfolgt.

Warum dieser Themenbereich speziell in dieser Studie sehr ausführlich abgehandelt wird, ist natürlich auch in der bereits erwähnten (praktischen) Tatsache begründet, dass im Sinne einer Machbarkeitsstudie auch Vorarbeiten zur Stichprobenkonstruktion zu leisten sind. Allerdings liegt dahinter noch eine weit komplexere und für die Ergebnisinhalte relevante Problematik, die als die der „systematischen Ausfälle“ zu bezeichnen wäre, und „systematische Verzerrungen“ der Ergebnisse zur Folge haben könnte. Es steht nämlich die Vermutung im Raum, dass sich die Lebensqualität „Befragbarer“ gegenüber der „Nicht-Befragbarer“ anders darstellt, somit „Befragbarkeit“ – die Fähigkeit, Auskunft über eigene Lebensumstände zu geben – letztlich auch als Teil der Lebensqualität begreifbar ist. Dadurch drängt sich aber dann die Frage auf, wie die Subpopulation befragbarer HeimbewohnerInnen zu definieren sei, denn die Befragungsergebnisse zur Lebensqualität liegen natürlich nur für diese Gruppe vor. Es geht also auch darum, den Geltungsbereich der Ergebnisse abzustecken, und die Markierungen dieser Grenzziehung zwischen der erreichten Stichprobe Befragbarer und der Gesamtpopulation der HeimbewohnerInnen möglichst genau zu bestimmen.

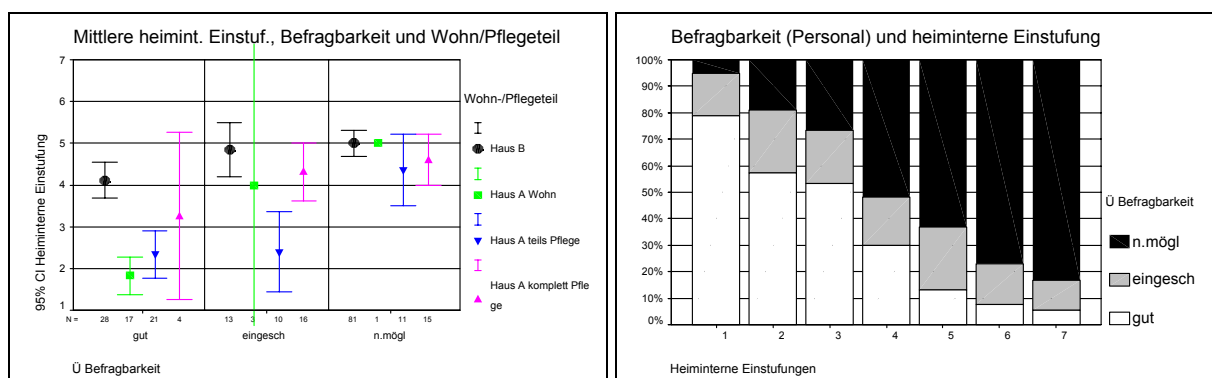
Das Personal schätzt insgesamt gesehen rd. 50 % der BewohnerInnenschaft als „nicht befragbar“ ein. Es ist dies ein Wert, der in Heimen auch pauschal geäußert wird, und hier im Zuge individueller Urteile bestätigt wird. Interessant ist jedoch die Tatsache, dass in Heim B der Anteil der nicht Befragbaren mit beinahe 70 % signifikant über jenem in Haus A angegeben wird, und in Haus A der Anteil der Befragbaren sogar im Pflgeteil (rd. 60 % zumindest eingeschränkt befragbar) höher eingeschätzt wird, als im gesamten Haus B.

**Abbildung 17: Befragbarkeit (Einschätzung des Personals)**  
**Abbildung 18: Befragbarkeit (lt. Personal) und Wohn/Pflegeeteil**



Ein damit vergleichbarer Befund konnte allerdings auch hinsichtlich der mittleren heiminternen Einstufungen dargestellt werden, weshalb nahe liegt, diese mit der Strukturdimension der Stationen zu kontrollieren. Wir erkennen anhand der Grafik: Die als gut befragbar eingeschätzten sind im Mittel in Haus B hinsichtlich ihrer Pflegebedürftigkeit sogar höher eingestuft. Für die eingeschränkt Befragbaren gilt zwar dasselbe, wenn immer über das ganze Haus gerechnet wird, aber in der Differenzierung des Hauses A wird das erwartbare Ergebnis deutlich, dass eingeschränkt Befragbare des Pflegeteils in mit Haus B vergleichbarer Einstufung gegeben sind. Bei jenen BewohnerInnen, die nach Ansicht des Personals nicht befragbar sind, liegen dann auch über die Häuser als ganze dieselben mittleren Einstufungen vor. Dies könnte zur Vermutung Anlass geben, die organisatorische Struktur decke den Haupteffekt auf die Einschätzung der Befragbarkeit zu, der dann gewissermaßen ausschließlich in der heiminternen Einstufung gelegen sein dürfte.

**Abbildung 19: Mittlere heiminterne Einstufung, Befragbarkeit und Wohn/Pflegeeteil**  
**Abbildung 20: Befragbarkeit (lt. Personal) und heiminterne Einstufung**

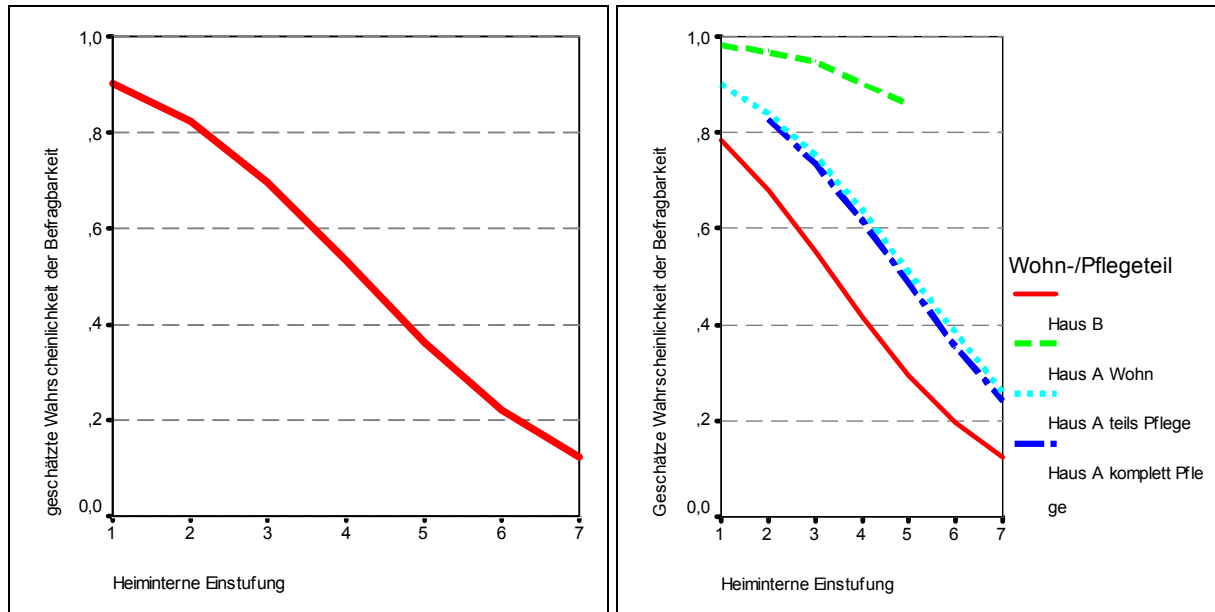


Jedenfalls sind diese beiden Variablen: die Einschätzung der Befragbarkeit als abhängige und die heiminterne Einstufung hochsignifikant ( $\Gamma = 0,59$ ) assoziiert. Mit steigender heim-

interner Einstufung sinkt der Anteil der aus Sicht des Personals Befragbaren. Der Unterschied in der Einschätzung der Befragbarkeit zwischen den Häusern könnte vielmehr dadurch gegeben sein, dass in Haus B in gewisser Weise „rigider“ kategorisiert wurde, weil generell weniger HeimbewohnerInnen als „eingeschränkt befragbar“ eingeschätzt wurden (nur 11 % gegenüber 30 % in Haus A), und in der bereits ausführlich diskutierten Tatsache der insgesamt höheren Einstufungen des Pflege- und Betreuungsbedarfs in Haus B begründet sein.

Als erste Grundlage der Planung einer Stichprobe befragbarer HeimbewohnerInnen wurde eine logistische Regression durchgeführt, die den Zusammenhang der Einschätzung der Befragbarkeit durch das Personal mit der heiminternen Einstufung entsprechend des Hilfs- und Betreuungsbedarfs unter der Berücksichtigung möglicher „Struktureffekte“ des hier vorliegenden Untersuchungsgegenstandes (Differenzierung nach Häusern und Abteilungen) modellhaft darstellt. Diese Vorarbeiten sollen dazu dienen, in weiterer Folge mit möglichst geringem Aufwand (auch auf Seiten der Heime) möglichst hohe Ausschöpfungsquoten zu erzielen, indem bereits im Vorfeld einer Untersuchung anhand möglichst weniger und bereits vorliegender Daten, wie jener der heiminternen Einstufungen, die tatsächliche Befragbarkeit geschätzt wird, wodurch dann z. B. eine individuelle Einschätzung der Befragbarkeit durch das Personal für spezifische Subpopulationen der Bewohnerschaft entfallen könnte.

Im Zuge der erwähnten multiplen logistischen Regression wurden (aus methodischen Gründen, aber auch aus dem bereits erwähnten Grund, dass in Haus B „rigider“ eingeschätzt wurde) in der Variable der Einschätzung der Befragbarkeit durch das Personal die Merkmalsausprägungen „eingeschränkt“ und „gut“ befragbar zusammen gezogen, und der Merkmalsausprägung „nicht befragbar“ gegenübergestellt. Aus der ersten Abbildung wird der Zusammenhang von heiminterner Einstufung und Einschätzung der Befragbarkeit (1 = gut oder eingeschränkt, 0 = nicht befragbar) ersichtlich. Im Modell besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang über beide Häuser. Anhand der zweiten Abbildung kann nachvollzogen werden, dass nun auch die Strukturkomponente der Unterscheidung der Häuser sowie in Haus A je nach Zuordnung zu Wohn- oder Pflegeteil Eingang in das Modell findet. Die Parallelität der Grafen zeigt an, dass der Zusammenhang von Einstufung und Einschätzung der Befragbarkeit unanhängig von der Struktur besteht. Die parallelen Verschiebungen der Grafen deuten auf strukturelle Unterschiede der Einschätzungen hin.

**Abbildung 21: Einstufung und Einschätzung der Befragbarkeit****Abbildung 22: Einstufung und Einschätzung der Befragbarkeit und Wohn/Pflegezeit**

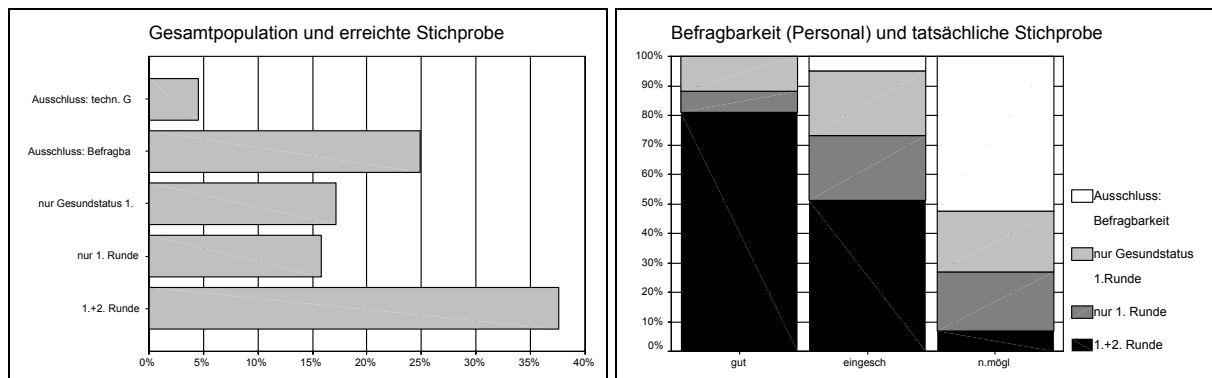
Um der Aufgabenstellung gerecht zu werden, einen Modellansatz zu finden, der die Planung einer repräsentativen Stichprobe im Sinne der Arbeitsökonomie unterstützen kann, werden jetzt die bis hier her erörterten Einschätzungen des Personals noch zusätzlich anhand der tatsächlich erreichten Stichprobengröße „validiert“.

Damit zur angesprochenen Zahl der tatsächlich durchgeführten Interviews. Es wurde schon mehrmals angesprochen, dass die eigentliche Auswahl der Befragten erst nach Vorliegen der BewohnerInnenlisten, der die Daten der vorangegangenen Diskussion entnommen sind, und in Absprache der Projektleitung mit den Stationsleitenden erfolgt ist. Dabei wurden vor allem jene „Fälle“ diskutiert, die als nicht befragbare eingeschätzt wurden, und anhand von Testfragen „in Augenschein“ genommen. Außerdem wurden „technische“ Ausfälle aus den Listen gestrichen, weil sie z. B. wegen eines Spitalsaufenthalts oder Urlaubs nicht im Heim anzutreffen waren, oder weil eine Sachwalterschaft der Befragung im Vorfeld nicht zugestimmt hatte. D. h., während die erst genannte Gruppe sich aus unterschiedlichsten Gründen, die als Eigenschaft der Personen selbst kontrolliert werden können und in weiterer Folge der Studie auch noch bearbeitet werden, als tatsächlich nicht befragbar herausgestellt hat, sind die „technischen“ Ausfälle gewissermaßen nur organisatorisch begründet. Die Befragbarkeit in dem Sinne, wie sie in dieser Studie verstanden wird, konnte also gar nicht festgestellt werden.

Wie in der folgenden Abbildung ersichtlich wird, sind die technischen Ausfälle allerdings auf einen Anteil von unter 5 % beschränkt. Weitere 25 % wurden tatsächlich aus den BewohnerInnenlisten für die InterviewerInnen gestrichen, weshalb sie zu rd. 70 % aller HeimbewohnerInnen zumindest Kontakt aufgenommen haben. Allerdings wurden bei einem Viertel dieser Gruppe die Befragungen frühzeitig abgebrochen. Es liegen deshalb nur Daten der Interviewenden über ihre Einschätzung der Gesundheit und der Gründe des frühzeitigen Abbruchs aus dem Fragebogen vor, also keine Befragungsdaten im eigentlichen Sinn, sondern nur die Zusatzdaten der Gesamtpopulation sowie die erwähnten Gesundheitsdaten und solche zur Befragbarkeit. Für drei Viertel der Fälle, auf die die Interviewenden zugegangen sind, gilt aber, dass zumindest ein Interview mit dem ersten Fragebogen zustande gekommen ist. Bezogen auf die Gesamtpopulation, samt technischer Ausfälle und im Vorfeld getätigter Streichungen, ist dies eine Ausschöpfungsquote von exakt 54 %. Es ist dies ein Wert, der um 5 %-Punkte über jenem der individuellen Einschätzungen des Personals liegt. Dies spricht für die realistische Sichtweise der an den Heimen Tätigen, aber auch für das Engagement der Interviewenden.

**Abbildung 23: Gesamtpopulation und erreichte Stichprobe**

**Abbildung 24: Befragbarkeit (lt. Personal) und tatsächliche Stichprobe**



Die in der zweiten Abbildung dargestellten Ergebnisse sind um die technischen Ausfälle bereinigt und stellen die Personaleinschätzungen im Vorfeld der Erhebungen der dann tatsächlich erzielten Stichprobe gegenüber. In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass der Gesundheitsstatus von BewohnerInnen in Pflegeheimen auch in kurzer Frist Wandlungen unterworfen sein kann, und schon von daher natürlich „Unschärfen“ gegeben sein müssen. Dennoch gilt, dass in der vom Personal als gut befragbar eingestuften Gruppe für 90 % auch tatsächlich Befragungsergebnisse und für 80 % sogar solche, die mit Fragebogen 2 zusätzlich in der zweiten Runde erhoben wurden, vorliegen. Es kann also für diesen Fall die Behauptung

aus gutem Grund aufgestellt werden, dass vom Personal als gut befragbar Eingestufte mit hoher Wahrscheinlichkeit einer Befragung auch tatsächlich zugänglich sind. In der erreichten Stichprobe jener Fälle, für die Befragungsdaten im engeren Sinn vorliegen, stellen diese BewohnerInnen die Hälfte der insgesamt 118 Befragten.

Dies bedeutet aber natürlich auch, dass in der Stichprobe mit gleichem Anteil von 50 % solche BewohnerInnen enthalten sind, deren Befragbarkeit den an den Stationen der Heime Verantwortlichen zumindest eingeschränkt erschienen ist. In der weiteren Differenzierung dieser Gruppe von tatsächlich Befragten ist dann interessant festzustellen, dass davon sogar beinahe die Hälfte als nicht befragbar gelten. Anders formuliert gilt, dass aus der Gruppe der aus Sicht des Personals nicht Befragbaren für mehr als ein Viertel zumindest Befragungsdaten des ersten Fragebogens vorliegen. Dies ist wieder anhand der zweiten Abbildung ersichtlich.

In der Gesamtbetrachtung dieser Ergebnisse kann also festgehalten werden, dass die Einschätzung der Befragbarkeit durch das Personal in jedem Fall einen Prediktor der tatsächlichen Befragbarkeit darstellt, genauso wie die heimintere Einstufung des Pflege- und Betreuungsaufwandes, aber auch die strukturelle Komponente der Zuordnung auf Wohn- oder Pflege teil. In der, an anderer Stelle wieder aufgenommen Diskussion um die Befragbarkeit mit der Zielrichtung der Konstruktion repräsentativer Stichproben (Zweite Anhaltspunkte zur Befragbarkeit), werden dann noch weitere, für diesen Problembereich wichtige Variablen Gruppen wie die körperlichen und mentalen Ressourcen der BewohnerInnen, operationalisiert als Hilfebedarfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens und geistige Orientiertheit, eingeführt werden. Ergebnis soll ein, auch in der praktischen Umsetzung durchführbarer Quotenplan zur Ziehung vergleichbarer Stichproben Befragbarer sein. In den dritten Anhaltspunkten steht dann der Nachweis des bereits angesprochenen Zusammenhangs der Befragbarkeit mit der Lebensqualität im Vordergrund.

### 3.4 Hilfebedarf „kontaktierter“ HeimbewohnerInnen: körperliche Ressourcen

Der Umfang des Betreuungs- und Hilfebedarfs von PflegeheimbewohnerInnen wird primär an vorhanden Problemen und Bedürfnissen, die für die Bewältigung des Heimalltages relevant sind, festgemacht. Im Gegensatz zum akut-stationären Bereich, in welchem diagnosebezogene Krankheiten oder Behinderungen bedeutend sind, stellen auch chronische Einschränkungen im Heimalltag kein Problem dar, solange sie innerhalb des gewohnten Aktivitätsradius auftreten, auch wenn medizinische Diagnosen gegeben sind. Das bedeutet, dass Multi- und Polymorbidität zwar zum Alltag gehören, diese aber nicht zwingend behandelt, sondern auch kompensiert werden. Gegebene Einschränkungen werden also möglichst in den Alltag integriert, indem persönliche Hilfestellung gegeben wird, oder auch in Form des Gebrauchs von Hilfsmitteln (Mobilitätshilfen oder Inkontinenzmittel etc.). Die primäre Ausrichtung liegt im Pflegebereich somit vorrangig in einer „Ergebnisorientierung“, während sie im akut-medizinischen Bereich so gesehen als stärker „ursachenorientiert“ zu bezeichnen wäre. Im Heimalltag lautet die primäre Frage also nicht: „Wie kann ich heilen?“, sondern: „Wie kann ich helfen bzw. unterstützen?“ Aus dieser Charakterisierung sollte nachvollziehbar werden, warum die bereits erwähnten „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL: activities of daily life) bei der Kategorisierung von HeimbewohnerInnen, aber auch bei der individuellen Erfassung des Pflegestatus, im Zentrum des Interesses stehen. Dieser Zugang ist auch für das vorliegende Projekt der eindeutig aussagenkräftigere, wenn es gilt, Autonomie im Handlungsfeld, oder die physischen Ressourcen im Zusammenhang der Lebensqualität als das Wohlbefinden etwaig erklärende Variablen zu untersuchen. Ein Fokus auf Diagnosen, also auf die Ursachen möglicher Einschränkungen, würde die Sicht dem gegenüber nur verschleiern, denn ein und die selbe Ursache kann zu unterschiedlichem Hilfebedarf (Autonomie) oder mehr oder weniger Einschränkungen (physische Ressourcen) führen, und vergleichbarer Hilfebedarf aus einer Vielzahl medizinischer Diagnosen resultieren.

Unter ADL versteht man basale Verrichtungen, die zur Aufrechterhaltung des Alltages bewusst oder unbewusst durchgeführt werden. Sie bilden die Grundlage pflegerischen Handelns, um durch gezielte Maßnahmen die BewohnerInnen entweder zu unterstützen oder zu fördern, um möglichst wieder selbstständig zu werden. In der Pflege bezieht man sich dabei z. B. auf die „12 Lebensaktivitäten“ (Nancy Roper), auf die „14 Grundbedürfnisse“ (Virginia Hender-

son), oder auf die „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (Liliane Juchli), um nur eine Auswahl aus mehr oder weniger voneinander abweichenden Konzepten zu erwähnen, wobei anzumerken ist, dass man in Österreich in der Pflege meist von ‚Aktivitäten des täglichen Lebens‘, ohne sich inhaltlich explizit auf eine Pflgetheorie festzulegen, spricht. Die Verwendung der ADL stellt somit in erster Linie ein Rahmenkonzept zur Orientierung bei der Pflegeanamnese und in weiterer Folge der Pflegeplanung dar. Aber auch in einer Vielzahl an Studien zur Darstellung des Hilfs- und Pflegebedarfs sowie des Vergleichs von z. B. Heimpopulationen wurden sie bereits herangezogen – nicht zuletzt deshalb, weil sie dem Forschungsfeld adäquat sind. Für das vorliegende Projekt wurde der Fokus auf die ADL der körperlichen Funktionsfähigkeiten eingegrenzt. Emotionelle, spirituelle Aspekte und jene, die sich auf Vitalfunktionen im engeren Sinn beziehen, wurden nicht anhand der ADL erhoben.

Für den Fortgang der Diskussion um den Hilfsmittelgebrauch und den Hilfebedarf in den beiden ausgewählten Heimen werden die entsprechenden Ergebnisse jener Gruppe der HeimbewohnerInnen dargestellt, für die auch tatsächlich Daten vorliegen (N = 156), weil sie von den Interviewenden kontaktiert wurden. Es sind dies Ergebnisse, die dann jene der Bewohnerstruktur ergänzen und im Zusammenhang der Lebensqualität als individuelle körperliche Ressourcen das Wohlbefinden erklären sollen.

In weiterer Folge wird von Interesse sein, auch jene Daten vergleichend zu berücksichtigen, die auf jene Gruppe der HeimbewohnerInnen zutreffen, die von den Interviewenden kontaktiert und tatsächlich befragt wurden (N = 118). Ein Vergleich mit der Grundgesamtheit aller HeimbewohnerInnen (N = 221) anhand dieser Daten ist jedoch nicht möglich, weil ein Teil schon im Vorfeld aus der Befragung ausgeschlossen wurde (aus Gründen der Befragbarkeit oder aus „technischen“ Gründen, wie bereits erörtert), andernfalls hätte ein aufwändiges „Screening“ eigens organisiert werden müssen, weil an den Häusern keine vergleichbaren und weiter verwertbaren Pflegedokumentations- bzw. -anamneseverfahren eingesetzt werden (dies sei nur am Rande angemerkt).



### 3.4.1 Hilfsmittelgebrauch

Immerhin 45 % der kontaktierten Personen kommen ohne Brille, Lupe oder Hörgeräte aus. Mehr als die Hälfte verwenden Brillen, rd. 10 % meist zusätzlich eine Lupe. Hörgeräte sind demgegenüber seltener, im Ausmaß von unter 10 % in Gebrauch.

Hilfsmittel zur Unterstützung der Mobilität werden demgegenüber in Pflegeheimen in großem Umfang eingesetzt. Nur 30 % der Kontaktierten kommen noch ohne entsprechende Hilfen zurecht. Mehr als der Hälfte dient ein Rollstuhl als Fortbewegungsmittel. Allerdings muss in diesem Zusammenhang auch gesehen werden, dass 37 % dieser Gruppe einen Rollator und/oder einen Stock als zusätzliche Gehhilfe in Gebrauch haben, was darauf hindeutet, dass der Rollstuhl oder der Stock oder der Rollator je nach Bewegungsradius oder Situation eingesetzt werden, die Bewegungsfähigkeit also nicht bei Allen so weit eingeschränkt ist, ausschließlich auf den Rollstuhl angewiesen zu sein.

**Tabelle 4: Hilfsmittel bei Seh- oder Hörschwäche**

**Tabelle 5: Hilfsmittel zur Unterstützung der Mobilität**

**Tabelle 6: Hilfsmittel bei Inkontinenz**

<b>Hilfsmittel:</b>	<b>%</b>	<b>Hilfsmittel:</b>	<b>%</b>	<b>Hilfsmittel:</b>	<b>%</b>
Sehen/Hören (N=151)	insg.	Gehen (N=152)	insg.	Inkontinenz (N=146)	insg.
keine	45	keine Hilfsmittel	30	keine	63
Brille	40	Stock	11	Slipereinlage	1
Lupe	1	Rollator	8	Inkontinenzslips	25
Hörgerät	1	Rollstuhl	32	Dauerkatheter	2
Brille + Lupe	7	Rollator und Stock	4	Sliperei.+ Inkontinenzslip	6
Brille + Hörgerät	4	Rollstuhl und Stock	5	Sliperei. Dauerkatheter	1
alle drei	2	Rollator und Rollstuhl	7	alle drei	2
		alle drei	3		

Eine weitere für Pflegeheime typische Klasse von Hilfsmitteln sind Inkontinenzprodukte. Diese werden von 37 % der von den Interviewenden Kontaktierten verwendet. Am häufigsten werden Inkontinenzslips (umgangssprachlich: „Windeln“) eingesetzt. Es sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass das Ausmaß des Gebrauchs einschlägiger Hilfsmittel allein noch keine Rückschlüsse auf die eigentliche Kontinenz der Gruppe zulässt, weil im Rahmen von „Inkontinenz- (eigentlich „Kontinenz)-trainings“ auch bewusst auf Inkontinenzprodukte verzichtet wird.

### 3.4.2 Bewegungsfähigkeit

Werden Einschränkungen der oberen und unteren Extremitäten zusammengenommen betrachtet, zeigt sich, dass zwei Drittel der Kontaktierten bewegungseingeschränkt sind. Die Einschränkungen betreffen die unteren häufiger als die oberen Extremitäten.

**Tabelle 7: Einschränkungen der oberen und unteren Extremitäten**

<b>Bewegung:</b>	<b>%</b>
<b>Obere Extremität (N=145)</b>	<b>Insg.</b>
keine Einschränkung	70
Einschränkung	30
<b>Bewegung:</b>	
<b>Untere Extremität (N=150)</b>	
keine Einschränkung	47
Einschränkung/Beine	49
Einschränkung Hüfte	3

### 3.4.3 Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

Die bereits angesprochenen ADL wurden im Zuge des vorliegenden Projekts in drei Klassen zusammengefasst:

- ADL, die in Zusammenhang mit „Mobilität“ stehen
- eine zweite Klasse, die sich aus alltäglichen Tätigkeiten zusammensetzt, die unter dem Begriff der (basalen) „Verrichtungen“ subsumiert sind
- und als dritte Kategorie, die der „Kontinenz“, wie sie bereits im Rahmen entsprechender Hilfsmittel angesprochen wurde.

**Tabelle 8: Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens**

<b>Aktivität</b>	<b>keine Hilfe (%)</b>	<b>teilweise Hilfe (%)</b>	<b>immer Hilfe (%)</b>		<b>Gesamt %</b>
Essen (N=149)	63	23	14		100
Baden/Duschen (N=149)	22	28	50		100
An-/Ausziehen (N=147)	31	25	44		100
Harn(in)kontinenz (N=147)	40	27	33		100
Stuhl(in)kontinenz (N=143)	65	12	23		100
Hilfe beim Toilettengang (N=142)	53	10	37		100
Mobilität im Heim (N=147)	33	33	34		100
Mobilität außerhalb (N=143)	22	12	66		100
Treppensteigen (N=140)	29	23	48		100
Transfer: Sessel-Bett (N=149)	<b>keine Hilfe (%)</b>	<b>etwas Hilfe (%)</b>	<b>Hilfe/sitzt alleine (%)</b>	<b>sitzt mit Hilfe (%)</b>	
	54	10	23	13	100

Die Tabelle zeigt wieder die Detailergebnisse über die Gruppe jener, die von den Interviewenden kontaktiert wurden.

### 3.4.3.1 *Mobilität*

Unter „Mobilität“ sind der Hilfebedarf bei einem Transfer vom Bett in einen Sessel, der Hilfebedarf beim Bewegen im Heim und außerhalb des Heimes sowie jener beim Treppensteigen subsumiert.

Hinsichtlich der Mobilität im Heim verteilt sich die Gesamtgruppe zu gleichen Teilen auf die drei Teilgruppen derer, die auf keine Hilfe angewiesen sind, derer, die auf teilweise Unterstützung (z. B. auch in Form von Hilfsmitteln) zurückgreifen müssen, und derer, die immer persönliche Hilfe benötigen. Hinsichtlich der Mobilität außerhalb des Heimes präsentiert sich dann eine Verteilung, die deutlich rechtsschief in Richtung persönlichem Hilfebedarf liegt, weil zwei Drittel auf persönliche Unterstützung angewiesen und nur mehr 22 % ohne jegliche Hilfsmittel mobil sind. Beim Treppensteigen verhält es sich dergestalt, dass knapp die Hälfte auch ohne persönlicher Hilfe nicht mehr in der Lage ist, eine solcherart Hürde zu überwinden. 23 % benötigen persönliche Unterstützung, aber weitere 29 % sind in der Lage, Treppen auch ohne jegliche Hilfe zu bewältigen.

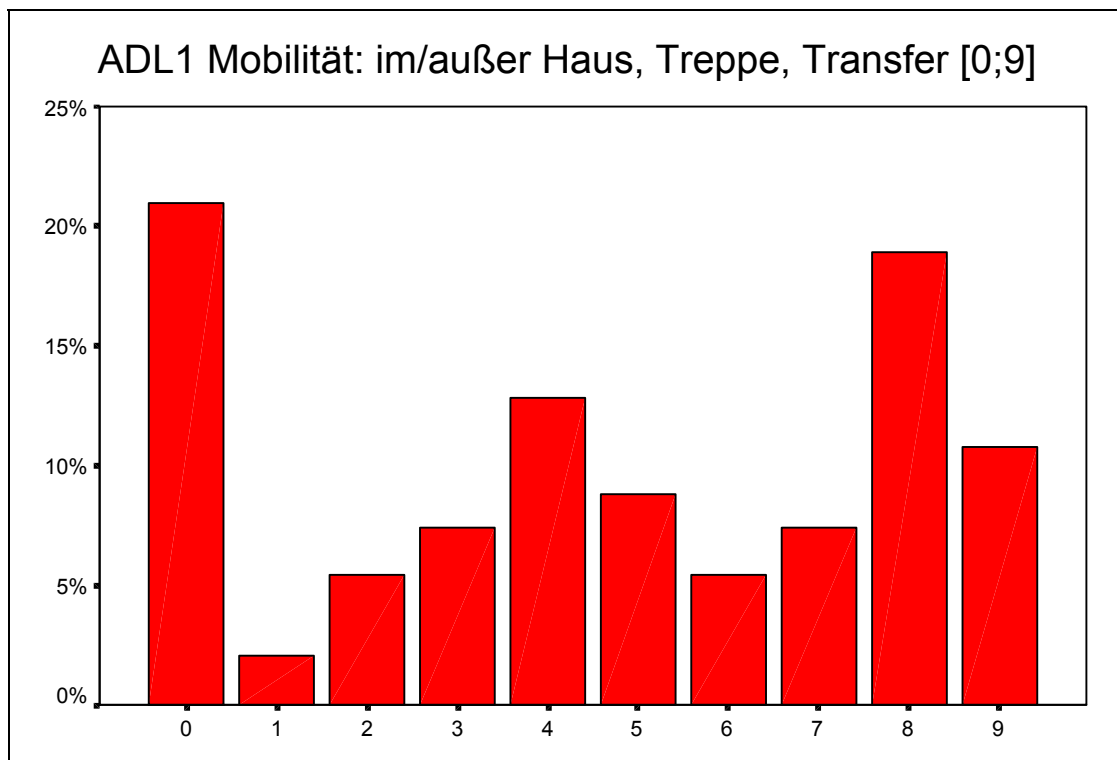
Der Prozess des Transfers vom Bett in einen Sessel umreißt den gewissermaßen kleinsten Aktionsradius der Mobilität, der im Zusammenhang mit dem beschriebenen Projekt dokumentiert wurde, und schließt zusätzlich die Fähigkeit mit ein, selbstständig in einem Sessel zu sitzen. Dazu sind 13 % der Kontaktierten nicht in der Lage. Weitere 23 % benötigen umfangreiche Unterstützung beim Transfer, und 10 % sind auf die Anleitung oder Unterstützung von Pflegenden/Angehörigen angewiesen, um das Bett zu verlassen. Somit sind nur 54 % in der Lage, den Transfer vom Bett in einen Sessel selbstständig zu bewältigen.

Im Zuge multivariater statistischer Analysen (Reliabilitätsanalyse) der bis hier her diskutierten Ergebnisse konnte festgestellt werden, dass der jeweilige Hilfebedarf in den einzelnen Facetten der Mobilität in stark interdependentem Zusammenhang steht (Cronbachs Alpha = 0,86), was einen mehr als hinreichenden Grund darstellt, die vier Komponenten in Form einer summierten Skala der Mobilität zusammenzufassen. Um einzelne Fälle mit einzelnen fehlenden Werten möglichst „in der Analyse zu halten“, wurde in der Datenbehandlung aber in ver-

gleichbarer Weise vorgegangen, wie bei der Aufsummierung der einzelnen Items zu Scores der Fragen des Fragenteils zum Wohlbefinden, nämlich „über die Mittelwerte“, wenn in diesem Fall zumindest zwei gültige Werte gegeben waren.

Die Abbildung zeigt die Verteilung der BewohnerInnen auf die Scores von 0 (in keinem Bereich der Mobilität Hilfe erforderlich) bis 9 (in allen Bereichen umfangreiche persönliche Hilfe erforderlich und Sitzen ohne Hilfe nicht möglich). Als erstes fällt auf, dass immerhin über 20 % in keinerlei Facette der Mobilität einen Hilfebedarf aufweisen. Andererseits muss aber auch festgehalten werden, dass rund 30 % (Scores 8 und 9) in allen Komponenten umfangreiche persönliche Hilfestellung in Anspruch nehmen müssen.

**Abbildung 25: ADL1 Mobilität: im/außer Haus, Treppe, Transfer [0;9]**



### 3.4.3.2 Basale Verrichtungen

Es wurde bereits angesprochen, dass weitere ADL unter dem Begriff der „Verrichtungen“ für noch folgende Analysen zusammengefasst wurden. Es handelt sich dabei um: Essen, Toilette aufsuchen, Kleidung An-/Ausziehen und Baden bzw. Duschen, für die wieder in der Merkmalsspanne von 0 (keine Hilfe) bis 2 (persönliche Hilfe) der Hilfebedarf von den Interviewenden protokolliert wurde.

Mit knapp zwei Drittel Anteil ist der Großteil der Kontaktierten bei der Nahrungsaufnahme noch selbstständig. Knapp ein Viertel benötigt Hilfe bei speziellen Verrichtungen, wie dem Schneiden oder Streichen, aber nur jede/r siebente Kontaktierte ist völlig auf Hilfe angewiesen. Hinsichtlich des An-/Auskleidens kehren sich die Verhältnisse aber um, denn nur mehr ein knappes Drittel ist in der Lage, dies selbstständig durchzuführen, während ein Viertel bereits kleinere Hilfestellungen in Anspruch nehmen muss (Knöpfe, Schuhe etc.) und 45 % auf permanente Hilfe anderer Personen angewiesen sind. Beim Duschen oder Baden steigt der Hilfebedarf der Population weiter: die Hälfte ist völlig auf die Hilfe anderer Personen angewiesen, 28 % benötigen vereinzelt Hilfestellungen, und weniger als ein Viertel kann sich ohne Hilfe Dritter komplett duschen oder baden.

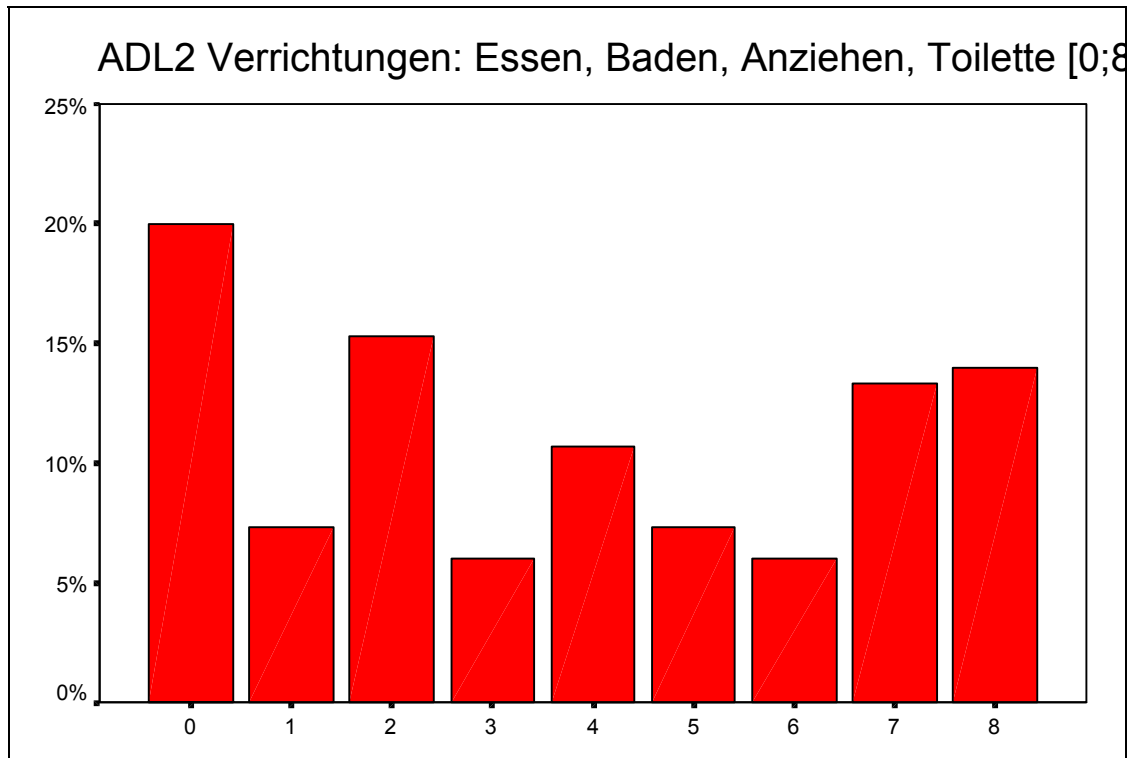
Im Zusammenhang mit dem Aufsuchen einer Toilette sind die „Randklassen“ der Verteilung auffällig stark besetzt, denn jene, die in der Lage sind, sowohl den Weg zur Toilette selbstständig zu bewältigen, als auch die Toilette selbstständig zu benutzen (Aus-, Anziehen, Intimhygiene) sind mit 53 % Anteil vertreten, und jene, die auf umfangreiche Hilfe und Unterstützung angewiesen sind, mit immerhin 37 % repräsentiert, während die mittlere Klasse mit teilweiseem Hilfebedarf nur 10 % Anteil hat.

Ähnlich wie bei den ADL, die mit Mobilität in Zusammenhang stehen, konnte auch für den Bereich der Fertigkeiten des täglichen Lebens ein Summenscore (wieder „über die Mittelwerte“ bei Vorliegen zweier valider Werte) mit Merkmalsausprägungen im Bereich von 0 bis 8 gebildet werden, weil anhand entsprechender statistischer Analysen ein starker interkorrelativer Zusammenhang nachweisbar ist (Cronbachs Alpha = 0,88).

Die Abbildung zeigt die Verteilung der BewohnerInnen in dem resultierenden Merkmalsraum des Hilfebedarfs bei basalen Fertigkeiten des täglichen Lebens. Die Charakteristik ist mit der im Zusammenhang mit dem Hilfebedarf im Bereich der Mobilität gegebenen zwar vergleich-

bar, deutet aber auf einen insgesamt geringeren Hilfebedarf hin. Es stellen sich zwar wieder rd. 20 % als völlig unabhängig heraus, aber Personen, mit umfänglichem persönlichen Hilfebedarf in allen basalen Fertigkeitssklassen sind nur mit rd. 15 % ausgewiesen (Score 8).

**Abbildung 26: ADL2 Verrichtungen: Essen, Baden, Anziehen, Toilette [0;8]**



### 3.4.3.3 Kontinenz

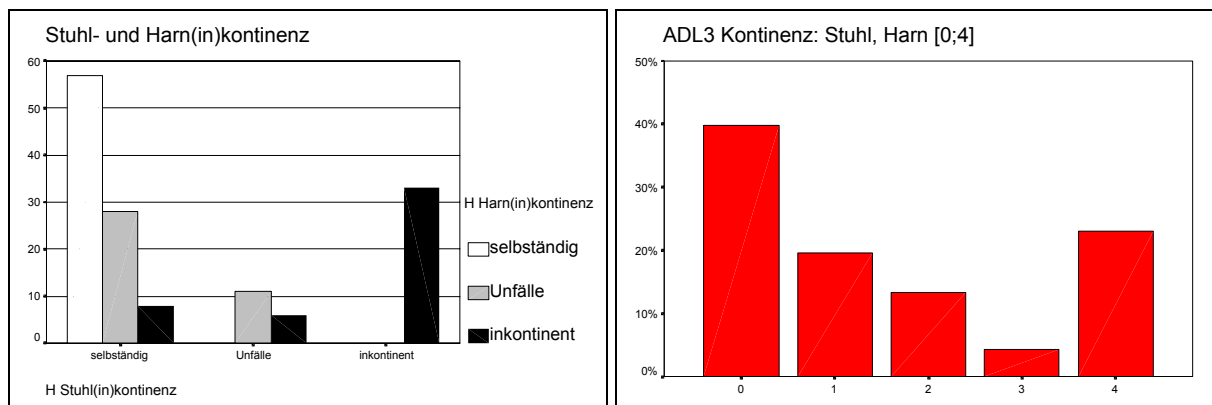
Damit zum letzten Teilbereich der ADL, der Kontinenz. 40 % der Kontaktierten können die Harnausscheidung selbständig kontrollieren, 27 % sind zeit- oder teilweise unselbstständig – d. h., sie verwenden Hilfsmittel oder schaffen es nicht, immer rechtzeitig die Toilette aufzusuchen –, während ein Drittel als eindeutig „harninkontinent“ eingestuft ist. Stuhlinkontinenz tritt erwartungsgemäß seltener auf, nämlich bei 23 % der Kontaktierten. Allerdings gelten weitere 12 % als „teilweise stuhlinkontinent“ (es geschehen „Unfälle“). Bei den verbleibenden zwei Dritteln liegen keine Probleme vor, den Stuhl zu halten.

Die anschließende Abbildung belegt in Absolutzahlen, dass auch zwischen Harn- und Stuhlinkontinenz ein erwartbarer Zusammenhang nachweisbar ist. Bei Vorliegen einer Stuhlinkontinenz ist nämlich ausnahmslos auch Harninkontinenz gegeben, und komplette Kontrolle des

Harndrangs ist ausnahmslos mit problemloser Kontrolle des Stuhlgangs kombiniert (Gamma = 0,96), und auch die Verteilungen im Kombinationsbereich: „eindeutig stuhlkontinent“ mit den beiden Abstufungen der Harninkontinenz, sind in der Weise gegeben, die einen Zusammenhang anzeigen. Deshalb liegt es nahe, einen dritten Summenscore hinsichtlich des Hilfebedarfs bei ADL, den der „Kontinenz“ zu bilden, der dann Punktwerte von 0 (kontinent) bis 4 (sowohl harn- als auch stuhlinkontinent) aufweist.

#### Abbildung 27: Stuhl- und Harn(in)kontinenz

#### Abbildung 28: ADL3 Kontinenz: Stuhl, Harn [0;4]



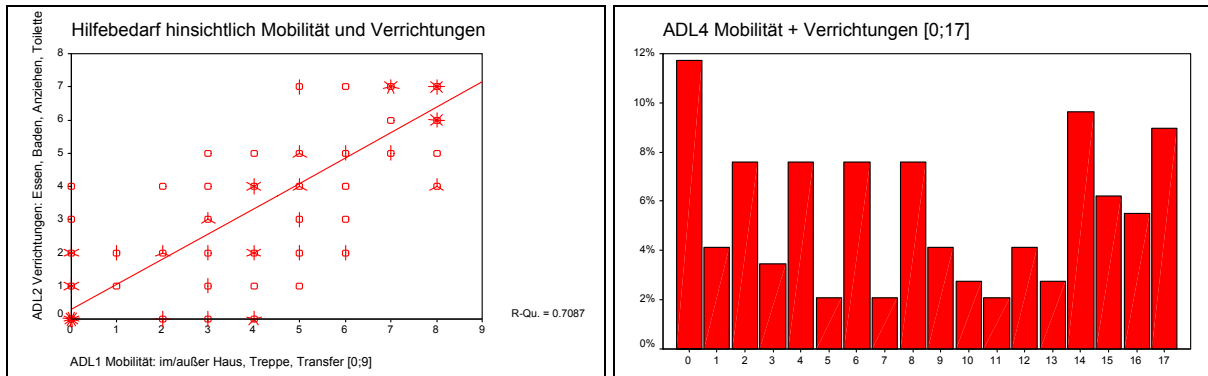
Demzufolge sind 40 % der Kontaktierten völlig kontinent und 23 % sowohl harn-, als auch stuhlinkontinent. Die restlichen 37 % sind in der Hälfte der Fälle solche Personen, die nur teil- bzw. zeitweise Harninkontinenz aufweisen.

#### 3.4.3.4 Kombinationen der Hilfebedarfe und die heiminterne Einstufung des Pflege- und Betreuungsaufwandes

Eine multivariate Analyse, wie sie in der selben Form bereits für die drei Teilbereiche der ADL durchgeführt wurde, zeitigt das Ergebnis, dass die Hilfebedarfe der Mobilität und jene der basalen Verrichtungen in einem Faktor zusammengefasst werden können (Cronbachs Alpha = 0,94). Würde auch der Hilfebedarf im Bereich der Kontinenz in den Summenscore mit eingehen, läge ein nach statistischen Kriterien zwar ebenfalls sehr gutes, aber im Vergleich dennoch schlechteres Ergebnis vor (Cronbachs Alpha = 0,85). Die erste der folgenden Abbildungen veranschaulicht den Zusammenhang des Hilfebedarfs der Mobilität mit jenem der Verrichtungen. In der zweiten ist die Verteilung der gebildeten Summenvariable in der gege-

benen Merkmalsspanne von 0 (kein Hilfebedarf hinsichtlich Mobilität als auch basaler Verrichtungen) bis 17 ersichtlich.

**Abbildung 29: Hilfebedarf hinsichtlich Mobilität und Verrichtungen**  
**Abbildung 30: ADL4 Mobilität und Verrichtungen [0;17]**



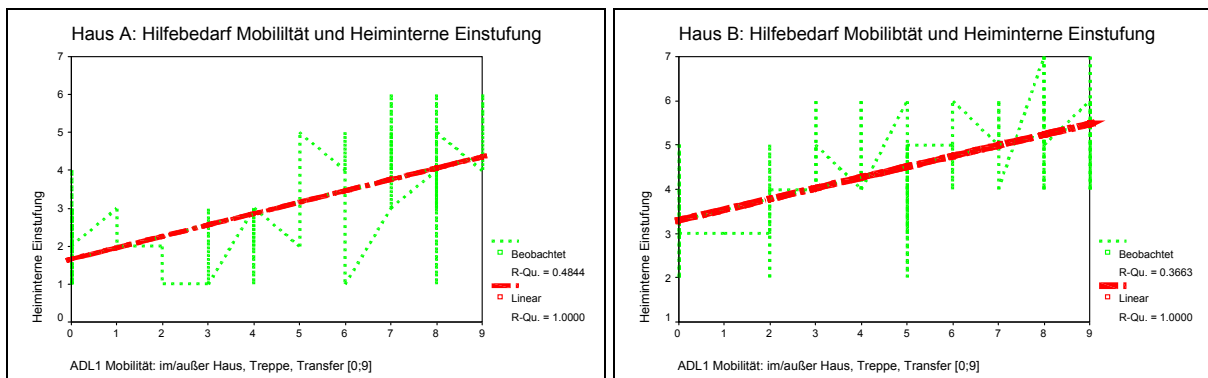
Anhand der vorgenommenen Analysen und angezeigten Zusammenziehungen einzelner ADL zu Summenvariablen, kann nun der im einzelnen doch komplexe Merkmalsraum der Hilfebedarfe anhand weniger Faktoren dargestellt werden und z. B. mit den nach Pflege- und Betreuungsaufwand vorliegenden heiminternen Einstufungen verglichen werden. Als erster Schritt in Richtung einer möglichen Modellbildung wird hier das Ergebnis einer multiplen linearen Regression und mehrerer einfacher nicht-linearer Regressionen zusammengefasst. Anhand dieser Analysen ist nachweisbar, dass speziell der Hilfebedarf im Bereich der Mobilität in engem Zusammenhang mit der heiminternen Einstufung steht. Dieser Summenscore erklärt allein 36 % der Varianz der heiminternen Einstufungen. Nun gilt zwar, dass auch jener der basalen Verrichtungen allein immerhin 32 % erklärt, werden aber beide Faktoren gemeinsam berücksichtigt, nimmt der der Mobilität jenem der Verrichtungen gewissermaßen Erklärungswert weg. Dies bestätigt sich auch im Ergebnis, dass der zuletzt gebildete Summenwert über beide Bereiche ein mit 37 % erklärter Varianz nur unwesentlich besseres Ergebnis hinsichtlich des Erklärungswerts die heiminternen Einstufungen betreffend liefert. Die dritte Komponente der Hilfebedarfe, jene im Zusammenhang mit der Kontinenz, liefert in keiner Kombination einen zusätzlichen und auch alleine keinen signifikanten Erklärungswert hinsichtlich der heiminternen Einstufungen. Somit kann mit statistischen Mitteln nachgewiesen werden, dass die heiminterne Einstufung des Pflege- und Betreuungsbedarfs zu einem guten Teil allein aus dem gegebenen Hilfebedarf hinsichtlich der Mobilität der HeimbewohnerInnen resultiert. Da der Hilfebedarf im Bereich der Mobilität eng mit jenem im Bereich alltäglicher



Verrichtungen assoziiert ist, kann letzterer keinen weiteren Erklärungswert beisteuern, und der Hilfebedarf in Bezug auf die Kontinenz der Heimpopulation steht generell in keinem signifikanten Zusammenhang mit den heiminternen Einstufungen.

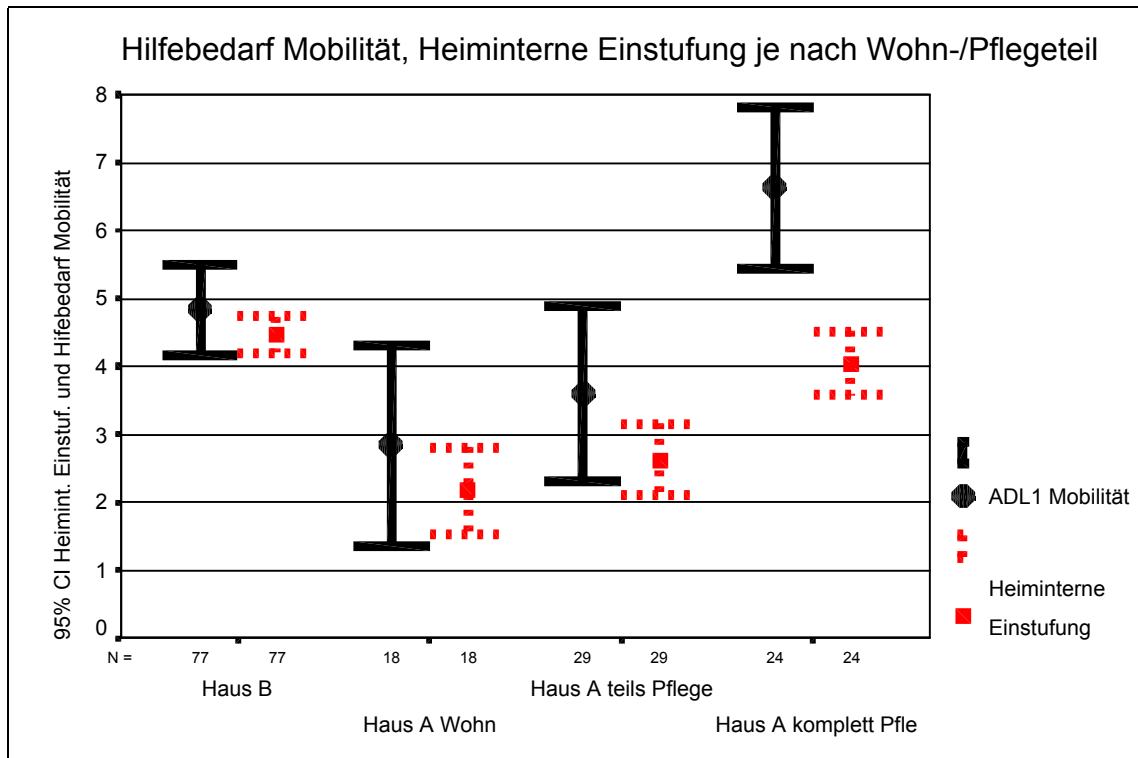
In der Differenzierung der beiden Häuser kann zudem ein Struktureffekt, dem in weiterer Folge noch nachzugehen sein wird, aufgezeigt werden. In der Gegenüberstellung dieses Ergebnisses in den beiden Häusern, nämlich des Zusammenhangs des Hilfebedarfs im Bereich der Mobilität mit der heiminternen Einstufung, jetzt aber je nach Haus, ist zweierlei ersichtlich: In Haus A ist mit 48 % Erklärungsanteil ein weit deutlicherer Zusammenhang gegeben als in Haus B (37 %), während die Regressionsgerade des Hauses B ein deutlich größeres „konstantes Glied“ aufweist, also parallel zur Regressionsgeraden des Hauses A und unabhängig vom Hilfebedarf um rd. 1 ½ (heiminterne) Stufen nach oben verschoben ist.

**Abbildung 31: Haus A: Hilfebedarf Mobilität und Heiminterne Einstufung**  
**Abbildung 32: Haus B: Hilfebedarf Mobilität und Heiminterne Einstufung**



Der daraus ableitbare Struktureffekt wird dann anhand einer zusätzlichen Differenzierung der „Strukturkomponente“ noch besser nachvollziehbar. Dafür wird die in Haus A noch z. T. gegebene Unterscheidung in Wohn- und Pflegeteil herangezogen und die mittlere heiminterne Einstufung dem Hilfebedarf gegenüber gestellt. Jetzt erweist sich die heiminterne Einstufung – auch unter zusätzlicher Berücksichtigung des Hauses B – als durch die Strukturkomponente erklärbare abhängige Maßzahl (erklärte Varianz der mittleren heiminternen Einstufung liegt bei 36 %). Natürlich ist auch der damit korrelierte Hilfebedarf durch die Struktur z. T. erklärt, allerdings in deutlich geringerem Ausmaß (erklärte Varianz = 13 %).

Abbildung 33: Hilfebedarf Mobilität und Heiminterne Einstufung in Wohn/Pflege teil

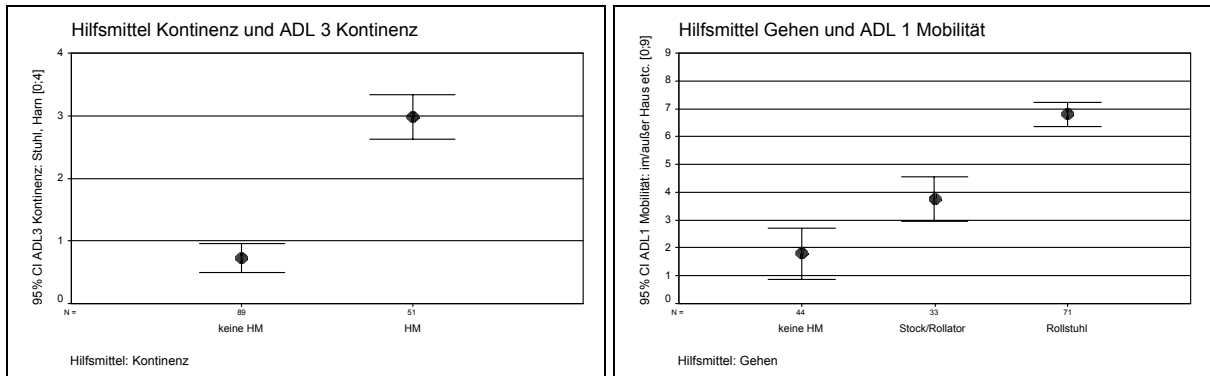


Die Abbildung liefert auch den entscheidenden Hinweis auf die unterschiedlich ausgeprägte „Erklärtheit“ der beiden Maßzahlen: Während in Haus B die mittlere heiminterne Einstufung im selben Wertebereich liegt, wie das Maß des Hilfebedarfs, sind in Haus A die heiminternen Einstufungen im Pflege teil deutlich niedriger als das festgestellte Ausmaß des Hilfebedarfs ausgewiesen, und ist dort der mittlere Hilfebedarf nicht nur deutlich höher gelegen, als in den beiden anderen Hausteilen sondern auch signifikant höher als in Haus B, während die heiminterne Einstufung auf mit Haus B vergleichbarem Niveau liegt.

### 3.4.3.5 Hilfsmittelgebrauch und Hilfebedarfe

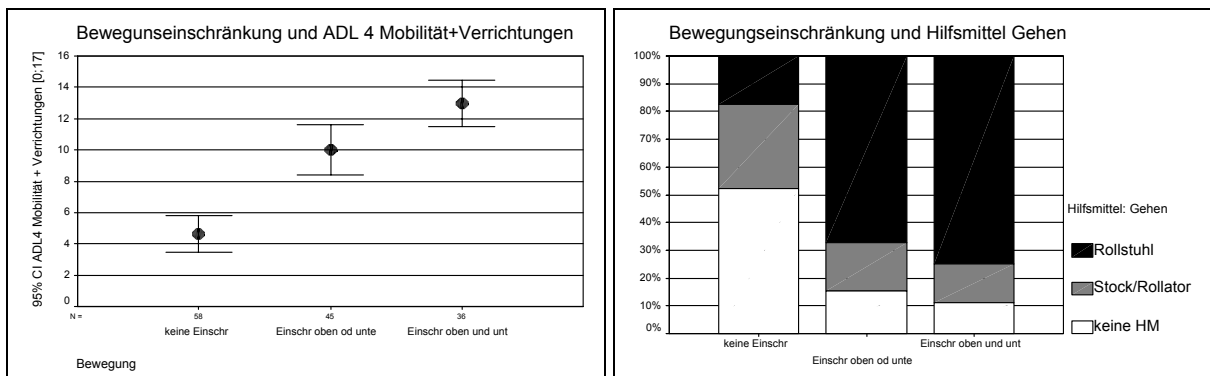
Zwischen spezifischem Hilfsmittelgebrauch und entsprechendem Hilfebedarf, gemessen in den bereits erörterten ADL Scores, ist immer ein hochsignifikanter Zusammenhang nachweisbar. Für Personen mit Kontinenzmitteln sind im Durchschnitt deutlich höhere Werte des Hilfebedarfs im Kontinenzbereich nachgewiesen, als für jene ohne Hilfsmittel ( $\eta = 0,69$ ). Auch der ADL Wert der Mobilität steigt mit dem entsprechenden Hilfsmittelgebrauch beim Gehen ( $\eta = 0,69$ ).

**Abbildung 34: Hilfsmittel bei Kontinenz und ADL3 Kontinenz**  
**Abbildung 35: Hilfsmittel beim Gehen und ADL1 Mobilität**



Aber auch die festgestellten Bewegungseinschränkungen der Extremitäten erklären den Hilfebedarf bei Mobilität und Verrichtungen ( $\text{Eta} = 0,60$ ), weshalb es nicht verwunderlich ist, dass die erwähnten Bewegungseinschränkungen auch in Zusammenhang mit dem Hilfsmittelgebrauch zum Gehen stehen ( $\text{Gamma} = 0,66$ ).

**Abbildung 36: Bewegungseinschränkung und ADL4 Mobilität und Verrichtungen**  
**Abbildung 37: Bewegungseinschränkungen und Hilfsmittel beim Gehen**

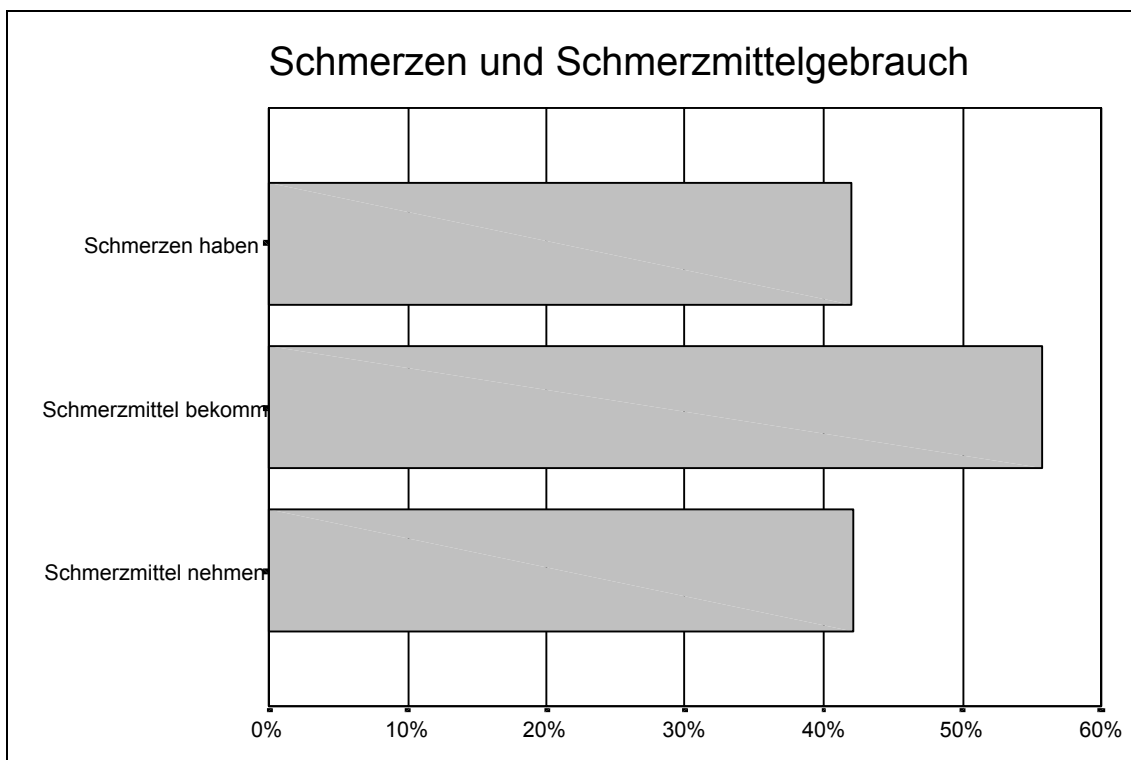


Somit wird nachvollziehbar, dass die auf den Hilfebedarf abzielenden Variablen gemeinsam mit jenen des Hilfsmittelgebrauchs und der Bewegungseinschränkungen im Rahmen der Lebensqualität der HeimbewohnerInnen eine interdependente Struktur darstellen, die wiederum die heiminternen Einstufungen erklären können, wie im entsprechenden Kapitel erörtert.

### 3.5 Schmerzen und Schmerzmittelgebrauch „befragbarer“ HeimbewohnerInnen

Schmerzen und Schmerzkontrolle spielen nach Eigenauskunft bei rund der Hälfte der HeimbewohnerInnen eine Rolle in ihrem Alltag. Über 40 % geben an, Schmerzen zu haben, über 50 % werden Schmerzmittel verabreicht. Die drei in diesem Projekt zum Thema Schmerz gestellten Fragen stellen das komplexe Feld der Schmerztherapie, der Compliance etc. natürlich nur sehr verkürzt dar, bestätigen aber zumindest, dass es sich hierbei um einen auch vom Ausmaß der Betroffenheit wichtigen Gegenstandsbereich handelt, dem in den untersuchten Pflegeheimen offensichtlich auch adäquat Rechnung getragen wird, wenn 90 % derer, die über Schmerzen klagen, auch tatsächlich Schmerzmittel verabreicht werden.

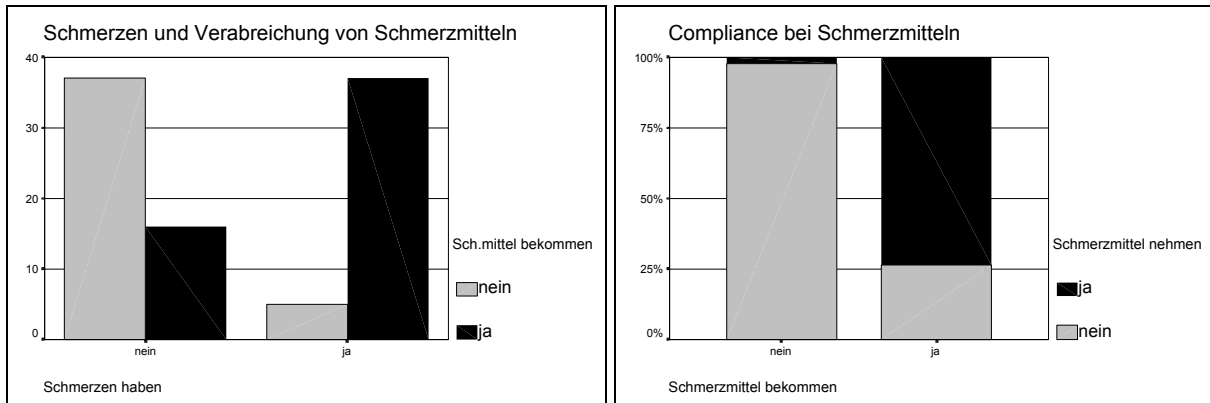
**Abbildung 38: Schmerzen und Schmerzmittelgebrauch**



Das Ergebnis, dass 30 % derer, denen Schmerzmittel verabreicht werden, nicht über Schmerzen klagen, könnte (vorsichtig) dahingehend erklärt werden, dass in diesen Fällen die Schmerztherapie zu tatsächlicher (individuell empfundener) Freiheit von Schmerzen führt. Hinsichtlich der Compliance bei der Einnahme von Schmerzmitteln – ein ebenfalls komplexes

Themenfeld, zu dem in der vorliegenden Studie nur ausschnittshafte Ergebnisse vorliegen – kann festgestellt werden, dass verschriebene Schmerzmittel von einem Viertel der Betroffenen nicht eingenommen werden, von denen aber die Hälfte zugibt, unter Schmerzen zu leiden.

**Abbildung 39: Schmerzen und Verabreichung von Schmerzmitteln**  
**Abbildung 40: Compliance bei Schmerzmitteln**



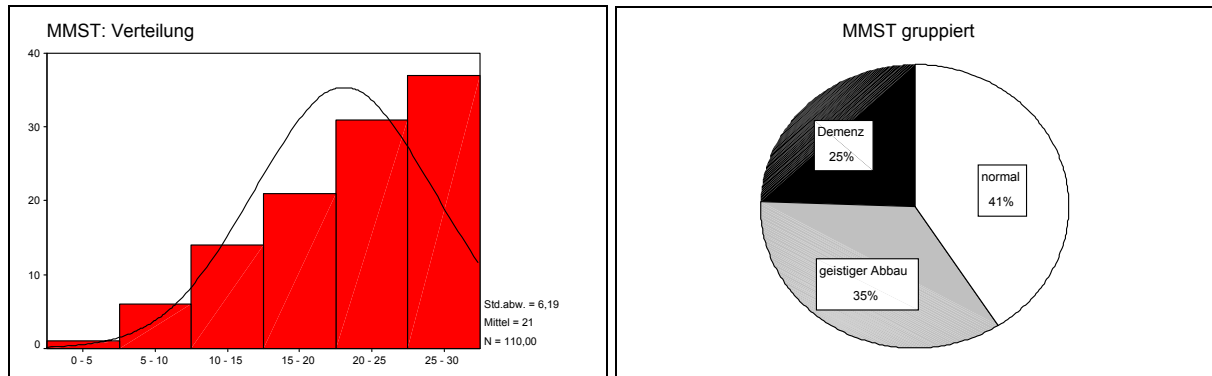
Der Grund, warum die Fragen nach Schmerz und Schmerzkontrolle in die Studie mit aufgenommen wurden, dürfte unmittelbar nachvollziehbar sein. Schmerz bzw. Schmerzfreiheit könnten sich als wichtige individuelle Faktoren der Lebensqualität herausstellen.

### 3.6 Orientiertheit „befragbarer“ HeimbewohnerInnen: geistige Ressourcen

Das folgende Ergebnis bezieht sich auf jene Gruppe der HeimbewohnerInnen, für die auch Befragungsergebnisse vorliegen. Es handelt sich dabei also um jene erzielte Stichprobe von 118 Personen, die an der gesamten Heimpopulation einen Anteil von 54 % hat.

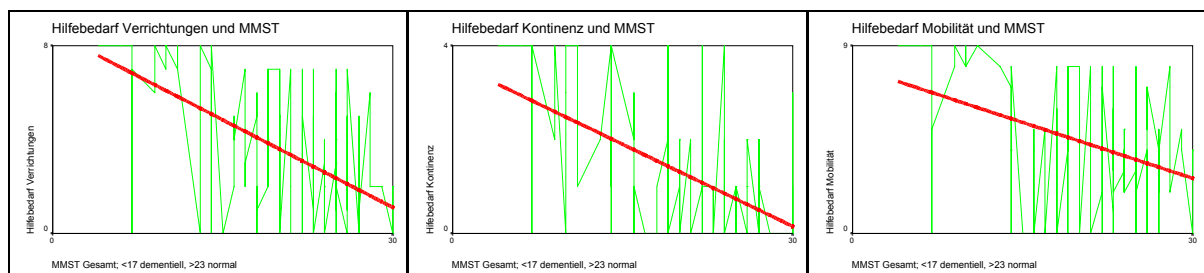
In der Gruppe jener HeimbewohnerInnen, mit denen ein Interview durchgeführt wurde, verteilt sich der jeweils erreichte Wert, der anhand des MMST die Orientiertheit misst, und in einem theoretischen Schwankungsbereich zwischen 0 und 30 Punkten liegt, zwar eindeutig in Richtung hoher Scores. Aber dennoch wird an der in der Fachliteratur üblichen Gruppierung dieser Werte erkennbar, dass selbst in der Gruppe der „Befragbaren“ 35 % als „geistig abgebaut“ und weitere 25 % als bereits „dement“ gelten müssen. Nur rd. zwei von fünf auch tatsächlich Befragten sind demnach „normal orientiert“.

**Abbildung 41: MMST: Verteilung**  
**Abbildung 42: MMST: Gruppiert**



Die Ergebnisse weiterführender Analysen gehen in die Richtung, dass die Orientiertheit hohen Erklärungswert für die Hilfebedarfe in den Bereichen Kontinenz und basale Verrichtungen hat, weil anhand der Orientiertheit 31 % der Varianz der Hilfebedarfe bei basalen Verrichtungen und 27 % jener der Kontinenz erklärt werden können. Demgegenüber liegt der Erklärungswert für die Hilfebedarfe im Bereich der Mobilität bei geringen 13 %. Die folgende Abbildung stellt die Ergebnisse der entsprechenden einfachen linearen Regressionen nebeneinander.

**Abbildung 43: ALD 2 Hilfebedarf Verrichtung und MMST**  
**Abbildung 44: ADL 3 Hilfebedarf Kontinenz und MMST**  
**Abbildung 45: ADL 1 Hilfebedarf Mobilität und MMST**



In weiterer Folge wird die Orientiertheit – genauso wie die bereits diskutierten Maßzahlen des Hilfe- und Pflegebedarfs – als erklärende Variable im Gesamtzusammenhang der Lebensqualität getestet werden, aber zuvor genau diese Variablenblöcke auch für die Frage der Befragbarkeit der Heimpopulation diskutiert.

### **3.7 Zweite Anhaltspunkte zur Befragbarkeit: Quotenplan und Gewichtungsmatrix einer Stichprobenziehung**

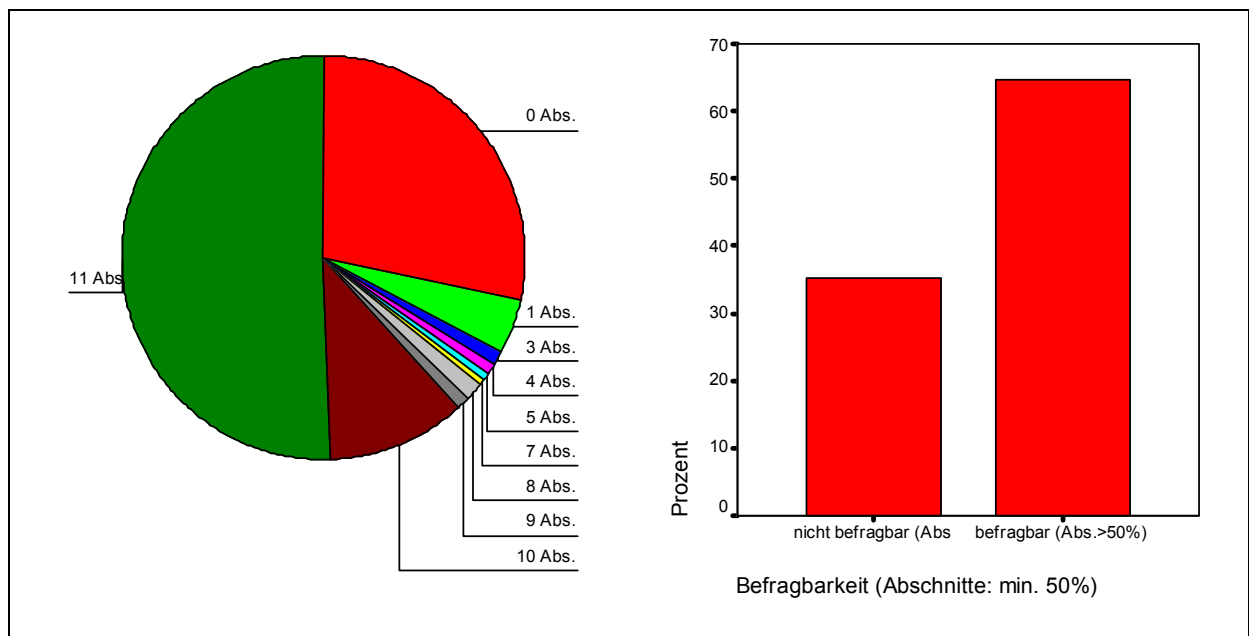
Dieser Abschnitt schließt an die Diskussion der ersten Anhaltspunkte zur Befragbarkeit direkt an, indem jetzt noch zusätzlich die neu eingeführten Variablen des Hilfebedarfs und der Orientiertheit in Hinblick auf Befragbarkeit, heiminterne Einstufung und Einschätzung der Befragbarkeit durch das Personal kontrolliert werden, aber auch die spezielle Variable der „Befragbarkeit“ neu definiert wird. Ziel ist letztlich ein Quotenplan zur Konstruktion repräsentativer Stichproben von HeimbewohnerInnen, und gleichzeitig sind genaue Aufschlüsse über die Zielpopulation „Befragbarer“ im Gegensatz zu den „Nicht-Befragbaren“ gefordert, weil Aussagen zur Lebensqualität über dem Weg einer Befragung eben nur für die Zielpopulation gemacht werden können. Es geht also auch um die möglichst genaue Grenzziehung um den Geltungsbereich der gemachten Aussagen, die mit der Frage verbunden ist, durch welche Merkmale sich die Befragten im Gegensatz zu den nicht Befragten auszeichnen, und für welche Heimpopulation genau Befragungsergebnisse als repräsentativ anzusehen sind.

Wie bereits bei den ersten Anhaltspunkten festgehalten, stehen ganze unit non-responses im Zentrum der Analyse. Im Gegensatz zur zentralen Bezugseinheit dort, wird „Befragbarkeit“ jetzt aber anders, nämlich nicht aufgrund der Unterscheidung „keine einzige Frage beantwortet“ versus „zumindest eine Frage beantwortet“ definiert, sondern, bereits in Hinblick auf die praktische Durchführung von Befragungen, in der Form angesetzt, dass als befragte/r HeimbewohnerIn nur gilt, wer zumindest die Hälfte des ersten Fragebogens beantwortet hat. Andernfalls handelt es sich um nicht bzw. schwer befragbare Personen. Diese Neudefinition steht auch damit in Zusammenhang, dass jene Variablen, die bereits in den ersten Anhaltspunkten vergleichend bearbeitet wurden, solche sind, die aus dem Vorfeld der eigentlichen Befragung stammen und für alle HeimbewohnerInnen vorhanden sind, während die nun zusätzlich aufgenommenen aus der Befragungssituation selbst resultieren, weshalb sich die folgenden Analysen auf jene BewohnerInnengruppe beziehen, die nicht aufgrund „technischer“ Ausfälle (keine Zustimmung von Seiten der Sachwalterschaft, Spitalsaufenthalt im Erhebungszeitraum etc.) oder aufgrund des Gesundheitszustandes nach Begutachtung durch die Projektleitung gemeinsam mit Stationsleitenden vor Ort aus der Befragung ausgenommen waren. Diese, aus der Befragung ausgeschlossene Gruppe umfasst 55 Personen, weshalb jetzt 156 Heimbewoh-

nerInnen, das sind mehr als 70 % der gesamten Bewohnerschaft der beiden Heime, als Bezugseinheit anzusehen sind, von der 35 % als nicht befragbar (weniger als 50 % der Fragebogenabschnitte beantwortet) und 65% als befragbar eingestuft werden können (zumindest 50 % der Abschnitte beantwortet).

Die genaue Differenzierung der Befragbarkeit geht aus folgender Abbildung hervor. Mehr als die Hälfte hat den gesamten ersten Fragebogen, also alle 11 Fragebogen-Abschnitte absolviert. Ca. ein Drittel (28 %) der Befragten sind jedoch nicht über den ersten Abschnitt hinaus gekommen, haben also keinen einzigen Abschnitt beantwortet. (Anm.: Der erste Abschnitt beinhaltete in strategischer Absicht den bereits diskutierten MMST. Wenn dieser nicht erfolgreich durchzuführen war musste geistiger Abbau bzw. Demenz konstatiert werden, und die Befragung wurde abgebrochen.) Wie die Verteilung jedoch belegt, gab es im Laufe des Interviews noch weitere, wenn auch nur vereinzelte Befragungsausfälle. 5 % der Befragten konnten nur den ersten Abschnitt beantworten, danach wurde das Interview abgebrochen. Bei 6 % musste ebenfalls im Verlaufe, nämlich in den Abschnitten 3 bis 9 des Interviews abgebrochen werden und ca. 11 % beantworteten fast sämtliche Fragen bis auf einen Abschnitt.

**Abbildung 46: Befragbarkeit nach Befragungsabschnitten und insgesamt (Fragebogen 1)**



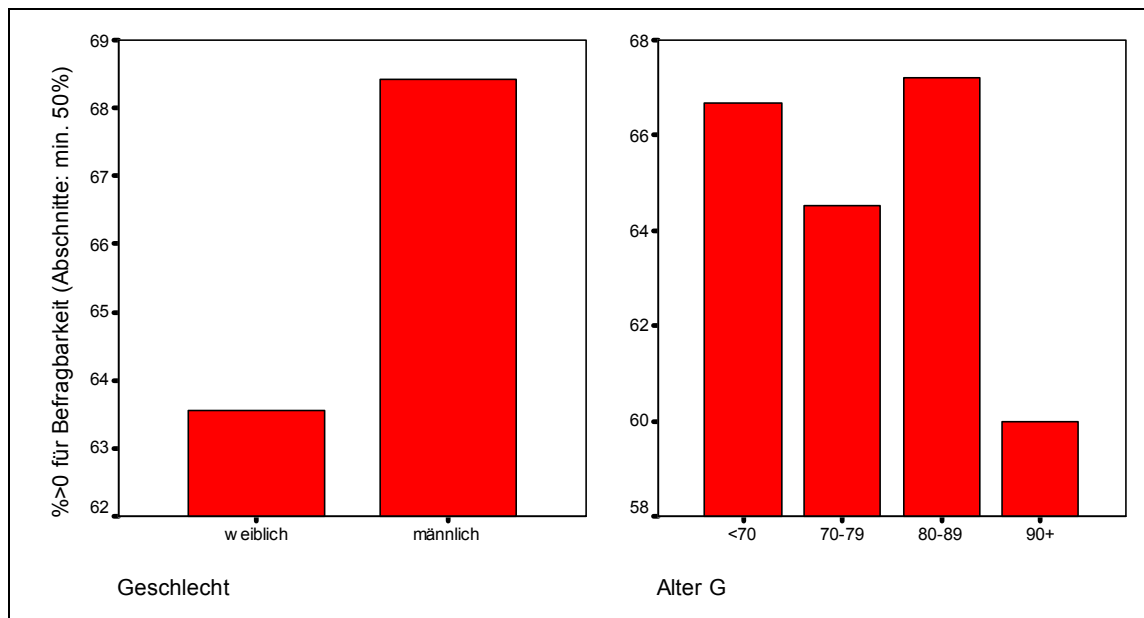
Auf diesem Ergebnis aufbauend werden nun Erklärungen gesucht, warum BewohnerInnen befragbar bzw. nicht-befragbar sind. Als erstes sollen Variablen der Soziodemographie der



HeimbewohnerInnen herangezogen, und dann Variablen, die über den Gesundheitsstatus und die Orientiertheit Auskunft geben, betrachtet, und diese anschließend in einem gemeinsamen Modell der Befragbarkeit von HeimbewohnerInnen zusammengefasst werden.

Als soziodemographische Variablen werden Geschlecht und Alter kontrolliert. Die Unterschiede hinsichtlich der Befragbarkeit erscheinen auf dem ersten Blick bedeutsam – vor allem der Unterschied der Befragbarkeitsanteile zwischen Männern und Frauen fällt auf. Der Befragtenanteil der Männer liegt bei über 68 %, der von Frauen bei etwa 63 %. Allerdings ist nachweisbar, dass die nach Geschlecht unterschiedlichen Befragtenanteile statistisch nicht signifikant sind ( $\text{Chi}^2=0,30$  | d.f.=1 |  $p=0,585$ ).

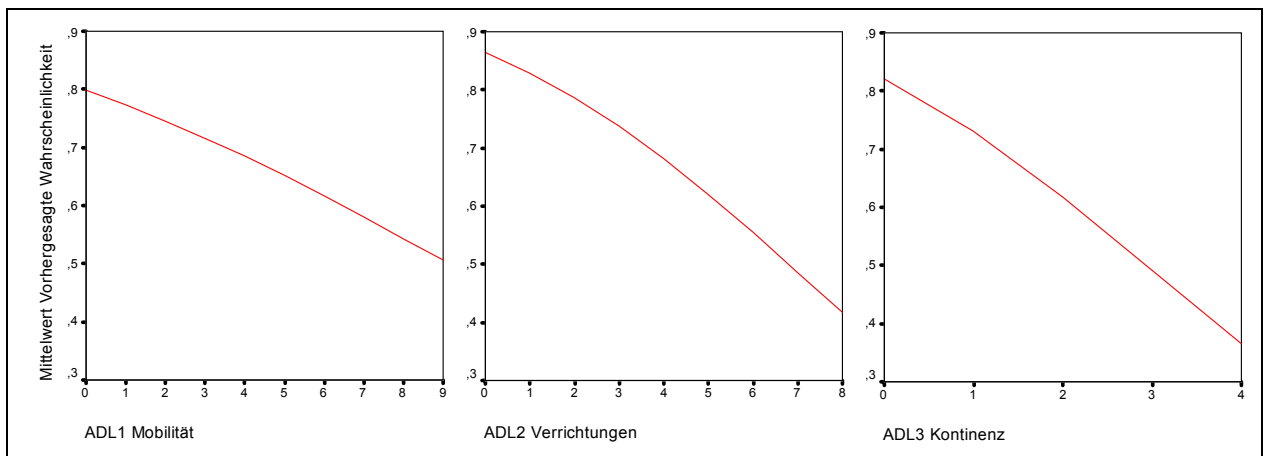
**Abbildung 47: Befragbarkeit nach Geschlecht und Altersgruppen**



Auch hinsichtlich des Alters könnte, dem ersten Eindruck folgend, die Vermutung laut werden, es bestünde ein Zusammenhang mit der Befragbarkeit. Die empirischen Anteile sind jedoch nicht eindeutig, denn der mit 67 % größte Anteil an befragbaren HeimbewohnerInnen ist in der bereits hohen Altersgruppe der 80 bis 89-Jährigen gegeben. Etwa gleich groß ist der Anteil bei den unter 70-Jährigen. Hingegen sind der Anteil der Befragbaren in den Altersgruppen 70-79 Jahre (64%) und vor allem der Anteil in der Altersgruppe 90+ Jahre (optisch) deutlich geringer (60%). Insgesamt ist jedenfalls statistisch nachweisbar, dass auch das Alter keinen signifikanten Einfluss auf die Befragbarkeit der HeimbewohnerInnen hat. ( $\text{Chi}^2=0,597$  | d.f.=3 |  $p=0,897$ ).

Im nächsten Schritt wird getestet, ob die bereits diskutierten Summenscores des Hilfebedarfs bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), die im Zusammenhang der Lebensqualität als körperliche Ressourcen aufzufassen sind, Einfluss auf die Befragbarkeit haben. Alle drei Schaubilder der geschätzten Wahrscheinlichkeit des Anteils der Befragbaren in der jeweiligen Ausprägung des Hilfebedarfs sprechen eine deutliche Sprache. Die bivarianten Zusammenhänge sind zwar unterschiedlich stark ausgeprägt, aber in allen Fällen hochsignifikant.

**Abbildung 48: Befragbarkeit und körperliche Ressourcen**

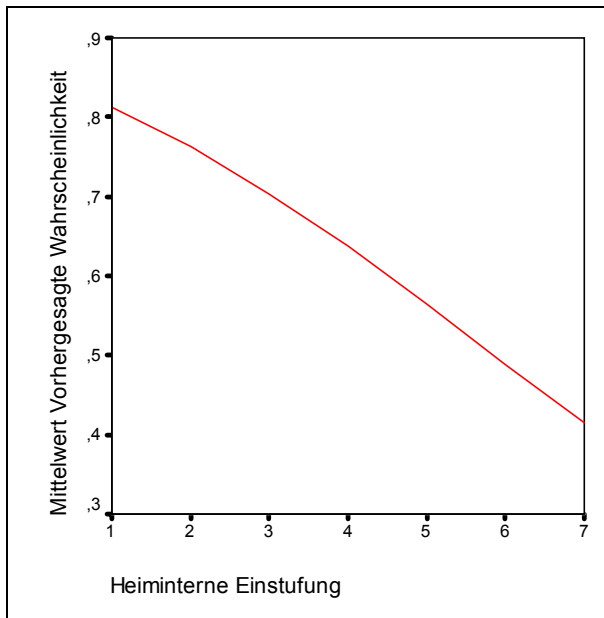


Bei vollständiger Mobilität liegt der Anteil der befragbaren HeimbewohnerInnen bei ca. 80 %. Dieser Anteil sinkt beständig und annähernd linear auf etwas über 50 % in der Gruppe mit der niedrigsten Mobilität. Der Zusammenhang zwischen Hilfebedarfen bei basalen Verrichtungen und der Befragbarkeit ist hingegen kurvilinear. Der Befragtenanteil liegt bei BewohnerInnen mit hohem selbstständigen Verrichtungspotential bei über 85 %, sinkt dann aber stark bis etwas über 40 % Befragbare in der Gruppe der BewohnerInnen mit höchstem Hilfebedarf. Auch im Zusammenhang mit den Hilfebedarfen der Kontinenz ist der Trend klar nachvollziehbar und signifikant. Der Anteil der Befragbaren in der Gruppe der Kontinenten liegt bei 80 %, während er bei den Harn- und Stuhlinkontinenten mit unter 40 % ausgewiesen ist.

Nicht weiter verwunderlich ist dann die Tatsache, dass auch die heiminterne Einstufung des Pflege- und Betreuungsbedarfs hochsignifikant mit der Befragbarkeit assoziiert ist (Wald=6,572 | d.f.=1 | p=0,010), weil bereits nachgewiesen werden konnte, dass die Pflegeeinstufung gut aus den ADL-Scores, und da vor allem jenem der Mobilität erklärbar ist. Der Anteil der Befragbaren geht pro zusätzlicher Pflegestufe im Durchschnitt um ca. 6 % zurück.

Liegt der Anteil der Befragbaren der Stufe 1 noch bei über 80 %, so ist der Befragten-Anteil der Stufe 2 nur noch mit 76 %, jener der Stufe 3 mit 70 %, der Stufe 4 mit 64 %, der Stufe 5 mit 56 %, jener der Stufe 6 mit 49 % und bei Stufe 7 nur noch mit 41 % ausgewiesen.

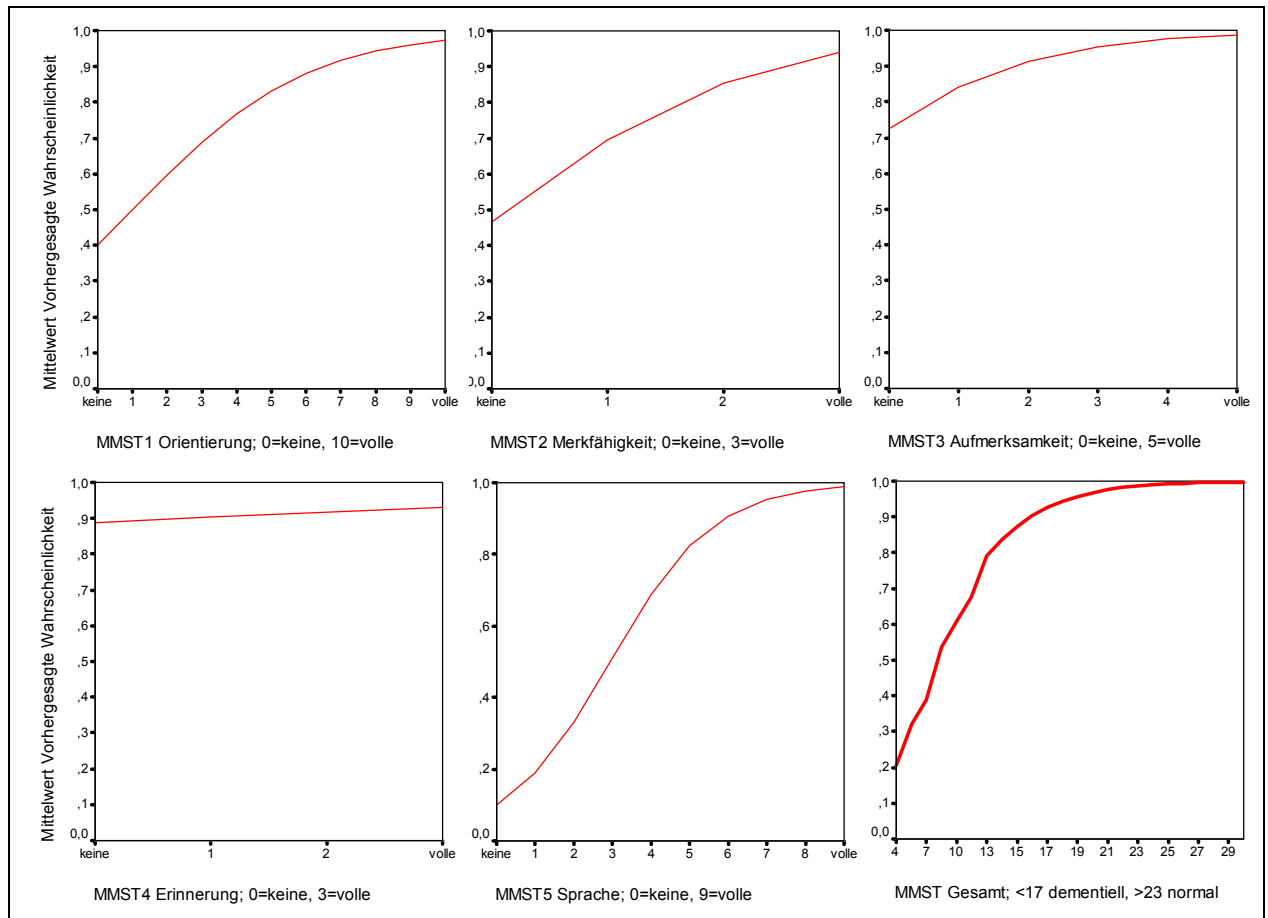
**Abbildung 49: Befragbarkeit und heiminterne Einstufung**



Wie bereits erwähnt, wurden Dimensionen der geistig-kognitiven Verfassung der HeimbewohnerInnen am Beginn der Befragung durch den Mini Mental State Test (MMST) erhoben, der über die Dimensionen Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Erinnerung und Sprache einen Gesamtscore der geistigen Leistungsfähigkeit misst, und anhand empirischer Eichstichproben die Gruppen normal Orientierter von solchen mit beginnendem geistigen Abbau und wieder von solchen, die als dement einzustufen sind, abgrenzt. Im Zusammenhang der Lebensqualität der Befragten dient der MMST der Feststellung der geistigen Ressourcen.

In den folgenden Abbildungen sind nun die durch einzelne bivariate logistische Regressionen der MMST-Scores in den einzelnen Dimensionen geschätzten Anteile der Befragbarkeit ersichtlich.

Abbildung 50: Befragbarkeit und Dimensionen des MMST



Wie die Schaubilder schon auf den ersten Eindruck vermitteln, sind die Zusammenhänge mit der Befragbarkeit recht unterschiedlich, teilweise stark und teilweise weniger stark, ausgeprägt.

Die Orientierungsleistung hat einen relativ starken prediktiven Charakter hinsichtlich der Befragbarkeit. Durch das Modell wird bei voller Orientierung der HeimbewohnerInnen fast 100% ige Befragbarkeit prognostiziert. Der Anteil der befragbaren HeimbewohnerInnen sinkt jedoch bei niedrigeren Indexwerten der Orientierung, zuerst nur geringfügig (Werte 7-9), dann jedoch relativ stark (Werte 3-7) und in den untersten Indexwerten ist der Anteil der befragbaren BewohnerInnen schon sehr gering. Bei einem Indexwert für Orientierung von 0 (=keinerlei Orientierung) ist der geschätzte Anteil der Befragbaren nur noch mit 40 % ausgewiesen.

Hinsichtlich der Merkfähigkeit kann kein so starker Zusammenhang mit der Befragbarkeit konstatiert werden. Zwar liegt der Anteil der Befragbaren bei voller Merkfähigkeit wiederum

hoch bei über 90 %, sinkt allerdings weniger stark und kommt bei geringster Merkfähigkeit auf einen Anteil an befragbaren Personen von noch 50 %.

Der Zusammenhang der Befragbarkeit mit der MMST-Dimension Aufmerksamkeit fällt dem gegenüber zwar noch schwächer, aber immer noch signifikant aus. Die Variationsbreite der Anteile Befragbarer zwischen höchster und niedrigster Merkfähigkeit liegt zwischen ca. 100 % und 70 %. Hingegen konnte hinsichtlich der Erinnerungsleistung kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden.

Wie erwartet ist der Zusammenhang zwischen der Dimension Sprache und der Befragbarkeit am höchsten. Da bei mündlichen Befragungen notwendigerweise die Artikulationsfähigkeit der BewohnerInnen im Zentrum steht, werden die Befragtenanteile je nach MMST-Score stark differenziert. Bei voller sprachlicher Fähigkeit können fast alle BewohnerInnen befragt werden, während bei geringster Sprachfähigkeit der Anteil gegen 0 % geht.

Aufgrund des Ergebnisses, dass für vier von fünf Dimensionen des MMST signifikante bivariate Zusammenhänge mit der Befragbarkeit vorliegen, ist nachvollziehbar, dass auch für den Gesamtscore ein hochsignifikanter Zusammenhang gegeben sein muss. Folgt man dem Kurvenverlauf der Befragbarkeit aus der Graphik, so sind die Anteile der befragbaren HeimbewohnerInnen ohne jeglichen geistigen Abbau ( $>23$ ) mit über 90 % geschätzt. Personen mit „beginnendem geistigen Abbau“ (Werte zwischen 17 und 23) weisen ebenfalls noch hohe Befragtenanteile von über 90 % auf. Dementielle HeimbewohnerInnen hingegen sind mit deutlich geringerer Wahrscheinlichkeit befragbar. Allerdings ist erstaunlich – und dies kann als Beleg der Qualität des auf die Population in Pflegeheimen abgestimmten speziellen Erhebungsinstruments zur Feststellung des Wohlbefindens gelten –, dass in der Gruppe der als dement einzustufenden ( $<17$ ) die Befragbarkeitanteile bis über 80 % gehen. Bei einem MMST-Wert von 15 ist z. B. noch eine Ausschöpfungsquote von über 80 % gegeben. Dies bedeutet dann aber auch, dass für die Zwecke der Feststellung der Befragbarkeit mit diesem speziellen Instrument die in der Literatur übliche Gruppierung nicht zielführend ist, und innerhalb der MMST-Kategorie „Demenz“ zusätzlich differenziert werden muss. Davon unberührt ist jedoch die Erkenntnis, dass der Grad des geistigen Abbaus einen sehr guten Schätzer der Befragbarkeit von HeimbewohnerInnen darstellt.

An dieser Stelle sei festgehalten, dass also sowohl der Hilfebedarf, als ADL-Scores operationalisiert, als auch die heiminterne Einstufung des Pflege- und Betreuungsbedarfs, und zusätzlich der Grad der mentalen Orientiertheit Erklärungswert für die Befragbarkeit haben. Die bisher dargestellten Ergebnisse wurden jedoch nur auf ihren bivariaten Zusammenhang hin getestet. Aussagekräftigere Erklärungsmodelle der Befragbarkeit müssen jedoch auf die simultane Berücksichtigung von „Ursprungsvariablen“ Bezug nehmen, da die unabhängigen Variablen ihrerseits interkorreliert sein können, was bereits für die ADL-Scores und die heiminterne Einstufung nachgewiesen werden konnte. Ausgegangen wird vom als zentral erscheinenden Merkmal „geistig-kognitive Verfassung“. Darauf aufbauend werden „iterativ“ weitere Merkmale hinzugenommen, um mehr Erklärungskraft zu erhalten, und um gleichzeitig auch mögliche Interaktionen zwischen den unabhängigen Merkmalen bzw. hinsichtlich der abhängigen Variablen „Befragbarkeit“ berücksichtigen und diskutieren zu können. Dafür werden logistische Regressionsmodelle angesetzt und deren Ergebnisse verglichen.

Das erste Modell (bivariates Ausgangsmodell) berücksichtigt für die Schätzung der Befragbarkeit ausschließlich den Skalenwert des MMST. Die geschätzten Odd-Ratios sind dann folgend zu interpretieren: Wenn der MMST-Wert um einen Skalenpunkt zunimmt, ist der geschätzte Anteil befragbarer Personen um ca. 1,5-mal höher als zuvor. Etwa 45 % der Variation bzw. Gruppenzuweisung können allein aufgrund des Merkmals MMST erklärt werden (Nagelkerkes R Square = 0,43).

Das zweite Modell berücksichtigt hingegen die drei Skalen der Aktivitäten des täglichen Lebens ohne den MMST-Score. Sie können allein nur 25 % der Variation zwischen Befragbarkeit und Nicht-Befragbarkeit erklären.

Im dritten Modell wurden dann sowohl der MMST als auch die ADL-Scores berücksichtigt. Wiederum geht bessere geistig-kognitive Leistungsfähigkeit mit besserer Befragbarkeit einher. Der Anteil der Befragbaren ist nun sogar 1,7-mal höher je zusätzlichen Skalenpunkt im MMST-Score. Der Anteil der Befragbaren ist pro Skalenpunkt der Mobilität sogar 3,2-mal höher, pro zusätzlichen Skalenpunkt Verrichtung allerdings nur noch 0,2-mal so hoch. Kontinenz hat in diesem Modell keinen signifikanten Erklärungswert mehr, was in der bereits belegten Tatsache begründet sein dürfte, dass das Maß des Hilfebedarfs im Zusammenhang der Kontinenz mit dem MMST-Score korreliert ist, somit der „durchschlagende“ Effekt des MMST-Werts auf die Befragbarkeit dem Kontinenz-Score Erklärungskraft wegnimmt. Be-

sonders hervorzuheben ist aber vor allem das Ergebnis, dass anhand dreier Variablen: dem MMST und den ADL-Scores für Mobilität und basale Verrichtungen, die Befragbarkeit mit 70 % Wahrscheinlichkeit vorausgesagt werden kann.

**Tabelle 9: Modelle 1 bis 5 der Erklärung der Befragbarkeit**

Prediktoren	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	Odds Ratio	95% CI		Odds Ratio	95% CI		Odds Ratio	95% CI	
		Unten	Oben		Unten	Oben		Unten	Oben
MMST (Skala)	1,35	1,16	1,57				1,686	1,105	2,573
ADL									
Mobilität				1,33	1,04	1,70	3,159	1,076	9,273
Verrichtungen				0,68	0,51	0,91	0,218	0,052	0,920
Kontinenz				0,65	0,48	0,90	1,039	,414	2,608
<b>Nagelkerkes-R<sup>2</sup></b>	<b>43,8%</b>			<b>25,2%</b>			<b>69,2%</b>		

Prediktoren	Modell 4			Modell 5		
	Odds Ratio	95% CI		Odds Ratio	95% CI	
		Unten	Oben		Unten	Oben
MMST (Skala)	1,336	1,135	1,572	1,349	1,132	1,608
ADL						
Mobilität						
Verrichtungen						
Kontinenz						
Pflegestufe	0,449	0,219	0,920	0,452	0,211	0,968
Alter				0,967	0,886	1,056
Geschlecht				0,244	0,022	2,702
<b>Nagelkerkes-R<sup>2</sup></b>	<b>53,0%</b>			<b>55,0%</b>		

Anmerkung: signifikante Zusammenhänge durch Fettdruck hervorgehoben

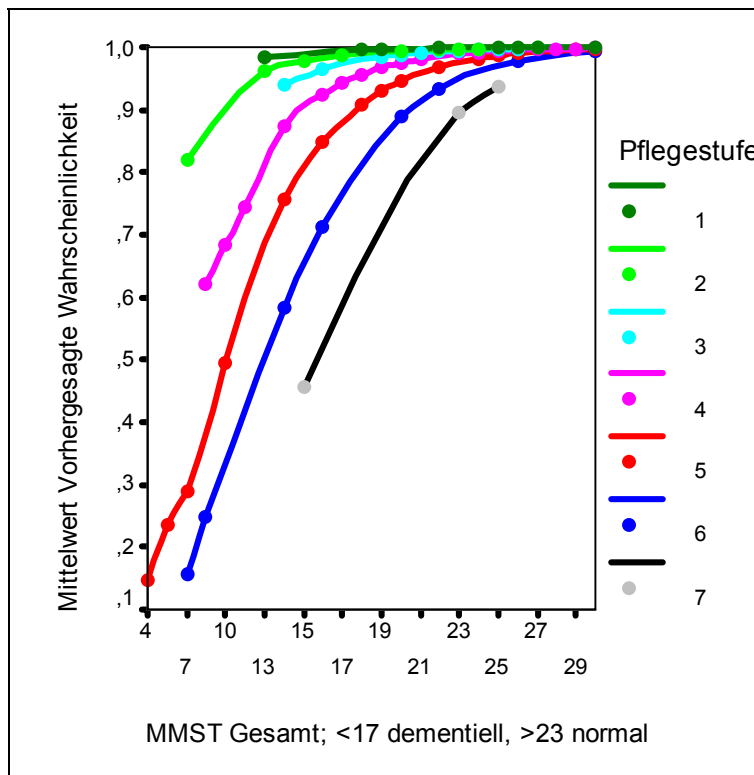
Alternativ dazu wurde Modell 4 berechnet. Da die ADL-Scores sehr hoch mit der heiminternen Pflegeeinstufung korreliert sind, wurde jetzt anstatt der ADL-Skalen die heiminterne Pflegestufe berücksichtigt. Außerdem ist dieser Ansatz von der Tatsache motiviert, dass die heiminternen Einstufungen in jedem Fall vorliegen, also keine Befragungsdaten sind, während die ADL-Werte erst für das Projekt und von den Interviewenden erhoben werden mussten. Modell 4 kann nun, obwohl nur zwei Variablen als erklärende angesetzt sind, etwa die Hälfte der Varianz der Gruppenzugehörigkeit erklären. Je zusätzlicher Pflegestufe sinkt der Anteil der befragbaren HeimbewohnerInnen signifikant um den Faktor 0,45. Der Anteil der Nicht-Befragbaren steigt somit je zusätzlicher heiminterner Pflegestufe um das 2,8fache, und nach wie vor steigt der Anteil der befragbaren Personen je Skalenwert des MMST stark an.

In Modell 5 wurden neben dem MMST und der Pflegestufe zu Kontrollzwecken das Alter und das Geschlecht hinzugefügt. Wie erwartet, tragen auch in dieser Konstellation weder das Alter, noch das Geschlecht zur Erklärung der Befragbarkeit bei, während die Effekte der kognitiv-geistigen Fähigkeiten und der Pflegestufe gleich bleiben. Auch der Gesamterklärungswert kann durch die Hinzunahme von Alter und Geschlecht gegenüber Modell 4 nicht gesteigert werden.

Die folgende Abbildung präsentiert das Modell 4-Ergebnis in grafischer Form. Die eingetragenen Kurven stellen die Kombinationen der MMST-Werte und der geschätzten Anteile der Befragbarkeit je nach Pflegestufen dar. Die Struktur des Zusammenhangs ist immer die gleiche. Die Linien verlaufen von links unten nach rechts oben. Ein niedriger Wert in der MMST-Skala geht mit einem niedrigen Anteil an befragbaren HeimbewohnerInnen einher, der mit steigendem MMST-Wert zunimmt. Allerdings weichen die Verläufe je nach einzelner Pflegestufe von Stufe zu Stufe immer etwas voneinander ab. Die oberste Linie repräsentiert die Befragtenanteile der BewohnerInnen mit der heiminternen Pflegeeinstufung 1. Für diese Gruppe gilt, dass letztlich unabhängig vom MMST-Score 100 % Befragbarkeit gegeben ist, wobei allerdings keine BewohnerInnen dieser Pflegegruppe mit MMST-Werten unter 13 der Analyse zugänglich sind. Die rechteste Linie veranschaulicht die Befragbarkeit der BewohnerInnen in Pflegestufe 7, für die z. B. mit dem geringen MMST-Wert von 15 immer noch ein Befragtenanteil von 45 % ausgewiesen ist, der mit einem Score von 23 sogar über 90 % geht.



Abbildung 51: Veranschaulichung des Modell 4-Ergebnisses



Das Modell 4-Ergebnis könnte nun bereits in Hinblick auf eine Stichprobenkonstruktion wie folgt in Form einer Frage interpretiert werden. Welche Informationen sind notwendig, um z. B. eine Ausschöpfungsquote von 75 % zu erreichen?

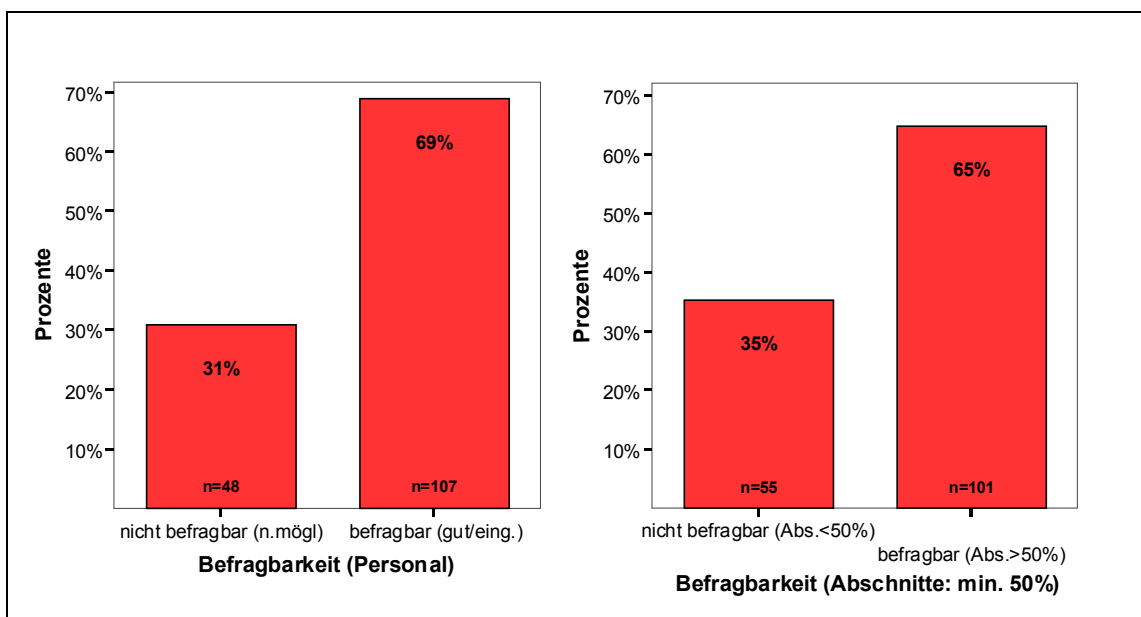
- Bei BewohnerInnen der heiminternen Pflegestufen 1 bis 3 sind keine Zusatzinformationen des MMST nötig, weil sich immer zumindest 75 % als befragbar herausstellen.
- In Pflegestufe 4 werden ab dem MMST-Wert 13 höhere Anteile als 75 % prognostiziert, in Stufe 5 wird die 75 %-Marke ab dem MMST-Wert von ca. 15 erreicht.
- Bei HeimbewohnerInnen mit den internen Einstufungen 6 und 7 müssen MMST-Scores zwischen 19 und 21 erreicht werden, um wenn mehr als 75 % positiv befragt werden sollen.

Mit diesem Ergebnis – das sich, und darauf soll noch einmal hingewiesen sein, auf jene Subpopulation bezieht, für die auch MMST-Scores der Analyse zugänglich sind, und nicht auf die Grundgesamtheit aller HeimbewohnerInnen – muss allerdings noch einmal ein Rekurs auf die

ersten Anhaltspunkte zur Befragbarkeit gemacht werden, weil eine weitere Möglichkeit der Feststellung der Befragbarkeit auch in der in diesem Machbarkeitsprojekt gewählten Vorgangsweise der Einschätzung der Befragbarkeit durch das Personal gegeben ist. In diesem Zusammenhang stellt sich dann die Frage, ob die gefundene und relativ „ökonomische“ (mit relativ geringem Erhebungsaufwand verbundene) Modell 4-Lösung um die Personaleinschätzung ergänzt werden soll, weil dadurch relevanter Erkenntniszugewinn bezüglich der tatsächlichen Befragbarkeit erzielt wird, oder die Personaleinschätzung den MMST in der Modell 4-Lösung ersetzen könnte.

Laut Einschätzung des Personals sind 44 % der für die weitere Analyse relevanten BewohnerInnen, für die auch ein MMST-Wert vorliegt, gut, weitere 25 % eingeschränkt und 31 % nicht befragbar. In der Befragung hat sich dann herausgestellt, dass von dieser Gruppe der BewohnerInnen 35 % nicht befragbar und 65% als befragbar einzustufen sind (wenn als „befragbar“ gilt, dass mindestens 50% der Fragebogenabschnitte beantwortet wurden). Diese Ergebnisse weisen auf den ersten Blick auf eine sehr gute Einschätzung des Personals hin.

**Abbildung 52: Befragbarkeit aus Sicht des Personals und auf Basis der Befragungssituation**



Anmerkung: Bezugsbasis sind BewohnerInnen, die nicht aufgrund „technischer“ Ausschlussgründe oder „Begutachtung“ durch Projekt- und Stationsleitung der Heime aus der Befragung ausgenommen wurden.

Allerdings treten dann – in ähnlicher Weise, wie bereits im Rahmen der Diskussion der ersten Anhaltspunkte festgehalten, die als Bezugsbasis aber die tatsächliche Grundgesamtheit der

Heimpopulation im Auge hatte – in der Detailanalyse fehlende Übereinstimmungen zutage. Denn eigentlich wurden nur 72 % der BewohnerInnen vom Personal richtig eingeschätzt, weil in jener Gruppe der BewohnerInnen, die als gut oder eingeschränkt befragbar eingeschätzt wurden, der Anteil der falschen Prognosen bei 23 % liegt, und weil der Anteil der Falsch-Prognosen in der Gruppe, für die das Personal Nicht-Befragbarkeit vorausgesagt hat, mit 38 % ausgewiesen ist. Das Personal hat also vor allem die Befragbarkeit der aus ihrer Sicht nicht befragbaren HeimbewohnerInnen unterschätzt, aber weil die Befragbarkeit der tatsächlich nicht Befragten z. T. überschätzt worden ist, gleichen die Fehleinschätzungen im Gesamtergebnis einander aus.

**Tabelle 10: Übereinstimmung der Einschätzung des Personals mit der tatsächlichen Befragbarkeit**

			BEFRAG_A Befragbarkeit (Abschnitte: min. 50%)		Gesamt
			0 nicht befragbar (Abs.<50%)	1 befragbar (Abs.>50%)	
BEFRAG_P Befragbarkeit (Personal)	0 nicht befragbar (n.mögl)	Anzahl	30	18	48
		% von BEFRAG_P Befragbarkeit (Personal)	62,5%	37,5%	100,0%
	1 befragbar (gut/eing.)	Anzahl	25	82	107
		% von BEFRAG_P Befragbarkeit (Personal)	23,4%	76,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	55	100	155
		% von BEFRAG_P Befragbarkeit (Personal)	35,5%	64,5%	100,0%

Maß der Nicht-Übereinstimmung: Kappa=0,376 (p=0,000); Chi<sup>2</sup>=22,168, d.f.=1, p=0,000

Im nächsten Schritt wird nun untersucht, ob die Beurteilung des Personals anstatt des MMST für die Einschätzung der Befragbarkeit herangezogen werden könnte, was wieder am besten anhand logistischer Regressions-Modelle überprüft werden kann. Wie nun die Modellwerte des Modells 6, das den bivarianten Fall eines einfachen Zusammenhangs der Personaleinschätzung mit der tatsächlichen Befragbarkeit darstellt, zeigen, liegt tatsächlich eine hochsignifikante Assoziation vor. Der Anteil tatsächlich befragbarer BewohnerInnen ist in der Gruppe der durch das Personal als befragbar eingeschätzten 5,5-mal höher als in der Vergleichsgruppe der nicht Befragbaren. Allerdings können nur 18 % der Variation der Gruppenzuordnung mit Hilfe der Personaleinschätzung erklärt werden. Im Fall des MMST, wie in Modell 1 nachgewiesen, liegt der Erklärungsanteil bei 44 %.

Dazu kommt dann noch ein auf den ersten Blick erstaunliches Ergebnis, das in Form des Modells 7 belegt ist, in dem neben der Personaleinschätzung (vergleichbar mit Modell 4) wieder die heiminterne Einstufung des Pflege- und Betreuungsaufwands berücksichtigt wird. Es bleibt nun zwar der signifikante Zusammenhang der tatsächlichen Befragbarkeit mit der Personaleinschätzung bestehen, aber die heiminterne Pflegestufe steuert in diesem Modell keinen zusätzlichen, und vor allem keinen signifikanten Erklärungswert zur Prognose der tatsächlichen Befragbarkeit bei. Offensichtlich ist also die Personaleinschätzung stark an die heiminterne Pflegeeinstufung gekoppelt, auch wenn sie einen gewissermaßen besseren Erklärungswert hat. Im Vergleich mit der Modell 4-Lösung ist das Ergebnis aber eindeutig als die schlechtere Variante einzuschätzen, denn dort hat die heiminterne Einstufung zusätzlichen signifikanten Erklärungswert, weil der MMST offensichtlich eine tatsächlich andere und für die Befragbarkeit hochrelevante Dimension misst, denn die Anforderungen an die positive Durchführung des Fragenprogramms sind weniger an die physischen als an die kognitiv-geistigen Fähigkeiten geknüpft, was wiederum die Fehleinschätzungen des Personals plausibel erscheinen lassen.

**Tabelle 11: Modelle 6 und 7 der Erklärung der Befragbarkeit**

Prediktoren	Modell 6			Modell 7		
	Odds Ratio	95% CI		Odds Ratio	95% CI	
		Unten	Oben		Unten	Oben
Befragbarkeit (Pers.) Stufe (Heimintern)	<b>5,467</b>	<b>2,618</b>	<b>11,414</b>	4,661 0,858	<b>2,146</b> 0,665	<b>10,124</b> 1,107
<b>Nagelkerkes-R<sup>2</sup></b>	<b>18,0%</b>			<b>19,0%</b>		

Anmerkung: signifikante Zusammenhänge durch Fettdruck hervorgehoben

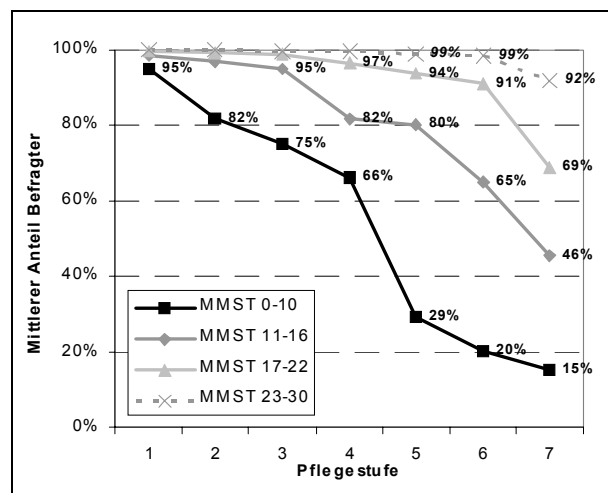
Zusammenfassend muss also festgehalten werden, dass sich für eine Stichprobenziehung vor allem zwei Merkmale als relevant herausgestellt haben: die heiminterne Einstufung des Pflege- und Betreuungsaufwands und der MMST als Maß der geistigen Orientiertheit. HeimbewohnerInnen ohne geistigen Abbau (MMST-Score 23-30) können, egal welchen Pflegestufen sie angehören, fast zur Gänze befragt werden. Sogar BewohnerInnen der siebenten Pflegestufe konnten mit einem Anteil von über 90 % befragt werden, wenn keine Demenz vorliegt. Auch für die Bewohnerkategorie des sog. „beginnenden geistigen Abbaus“ mit MMST-Werten von 17 bis 22 Punkten konnten noch Anteile der Befragbarkeit von über 90 % erreicht werden. Erst im Wertebereich von 11 bis 16 Punkten, also bei Personen mit leichter Demenz,

gehen die Befragtenanteile zurück, und muss zusätzlich nach Pflegeeinstufungen differenziert werden. HeimbewohnerInnen in den Stufen 1 bis 3 konnten, trotz leichter Demenz (11-16) immer noch mit über 90 % Anteil befragt werden. In den Pflegestufen 4 bis 5 liegt der Befragungsanteil bei etwa 80 %, in Stufe 6 bei 65 % und in Stufe 7 bei nur mehr knapp 50 %. Bei stark ausgeprägter Demenz (MMST-Scores unter 11) muss dann auch in den unteren Pflegestufen 2 und 3 mit Ausfällen im Ausmaß von rd. 20 % gerechnet werden, und in Stufe 4 Eingestufte sind nur mehr zu wie Drittel einer Befragung zugänglich. Besonders stark fallen die Befragtenanteile aber ab Pflegestufe 5 ab, in der dann nur mehr 29 % Befragbare ausgewiesen sind.

**Tabelle 12: Mittlere Befragungsanteile je Stufe und MMST-Score**

**Abbildung 53: Mittlere Befragungsanteile je Stufe und MMST-Score**

Pflegestufe	MMST-Score			
	0-10	11-16	17-22	23-30
1	<b>95%</b>	98%	100%	100%
2	82%	97%	99%	100%
3	<b>75%</b>	95%	99%	100%
4	66%	82%	97%	100%
5	29%	80%	94%	99%
6	20%	65%	91%	99%
7	<b>15%</b>	46%	<b>69%</b>	92%



Anm.: Durch Fettdruck hervorgehobene Werte mussten geschätzt werden, weil keine Fälle vorhanden waren.

### 3.7.1 Quotenplan zur Stichprobenziehung in Pflegeheimen

Diese Hinweise sind nun die entscheidenden für die Konstruktion einer Stichprobe der Befragbaren in Pflegeheimen. Allerdings muss nun noch zusätzlich berücksichtigt werden, dass die detaillierten Analysen natürlich nur anhand jener Subpopulation durchführbar waren, für die auch tatsächlich z. B. der MMST-Score ausgewiesen ist. Für jene BewohnerInnen, die schon im Vorfeld aus der Befragung ausgenommen waren, liegen keine MMST-Werte vor. Allerdings ist die heiminterne Einstufung der gesamten Bewohnergruppe bekannt, und kann diese Information als Gewichtungsfaktor noch zusätzlich berücksichtigt werden. In der fol-

genden Tabelle, die gleich aufgebaut ist, wie die zuletzt diskutierte, sind nun die je nach Einstufung erreichten Befragtenanteile ohne Berücksichtigung der geistigen Orientiertheit zusätzlich rechts angefügt und sind daraus die auf die tatsächliche Grundgesamtheit bezogenen Befragtenanteile ersichtlich. Weiterhin unberücksichtigt bleiben die „technischen Ausfälle“, weil deren Ausschluss aus der Befragung unabhängig von ihrer Befragbarkeit erfolgt ist

**Tabelle 13: Mittlere Befragungsanteile je Stufe und MMST-Score und Befragte je Stufe in der Grundgesamtheit**

	MMST-Score				Befragte (Grundgesamtheit)	
	0-10	11-16	17-22	23-30		
Pflegestufe	1	<b>95%</b>	98%	100%	100%	88%
	2	82%	97%	99%	100%	68%
	3	<b>75%</b>	95%	99%	100%	52%
	4	66%	82%	97%	100%	57%
	5	29%	80%	94%	99%	38%
	6	20%	65%	91%	99%	28%
	7	<b>15%</b>	46%	<b>69%</b>	92%	11%

Für die Ziehung von Stichproben zur Befragung in Pflegeheimen können auf Basis dieser Ergebnisse nun konkrete Empfehlungen/Richtlinien abgeleitet werden, die dazu führen sollen, zwischen Heimen vergleichbare und vor allem zwischen Heimen nicht verzerrte Ergebnisse zu produzieren. Denn die grundlegende Frage ist immer: Wer soll bzw. kann befragt werden?, und die Antwort muss eine sein, die für alle, in eine Befragung involvierten Heime die gleiche, und vor allem eine eindeutige ist. Um nun das Ergebnis möglichst nachvollziehbar darzustellen, wird ein fiktives Beispiel konstruiert.

Gesetzt den Fall, Heim X soll an einer Erhebung zur Feststellung der Lebensqualität der BewohnerInnen beteiligt sein. Wir nehmen an, die hier hinsichtlich der Befragbarkeit aus gutem Grund kontrollierten Merkmale der BewohnerInnen sind gleichverteilt, und es wohnen insgesamt 280 Personen in diesem Haus, dann kann davon ausgegangen werden, dass 121 BewohnerInnen befragt werden können. Dies ist anhand der beiden folgenden Tabellen ersichtlich. Die in der zweiten Tabelle ausgewiesenen Zellenbesetzungen repräsentieren die geschätzte größtmögliche Stichprobe Befragbarer, die erste Tabelle zeigt die fiktiv angenommene Bewohnerstruktur.

Tabelle 14: Fiktive Bewohnerstruktur in Heim X (Grundgesamtheit)

	MMST-Score				Gesamt	
	0-10	11-16	17-22	23-30		
Pflegestufe	1	10	10	10	10	40
	2	10	10	10	10	40
	3	10	10	10	10	40
	4	10	10	10	10	40
	5	10	10	10	10	40
	6	10	10	10	10	40
	7	10	10	10	10	40
<b>Gesamt</b>	70	70	70	70	280	

Tabelle 15: Befragbare in fiktivem Heim X

	MMST-Score				Gesamt	
	0-10	11-16	17-22	23-30		
Pflegestufe	1	8	9	9	9	35
	2	6	7	7	7	26
	3	4	5	5	5	19
	4	4	5	6	6	20
	5	1	3	4	4	11
	6	1	2	3	3	8
	7	0	1	1	1	2
<b>Gesamt</b>	23	30	33	34	121	

Tabelle 16: QUOTENPLAN ZUR STICHPROBENZIEHUNG BEFRAGBARERER

	MMST-Score				Gesamt	
	0-10	11-16	17-22	23-30		
Pflegestufe	1	84%	86%	88%	88%	87%
	2	56%	66%	68%	68%	65%
	3	39%	49%	51%	52%	48%
	4	38%	47%	55%	57%	49%
	5	11%	30%	36%	37%	29%
	6	6%	18%	25%	28%	19%
	7	2%	5%	8%	10%	6%
<b>Gesamt</b>	33%	43%	47%	49%	43%	

Das Ergebnis ist aus einem Quotenplan errechnet, der nun für alle Heime der gleiche ist, und natürlich noch zusätzlich die Möglichkeit offen lässt, nicht auf alle Befragbaren auch tatsächlich zugehen zu müssen, weil anhand der hier getätigten Vorarbeiten, z. B. aus Kostengründen, natürlich auch eine kontrollierte Stichprobe gezogen werden kann. Es müssen nur die Quoten des Quotenplans erfüllt, und ein vorab festzusetzender Anteil an der Grundgesamtheit, oder eine bestimmte Zahl an BewohnerInnen, die befragt werden müssen, vereinbart sein. Auch dies soll anhand des selben Beispiels vorexerziert werden. Gesetzt den Fall, es wird die Einigung getroffen, dass in jedem beteiligten Heim 80 BewohnerInnen befragt werden sollen, dann müssen diese 80 Befragten in der Weise „ausgewählt“ werden, dass sie dem Quotenplan

entsprechen. Die zu erreichende fiktive Stichprobe ist in der anschließenden Tabelle ersichtlich und wieder aus dem zentralen Quotenplan berechnet, indem die einzelnen Zellenbesetzungen der Tabelle der geschätzten Befragbaren mit dem Quotienten aus zu erreichender Stichprobengröße und insgesamt Befragbaren ( $80/121=0,662$ ) multipliziert werden.

**Tabelle 17: Kontrollierte Stichprobe Befragbarer im fiktiven Heim X**

		MMST-Score				Gesamt
		0-10	11-16	17-22	23-30	
Pflegestufe	1	6	6	6	6	23
	2	4	4	4	5	17
	3	3	3	3	3	13
	4	2	3	4	4	13
	5	1	2	2	2	8
	6	0	1	2	2	5
	7	0	0	1	1	2
Gesamt		16	20	22	23	80

Anhand des Beispiels müsste nun aber auch die geforderte Vorgehensweise bei der Auswahl der tatsächlich Befragten gut nachvollziehbar sein. In Heim X müssen z. B. 13 BewohnerInnen der Stufe 4 befragt werden. Jede Person dieser Gruppe wird zufällig ausgewählt, und zuerst ein MMST durchgeführt, anhand dessen dann jede befragte Person auch hinsichtlich der geistigen Orientiertheit dem Quotenplan zuordenbar ist. Kommt ein Interview nicht zustande, weil die zufällig gezogene Person z. B. verweigert, wird eine weitere der Stufe 4 zufällig ausgewählt, bis der Quotenschlüssel erfüllt ist. Indem nun in allen beteiligten Heimen derselbe Quotenplan eingehalten wird, und die Ziehungen zufällig erfolgen, können systematische Verzerrungen der Ergebnisse zwischen den Heimen ausgeschlossen und vergleichbare Stichproben Befragbarer erreicht werden.

Anhand eines weiteren fiktiven Beispiels eines Heimes Y, dessen BewohnerInnen nun nicht gleich auf die zu kontrollierenden Merkmalsausprägungen, sondern in wahrscheinlich realistischer Weise verteilt sind, soll nun gezeigt werden, dass die Gesamtzahl Befragbarer natürlich nicht nur von der Größe der Grundgesamtheit (Anzahl der BewohnerInnen im Heim) abhängig ist, sondern auch von der jeweiligen Bewohnerstruktur. Um dies zu zeigen, sollen im fiktiven Heim Y zwar genauso viele Personen wohnen wie in Heim X, sich allerdings anders auf die Pflegestufen und auf die MMST-Scores verteilen.



**Tabelle 18: Fiktive Bewohnerstruktur in Heim Y (Grundgesamtheit)**

	MMST-Score				Gesamt	
	0-10	11-16	17-22	23-30		
Pflegestufe	1	1	1	13	20	35
	2	5	5	10	20	40
	3	5	5	10	20	40
	4	10	10	25	35	80
	5	7	7	15	20	49
	6	5	5	5	5	20
	7	5	5	5	1	16
<b>Gesamt</b>	38	38	83	121	280	

Aus dieser Bewohnerstruktur resultiert dann aufgrund des Quotenplans die Zahl und Struktur der in Heim Y Befragbaren. Es sind nun nicht wie in Heim X nur 121 BewohnerInnen, sondern 140 Personen befragbar.

**Tabelle 19: Befragbare in fiktivem Heim Y**

	MMST-Score				Gesamt	
	0-10	11-16	17-22	23-30		
Pflegestufe	1	0,84	0,86	11,47	17,65	31
	2	2,81	3,32	6,77	13,68	27
	3	1,94	2,46	5,12	10,34	20
	4	3,76	4,67	13,80	19,91	42
	5	0,77	2,12	5,33	7,48	16
	6	0,28	0,91	1,27	1,39	4
	7	0,08	0,26	0,38	0,10	1
<b>Gesamt</b>	10	15	44	71	140	

Wird von Heim Y gefordert, ebenfalls 80 BewohnerInnen hinsichtlich ihrer Lebensqualität zu befragen bzw. befragen zu lassen, lautet dann die konkrete Aufgabe, Befragungsergebnisse einer BewohnerInnengruppe zu liefern, die sich auf die zu kontrollierenden Merkmale wie in folgender Tabelle verteilt.

**Tabelle 20: Kontrollierte Stichprobe Befragbarer im fiktiven Heim Y**

	MMST-Score				Gesamt	
	0-10	11-16	17-22	23-30		
Pflegestufe	1	0,48	0,49	6,57	10,10	18
	2	1,61	1,90	3,88	7,83	15
	3	1,11	1,41	2,93	5,92	11
	4	2,15	2,67	7,90	11,40	24
	5	0,44	1,21	3,05	4,28	9
	6	0,16	0,52	0,73	0,79	2
	7	0,05	0,15	0,22	0,06	0
<b>Gesamt</b>	6	8	25	40	80	

### 3.7.2 Repräsentative Stichproben in Pflegeheimen

Die selben Anhaltspunkte zur Befragbarkeit von Heimpopulationen, wie sie bis hier her erörtert wurden, können aber auch dazu genutzt werden, tatsächlich repräsentative Stichproben zu ziehen. Wir wollen dies wieder anhand des fiktiven Beispiels des Heimes Y demonstrieren. Zentraler Ausgangspunkt ist weiterhin der Quotenplan. Wie die letzte Tabelle der zu erreichenden Stichprobe Befragbarer zeigt, wird von Haus Y z. B. nicht gefordert, eine/n BewohnerIn der heiminternen Pflegestufe 7 in die Stichprobe mit aufzunehmen, obwohl insgesamt 16 Personen dieser Einstufung dort leben. Der Grund, warum dies nicht gefordert ist, liegt in der geschätzten äußerst schlechten Befragbarkeit der in Stufe 7 Eingestuften. Wollten wir nun eine für das gesamte Haus Y repräsentative Stichprobe ziehen, und nicht nur eine, die die Gruppe der Befragbaren repräsentiert, müssten schon im Vorfeld Anhaltspunkte darüber vorhanden sein, mit welchem Aufwand dies verbunden wäre, und mit wie vielen Versuchen (zufälligen Ziehungen aus dieser Gruppe) wir rechnen müssten, bis tatsächlich ein verwertbares Interview zustande käme. Dieser Grad der Schwierigkeit kann dann im Kehrwert der Quote (1/Quote) ausgedrückt werden, woraus auch gut ablesbar ist, warum es in Haus Y sehr schwierig ist, eine tatsächlich befragbare Person der Stufe 7 zu finden.

**Tabelle 21: GEWICHTUNGSMATRIX REPRÄSENTATIVER STICHPROBEN**

		MMST-Score				Gesamt
		0-10	11-16	17-22	23-30	
Pflegestufe	1	1,193	1,156	1,133	1,133	1,154
	2	1,782	1,507	1,476	1,462	1,547
	3	2,578	2,035	1,953	1,933	2,096
	4	2,663	2,143	1,812	1,758	2,038
	5	9,128	3,309	2,816	2,674	3,506
	6	17,857	5,495	3,925	3,608	5,195
	7	60,000	19,565	13,043	9,783	16,216
Gesamt		2,985	2,317	2,115	2,055	2,317

Wie die „Gewichtungsmatrix“ nämlich zeigt, müssen nämlich wahrscheinlich 16 Anläufe unternommen werden, bis sich ein/e HeimbewohnerIn dieser höchsten Einstufung als tatsächlich befragbar herausstellt. Dies entspricht zufällig der Anzahl der dort wohnenden Personen in dieser Stufe. Also ist die Wahrscheinlichkeit in diesem Fall sehr gering, auch tatsächlich ein verwertbares Interview zustande zu bringen. In den unteren und mittleren Einstufungsklassen sehen die „Gewichte“ natürlich anders aus. Um ein Interview mit BewohnerInnen der Stufen 3 oder 4 beizubringen, müssen nämlich wahrscheinlich nur zwei zufällige Ziehungen erfolgen. Um z. B. ein Interview mit einer Person der Pflegestufe 1 mit voller geistiger Orien-

tierung (MMST = 23-30) zustande zu bringen, werden wahrscheinlich nur 1,133, oder in Stufe 2 mit gleicher Orientiertheit nur 1,462 Anläufe notwendig sein usw.

Warum in diesem Zusammenhang von „Gewichten“ die Rede ist, ist im Umstand begründet, dass sie tatsächlich den Wert des geschätzten Befragungsaufwands ausdrücken, weshalb sie auch als Korrekturfaktoren repräsentativer Stichproben Verwendung finden. Dies kann wieder am besten anhand des Beispiels ausgeführt werden. Wird in Heim Y die geforderte Stichprobe ( $N = 80$ ) erfüllt, können die Ergebnisse der einzelnen Befragten nämlich nachträglich gewichtet und so auf die Grundgesamtheit der 280 tatsächlich dort Lebenden hochgerechnet werden. Jeder einzelnen befragten Person wird dann das ihr laut Gewichtungsmatrix zustehende Gewicht und noch zusätzlich der für alle Befragten des Hauses Y gleichermaßen gültige Korrekturfaktor zur Hochrechnung der Stichprobe auf die Grundgesamtheit zugeordnet. Dies erfolgt durch Multiplikation der geforderten (und auch beigebrachten) Zahl an zu Befragenden (Tabelle: Kontrollierte Stichprobe Befragbarer im fiktiven Heim Y) mit dem entsprechenden Gewicht (Tabelle: Gewichtungsmatrix) und dem Korrekturfaktor für Haus Y (= Grundgesamtheit/Stichprobe bzw.  $280/80$ ).

Wie das frei gewählte Beispiel des Heimes Y nun aber zeigt, ist anzunehmen, dass in diesem Haus die Wahrscheinlichkeit, eine befragbare Person der Stufe 7 anzutreffen, sehr gering ist, weshalb die Überlegungen bei der Planung repräsentativer Stichproben auch in die Richtung gehen könnten, zu sagen, aufgrund der schlechten Befragbarkeit hoch eingestufte HeimbewohnerInnen, sollen repräsentative Aussagen zur Lebensqualität in Pflegeheimen nur für die Bewohnerschaft z. B. der Stufen 1 bis 5 oder 1 bis 6 gemacht werden. Natürlich käme dies einer freiwilligen Selbstbeschränkung gleich, hätte aber den Vorteil, auch tatsächlich den Geltungsbereich von Befragungsergebnissen genau benennen zu können. Würden andernfalls die relevanten Merkmale der heiminternen Einstufung und der geistigen Orientiertheit der Bewohnerschaft im Rahmen einer Befragung nicht kontrolliert werden, müssten die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Repräsentativität im Angesicht der hier vorgelegten Daten vehement angezweifelt werden. Denn die Auswahl „gut“ Befragbarer ist ein Selektionskriterium, das das Ergebnis der dargestellten Lebensqualität entscheidend beeinflusst! Der weitere Vorteil der hier vorgelegten Analysen und der resultierenden Ergebnisse, dem Quotenplan und der Gewichtungsmatrix, liegt aber auch darin, schon im Vorfeld einer Untersuchung genau planen und abwägen zu können, für welche BewohnerInnengruppen mit welchem erwartbaren Erhebungsaufwand tatsächlich repräsentative Aussagen gemacht werden können. Aber auch der

Minimalforderung der Vergleichbarkeit von Ergebnissen zur erreichten Lebensqualität zwischen einzelnen Häusern, kann nur entsprochen werden, wenn in jedem der beteiligten Heime bei der Auswahl der Befragten der Quotenplan eingehalten wird.

In den dritten Anhaltspunkten zur Befragbarkeit von Heimpopulationen wird es dann genau darum gehen, den Nachweis zu erbringen, dass die Befragbarkeit letztlich als Komponente der Lebensqualität aufzufassen ist, und deshalb eine unkontrollierte Auswahl „gut“ befragbarer HeimbewohnerInnen, die keinem genauen Quotenplan folgt, auch nicht zu vergleichbaren Ergebnissen führen kann, weil die Auswahl der Befragten einen zentralen Einfluss auf die Ergebnisse hinsichtlich der Lebensqualität hat, wie auch die Erhebungsinstrumente selbst, indem sie mehr oder weniger „schwierig“ sind, eine die Ergebnisse beeinflussende Form der Selektion darstellen.

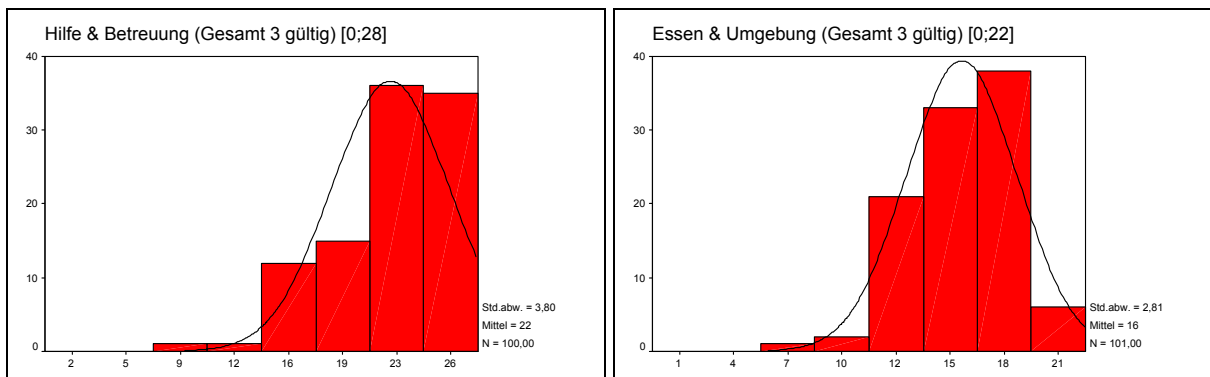
### **3.8 Wohlbefinden „befragbarer“ HeimbewohnerInnen: Ergebnisse des speziellen Erhebungsinstruments**

Im entsprechenden Abschnitt zu den Erhebungsinstrumenten wurden bereits das speziell für die Situation in Pflegeheimen ausgearbeitete und für unsere standardisierte Befragung weiter entwickelte Fragenprogramm des Interviewerleitfadens zur Erfassung des Wohlbefindens von BewohnerInnen von Pflegeheimen und das Verfahren der weiteren Datenbehandlung diskutiert. (Vgl. im Kapitel: Umsetzung als Machbarkeitsstudie, die Ausführungen zu Fragebogen 1.) Daran anschließend sollen hier in einem Überblick die damit gewonnenen Ergebnisse dargestellt, und in einem nächsten Schritt im Detail kritisch beleuchtet werden, um dann einen alternativen, das aufwändige Erhebungsinstrument weiter entwickelnden Ansatz vorzustellen. Im weiteren Verlauf der Diskussion wird das Wohlbefinden der befragten HeimbewohnerInnen immer wieder als zu erklärende Variable im Zusammenhang der Lebensqualität herangezogen werden. An dieser Stelle wird das Wohlbefinden im Zusammenhang der bis hier her bereits erläuterten möglichen erklärenden Struktur- und auf die BewohnerInnen bezogenen Variablen erörtert.

### 3.8.1 Überblick

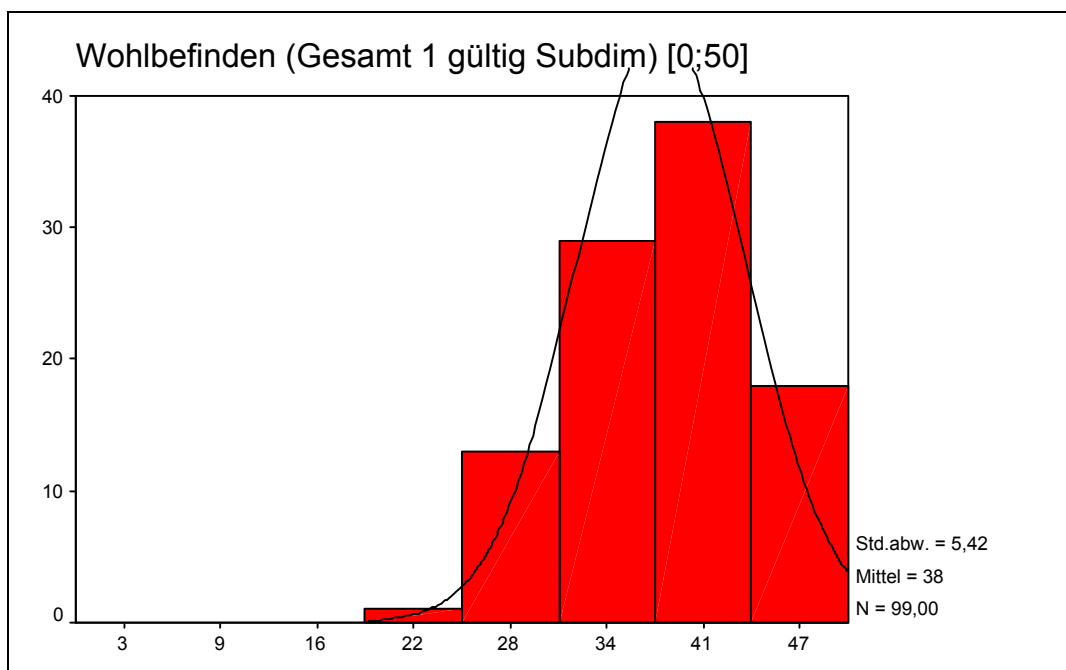
In den beiden Teilbereichen Hilfe und Betreuung sowie Essen und Umgebung erreichen die befragten BewohnerInnen, gemessen an den theoretischen Schwankungsbreiten von 0 bis 28 und 0 bis 22, mit im Durchschnitt 22 Punkten für Hilfe und Betreuung und 16 Punkten für Essen und Umgebung relativ hohe Scores.

**Abbildung 54: Hilfe & Betreuung (Gesamt 3 gültig) [0;28]**  
**Abbildung 55: Essen & Umgebung (Gesamt 3 gültig) [0;22]**



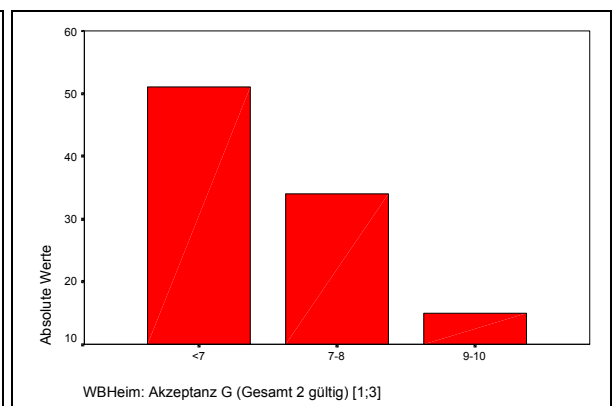
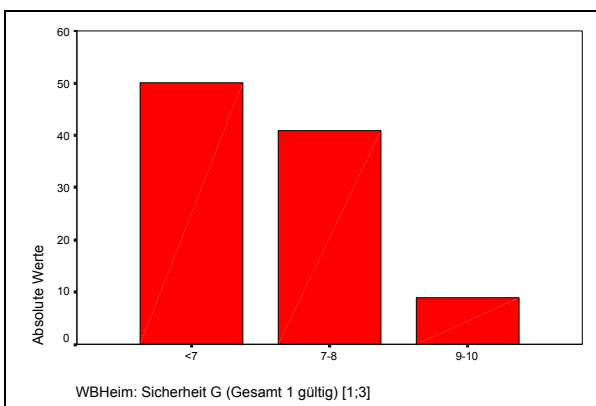
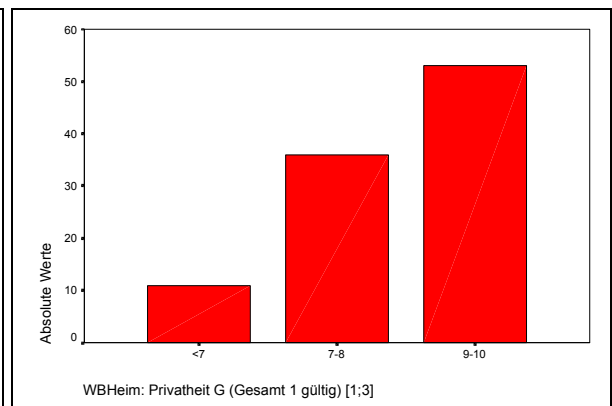
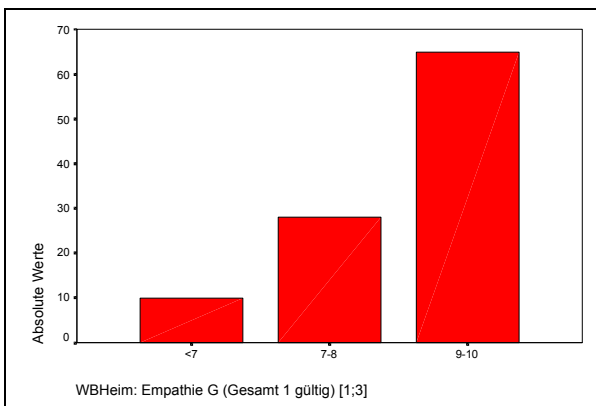
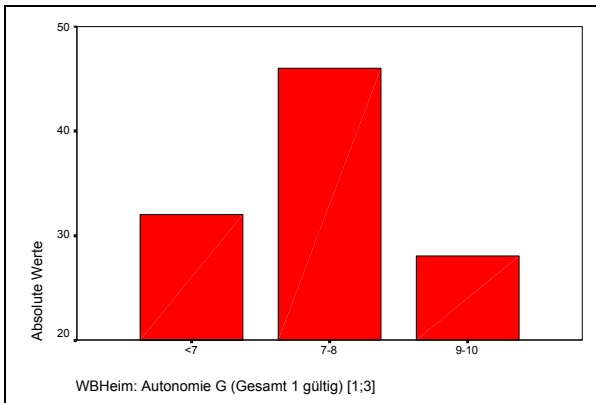
In der Summierung der fünf Dimensionen, die dann einen Score für das Wohlbefinden insgesamt in einem theoretischen Schwankungsbereich von 0 bis 50 ergibt, liegt das arithmetische Mittel bei 38 Punkten und somit ebenfalls deutlich über dem theoretischen Mittel zwischen 0 und 50.

**Abbildung 56: Wohlbefinden Gesamt 1 gültig Subdim) [0;50]**



Die folgenden Abbildungen zeigen die Ergebnisse in den einzelnen Dimensionen des Wohlbefindens in gruppierter Form. Die Anordnung wurde in der Form gewählt, dass vergleichbare Verteilungen in den gruppierten Scores einander gegenüber gestellt sind.

- Abbildung 57: Autonomie gruppiert**
- Abbildung 58: Empathie gruppiert**
- Abbildung 59: Privatheit gruppiert**
- Abbildung 60: Sicherheit gruppiert**
- Abbildung 61: Akzeptanz gruppiert**



### 3.8.2 Alternativer Ansatz

Die Struktur der vorliegenden Ergebnisse zum Wohlbefinden der HeimbewohnerInnen wurde im Detail mit dem Ziel näher analysiert, um einerseits die inneren Zusammenhänge der Skalen zu erkennen, und zum anderen, um eine gegenüber der sehr aufwändigen Form der Abfrage alternative und kurze Vorgehensweise in der Befragung zu entwickeln. Die folgende Tabelle zeigt die wichtigsten Lagemaße und die Anzahl valider Werte für jede der 69 Fragen, die zum Wohlbefinden abgefragt wurden, und zur Erstellung der Skalen beitragen. Mit Blick auf die z. T. unbefriedigenden, weil geringen Streuungen (Spalte Std. abw. = Standardabweichung) wird erkennbar, dass für eine Neukonstituierung der Skalen schon aus diesem Grund ein großer Teil der einzelnen Items auszuschließen ist. Unter der Voraussetzung, dass eine befriedigende Streuung von zumindest 0,5 (Standardabweichung) und valide Werte von zumindest 15 Befragten vorliegen, reduziert sich die Gesamtzahl der 69 Fragen auf nur mehr 36, die in der Tabelle kursiv dargestellt sind.

In weiterer Folge wurden immer die Zusammenhänge des Antwortverhaltens in den fünf Dimensionen des Wohlbefindens – also: Autonomie, Empathie, Privatheit, Sicherheit und Akzeptanz untersucht. Innerhalb der Dimension Autonomie ist allerdings nur eine Korrelation zwischen zwei Fragen mit zumindest Pearson  $R = 0,5$  auf mindestens 95%-Signifikanzniveau gegeben. In den Dimensionen Empathie und Akzeptanz verhält es sich genauso. In den beiden Dimensionen Privatheit und Sicherheit liegen überhaupt keine Korrelationen vor, die den aufgestellten Gütekriterien entsprechen würden.

Im Einzelnen wurden für die Bildung eines alternativen Scores für die Dimension Autonomie die Frage 4 aus dem Bereich Hilfe und Betreuung und die Frage 1 aus dem Bereich Essen und Umgebung aufsummiert, für den alternativen Score der Dimension Akzeptanz die Fragen 1 und 5 aus dem Bereich Essen und Umgebung, und für die Dimension Empathie die Fragen 2 und 11 aus dem Bereich Hilfe und Betreuung addiert. Die tatsächlich ausgewählten sechs Fragen sind in der Tabelle durch Fettdruck hervorgehoben. In weiterer Folge wurden wiederum zwei Varianten für jeden alternativen Summenscore generiert: eine Variante, die voraussetzt, dass in je beiden Einzelfragen gültige Werte einer befragten Person vorliegen, und eine zweite, für die immer nur eine Frage mit valider Antwort gegeben sein muss. Die Zulässigkeit der zweiten Variante resultiert nun aus dem bereits angesprochenen Nachweis des jeweils hoch korrelativen und hoch signifikanten Zusammenhangs der einzelnen „Fragenpaare“.

Tabelle 22: Maßzahlen der Einzelfragen zum Wohlbefinden

Fragen: Wohlbefinden	Valide Werte				Fehlende Werte	
	N	% Valide	Mittel	Std.abw.	N	% Fehlend
<i>Autonomie 1 H&amp;B</i>	102	86%	1,36	0,73	16	14%
<i>Autonomie 2 H&amp;B</i>	51	43%	1,43	0,85	67	57%
<i>Autonomie 3 H&amp;B</i>	28	24%	0,29	0,53	90	76%
<b><i>Autonomie 4 H&amp;B</i></b>	<b>92</b>	<b>78%</b>	<b>1,71</b>	<b>0,64</b>	<b>26</b>	<b>22%</b>
<i>Autonomie 5 H&amp;B</i>	61	52%	1,67	0,75	57	48%
<i>Autonomie 6 H&amp;B</i>	26	22%	1,92	0,27	92	78%
<i>Autonomie 7 H&amp;B</i>	31	26%	1,45	0,62	87	74%
<i>Autonomie 8 H&amp;B</i>	36	31%	1,72	0,70	82	69%
<b><i>Autonomie 1 E&amp;U</i></b>	<b>105</b>	<b>89%</b>	<b>1,70</b>	<b>0,72</b>	<b>13</b>	<b>11%</b>
<i>Autonomie 2 E&amp;U</i>	105	89%	1,06	0,39	13	11%
<i>Autonomie 3 E&amp;U</i>	74	63%	1,93	0,30	44	37%
<i>Autonomie 4 E&amp;U</i>	67	57%	1,90	0,35	51	43%
<i>Autonomie 5 E&amp;U</i>	12	10%	0,25	0,62	106	90%
<i>Autonomie 6 E&amp;U</i>	10	8%	0,80	1,03	108	92%
<i>Autonomie 7 E&amp;U</i>	10	8%	1,40	0,70	108	92%
<i>Empathie 1 H&amp;B</i>	103	87%	1,96	0,28	15	13%
<b><i>Empathie 2 H&amp;B</i></b>	<b>99</b>	<b>84%</b>	<b>1,52</b>	<b>0,86</b>	<b>19</b>	<b>16%</b>
<i>Empathie 3 H&amp;B</i>	55	47%	2,00	0,00	63	53%
<i>Empathie 4 H&amp;B</i>	59	50%	1,83	0,56	59	50%
<i>Empathie 5 H&amp;B</i>	36	31%	1,89	0,46	82	69%
<i>Empathie 6 H&amp;B</i>	33	28%	2,00	0,00	85	72%
<i>Empathie 7 H&amp;B</i>	36	31%	1,56	0,84	82	69%
<i>Empathie 8 H&amp;B</i>	2	2%	1,00	1,41	116	98%
<i>Empathie 9 H&amp;B</i>	29	25%	1,86	0,52	89	75%
<i>Empathie 10 H&amp;B</i>	27	23%	2,00	0,00	91	77%
<b><i>Empathie 11 H&amp;B</i></b>	<b>28</b>	<b>24%</b>	<b>1,86</b>	<b>0,52</b>	<b>90</b>	<b>76%</b>
<i>Empathie 12 H&amp;B</i>	31	26%	2,00	0,00	87	74%
<i>Empathie 13 H&amp;B</i>	19	16%	1,58	0,84	99	84%
<i>Empathie 1 E&amp;U</i>	15	13%	1,60	0,83	103	87%
<i>Empathie 2 E&amp;U</i>	102	86%	1,76	0,65	16	14%
<i>Empathie 3 E&amp;U</i>	98	83%	1,90	0,44	20	17%
<i>Empathie 4 E&amp;U</i>	70	59%	1,37	0,85	48	41%
<i>Empathie 5 E&amp;U</i>	41	35%	2,00	0,00	77	65%
<i>Empathie 6 E&amp;U</i>	33	28%	1,88	0,48	85	72%
<i>Privatheit 1 H&amp;B</i>	59	50%	1,97	0,18	59	50%
<i>Privatheit 2 H&amp;B</i>	55	47%	1,25	0,58	63	53%
<i>Privatheit 3 H&amp;B</i>	97	82%	1,42	0,91	21	18%
<i>Privatheit 4 H&amp;B</i>	60	51%	1,53	0,70	58	49%
<i>Privatheit 5 H&amp;B</i>	9	8%	1,89	0,33	109	92%
<i>Privatheit 6 H&amp;B</i>	2	2%	2,00	0,00	116	98%
<i>Privatheit 7 H&amp;B</i>	3	3%	2,00	0,00	115	97%
<i>Privatheit 8 H&amp;B</i>	55	47%	1,33	0,58	63	53%
<i>Privatheit 9 H&amp;B</i>	13	11%	1,85	0,55	105	89%
<i>Privatheit 1 E&amp;U</i>	55	47%	1,89	0,42	63	53%
<i>Privatheit 2 E&amp;U</i>	84	71%	1,98	0,22	34	29%
<i>Privatheit 3 E&amp;U</i>	66	56%	1,79	0,62	52	44%
<i>Privatheit 4 E&amp;U</i>	45	38%	1,29	0,97	73	62%
<i>Privatheit 5 E&amp;U</i>	36	31%	1,94	0,33	82	69%
<i>Sicherheit 1 H&amp;B</i>	95	81%	1,28	0,96	23	19%
<i>Sicherheit 2 H&amp;B</i>	80	68%	1,95	0,31	38	32%
<i>Sicherheit 3 H&amp;B</i>	96	81%	1,29	0,96	22	19%
<i>Sicherheit 4 H&amp;B</i>	32	27%	1,94	0,35	86	73%
<i>Sicherheit 5 H&amp;B</i>	31	26%	1,94	0,36	87	74%
<i>Sicherheit 6 H&amp;B</i>	29	25%	1,66	0,77	89	75%
<i>Sicherheit 7 H&amp;B</i>	29	25%	1,79	0,62	89	75%
<i>Sicherheit 1 E&amp;U</i>	100	85%	0,54	0,89	18	15%
<i>Sicherheit 2 E&amp;U</i>	90	76%	1,87	0,50	28	24%
<i>Sicherheit 3 E&amp;U</i>	69	58%	1,91	0,41	49	42%
<i>Sicherheit 4 E&amp;U</i>	53	45%	1,96	0,27	65	55%
<i>Sicherheit 5 E&amp;U</i>	39	33%	2,00	0,00	79	67%
<i>Sicherheit 6 E&amp;U</i>	27	23%	1,41	0,93	91	77%
<i>Akzeptanz 1 H&amp;B</i>	98	83%	1,96	0,28	20	17%
<i>Akzeptanz 2 H&amp;B</i>	98	83%	1,59	0,81	20	17%
<b><i>Akzeptanz 1 E&amp;U</i></b>	<b>98</b>	<b>83%</b>	<b>1,20</b>	<b>0,98</b>	<b>20</b>	<b>17%</b>
<i>Akzeptanz 2 E&amp;U</i>	81	69%	1,11	1,00	37	31%
<i>Akzeptanz 3 E&amp;U</i>	92	78%	0,93	1,00	26	22%
<i>Akzeptanz 4 E&amp;U</i>	32	27%	0,63	0,94	86	73%
<b><i>Akzeptanz 5 E&amp;U</i></b>	<b>24</b>	<b>20%</b>	<b>0,67</b>	<b>0,96</b>	<b>94</b>	<b>80%</b>
<i>Akzeptanz 6 E&amp;U</i>	24	20%	1,92	0,41	94	80%

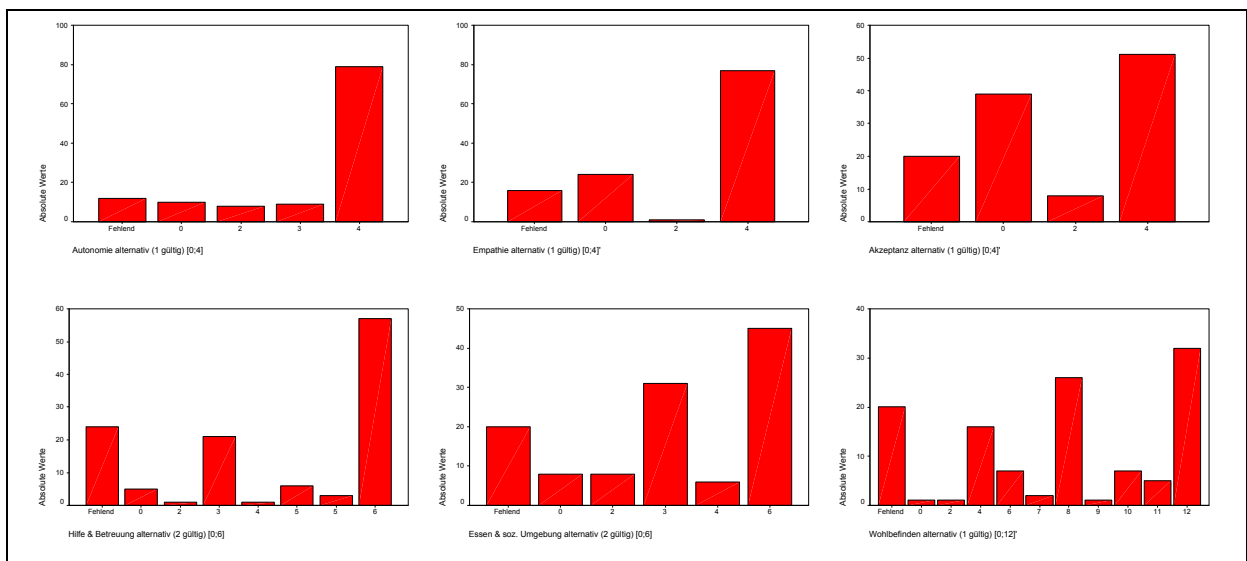


Aus der Summierung der drei alternativ angesetzten Dimensionen resultiert dann ein Wert für das Wohlbefinden gesamt in zwei Versionen.

Da die ausgewählten sechs Fragen auf die beiden Bereiche Essen & Umgebung und Hilfe & Betreuung gleich verteilt, also je drei Fragen einem der Bereiche zugeordnet sind, können auch alternative Summenskalen der Bereiche angesetzt werden. Der Bereichswert für Hilfe und Betreuung ist dann aus zwei Fragen der Dimension Empathie und einer Frage der Dimension Autonomie, jener für Essen und Umgebung aus zwei Fragen der Dimension Akzeptanz und wieder einer Frage der Dimension Autonomie zusammengesetzt. Auch für die Bereiche liegen je zwei Summenscores vor: einer, der voraussetzt, dass alle drei Fragen gültig beantwortet wurden, der andere unter der abgeschwächten Forderung, zweier valid vorliegender Fragen.

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilungen der Befragten auf die Wohlbefindenswerte in den Dimensionen, in den Bereichen und für Wohlbefinden gesamt. Die Zahl der fehlenden Werte unter der Bedingung immer nur eines validen Werts je Dimension und zwei je Bereich ist jeweils extra ausgewiesen.

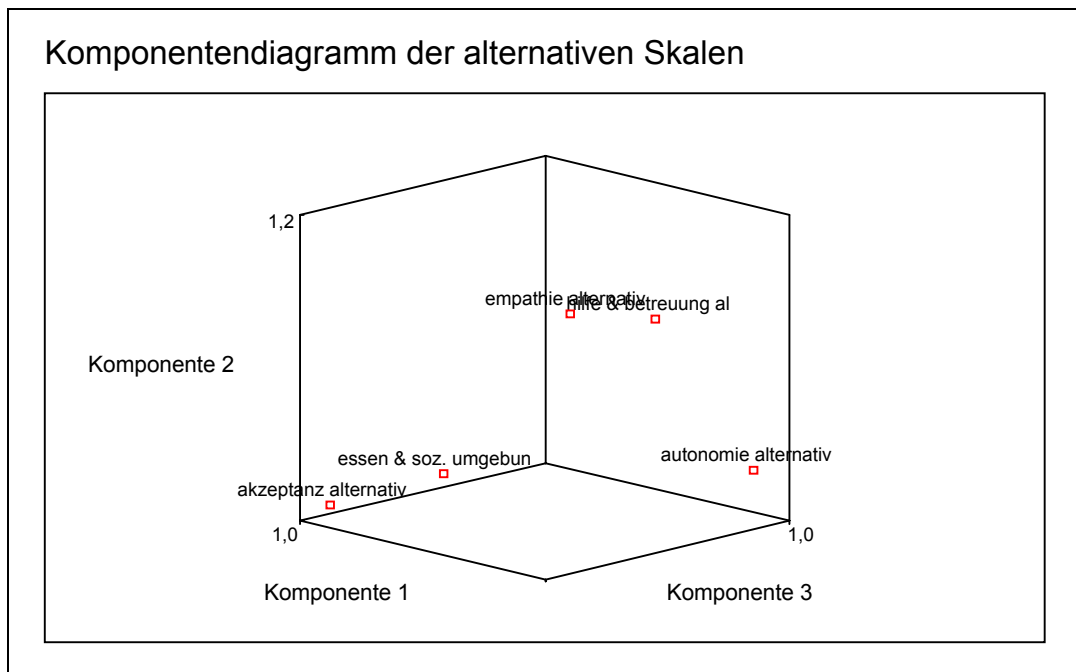
- Abbildung 62: Autonomie alternativ**
- Abbildung 63: Empathie alternativ**
- Abbildung 64: Akzeptanz alternativ**
- Abbildung 65: Hilfe & Betreuung alternativ**
- Abbildung 66: Essen & Umgebung alternativ**
- Abbildung 67: Wohlbefinden gesamt alternativ**



Die hier beschriebenen detaillierten Datenanalysen und weiteren -behandlungen wurden deshalb durchgeführt, weil hinter der Erstellung dieses speziellen Fragenprogramms zum Wohlbefinden von HeimbewohnerInnen die grundlegende Idee steht, es würde sich bei einzelnen Fragen einer Dimension immer um solche handeln, die auch tatsächlich dasselbe messen. Wie nun aber nachgewiesen werden konnte, kann diese Behauptung für das Antwortverhalten der vorliegenden Stichprobe nicht aufrecht erhalten werden. Auf die Alternative, die hier anhand von nur sechs (aus 69!) ausgewählten Fragen erarbeitet wurde, trifft diese Behauptung aber zu. Dies jedoch um den Preis, die Dimensionen Privatheit und Sicherheit nicht anhand von Summenscores ansetzen zu können. Für eine Repräsentativbefragung liegt damit aber ein guter Anhaltspunkt vor, anhand von nur sechs Fragen drei Dimension und zwei Bereiche sowie einen Gesamtscore des subjektiven Wohlempfindens von HeimbewohnerInnen messen zu können! Darüber hinaus wurden auch die hier diskutierten umfänglichen Datenbehandlungen – so wie die Vorgehensweise, die im Kapitel zu den Erhebungsinstrumenten beschrieben ist – in Form von Steueranweisungen festgehalten, und könnten somit in einer weiteren Erhebung zum Wohlbefinden von HeimbewohnerInnen ohne großen Aufwands wiederholt werden!

In der folgenden Abbildung ist das Ergebnis einer Faktorenanalyse in drei Komponenten mit den alternativen Bereichen und Dimensionen dargestellt (Hauptkomponentenanalyse, Varimax-Rotation, 98 % erklärte Gesamtvarianz). Sie macht die, durch die Summierung gegebenen Zusammenhänge der Skalen deutlich. Während die Dimension Autonomie einen eigenen Faktor bildet, ist die Dimension Akzeptanz mit dem Bereich Essen & Umgebung und ist die Dimension Empathie mit Hilfe & Betreuung in einem Faktor zusammengefasst. Es sei hier darauf hingewiesen, dass die konkreten Fragen der Dimension Akzeptanz auf die Akzeptanz in der Gruppe der Heimbewohner abstellen, während in der Dimension Empathie immer Fragen in Zusammenhang mit dem Personal in die Skala eingehen. Dadurch ist aber auch der Bereich Essen und Umgebung einer, der mit dem Begriff „Umgebung“ die „soziale Umgebung“ meint, und da die Akzeptanz unter den MitbewohnerInnen, während der Bereich Hilfe und Betreuung vorrangig auf die Wahrnehmung der Empathie des Personals abstellt.

Abbildung 68: Komponentendiagramm der alternativen Skalen



Wie bis hier her vorgeführt, liefert der alternative Ansatz für die Dimensionen „konsistente“ Ergebnisse, und ist deren innerer Zusammenhang mit den Bereichen gut nachvollziehbar. Darüber hinaus gilt, dass die drei Dimensionen unabhängig voneinander Erklärungswert für die Gesamtskala Wohlbefinden haben. Im Detail ist dies anhand einer multiplen linearen Regression nachweisbar, in der alle drei Dimensionen als unabhängige Variablen die Varianz des Gesamtscores jeweils hochsignifikant „erklären“ (standardisierte Beta-Koeffizienten der linearen Regression: Akzeptanz = 0,62; Empathie 0,55; Autonomie 0,41).

In einem weiteren Analyseschritt wurde auch der Frage nachgegangen, ob die Alternativskalen mit den originalen in Zusammenhang stehen. Dies zeitigte erstaunliche Ergebnisse: Die Alternativen in den Dimensionen Autonomie und Empathie und der alternative Gesamtscore Wohlbefinden korrelieren mit ihren korrespondierenden Originalskalen immer mit Pearson R über 0,7 – die Dimension Akzeptanz und die beiden Bereichswerte mit Pearson R = 0,65. Dies ist umso erstaunlicher, als in den Gesamtscore sowie in die Bereichswerte der alternativen Lösung immer nur drei Dimensionen eingehen.

Somit belegen die vorgenommenen Detailanalysen: Die hier entwickelten alternativen Skalen des Wohlbefindens von HeimbewohnerInnen können anstatt der originalen angesetzt werden. Sie liefern konsistente Ergebnisse, und machen den inneren Zusammenhang der Dimensionen mit den Bereichswerten und auch dem Gesamtscore sichtbar. Zwar ist damit der Verzicht auf zwei mögliche Dimensionen verbunden, aber die Forderung, alle, den Dimensionen zugeordneten Fragen würden dasselbe messen, trifft nur auf die Alternativen, und in *keinem* Fall auf die Originale zu. Somit ist auch aus methodischen Gründen, und nicht zuletzt deshalb, weil Wohlbefinden in diesem Projekt „radikal subjektiv“ interpretiert wird, die alternative Lösung als die diesem Ansatz entsprechende zu werten, wenn nachweisbar ist, dass das Antwortverhalten der befragten HeimbewohnerInnen (also der wertenden „Subjekte“ ihres eigenen Wohlbefindens) nur in den alternativ angesetzten Maßzahlen tatsächlich und ausschließlich als gleich gerichtet innerhalb der Dimensionen gegeben ist, und ein Gesamtmaß des Wohlbefindens tatsächlich aus einander klar unterscheidbaren Dimensionen zusammengesetzt ist.

### 3.8.3 Wohlbefinden und individuelle sowie strukturelle Komponenten

Im Kapitel zu den Determinanten der Lebensqualität wurde bereits herausgearbeitet, dass dieses sozialwissenschaftliche Konzept auch eine Rahmung für die Frage nach dem Zusammenhang objektiver Faktoren der Lebensqualität und subjektiver Wertungen abgibt. An dieser Stelle stellt sich nun zuerst die konkrete Frage, inwieweit das Ausmaß eines objektiv festgestellten individuellen Hilfebedarfs bei Aktivitäten des täglichen Lebens einen direkten Einfluss auf die subjektive Wertung des eigenen Wohlbefindens im speziellen Handlungsfeld Pflegeheim hat, oder ob individuelles Schmerzempfinden, oder auch die Orientiertheit subjektives Wohlbefinden erklären können. Im Fortgang der Diskussion wird sich herausstellen (und dies entspricht dem in diesem Projekt verfolgten theoretischen Ansatz), dass diese monokausale Sichtweise nur eine erste Annäherung an das tatsächlich komplexe Verhältnis von subjektiver Wertung und objektiver Sachlage sein kann, und dass Hilfebedarf gerade im Falle eines Pflegeheims – einer Institution also, deren Aufgabe in der Kompensation dieser Bedarfe und der Förderung der Lebensqualität bei eingeschränkten individuellen Ressourcen besteht – eine für die pflegerischen wie betreuenden Maßnahmen zwar zentrale Kategorie darstellt, aber gerade deshalb mit zunehmendem unterstützenden Handeln ein konstantes subjektives Wohlbefinden einhergehen könnte. Kurz ausgedrückt: Die Institution Pflegeheim kann ideal-

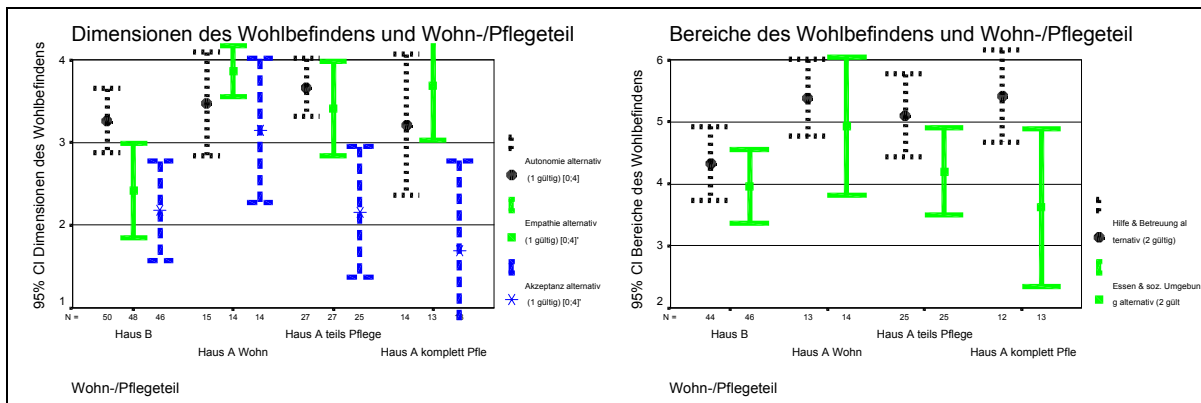
typisch als jene räumlich-architektonische und pflegerisch-betreuende Einheit definiert werden, deren primäre Aufgabe es ist, unabhängig vom individuell gegebenen Hilfebedarf, oder auch Schmerzempfinden, ein konstantes und möglichst hohes Niveau an subjektivem Wohlbefinden herzustellen. Um genau diesen Fragestellungen und Thesen nachzugehen, werden nun im ersten Schritt auf Basis der bis hierher bereits erörterten, auf Individuen bezogenen Parameter der Lebensqualität Zusammenhänge mit dem subjektiven Wohlbefinden getestet. Im zweiten Schritt werden dann Strukturkomponenten unabhängig individueller Parameter hinsichtlich ihres Erklärungswerts geprüft, um dann die auf das Subjekt bezogenen erklärenden Maßzahlen hinsichtlich der Strukturkomponente zu kontrollieren.

Hinsichtlich der Individuen-bezogenen Parameter der Lebensqualität liegt das Ergebnis vor, dass mit zunehmender Einschränkung der Mobilität der HeimbewohnerInnen das Wohlbefinden insgesamt und jenes in der Dimension Empathie (hochsignifikant) sinkt, und auch in der Dimensionen Akzeptanz sowie in den beiden Bereichen Hilfe & Betreuung und Essen & Umgebung noch auf 95 %-Niveau signifikante Korrelationen mit dem subjektiven Wohlbefinden gegeben sind. Die Orientiertheit hat keinerlei direkten Einfluss auf die Wohlbefindenswerte, obwohl die sich davon abhängig erweisenden Hilfebedarfe bezüglich alltäglicher Verrichtungen und Kontinenz signifikante Erklärungswerte für den Wohlbefindensbereich Hilfe & Betreuung sowie für die Dimensionen Empathie und Akzeptanz, als auch für das Wohlbefinden insgesamt liefern. Auch das individuelle Schmerzempfinden, in dieser Studie allerdings nur in sehr verkürzter Form erhoben, hat keinerlei Erklärungswert für divergierende Wohlbefindenswerte.

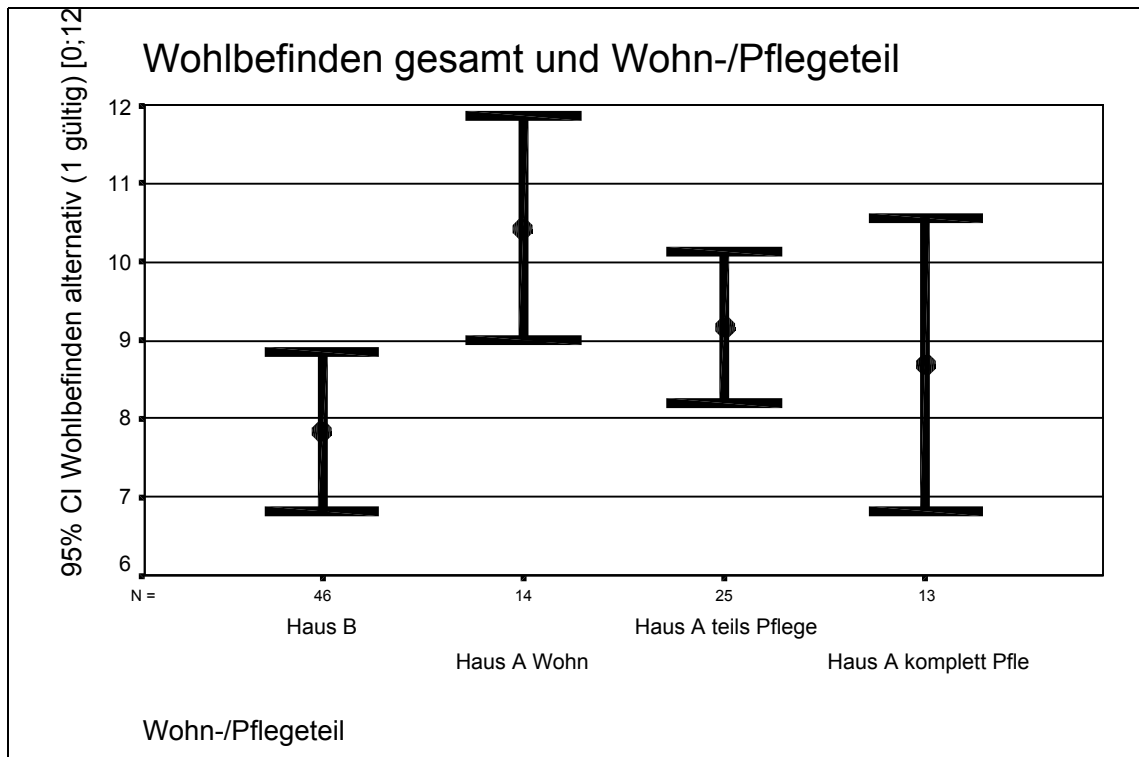
Die bereits angezogene Frage ist nun aber, ob die nachweisbaren Zusammenhänge zwischen subjektivem Wohlbefinden und individuellen Hilfebedarfen auch unabhängig jeglicher Strukturkomponente nachweisbar sind. Zu diesem Zweck wurden zuerst die Wohlbefindenswerte zwischen Haus B und den Stationen des Hauses A verglichen. Dies zeitigt das Ergebnis, dass die Wohlbefindenswerte – nun unabhängig von individuellen Hilfebedarfen – in der Dimension Empathie – also jener Komponente, die auf die Wahrnehmung der Empathie des Personals abstellt – unabhängig von der Zuteilung auf Wohn- oder Pflgeeteil in Haus B signifikant höher liegen als in Haus A. Auch der Bereich Hilfe & Betreuung sowie das subjektive Wohlbefinden gesamt liegen in Haus A generell auf signifikant höherem Niveau. Die Werte

für die Dimension Autonomie sind überall auf gleichem Niveau, jene für die Dimension Akzeptanz, die die empfundene Akzeptanz innerhalb der Bewohnergruppe messen, zeigen sich zwar je nach Haus und in Haus A je nach Aufteilung auf Wohn- oder Pflgeteil auf unterschiedlichem Niveau, aber immer mit großer Streuung, weshalb dieser Strukturzusammenhang nicht mehr signifikant nachweisbar ist.

**Abbildung 69: Dimensionen des Wohlbefindens alternativ und Wohn/Pflgeteil**  
**Abbildung 70: Bereiche des Wohlbefindens alternativ und Wohn/Pflgeteil**



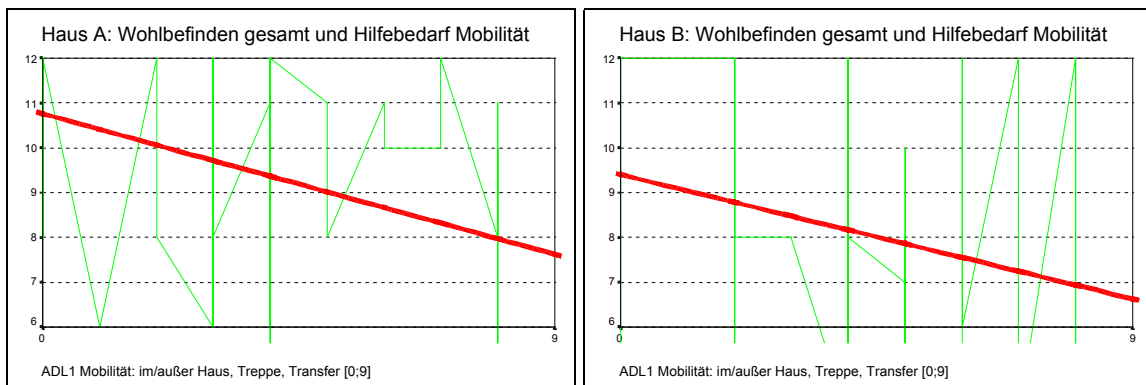
**Abbildung 71: Wohlbefinden gesamt alternativ und Wohn/Pflgeteil**



Für den letztlich intendierten Vergleich der Zusammenhänge von Hilfebedarfen mit Wohlbefindenswerten auf der kleinsten Analyseeinheit der Strukturkomponente Wohn- oder Pflegeteil sind die erreichten Fallzahlen aus statistisch-methodischer Sicht leider zu gering, weshalb jetzt nur mehr ein Vergleich zwischen den Häusern diskutiert wird. Da stellt sich dann das erstaunliche Ergebnis ein, dass in Haus B generell kein signifikanter Zusammenhang zwischen Hilfebedarfen und Wohlbefinden gegeben ist, während in Haus A jetzt in der Dimension Autonomie und nicht in der der Empathie, dafür in beiden Teilbereichen und vor allem im Gesamtscore des subjektiven Wohlbefindens Abhängigkeiten vom gegebenen Hilfebedarf im Bereich Mobilität nachweisbar sind. Die folgende Abbildung stellt die Ergebnisse in den beiden Häusern hinsichtlich des Zusammenhangs des Wohlbefindens gesamt und des Hilfebedarfs bei der Mobilität einander gegenüber. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass die lineare Verquickung dieser beiden individuellen Komponenten in Haus B keine signifikante ist, weil die Wohlbefindenswerte um die eingetragene Gerade stark streuen. Allerdings liegt das konstante Glied der Regressionsgeraden unter jenem des Hauses A. (Die Gerade ist in Richtung geringeren Wohlbefindens parallel verschoben.)

**Abbildung 72: Haus A: Wohlbefinden gesamt alternativ und ADL 1 Hilfebedarf Mobilität**

**Abbildung 73: Haus B: Wohlbefinden gesamt alternativ und ADL 1 Hilfebedarf Mobilität**



Die Diskussion zusammenfassend muss also festgehalten werden:

In der Stichprobe sind sowohl strukturelle wie individuelle erklärende Komponenten des Wohlbefindens statistisch nachweisbar. Während in Haus B vor allem die Wohlbefindenswerte in der Dimension Empathie, aber auch insgesamt unabhängig von individuell gegebenen Hilfebedarfen signifikant unter jenen des Hauses A liegen (strukturelle Komponente),

kann bei der Bewohnerschaft des Hauses A davon ausgegangen werden, dass mit zunehmender Mobilitätseinschränkung das subjektive Wohlbefinden schlechter wird, und hier vor allem in der Dimension Autonomie (individuelle Komponente), aber nicht in der Dimension Empathie (Nachweis auf individueller wie struktureller Ebene).

### 3.9 Wohlbefinden im Spiegel offener Fragestellungen

Das vorliegende zentrale Ergebnis, dass sich vor allem die Wohlbefindensdimension Empathie als vorrangig „strukturell“ erklärbar herausstellt, wird nun im Sinne einer „Methodentriangulation“ einer weiteren kritischen Überprüfung unterzogen. Es geht dabei darum, die Ergebnisse, die anhand geschlossener Fragestellungen zum Wohlbefinden vorliegen, anhand von Daten, die mit anderer Methodik erhoben wurden, zu kontrollieren. Dazu können vorliegende Antworten auf insgesamt vier im Rahmen der Befragung mit Fragebogen 1 offen gestellte Fragen herangezogen werden. Sie sollen das Ergebnis entweder absichern, oder auch in Frage stellen. Bei den offenen Fragen handelt es sich um die Frage 3 zur Dimension Autonomie im Bereich Hilfe und Betreuung, die Frage 2 der Dimension Sicherheit im Bereich Essen und Umgebung, die Frage 2 der Dimension Akzeptanz bei Hilfe und Betreuung sowie die letzte Frage des Fragebogens 1, die keiner Wohlbefindensdimension zugeordnet ist. Allen Fragen gemein ist die semantisch negative Konnotation, die dazu angetan ist, möglichst kritische Stimmen einzufangen bzw. negativ gestimmte Antworten zu provozieren. Dies sollte aus dem Wortlaut der Fragen unmittelbar hervorgehen.

- Passt Ihnen hier im Heim etwas nicht?
- Was macht Ihnen denn Angst? (wenn: „Macht Ihnen im Heim etwas Angst?“, zutreffend)
- Was tun die Schwestern dann? (wenn: „Gibt es unter den Schwestern ‚böse‘?“, zutreffend)
- Was fehlt Ihnen am meisten hier im Heim?

Der „Gegenkontrolle“ kann die einzig offen gehaltene Frage des Fragebogens 2 dienen, die am Ende platziert und positiv formuliert ist.

- Was gefällt Ihnen hier im Heim eigentlich am besten?

Insgesamt liegen 255 Analyseeinheiten von 86 Befragten vor, die anhand der offenen Fragenformulierungen zustande gekommen sind. Dies wird aus der ersten der beiden Tabellen er-



sichtlich. Als Analyseeinheit gilt in diesem Zusammenhang immer eine inhaltlich abgrenzbare Antwort, weshalb in einigen Fällen auch zwei oder mehr Antworten auf eine Frage hin als eben zwei oder mehr Analyseeinheiten angesetzt sind. Für rund ein Viertel der 86 Befragten liegt nur eine Analyseeinheit vor, für je rund 20 % sind zwei, drei oder vier Einheiten der Analyse zugänglich. Die restlichen 15 % haben 5 bis 10 Antworten auf die fünf Fragen gegeben. Die erste Tabelle zeigt die Verteilung der Antworten und der Befragten auf die fünf Fragen. Die meisten Analyseeinheiten liegen somit für die Fragen 5 und 4 vor, gefolgt von Frage 1. Die meisten Befragten haben auf Frage 4 geantwortet, gefolgt von Frage 5 und Frage 1. Bei allen Fragen dominieren jene Befragten, die nur eine Antwort gegeben haben.

**Tabelle 23: Antworten auf und Befragte bei offenen Fragestellungen (Überblick)**

**Tabelle 24: Offene Fragestellungen (erste Verdichtung)**

Frage	Antworten	Befragte
1) Passt nicht	1	32
	2	9
	3	1
Summe	53	42
2) Macht Angst	1	5
	2	1
Summe	7	6
3) Macht Schwester	1	14
	2	4
	3	2
Summe	28	20
4) Fehlt am meisten	1	52
	2	11
	3	3
Summe	83	66
5) Gefällt am besten	1	36
	2	13
	3	6
	4	1
Summe	84	56
Alle 5 Fragen	255	86

Antwort	Befragte
Passt nicht Personal	7
Passt nicht Heimbewohner	4
Passt nicht Essen	10
Passt nicht Architektur	1
Passt nicht Heimausstattung	3
Passt nicht keine Ausflüge	2
Passt nicht keine Freiheit	1
Passt nicht keine Intimsphäre	1
Passt nicht nichts zu tun / keine Verantwortung	2
(Passt nicht bin zufrieden)	17
Macht Angst Heimbewohner	2
Macht Angst Einsamkeit	1
Macht Angst Gesundheit	3
Macht Angst Hausarrest	1
Macht Schwester Freiheit einschränken	1
Macht Schwester ihre Arbeit nicht	7
Macht Schwester mich ignorieren	3
Macht Schwester abweisend verhalten	8
(Macht Schwester wird verteidigt)	1
Fehlt Gespräche / angenehme Mitbewohner	3
Fehlt Heimausstattung	2
Fehlt Familie Freunde Bekannte	22
Fehlt Abwechslung	1
Fehlt Freiheit	7
Fehlt Spaziergänge	5
(Fehlt mit nichts)	33
Gefällt Pflegepersonal	16
Gefällt Heimbewohner	4
Gefällt Essen	5
Gefällt Ausstattung	5
Gefällt Zimmer	8
Gefällt Aktivitäten	6
Gefällt Atmosphäre	8
Gefällt Fernsehen	4
Gefällt Alleinsein	3
Gefällt Alles	13
(Gefällt mir nichts)	5

Durch Zuordnung auf einzelne Themenbereiche, die in den Antworten angesprochen werden, wird dann in der zweiten Tabelle deren Gerichtetheit und Inhalt erkennbar. Da Mehrfachantworten einer befragten Person auf eine Frage hin, die ein und dem selben Thema eindeutig

subsumiert werden können, in weiterer Folge als eine kumulierte Analyseeinheit angesetzt wurden, reduziert sich die Zahl der Antworten auf 225 und fällt die Analyseeinheit Antwort mit der Einheit Befragte/r zusammen, wenn die zugeordneten Antworten differenziert nach Frage wiedergegeben werden. So haben z. B. 7 HeimbewohnerInnen bei der Frage: „Passt Ihnen hier im Heim etwas nicht?“, in Bezug auf die Gruppe des Personals einen (oder auch mehrere) kritische Kommentare gegeben, oder sich 4 Befragte in Bezug auf die Gruppe der MitbewohnerInnen kritisch geäußert. Allerdings haben auf die selbe Frage hin auch 17 Befragte mit: „Ich bin zufrieden“, oder „Eigentlich passt alles“ geantwortet, weshalb sich die Gerichtetheit der Antworten in diesem Falle umkehrt, obwohl die Fragestellung negativ formuliert ist. Diese, gewissermaßen „paradoxen“ Antworten liegen für alle Fragestellungen vor.

Da nun auf unterschiedliche Fragen hin gleich gerichtete Antworten mit selbem Themenbezug gegeben sind, kann die gewonnene Information weiter verdichtet werden, indem über die Fragen hinweg zusammengefasst wird. Dadurch können dann z.B. negativ gerichtete Antworten zum Thema Personal positiv gerichteten mit selbem Thema gegenübergestellt werden. Genauso liegen z. B. negativ gerichtete Antworten auf z. B. MitbewohnerInnen hin für mehrere Fragen vor, die zusammengefasst wurden („passen nicht“, „machen Angst“ und „angenehme MitbewohnerInnen fehlen“). In der folgenden Tabelle sind die in dieser Form zusammengefassten und gerichteten Antwortgruppen und jene Einzelantworten auf Fragen hin, die zwar nicht subsumiert wurden, aber dennoch zumindest für fünf Befragte zutreffen, enthalten. Aufgrund der Tatsache, dass jene Antworten, die nur von wenigen geben wurden, und dass über die Positiv/ Negativ-Antwortkategorien aggregiert wurde, also gleichgerichtete und mit selbem Themenbezug vorliegende Antworten ein und derselben Person, unabhängig von der Fragestellung nur mehr einmal gezählt wurden, reduziert sich die Zahl der Analyseeinheiten auf 183.

Tabelle 25: Offene Fragestellungen je nach Haus (zweite Verdichtung)

Antwortkategorien	Bewohner Absolut			Bewohner %		
	Haus A	Haus B	Summe	Haus A	Haus B	Summe
Personal neg	6	16	22	16%	33%	26%
Personal pos	5	11	16	13%	23%	19%
HeimbewohnerInnen neg	2	6	8	5%	13%	9%
HeimbewohnerInnen pos	3	1	4	8%	2%	5%
Ausstattung neg	0	4	4	0%	8%	5%
Ausstattung pos	1	4	5	3%	8%	6%
Freiheit neg	2	6	8	5%	13%	9%
Essen neg	2	8	10	5%	17%	12%
Essen pos	3	2	5	8%	4%	6%
Pauschal neg	3	2	5	8%	4%	6%
Pauschal pos	19	28	47	50%	58%	55%
Fehlt Spaziergänge	2	3	5	5%	6%	6%
Fehlt Familie Freunde Bekannte	9	13	22	24%	27%	26%
Gefällt Aktivitäten	4	2	6	11%	4%	7%
Gefällt Zimmer	4	4	8	11%	8%	9%
Gefällt Atmosphäre	2	6	8	5%	13%	9%
Alle Antwortkategorien	38	48	86	100%	100%	100%

Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis der letzten Datenbehandlung, in der bei den zusammengefassten Themen jene 7 Befragten, die zum selben Thema, einmal positiv und bei einer anderen Frage negativ gerichtet geantwortet haben, der Kategorie „ambivalent“ zugeordnet wurden. Diese Kategorie ist hauptsächlich im Bezug auf den Themenkreis Personal, und da ausschließlich für Haus B gegeben.

Tabelle 26: Offene Fragestellungen je nach Haus (Ergebnistabelle)

Themen	Richtung	Bewohner Absolut			Bewohner %		
		Haus A	Haus B	Summe	Haus A	Haus B	Summe
Personal	negativ	6	11	17	55%	50%	52%
	ambivalent	0	5	5	0%	23%	15%
	positiv	5	6	11	45%	27%	33%
	Gesamt	11	22	33	100%	100%	100%
HeimbewohnerInnen	negativ	2	6	8	40%	86%	67%
	positiv	3	1	4	60%	14%	33%
	Gesamt	5	7	12	100%	100%	100%
Ausstattung	negativ	0	4	4	0%	50%	44%
	positiv	1	4	5	100%	50%	56%
	Gesamt	1	8	9	100%	100%	100%
Essen	negativ	2	7	9	40%	78%	64%
	ambivalent	0	1	1	0%	11%	7%
	positiv	3	1	4	60%	11%	29%
	Gesamt	5	9	14	100%	100%	100%
Pauschal	negativ	2	2	4	10%	7%	8%
	ambivalent	1	0	1	5%	0%	2%
	positiv	18	28	46	86%	93%	90%
	Gesamt	21	30	51	100%	100%	100%
Antworten	Richtung	Antworten Absolut			Antworten %		
Freiheit	fehlt (negativ)	2	6	8	15%	27%	23%
Spaziergänge		2	3	5	15%	14%	14%
Familie Freunde Bekannte		9	13	22	69%	59%	63%
Gesamt		13	22	35	100%	100%	100%
Aktivitäten	gefällt (positiv)	4	2	6	40%	17%	27%
Zimmer		4	4	8	40%	33%	36%
Atmosphäre		2	6	8	20%	50%	36%
Gesamt		10	12	22	100%	100%	100%
Richtung		Antworten Absolut			Antworten %		
negativ/ fehlt (ohne Pauschal)		23	50	73	51%	63%	58%
ambivalent (ohne Pauschal)		0	6	6	0%	8%	5%
positiv/ gefällt (ohne Pauschal)		22	24	46	49%	30%	37%
Gesamt (ohne Pauschal)		45	80	125	100%	100%	100%
negativ/ fehlt (mit Pauschal)		25	52	77	38%	47%	44%
ambivalent (mit Pauschal)		1	6	7	2%	5%	4%
positiv/ gefällt (mit Pauschal)		40	52	92	61%	47%	52%
Gesamt (mit Pauschal)		66	110	176	100%	100%	100%

Das zuletzt tabellarisch präsentierte Ergebnis kann nun einer Interpretation als Grundlage dienen:

Pauschalurteile auf die vorrangig negativ formulierten Fragen stellen insgesamt gesehen die größere aller Antwortgruppen dar, sind aber mit 90 % Anteil hauptsächlich positiv gerichtet, also überwiegend „paradoxe“ Antworten.

Urteile über das Personal sind zur Hälfte negativ und zu einem Drittel positiv gerichtet. 15 % der Urteile sind ambivalent. In der Unterscheidung der Häuser fällt auf, dass ausschließlich in

Haus B ambivalente und dadurch dort vor allem deutlich weniger positiv gerichtete Antworten vorliegen.

Auch hinsichtlich der Heim(mit)bewohnerschaft oder dem Themenbereich Essen liegen für Haus B eindeutig höhere Anteile negativ gerichteter Antworten vor, allerdings sind die Gesamtzahlen der Antworten nur mehr sehr gering.

Werden außer den pauschalen, alle negativ gerichteten Antworten in den Themenbereichen, samt den eindeutig negativ gerichteten Einzelantworten aufsummiert, liegen 73 Analyseeinheiten vor, die gegenüber positiv oder ambivalent gerichteten 58 % ausmachen. In Haus B liegt dieser Anteil bei 63 % und in Haus A bei nur 51 %, während der Anteil der positiv gerichteten Antworten in Haus B bei nur 30 % und in Haus A bei knapp 50 % liegt. Werden die pauschalen Antworten zusätzlich berücksichtigt, steigt zwar der Anteil der positiv gerichteten generell, aber in der Unterscheidung der Häuser bleibt die beschriebene Tendenz der kritischeren Befragten in Haus B bestehen.

Für die eingangs gestellte Aufgabe nach kritischer Überprüfung eines aus geschlossenen standardisierten Fragestellungen gewonnenen Ergebnisses, dass die Strukturkomponente mehr als die individuellen Merkmale der Bewohnerschaft erklärenden Wert vor allem in der Dimension Empathie, aber auch für die Werte des subjektiven Wohlbefindens insgesamt hat, liefern die Antworten auf die offenen Fragen somit Ergebnisse, die diese These erhärten. Denn sowohl insgesamt betrachtet, als auch mit speziellem Bezug auf das Personal weist das Antwortverhalten eindeutig in die selbe Richtung, wie in der geschlossenen Abfrage.

### **3.10 Wohlbefinden und Lebensqualität im Pflegeheim: erste Zwischenbetrachtung**

Die bis hier her anhand des Fragebogens 1 und Zusatzdaten gewonnenen Erkenntnisse können wie folgt zusammengefasst werden:

Die Lebensqualität der Bewohnerschaft der für die Fallstudie ausgewählten Altenpflegeheime kann am besten als Form eines Zusammenhangs dreier Variablengruppen dargestellt werden,

von denen eine, nämlich das subjektive Wohlbefinden in unterscheidbaren Dimensionen und auf spezifische Bereiche hin, erst aus den beiden anderen Variablengruppen erklärbar wird.

Wie schon im Abschnitt über das Konzept der Lebensqualität herausgearbeitet und in der Veranschaulichung der Struktur der Lebensqualität dargestellt, bildet die hier vorgenommene Operationalisierung des Wohlbefindens jene kognitive Komponente ab, die als Zufriedenheit mit typischen Lebensbereichen des Heimalltags zu verstehen ist – das sind für die Bewohnerschaft die relevanten Handlungsbezüge und -felder Hilfe & Betreuung sowie Essen & soziale Umgebung – und in den Dimensionen Empathie, Autonomie und Akzeptanz vorliegt – jenem Konzept, das im Rahmen der Veranschaulichung der Determinanten der Lebensqualität mit den Begriffen Selbstbestimmung, Autonomie und Individualität belegt wurde. Anhand dieser Variablengruppe wird auch am besten nachvollziehbar, wie die im Konzeptteil geforderte Radikalisierung der subjektiven Komponente im Forschungszusammenhang konkret gemeint ist, weil ausschließlich das zwar kognitive, aber subjektive Urteil abgefragt und in Form von Skalen reproduziert wird. Als Ergebnis liegen dann Daten vor, die einen inneren Zusammenhang von Zufriedenheiten in Dimensionen und mit Bereichen nachvollziehbar machen, aber das Wohlbefinden an sich immer noch rein subjektiv, also gewissermaßen losgelöst von objektiven Tatsachen, abbilden.

Erst indem diese subjektiven Urteile auf konkrete Handlungsfelder – das sind dann unterscheidbare Häuser oder Stationen, in denen die BewohnerInnen leben, mit den MitbewohnerInnen und dem Personal interagieren – bezogen und im Zusammenhang mit der individuellen Orientiertheit, dem individuell gegebenen Hilfebedarf etc. gesehen werden, können sie entlang der Variablengruppe individueller Ressourcen gewissermaßen eingeordnet, und Aussagen wie: „Mit zunehmendem Hilfebedarf bei der Mobilität sinkt das Wohlbefinden in der Dimension Autonomie“, gemacht werden. Aber auch die beiden, die subjektiven Urteile ordnenden Variablengruppen der individuellen Ressourcen und der Handlungsbezüge – also der objektiv gegebenen individuellen und der objektiv unterscheidbaren strukturellen Komponenten der Lebensqualität – sind als auf das Wohlbefinden hin verwoben zu verstehen bzw. nur in dieser Form nachweisbar. Denn der hier beispielhaft ins Treffen geführte Zusammenhang von Wohlbefinden in der Dimension Autonomie und dem individuellen Hilfebedarf gilt nicht über die Handlungsfelder hinweg, sondern eben nur in einem konkreten Heim oder der Station eines Heimes, während andere Ordnungen subjektiver Urteile unabhängig von indivi-

duellen Ressourcen darstellbar sind und sich „strukturell“, allein anhand der Unterscheidung zwischen Heimen zeigen.

Im Fortgang der anschließenden Diskussion der Daten, die mit Hilfe des Fragebogens 2 erhoben wurden, wird genau die hier und im Konzeptteil dargestellte Rahmung der Lebensqualität im Pflegeheim weiterhin verfolgt und nachgewiesen werden. Die zentralen Komponenten werden gewissermaßen weiter „gesättigt“ werden. Der subjektiven Komponente, dem Wohlbefinden im Heim, werden weitere, auf den Lebensraum Heim hin orientierte Bereichszufriedenheiten zugeordnet, und darüber hinaus für repräsentative Bevölkerungsgruppen (außerhalb von Heimen) getestete Skalen des Wohlbefindens beigelegt, was die Möglichkeit des Vergleichs der speziellen Heimpopulation mit anderen Bevölkerungsteilen ermöglichen kann. Die Handlungsbezüge werden um herausgehobene Prozesse wie dem Heimeintritt und weitere typische Handlungsfelder wie organisierte Freizeitaktivitäten, und die Variablengruppe der individuellen Ressourcen durch weitere Variablen sozialer und psychischer Ressourcen wie dem Ego-zentrierten sozialen Netzwerk oder dem Selbstwertgefühl ergänzt werden.

### **3.11 Dritte Anhaltspunkte zur Befragbarkeit: Lebensqualität und Befragbarkeit**

Bevor mit der eigentlichen Diskussion der weiteren Ergebnisse zum Wohlbefinden eingesetzt werden kann, ist ein weiterer Hinweis auf die Befragbarkeit der Heimpopulation wichtig. Im Kapitel zur Umsetzung des theoretischen Konzepts als Machbarkeitsstudie wurde ausführlich dargelegt, dass die Befragungen in den beiden Heimen einem Stufenplan gefolgt sind, im Rahmen dessen die unterschiedlichen Erhebungsinstrumente entsprechend ihrer „Schwierigkeit“ platziert worden sind, indem die einfach beantwortbaren Fragenteile zu Beginn bzw. im ersten Fragebogen und die komplexeren Erhebungsverfahren am Ende der einzelnen Befragungen bzw. in Fragebogen 2 gestellt wurden. Dadurch konnte eine möglichst hohe Ausschöpfungsquote bei den „einfachen“ Instrumenten erzielt, aber konnten auch Anhaltspunkte gewonnen werden, welche Instrumente welchen Gruppen der Heimpopulation angemessen sind. Die zentralen Erkenntnisse sind im Kapitel der zweiten Anhaltspunkte zur Befragbarkeit bereits ausführlich diskutiert, und geben detailliert Auskunft über Möglichkeiten der Stichprobenziehung für Erhebungen der Lebensqualität in Pflegeheimen.

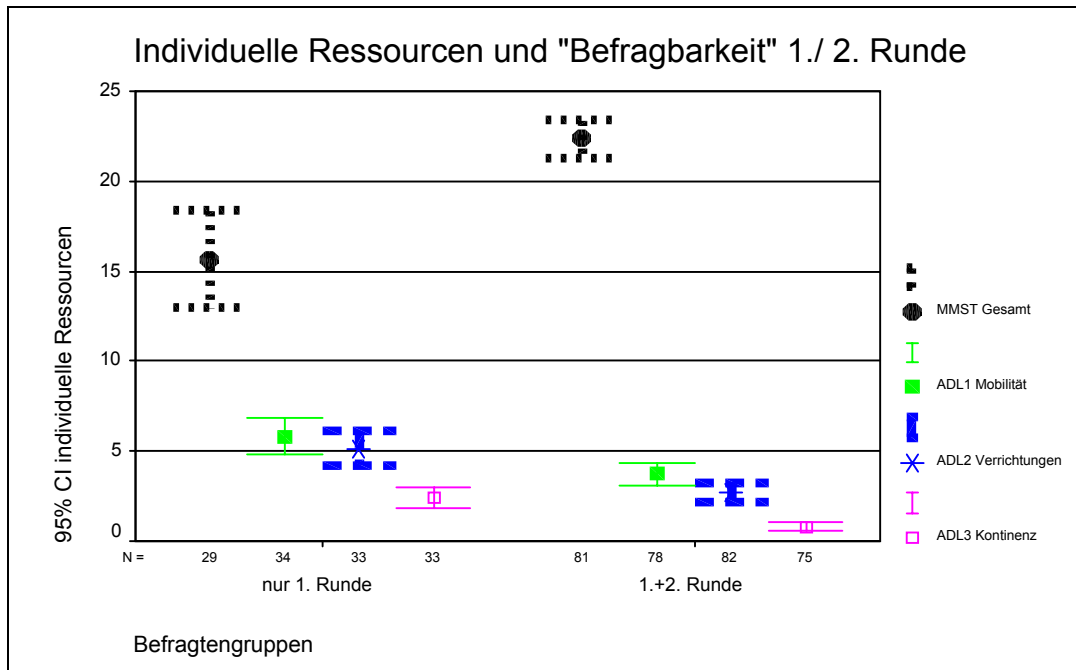
An dieser Stelle ist jedoch wichtig fest zu halten, dass gegenüber den Ergebnissen, wie sie in den vorigen Kapiteln enthalten sind, in weiterer Folge solche präsentiert werden, die aufgrund einer Teilmenge der Gesamtstichprobe „Befragbarer“ zustande gekommen sind. Die jetzt kleinere Stichprobe resultiert aus der unterschiedlichen Befragbarkeit der einzelnen BewohnerInnen, wobei berücksichtigt werden muss, dass das Kriterium der Befragbarkeit auch im Zusammenhang mit der Lebensqualität zu sehen ist, wenn Ausdrucksfähigkeit als Komponente der Lebensqualität interpretiert wird, und vor allem, wenn die These vertreten wird, dass Befragbarkeit in engem Zusammenhang mit körperlich-geistigen Ressourcen steht, also selbst Teil einer spezifischen und zentralen Variablengruppe der Operationalisierung von Lebensqualität ist.

Jedenfalls reduziert sich die Stichprobengröße von 118 mit Fragebogen 1 „Befragbaren“ auf jetzt 83 mit Fragebogen 2 Befragten, für die Ergebnisse vorliegen. Diese Teilmenge entspricht 70 % der Stichprobe 1 und 38 % aller 221 im Erhebungszeitraum in den beiden Heimen lebenden BewohnerInnen.

Wie nun anhand der Abbildung gut ersichtlich wird, trifft tatsächlich zu, dass mit schlechterer „Befragbarkeit“ – jetzt operationalisiert als dichotome Variable: „befragt mit Fragebögen 1 und 2“ gegenüber „befragt mit ausschließlich Fragebogen 1“ – hochsignifikant geringere mittlere individuelle Ressourcen einhergehen. Die mittlere Orientiertheit, gemessen am MMST, der Gruppe der auch mit Fragebogen 2 Befragten liegt zwischen 20 und 25 Punkten, also schon im Bereich der normal Orientiertheit, während jene, die von der Befragung mit Fragebogen 2 ausgenommen wurden, oder auch selbst ausgenommen werden wollten, durch einen mittleren Wert um 15 charakterisiert sind, der schon Verwirrtheit anzeigt ( $\eta^2 = 0,48$ ). Die auf die körperlichen Ressourcen bezogenen Maßzahlen, in der Studie in Form der ausführlich diskutierten ADL-Scores operationalisiert, zeigen für die Gruppe der im Vergleich schwerer „Befragbaren“ ausnahmslos größere mittlere Hilfebedarfe an ( $\eta^2$  für Mobilität = 0,32, basale Verrichtungen = 0,40, Kontinenz = 0,52). Im ADL-Bereich der Kontinenz sind die Abweichungen des mittleren Hilfebedarfs besonders stark ausgeprägt, was aber aufgrund der bereits diskutierten Datenlage gut erklärbar ist, weil nachgewiesen werden konnte, dass gerade der Hilfebedarf bei Kontinenz stark mit der Orientiertheit assoziiert ist.

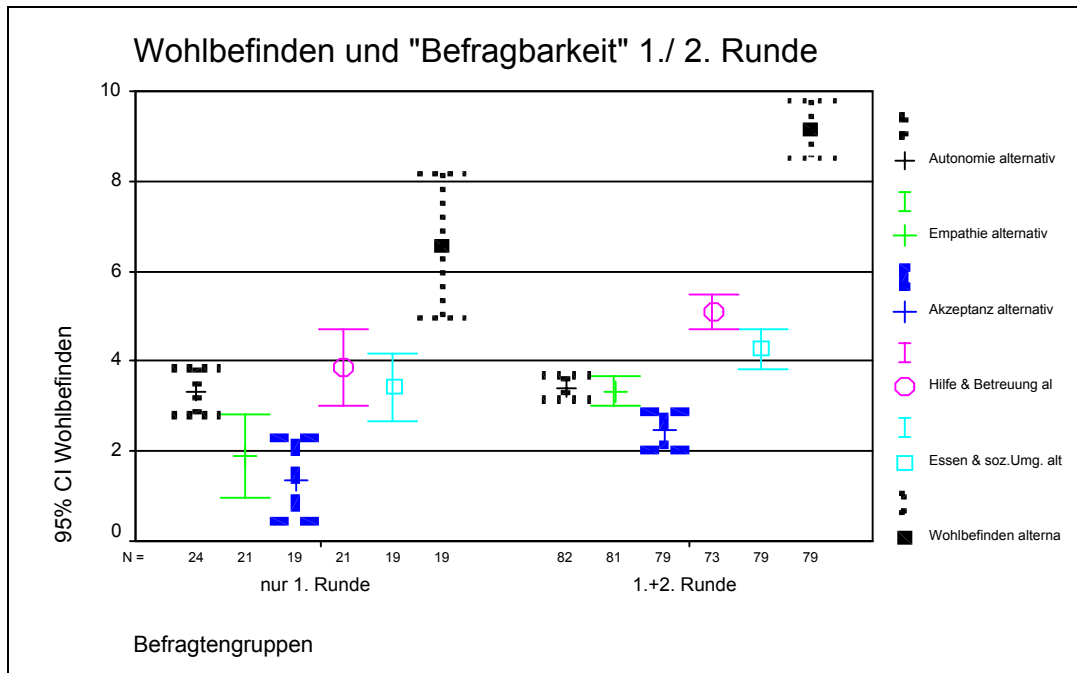


Abbildung 74: Individuelle Ressourcen und „Befragbarkeit“, 1./2. Runde



Auch das mit dem speziellen Erhebungsinstrument des Fragebogen 1 erhobene Wohlbefinden erweist sich als abhängig von der Befragbarkeit. Aber jetzt müssen die einzelnen Dimensionen und auch die Bereiche differenziert betrachtet werden. Während nämlich der mittlere Gesamtscore des Wohlbefindens hochsignifikant abweicht (Eta = 0,33), was auch auf die Dimension Empathie (Eta = 0,34) und den damit assoziierten Bereich Hilfe und Betreuung (Eta = 0,30) zutrifft, kann für die Dimension Autonomie sowie den Bereich Essen und soziale Umgebung kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit der Befragbarkeit nachgewiesen werden, und ist die Dimension Akzeptanz, zwar auf 95 %-Niveau signifikant, aber doch geringer mit der Befragbarkeit assoziiert (Eta = 0,23), wie jene der Empathie.

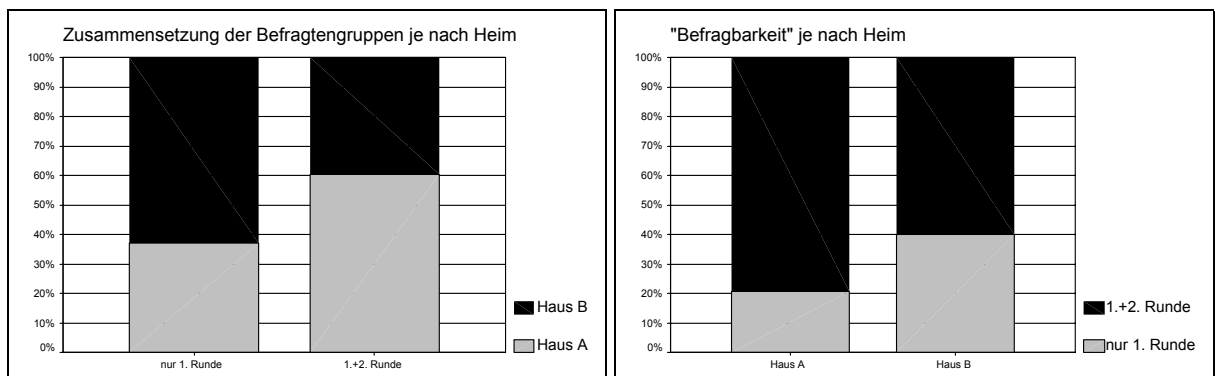
Abbildung 75: Wohlbefinden und „Befragbarkeit“, 1./2. Runde



Allerdings muss auch die bereits diskutierte Strukturkomponente „Heim“ kontrolliert werden. Denn in der Gruppe der von der zweiten Befragtenrunde Ausgeschlossenen dominieren eindeutig die Bewohner des Hauses B (63 % Anteil). Oder anders formuliert: Von den Befragten des Hauses B wurden in der zweiten Runde 40 % ausgeschlossen, während nur 20 % der in Haus A Befragten aus der Stichprobe genommen wurden.

Abbildung 76: Zusammensetzung der Befragtengruppen je nach Heim

Abbildung 77: „Befragbarkeit“ je nach Heim



Dies ist dann ausreichend Anlass, die, für die jeweiligen Gesamtgruppen der besser oder schlechter Befragbaren gegebenen Zusammenhänge mit den individuellen Ressourcen und

den Wohlbefindenswerten hinsichtlich der Strukturkomponente Heim zu kontrollieren, wobei anzumerken ist, dass die Gruppe der in Haus A für die zweite Runde Ausgeschlossenen mit nur 12 Personen für den mit statistischen Mitteln geführten Nachweis eigentlich schon zu klein ist, weshalb auf die Interpretation von Einzelergebnissen verzichtet wird.

Jedenfalls sind keine belegbaren Abweichungen der Maßzahlen des Zusammenhangs der Befragbarkeit mit den individuellen körperlichen und geistigen Ressourcen je nach Heim angezeigt. In den Heimen liegen weiterhin starke Assoziationen vor, während von der Strukturkomponente etwaig hervorgerufene „Verzerrungen“ in keinem Fall signifikant oder auffällig ausgeprägt gegeben sind. In kurze Worte gefasst: Die individuellen Ressourcen schlagen in beiden Heimen auf die Befragbarkeit durch. Der Einfluss einer Strukturkomponente auf diesen Zusammenhang ist nicht nachweisbar.

Im Fall des Zusammenhangs der Befragbarkeit mit den Wohlbefindenswerten ist die Sachlage aber weit komplexer bzw. diffuser (wahrscheinlich nicht zuletzt wegen der schon geringen Fallzahlen), weshalb ein anderer Weg der Kontrolle eines strukturbedingten „bias“ (Verzerrung) in der zweiten Stichprobe eingeschlagen wurde, nämlich eine „Parallelrechnung“ in der zweiten Stichprobe. Die in der ersten Stichprobe bereits gewonnen Erkenntnisse über die direkt und indirekt gegebenen Zusammenhänge des Wohlbefindens mit den individuellen Ressourcen werden jetzt in der zweiten Stichprobe (parallel) nachvollzogen. Es konnte nämlich nachgewiesen werden, dass in der ersten Stichprobe die individuellen Ressourcen der Bewohnerschaft in Haus B keine signifikanten Effekte auf die Wohlbefindenswerte haben, das mittlere Wohlbefinden aber generell unter jenem des Hauses A liegt, während in Haus A durchaus signifikante Effekte der Ressourcen (vor allem der Mobilität) auf das Wohlbefinden (vor allem in der Dimension Autonomie) gegeben sind. Vergleichbare Kausalitäten sind auch in der zweiten Stichprobe nachweisbar. In Haus B sind wieder keine statistisch signifikanten Effekte gegeben, in Haus A aber sehr wohl, wenn auch in z. T. anderen Dimensionen und Bereichen des Wohlbefindens. Dies könnte allerdings durch die Selektion des Kriteriums Befragbarkeit bedingt sein, denn eines konnte ja bereits belegt werden: die Befragbarkeit geht in beiden Häusern Hand in Hand mit den Ressourcen, und ein zweites Indiz ist in beiden Stichproben gleichermaßen nachweisbar: nur in Haus A wird das Wohlbefinden (auch) aus eben diesen individuellen Ressourcen erklärbar. Somit kann bei in Stichprobe 2 anderer Gemengenlage der Ressourcen auch nur ein Effekt der Gemengenlage der Zusammenhänge zwischen Ressourcen und Wohlbefinden in Haus A erwartet werden.

Die zentrale These, dass die Befragbarkeit und somit auch die Auswahl „Befragbarer“ einen direkten Einfluss auf die Ergebnisse zur in einem Heim erreichten Lebensqualität haben, kann jedenfalls eindeutig anhand der Studie belegt werden, weshalb gerade in Pflegeheimen der Kontrolle der Stichprobenziehung, wie in dieser Studie im Rahmen der zweiten Anhaltspunkte zur Befragbarkeit dargestellt, eine besonders große Bedeutung zukommt.

### **3.12 Wohlbefinden „befragbarer“ HeimbewohnerInnen: Ergebnisse der allgemeinen Erhebungsinstrumente**

Wie oben und auch an anderen Stellen schon hingewiesen wurde, beruhen die nun folgend dargestellten Ergebnisse auf einem Fragebogen, mit dem nur mehr ein aufgrund ihrer besseren Befragbarkeit ausgewählter BewohnerInnenkreis konfrontiert wurde. Die mit Fragebogen 2 befragte Stichprobe umfasst insgesamt 83 BewohnerInnen der beiden Heime, während die Gesamtzahl der mit Fragebogen 1 Befragten 118 Personen beträgt.

Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse wurden mit den bereits im Zusammenhang mit den Instrumenten zur Erhebung der subjektiven Lebensqualität älterer und alter Menschen beschriebenen Skalen gewonnen. Es handelt sich dabei um eine Lebenszufriedenheitsskala von Pavot und Diener (1993), und eine ebenfalls an repräsentativen Bevölkerungsgruppen getestete Skala zum allgemeinen subjektiven Wohlempfinden (PGCMS), die in der Berliner Altersstudie (BASE) eingesetzt wurde, weshalb hierfür Vergleichsergebnisse vorliegen. (Lawton 1975) Die Skala zur Lebenszufriedenheit wurde im Alterssurvey, in der 2. Erhebungswelle in der BRD eingesetzt, allerdings liegen aufgrund von Verzögerungen noch keine Vergleichsdaten vor.

Die folgenden Tabellen zeigen das Ergebnis der Instrumente. Im Fall der PGCMS (Philadelphia Geriatric Center Moral Scale) repräsentieren die Vergleichsdaten der BASE die Stichprobe einer Erhebung in Berlin-West in der Altersgruppe 70-Jähriger und Älterer in Privathaushalten, also einer zwar alten, aber im Vergleich mit unserer Stichprobe städtischen und vor allem nicht institutionalisierten Bevölkerungsgruppe, die zwischen 1990 und 1993 befragt wurde. Zum Verständnis der Werte in den einzelnen Items der Skalen ist wichtig zu wissen, dass ungeachtet der Gerichtetheit der Fragen ein höherer Wert immer ein höheres Maß an Zufriedenheit bzw. Wohlbefinden anzeigt. Die Bildung der Gruppenscores wurde anhand von

Reliabilitätsanalysen überprüft. Die Cronbachs Alpha Werte betragen: 0,71 für die Lebenszufriedenheitsskala, 0,82 für die Teilskala Unaufgeregtheit der PGCMS, 0,69 für die Teilskala Zufriedenheit mit dem eigenen Alter, 0,60 für die alternativ angesetzte Teilskala Lebenszufriedenheit und für die Gesamtskala PGCMS 0,84.

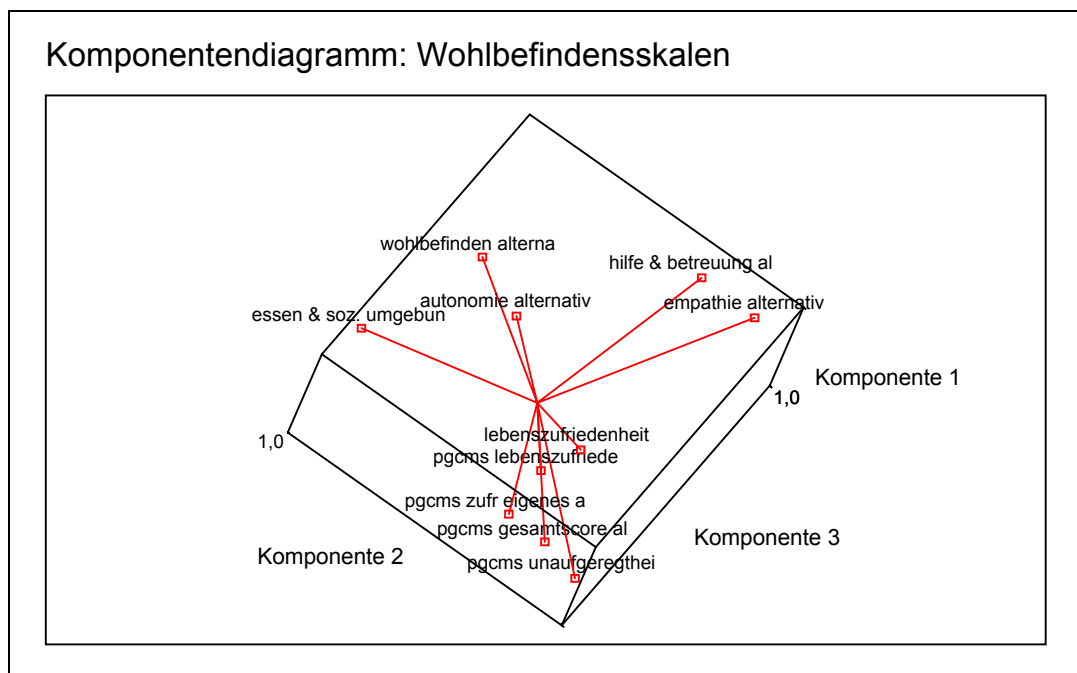
Im Vergleich der Ergebnisse der PGCMS mit der BASE fällt zuerst auf, dass – bis auf eine Ausnahme – alle Wohlbefindenswerte in den Heimen schlechter ausfallen. Vor allem die Werte für die Zufriedenheit mit dem eigenen Alter weichen relativ stark ab, während der Teilscore für die Unaufgeregtheit besser liegt. (Der Wert für den Teilscore Lebenszufriedenheit der PGCMS kann nicht mit der BASE verglichen werden, weil in der Erhebung in den Heimen eine Frage nicht gestellt wurde.) Die Ergebnisse im Vergleich geben der These Nahrung, dass der Faktor der Institutionalisierung – gegenüber Personen in Privathaushalten – zu einer generellen Minderung des subjektiven Wohlbefindens beiträgt.

**Tabelle 27: Lebenszufriedenheit Skalen**

Lebenszufriedenheit Skalen	Heime		BASE	
	Mittel	Std.abw.	Mittel	Std.abw.
S2L Lebensbeding hervorragend	3,54	1,03		
S2L Leben ideal	2,94	1,15		
S2L Leben kaum anders machen	3,28	1,36		
S2L mit Leben zufrieden	4,03	1,10		
S2L Lebensziele erreicht	3,49	1,25		
<b>Lebenszufriedenheit [1;5]</b>	<b>3,45</b>	<b>0,80</b>		
S2L Kleinigkeiten aufregen	3,46	1,48	3,54	1,21
S2L Dinge schwer nehmen	2,75	1,35	3,42	1,13
S2L vor vielen Dingen Angst	3,76	1,32	3,85	1,12
S2L häufiger wütend	3,89	1,23	4,16	0,95
S2L vor Sorgen nicht einschlafen	3,29	1,50	3,73	1,27
S2L rege mich leicht auf	3,12	1,43	3,44	1,19
<b>PGCMS Unaufgeregtheit [1;5]</b>	<b>3,41</b>	<b>1,01</b>	<b>3,69</b>	<b>0,77</b>
S2L glüickl wie junge Jahre	2,34	1,32	2,88	1,29
S2L Schwung wie letztes Jahr	2,90	1,29	3,21	1,15
S2L je älter desto schlimmer	2,61	1,37	3,64	1,19
S2L besser als erwartet	2,65	1,30	3,50	1,13
S2L je älter desto weniger nützlich	2,43	1,23	3,30	1,20
<b>PGCMS Zufriedenheit eigenes Alter [1;5]</b>	<b>2,58</b>	<b>0,85</b>	<b>3,31</b>	<b>0,84</b>
S2L Leben zufrieden zur Zeit	4,03	1,03	3,70	0,97
S2L Leben hart	2,88	1,29	3,90	1,20
S2L über vieles traurig	2,67	1,31	3,14	1,14
Leben nicht lebenswert			3,55	1,12
<b>PGCMS Lebenszufriedenheit alternativ [1;5]</b>	<b>(3,20)</b>	<b>(0,91)</b>	<b>3,67</b>	<b>0,74</b>
<b>PGCMS Gesamtscore alternativ [1;5]</b>	<b>(3,08)</b>	<b>(0,78)</b>	<b>3,56</b>	<b>0,62</b>

Der innere Zusammenhang der Skalen des subjektiven Wohlbefindens in den Heimen zeigt eine hochsignifikante Korrelation der Lebenszufriedenheitsskala nach Pavot und Diener mit der Teilskala Lebenszufriedenheit der PGCMS (Pearson  $R = 0,37$ ). Die drei Teilskalen der PGCMS korrelieren ebenfalls hochsignifikant miteinander (Pearson  $R > 0,46$ ). Interessant ist die Tatsache, dass die mit dem zweiten Fragebogen gewonnenen allgemeinen Zufriedenheitswerte jene speziellen, auf das Heim und den Heimalltag abgestellten Wohlbefindenskomponenten nicht erklären. Der Veranschaulichung kann folgende Abbildung dienen, die das Ergebnis einer Faktorenanalyse darstellt: Während sich die auf das Heim bezogenen Zufriedenheitswerte in der oberen Hälfte verteilen, sind die allgemein formulierten des zweiten Fragebogens in der unteren Hälfte gebündelt.

**Abbildung 78: Komponentendiagramm Wohlbefindensskalen**



Die dadurch genährte Vermutung, die Wohlbefindenswerte mit Bezug auf das Heim würden eine klar unterscheidbare andere Komponente messen, als sie bei allgemeinen Fragen zur Lebenszufriedenheit zutage kommt, wird dann noch zusätzlich erhärtet, weil mit den allgemeinen Zufriedenheitswerten weder die mehr oder weniger gegebenen Hilfebedarfe der Befragten, oder auch eine Unterscheidung der Häuser, oder der Stationen in Haus A assoziiert sind, was auf die Zufriedenheitswerte mit Heimbezug aber zutrifft.

### 3.13 Selbstwertgefühl und Zuversichtlichkeit „befragbarer“

#### HeimbewohnerInnen: psychische Ressourcen

Im Fortgang der bisherigen Diskussion wurden von den im theoretischen Aufriss angeführten konstituierenden Komponenten der Lebensqualität bereits Operationalisierungen des subjektiven Wohlbefindens, individueller geistiger und körperlicher Ressourcen und deren Zusammenhang mit strukturellen Komponenten diskutiert. An dieser Stelle sollen die Ergebnisse von Erhebungsinstrumenten vorgestellt werden, die der Messung psychischer Ressourcen dienen. Es handelt sich wieder um Maßzahlen, die einen Vergleich mit ebenfalls älteren und alten Bevölkerungsgruppen zulassen, die nicht in Heimen leben, weil ausgewählte Fragen aus dem bereits erwähnten Alterssurvey in der BRD verwendet wurden. Allerdings liegen zur Zeit noch keine Ergebnisse des Alterssurvey vor.

Der Messung des Selbstwertgefühls dient die „Rosenberg“-Skala, bestehend aus zehn Einzelitems, von denen fünf für die Befragung in den Heimen ausgewählt wurden. Die Zuversichtlichkeit der Befragten wird anhand einer Auswahl an Fragen aus der „Hope“-Skala gemessen. Diese Skala ist aus zwei Komponenten zusammengesetzt. Eine dient der Messung der Einschätzung der eigenen Willenskraft bei der Durchsetzung von Zielen (agency oder auch: „willpower“). Die zweite Komponente zielt ab auf die Einschätzung der eigenen Fähigkeit, Pläne zur Zielerreichung zu entwickeln (pathways oder auch: „waypower“). (Snyder 1996 und 1995) Aus der Zuversichtlichkeitsskala wurden insgesamt sechs Fragen ausgewählt: vier Fragen zur agency und zwei Fragen zu den pathways.

Für die weiteren Analysen wurden zwei Summenskalen erstellt. Jene zur Messung des Selbstwertgefühls besteht aus allen fünf angesetzten Items der Rosenberg-Skala (Cronbachs Alpha = 0,76), die der Zuversichtlichkeit wurde aus allen sechs Fragen der Hope-Skala gebildet (Cronbachs Alpha = 0,78). Die Messwerte liegen in einer Bandbreite zwischen 1 und 4 vor, wobei höhere Werte größere Zuversicht resp. größeres Selbstwertgefühl anzeigen. Wie die Tabelle der Lagemaße der Einzelitems und der Summenwerte zeigt, liegen ausnahmslos alle mittleren Werte der Fragen der Skala Zuversicht unter denen der Skala Selbstwert, und sind die beiden pathways auch im Vergleich mit den anderen Scores der Zuversicht am schlechtesten gelegen.

Tabelle 28: Selbstwert und Zuversicht

Selbstwert und Zuversicht	Mittel	Std.abw.
S6S bin zufrieden	3,38	0,63
S6S gleiche Fähigkeiten wie andere	3,10	0,78
S6S viele gute Eigenschaften	3,47	0,58
S6S wertvoller Mensch	3,59	0,64
S6S positive Einstellung	3,59	0,64
<b>Selbstwert [1;4]</b>	<b>3,40</b>	<b>0,47</b>
S6S verfolge Ziele mit Energie	3,04	0,87
S6S für Zukunft gut vorbereitet	3,04	0,96
S6S im Leben erfolgreich	2,88	0,78
S6S ich erreiche Ziele	2,96	0,94
S6S Möglichkeiten aus der Klemme	2,60	0,91
S6S Möglichk Schwierigkeiten umgehen	2,92	0,80
<b>Zuversicht [1;4]</b>	<b>2,91</b>	<b>0,62</b>

Dabei gilt allerdings, dass die Skalen Selbstwert und Zuversicht hoch korrelativ sind (Person  $R = 0,69$ ) und jeweils in hochsignifikantem Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheitsskala (Diener/ Pavot) stehen (Pearson  $R$  für Selbstwert =  $0,41$ ; für Zuversicht =  $0,48$ ). Auf die Teilkomponenten der PGCMS, aber auch auf deren Gesamtscore sind keine signifikanten Effekte nachweisbar. Dasselbe gilt für Zusammenhänge mit den speziellen Skalen des Wohlbefindens im Heim.

Somit ist ein bereits angezogenes Ergebnis auch im Zusammenhang mit psychischen Ressourcen bestätigt: Das auf den Heimalltag speziell bezogene Wohlbefinden kann nicht unmittelbar aus einem allgemeinen Wohlbefinden abgeleitet werden, sondern vielmehr aus (individuellen) körperlichen Ressourcen und (strukturellen) Gegebenheiten des Heimalltags selbst. Allgemeine psychische Ressourcen, wie das Selbstwertgefühl, oder die eigene Zuversichtlichkeit, die zur Erklärung des allgemeinen Wohlbefindens beitragen, erklären (logisch konsequent) das subjektive Wohlbefinden im Heimalltag nicht, und erweisen sich als von körperlichen (ADL bzw. Hilfebedarf) und seelischen Ressourcen (Orientiertheit) unabhängig.

### 3.14 Subjektive Beziehungsqualität „befragbarer“ HeimbewohnerInnen: soziale Ressourcen

Für die Messung des Einsamkeitsgefühls wurde eine Skala herangezogen, die ebenfalls im noch nicht ausgewerteten Alterssurvey in der BRD Verwendung gefunden hatte, und die subjektiv wahrgenommene Qualität des eigenen Beziehungsgefüges misst. Sie liegt mit 11 Fra-



gen vor, von denen fünf positiv und sechs negativ formuliert sind. Wie anhand einer Reliabilitätsanalyse nachweisbar ist, können die einzelnen Items zu einem Summenscore zusammengefasst werden (Cronbachs Alpha = 0,84). Eine Faktorenanalyse legt nahe, darüber hinaus die positiv von den negativ formulierten Fragen zu trennen, und zusätzlich je einen eigenen Summenwert anzusetzen. Jedenfalls sind beide Teilkomponenten hoch reliabel (Cronbachs Alpha für Beziehung positiv formuliert = 0,81, für negativ = 0,84), auch wenn diese 2-Faktor Lösung die Gefahr des methodischen Artefakts in sich birgt, weil sie aus der positiv/ negativ gerichteten Vorgabe in der Abfrage resultieren könnte. Die beiden Faktoren korrelieren mit Pearson R = 0,29 auf einem Signifikanzniveau über 95 %.

Alle, in der folgenden Tabelle ausgewiesenen Werte sind so zu interpretieren, dass ein höherer Wert, unabhängig von der Gerichtetheit der Vorgaben ein geringeres Einsamkeitsgefühl bzw. eine subjektiv wahrgenommen höhere Qualität des sozialen Beziehungsgefüges anzeigt. (Die Werte wurden auch in dieser Form in ihrem Zusammenhang analysiert und so die Summenindizes gebildet.)

**Tabelle 29: Einsamkeit bzw. Beziehungsqualität**

<b>Einsamkeit bzw. Beziehungsqualität</b>	<b>Mittel</b>	<b>Std.abw.</b>
S4E Probleme besprechen können	2,45	1,15
S4E genug Menschen bei Problemen	3,23	0,91
S4E Menschen mich verlassen kann	2,75	1,15
S4E genug Menschen eng verbunden	2,61	1,05
S4E Freunde immer für mich da	2,79	1,18
<b>Beziehung pos [1;4]</b>	<b>2,77</b>	<b>0,83</b>
S4E vermisse Leute wohl fühle	2,43	1,06
S4E Freund/in fehlt	2,69	1,12
S4E fühle mich im Stich gelassen	3,16	1,03
S4E vermisse Geborgenheit und Wärme	2,74	1,01
S4E zu kleiner Freundeskreis	2,89	1,03
S4E vermisse enge Beziehung	2,61	1,15
<b>Beziehung neg [1;4]</b>	<b>2,75</b>	<b>0,79</b>
<b>Beziehung gesamt [1;4]</b>	<b>2,78</b>	<b>0,65</b>

Der Index der positiv formulierten Aussagen zur Beziehungsqualität korreliert mit den Scores für die psychischen Ressourcen Selbstwertgefühl (Person R = 0,38) und Zuversicht (R = 0,48). Der Summenscore der negativ formulierten Aussagen korreliert mit dem Gesamtscore der PGCMS, die die Lebenszufriedenheit im Allgemeinen misst (R = 0,34). Diese Ergebnisse fügen sich in die schon angezogene Argumentation insofern ein, als auch die allgemeine Bewertung der eigenen Beziehungsqualität das subjektive Wohlbefinden mit speziellem Heim-

bezug nicht erklären kann, sehr wohl aber die allgemeine Lebenszufriedenheit (PGCMS), das Selbstwertgefühl und die eigene Zuversichtlichkeit.

### **3.15 Wohlbefinden und Lebensqualität im Pflegeheim: zweite Zwischenbetrachtung**

Gegenüber den in den letzten Kapiteln diskutierten Ergebnissen werden anschließend solche vorgestellt, die wieder einen direkten Bezug zum Heimalltag herstellen. Wir konnten anhand der Analysen nämlich nachweisen, dass die für das Projekt eigens entwickelte Wohlbefindensskala, die direkt Bezug auf den Alltag im Pflegeheim nimmt, Ergebnisse produziert, die anhand des individuellen Hilfebedarfs: gemessen an pflegewissenschaftlichen Parametern (ADL), aber auch in der Unterscheidung zwischen Heimen, also strukturell, erklärt werden kann. Diesen miteinander verknüpften Variablengruppen wurden dann solche beigelegt, die aus Gründen der „Befragbarkeit“ nur mehr anhand einer Teilgruppe, und außerdem mit Erhebungsinstrumenten zustande gekommen waren, die eine Vergleichbarkeit mit „bevölkerungsrepräsentativen“ Ergebnissen herstellen, aber keinen speziellen Bezug auf den Heimalltag und die hohe Pflegebedürftigkeit der Befragten haben. Die damit produzierten Variablengruppen zeigten ebenfalls einen inneren Zusammenhang. Die so gemessene allgemeine Lebenszufriedenheit erweist sich auch unter Bedingungen des Pflegeheims als abhängig von der subjektiv wahrgenommenen Qualität der eigenen sozialen Beziehungen im Allgemeinen, oder von auch in Surveys einsetzbaren Erhebungsinstrumenten produzierten Maßzahlen für die psychischen Ressourcen Zuversicht und Selbstwertgefühl. Aber es sind keine Zusammenhänge mit den anderen Variablengruppen nachweisbar.

Somit stellt sich für die weitere Diskussion, in der für den Heimalltag typische Handlungsfelder herausgegriffen werden, die zentrale Frage nach dem Erklärungszusammenhang der damit verknüpften „Bereichszufriedenheiten“. Ist z. B. die Zufriedenheit mit organisierten Freizeitaktivitäten im Heim, oder die wahrgenommene Belastung in der Heimeintrittsphase stärker mit den auf den Heimalltag abgestellten Variablengruppen der Lebensqualität, wie mit dem ersten Fragebogen abgefragt, assoziiert, oder lässt sich auch ein Zusammenhang mit den Variablengruppen des zweiten Fragebogens herstellen?

Davor wird aber einer damit vergleichbaren Fragestellung nachgegangen, nämlich jener, inwiefern die subjektive Wahrnehmung der Qualität der eigenen sozialen Beziehungen – eine bereits besprochene Variablengruppe, die im Erklärungszusammenhang der allgemeinen Lebensqualität steht – aus dem tatsächlich gegebenen sozialen Netzwerk der befragten HeimbewohnerInnen hervorgeht, oder ob ein Nachweis eines Zusammenhangs mit jenen Variablengruppen, die Lebensqualität mit direktem Heimbezug repräsentieren, gelingt.

### **3.16 Struktur sozialer Netzwerke „befragbarer“ HeimbewohnerInnen: soziale Ressourcen**

Das Konzept der sozialen Netzwerke ist stark geprägt von der Idee ihrer Funktionalität hinsichtlich sozialer Unterstützung. Soziale Netzwerke werden als soziale Ressourcen begriffen, weil sie in vielen Bereichen den Hauptteil an Dienstleistungen wie Kinderbetreuung oder der Pflege alter Menschen tragen. Sie erfüllen ein umfassendes Vorsorgeprogramm und bieten leicht zugängliche Hilfen.

Das Ausmaß sozialer Unterstützung durch soziale Netzwerke ist mittlerweile wissenschaftlich belegt. So suchen laut einer amerikanischen Studie 28 % der Personen in verschiedenen Lebenskrisen und 22 % in Phasen des Unglücklichseins Hilfe bei anderen Menschen, wobei nur ca. 10 % sich an formelle oder professionelle Helfer wenden, während fast 90 % informelle Hilfe und Unterstützung bei (Ehe)PartnerIn, Familienmitgliedern, FreundInnen und NachbarInnen vorziehen. (NESTMANN 1988: 27)

Hinsichtlich des Konzepts sozialer Unterstützung muss jedoch konstatiert werden, dass dem in der wissenschaftlichen Literatur verschiedenste und teilweise abweichende Definitionen zugrunde liegen. COBB (1976) definiert soziale Unterstützung beispielsweise als "Information, die das Subjekt glauben macht, es werde gemocht und man kümmere sich um es, es werde wertgeschätzt und es gehöre zu einem kommunikativen Netzwerk mit gegenseitiger Verbindlichkeit". Materielle Unterstützungen sind in dieser Definition also nicht enthalten, sondern vielmehr die Komponente der emotionalen Unterstützung. BADURA (1981b) hingegen bezieht sich direkt auf soziale Unterstützung, schränkt aber auf Gesundheit ein. Er definiert die soziale Unterstützung als "(...) Fremdhilfen, die dem einzelnen durch Beziehungen und Kontakte mit seiner sozialen Umwelt zugänglich sind und die dazu beitragen, dass die Gesundheit er-

halten bzw. Krankheiten vermieden, psychische oder somatische Belastungen ohne Schaden für die Gesundheit überstanden und die Folgen von Krankheiten überwunden werden.“ SHUMAKER/BROWNELL (1984) definieren die soziale Unterstützung als "Austausch von Ressourcen zwischen zwei Individuen, der vom Gebenden oder Empfangenden als Absicht empfunden wird, das Wohlbefinden des Empfangenden zu steigern (...)" Hier wird das Konzept also eindeutig als Austauschprozess definiert, bei dem die Wahrnehmungen und Deutungen der Beteiligten zentral sind. Der Ressourcenbegriff kann jedoch sehr vielfältig verstanden, und um verschiedenste Austauschgüter erweitert werden. HOUSE meint: „Soziale Unterstützung ist eine zwischenmenschliche Transaktion, die eine oder mehrere der folgenden Aspekte beinhaltet: emotionale Beziehung (Mögen, Lieben, sich Einfühlen), instrumentale Hilfe (Güter und Dienstleistungen), Information (über die Umwelt) und Abschätzungen (Information, die von Bedeutung ist zur Selbstbewertung“ (1981).

Wie eben bereits angedeutet erscheint die sog. Austauschtheorie als fruchtbarer Ansatz für die Erklärung des Entstehens und der Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen und Netzwerken. Grundgedanke dabei ist, dass Menschen deshalb neue Beziehungen eingehen, weil die begründete Erwartung vorhanden ist, dass damit auch Belohnungen verbunden sein werden. Beziehungen zu z. B. FreundInnen und Bekannten bestehen weiter bzw. werden aufrechterhalten, weil daraus eine Fülle an „Entlohnungen“ hervor geht. Die Austauschtheorie beschäftigt sich daher vor allem mit der Erklärung, warum und wieso Menschen soziale Bindungen eingehen und warum diese aufrechterhalten werden. (vgl. SCHENK 1984) Der Austausch zwischen Personen kann jedoch auf unterschiedlichsten Ebenen und in Form verschiedenster Güter erfolgen, z.B. ökonomischer, manipulativer oder auch kommunikativer Art sein. Somit können auch die Belohnungen sehr unterschiedlich ausfallen. Die Motivation zur Interaktion kann intrinsisch (z.B. Liebe, Geselligkeit), oder auch extrinsisch motiviert sein (z.B. Ratsuche, Unterstützung, Hilfe bei FreundInnen, NachbarInnen, KollegInnen). Neben den Belohnungen können aber auch Kosten im Zuge dieses wechselseitigen Interaktionsprozesses entstehen. Eine Partei erhält und die andere muss geben.<sup>2</sup> Reziprozität der Unterstützungsleistungen ist eine wesentliche Voraussetzung für das Funktionieren von Beziehungen. Die Rezipro-

---

<sup>2</sup> Hinzuzufügen ist außerdem, dass nicht jede Interaktion immer nur durch Interesse an Belohnung zustande kommt. Beziehungen aus irrationalen Motiven oder die, die auf moralische Prinzipien aufbauen, sind davon zu unterscheiden.

zitätsnorm besagt, dass man bemüht sein sollte, freiwillig gewährte Vergünstigungen in irgendeiner Form "zurückzuzahlen". (GOULDNER 1960)

DIEWALD (1991) hat eine inhaltliche Typologie sozialer Unterstützung vorgestellt. Die Inhalte der Unterstützung werden dabei einerseits dem Verhaltensaspekt bzw. dem kognitiven oder dem emotionalen Beziehungsaspekt zugeordnet. Dabei werden dem Verhaltensaspekt konkrete Interaktionen wie Arbeitshilfen, Pflege, materielle Unterstützungen, Interventionen, Informationen, Beratung, Geselligkeit und Alltagsinteraktionen zugeordnet. Unter Kognitionen versteht DIEWALD die Vermittlung von Anerkennung (persönliche Wertschätzung und Achtung sowie Statusvermittlung), Orientierung, Vermittlung eines Zugehörigkeitsbewusstseins (Beteiligung und Gebrauchtwerden), Erwartbarkeit von Hilfe und den Ort für den Erwerb sozialer Kompetenzen. die Vermittlung von Geborgenheit, von Liebe und Zuneigung sowie motivationale Unterstützung werden den Emotionen zugerechnet.

Neben der Ordnung sozialer Netzwerke hinsichtlich ihrer Funktionalität, haben auch Merkmale wie ihre Größe, ihre Dichte, ihre Intensität oder ihre Erreichbarkeit relevanten Einfluss auf die Qualität und das Ausmaß ihrer Unterstützungsleistung.

- ❖ *Netzwerkgröße* ist kein determinierendes Merkmal für Intensität. Größe hat auch keine wesentliche Rolle hinsichtlich emotionaler Unterstützung. Allerdings ist ein Zusammenhang zwischen Größe und Arbeitshilfe bzw. Beschaffung von Informationen nachweisbar. (DIEWALD 1991)
- ❖ Einige Studien haben den negativen Zusammenhang zwischen Netzwerkgröße und Zufriedenheit mit Unterstützung von diesem zum Ergebnis. (vgl. RÖHRLE 1994)
- ❖ *Uniplexe* Beziehungen sind schwerer erreichbar und bieten daher geringere Unterstützungsleistungen. *Multiplexe* Beziehungen sind hingegen ein Kriterium für soziale Unterstützung. (vgl. ANGERMEYER 1989: 188; RÖHRLE/STARK 1985: 31)
- ❖ Die Dauer der Beziehung hat einen Zusammenhang mit der Verlässlichkeit von Unterstützungsleistungen. (DIEWALD 1991: 103ff.)
- ❖ Der Faktor der *Dichte* sozialer Netzwerke wird hinsichtlich sozialer Unterstützung nicht einheitlich bewertet. (vgl. NESTMANN 1988: 58ff.)

Für die Bewertung der Wirkung der sozialen Ressource Netzwerk ist zudem die Unterscheidung in Direkteffekte und Puffereffekte von Belang. Die Direkteffekt-These besagt, dass über soziale Netzwerke und soziale Unterstützung elementare, nicht-situationsabhängige Bedürfnisse befriedigt werden, und sich direkt auf individuelle Befindlichkeiten auswirken. Die Ergebnisse von Direkteffekten sind dann einerseits die Befriedigung von Zugehörigkeits- und

Rückzugesbedürfnissen und andererseits die Ausbildung und Stützung individueller Orientierungs- und Handlungsmuster. Diese Ressourcen sind notwendig, „(...) um gerade in komplexen Umwelten die Fähigkeit zu erlangen, flexibel, kompetent und effizient auf verschiedene Anforderungen und Bedrohungen reagieren zu können.“ (DIEWALD 1991: 96)

Puffereffekte sozialer Beziehungen sind im Gegensatz dazu auf Situationen mit spezifisch belastenden Umständen oder Ereignissen gerichtet. Belastende Situationen bzw. deren Auswirkungen werden mit Hilfe von sozialer Unterstützung „abgepuffert“, indem die Wahrnehmung und Interpretation sowie deren Qualität und Quantität beeinflusst wird. Puffereffekte wirken sich „(...) indirekt dadurch (aus), dass sie den Einfluss der Stressoren auf die Stressreaktion verändern, oder aber auch die Einwirkungen der Stressreaktionen auf die individuellen Befindlichkeiten mildern“. (RÖHRLE 1994: 75)

Soziale Netzwerke können darüber hinaus auch hinsichtlich ihrer Zusammensetzung aus Teilnetzwerken unterschieden werden. Wichtiges Unterscheidungsmerkmal sind die sozialen Rollen, die die Netzwerkpersonen dabei einnehmen. Oft nimmt der Partner bzw. die Partnerin als potentielle UnterstützerInnen eine zentrale Rolle ein. Untersuchungen weisen nach, dass dieser Rolle vor allem die Vermittlung von emotionaler Geborgenheit zukomme (vgl. DIEWALD 1991) und Partnerbeziehungen z. B. hinsichtlich Liebe und Geborgenheit kaum substituierbar und im Vergleich zu anderen Kontakten sehr dauerhaft und verlässlich sind. So werden Verheiratete u. a. besser mit belastenden Lebenssituationen bzw. -Ereignissen fertig (vgl. KLUSMAN 1989); somit ist der positive Effekt einer intimen Beziehung die emotionale Stützfunktion (BADURA et al. 1987). Hingegen wurde in vielen Untersuchungen belegt, dass – neben dem/r PartnerIn – die Familie und Verwandte das wichtigste und konstanteste Hilfenetz darstellen. Emotionale Unterstützung, Dienstleistungen, Rat und Gespräch sowie materielle Hilfen sind für diese Netzwerkpersonen besonders charakteristisch. (MAYR-KLEFFEL 1991; STREHMEL/DEGENHARDT 1987) Die Familie und die Verwandten sind jedoch auch ausgesprochen wichtig für Aufgaben bei der Hilfe für chronisch kranke Menschen. Gespräche über gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen, emotionale Zuwendung und Hilfe sowie Pflege

und Betreuung für chronisch Kranke und deren mentale Belastungen sind hierbei besonders häufig.<sup>3</sup> (vgl. DIEWALD 1991; GOLDBERG et al. 1990)

FreundInnen und Bekannte hingegen sind zwar ebenfalls sehr bedeutend, allerdings deren Unterstützungsleistungen wieder etwas anders gelagert. Sie sind nämlich „(...) vorrangig für Geselligkeit, für die Vermittlung von Anerkennung und Wertschätzung, für den Erwerb neuer Kompetenzen und Orientierungen, für die Vermittlung von Normen und Informationen sowie für motivationale Unterstützung wichtig.“ (DIEWALD 1991: 110)

### 3.16.1 Methodische Herangehensweise

Der Netzwerkbegriff wurde lange Zeit mit dem Unterstützungsbegriff unkritisch vermengt. Eine klare begriffliche Abgrenzung gegenüber dem der sozialen Integration und der sozialen Unterstützung ist deshalb nötig. Sehr allgemein kann man definieren, dass Netzwerke soziale Strukturen sind, die eine soziale Matrix verschiedener Inhalte, wie eben soziale Unterstützung und soziale Sinnsysteme, bereitstellen.

Ein soziales Netzwerk lässt sich von einer egozentrierten Perspektive, d.h. aus dem Blickwinkel des Einzelindividuums (vgl. MORENO 1936) aus, und in Anlehnung an die Definition von MITCHELL auffassen, als „(...) ein unter einem spezifischen Erkenntnisinteresse vorgenommener Ausschnitt der sozialen Beziehungen eines Individuums zu anderen Personen unter Einbeziehung der Beziehungen dieser Personen untereinander.“ (1969) Diese Definition des sozialen Beziehungssystems hat sich als die einfachste und praktikabelste Form erwiesen, sich dem Gegenstandsbereich im Rahmen empirischer Arbeiten zu widmen, weil daraus auch praktikable Methoden abgeleitet werden können. Es wird nämlich ein Netzwerk um eine Person herum gedacht, von der konkret erfolgte wie auch hypothetische Unterstützungssituationen abgefragt werden können. (vgl. BURT 1984)

Auch in der nun vorliegenden Untersuchung wurde dieser Weg beschritten. Die Eingangsbemerkung im Fragebogen zu den sozialen Netzen lautete: *„Jetzt interessiert uns, zu wem Sie engere Kontakte haben, gleich ob das Personen im Heim sind, oder Personen, die nicht im*

---

<sup>3</sup> STROHMEIER (1983) fand außerdem heraus, dass die räumliche Entfernung ein wichtiges Kriterium für den Erhalt verwandtschaftlicher Unterstützung ist.

*Heim wohnen oder arbeiten.*“ Die HeimbewohnerInnen wurden daraufhin angewiesen zu jeder folgenden Frage die Vornamen der entsprechenden Personen zu nennen. Diese wurden im Fragebogen dann vermerkt.

Beim sozialen Netzwerk interessiert jedoch nicht nur die gesamte Größe des Netzwerkes sondern auch die Zahl der Personen, die einer bestimmten Funktion zugeordnet sind. Dafür wurden sog. Kontaktschemata verbal abgefragt. Es handelt sich dabei um die Schemata Vertrauen, Hilfe und Freizeit. Für jedes Schema wurde im Vorfeld eine Frage operationalisiert und jede/r HeimbewohnerIn musste daraufhin die Namen jener Personen nennen, die in dieses Schema fallen, auch wenn sie bei einem anderen Schema schon genannt wurden.

Die Einzelfragen lauteten:

„Gibt es hier im Heim oder außerhalb des Heimes Personen, (...)“

- ❖ „(...) denen Sie sich anvertrauen können, mit denen Sie über Ihre persönlichen Sorgen und Probleme reden können? Und wer ist das?“ (Schema Vertrautheit)
- ❖ „(...) die für Sie wichtige Erledigungen machen: wie Geldangelegenheiten und Behördenwege erledigen, oder z.B. größere Anschaffungen für Sie tätigen?“ (Schema Hilfe)
- ❖ „(...) mit denen Sie sich in Ihrer Freizeit treffen, einfach um zu plaudern, sich gemeinsam zu beschäftigen, oder vielleicht einmal ‚außer Haus‘ zu gehen?“ (Schema Freizeit)

Damit war der „Namensgenerator“ abgeschlossen und der/die InterviewerIn hatte eine vollständige Liste an wichtigen Kontaktpersonen vorliegen. Danach wurden die InterviewerInnen angewiesen, jeden Namen der Personenliste hinsichtlich bestimmter Personenmerkmale (Rollen) abzufragen.

Die Zusatzfragen der Netzwerkkontakte gliederten sich wie folgt:

- ❖ „Lebt oder arbeitet [Namen der Person] im Heim?“
- ❖ „Wer ist [Name der Person]?“
  - Ist [Namen der Person] Ihr Partner/Gatte/Gattin?,
  - ist [Namen der Person] mit Ihnen verwandt? (Wenn ja: wie verwandt?),
  - teilt [Namen der Person] im Heim ein Zimmer mit Ihnen?,
  - ist hier HeimbewohnerIn?,
  - gehört zum Personal oder zur Verwaltung im Heim?,
  - ist eine ehrenamtliche MitarbeiterIn,
  - ist Arzt/Ärztin?, ist TherapeutIn?,
  - ist Geistlicher?,
  - ist FreundIn?
  - Bzw.: Wer ist das? (Anm.: Wenn keine Zuordnung zu den Gruppen möglich war)
- ❖ Geschlecht



- ❖ „Wie viele Jahre kennen Sie [Namen der Person] schon (ungefähr)?“
- ❖ „Wie oft telefonieren Sie mit [Namen der Person] üblicherweise?“ (7-stufige Häufigkeitsskala: „täglich“ bis „nie“)
- ❖ „Wie oft treffen Sie [Namen der Person] üblicherweise?“ (7-stufige Häufigkeitsskala: „täglich“ bis „nie“)

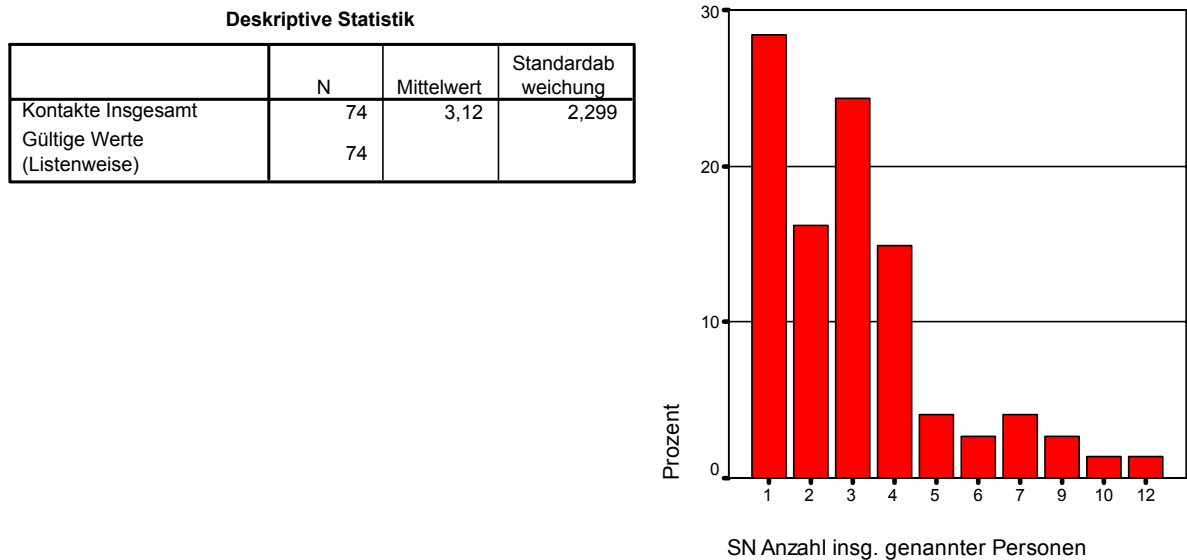
### 3.16.2 Struktur der Sozialkontakte

Der genauere Blick auf jeden einzelnen Bewohner bzw. jede Bewohnerin hinsichtlich seiner/ihrer Kontakte ist das Hauptthema dieses Abschnittes. Hierzu wurden die Kontaktpersonen je BewohnerIn und die personenbezogenen Angaben auf der Ebene der HeimbewohnerIn aggregiert. Bei den Angaben handelt es sich im Detail um die insgesamt Anzahl an Kontakten je BewohnerIn (Netzwerksgröße), die drei Formen des Kontakts (Kontaktschemata; Kontaktfunktion) und die Differenzierung in heiminterne bzw. heimexterne Kontakte sowie nach Personengruppen wie Familie, Verwandte, Freunde; Personal, Therapeuten etc., also nach ihrer sozialen Rolle. Neben den genannten Variablen zur Anzahl der Sozialkontakte (Kontaktquantität und -funktionalität) ist aber auch die Kontaktqualität bzw. -intensität für die BewohnerInnen von Bedeutung. Operationalisiert wurde die Kontaktintensität über die durchschnittliche Häufigkeit des Kontakts via Telefon oder bei persönlichen Treffen.

#### 3.16.2.1 Die Größe des sozialen Netzwerks

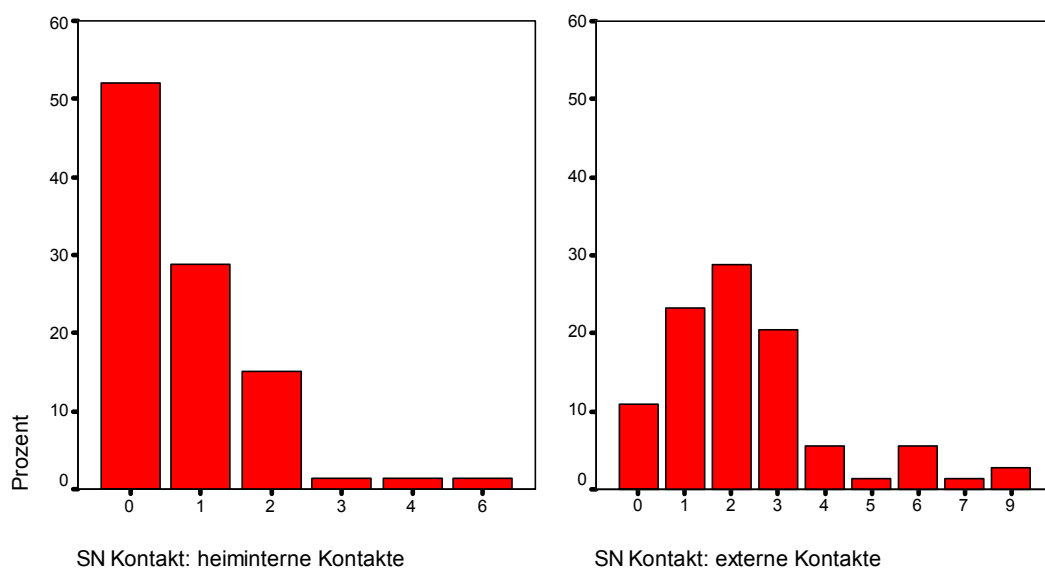
Die befragten HeimbewohnerInnen geben im Durchschnitt drei Personen als ihr soziales Netzwerk an (Mittelwert: 3,12 Personen je BewohnerIn; Standardabweichung: 2,30). 28 % der Befragten haben lediglich eine Person, 16 % zwei Personen, 24 % drei Personen und weitere 15 % der BewohnerInnen haben vier Personen, die sie zu ihrem engsten sozialen Umfeld zählen. Nur die verbleibenden 16 % verfügen über ein größeres soziales Netzwerk (siehe nächste Abbildung).

Abbildung 79: Größe des sozialen Netzwerks der HeimbewohnerInnen



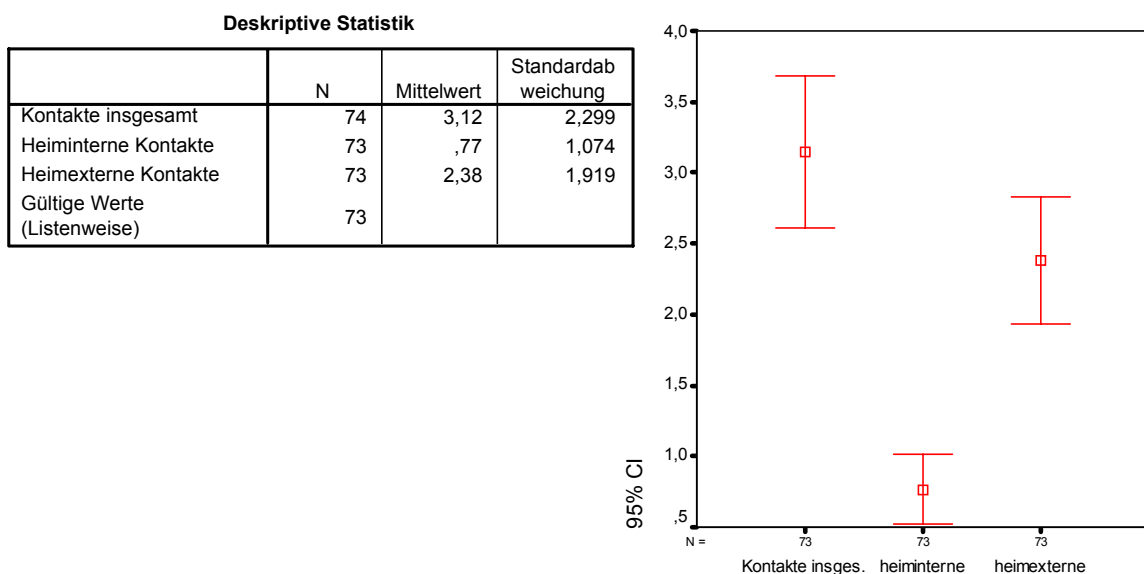
In der Aufschlüsselung der Gesamtnetze in Teile, je nachdem, ob die Netzpersonen im Heim leben oder arbeiten, oder ob es sich um Kontakte außerhalb des Heimes handelt, zeigt sich das Ergebnis, dass heiminterne Kontakte weniger angegeben wurden als heimexterne. Etwa die Hälfte der BewohnerInnen nennt überhaupt keine heiminternen Kontakte. Fast 30 % zählen genau eine und weitere 15 % zwei heiminterne Personen zu ihrem sozialen Netzwerk. Anders sieht die Verteilung hinsichtlich heimexterner Kontakte aus, denn nur etwa jede/r zehnte HeimbewohnerIn verfügt über keinen externen Kontakt, und nur jede/r Fünfte nennt genau eine externe Person, während fast 30 % zwei und nochmals etwa 20 % drei externe Personen haben, zu denen sie Kontakt pflegen. Mehr als drei externe Kontakte sind aber dennoch eher die Ausnahme als die Regel.

Abbildung 80: Anzahl heiminterner und –externer Kontakte



Die folgende Beschreibung der Zusammensetzung der Netzwerke über die jeweils mittleren Werte pro HeimbewohnerIn zeigt das im Prinzip selbe Ergebnis. Wie bereits erwähnt, pflegt jede/r HeimbewohnerIn im Durchschnitt zu 3,12 Personen Kontakt. Von diesen durchschnittlich 3,1 Kontakten kommen in etwa 2,4 Personen auf Kontakte außerhalb und 0,8 Personen auf Kontakte innerhalb des Heims. Der Hauptfokus liegt also bei den heimexternen Kontakten. Zu erwähnen ist außerdem, dass die Streuung der Kontakte um die ausgewiesenen Mittelwerte generell beträchtlich, und bei den heimexternen Kontakten größer als bei den internen ist.

**Abbildung 81: Anzahl sozialer Kontakte – Mittelwerte und Streuung**



### 3.16.2.2 *Hauptsächliche Kontaktgruppen*

Um noch weiter differenzierte Ergebnisse zu erhalten, wurden die heiminternen und -externen Kontakte in Kategorien getrennt. Dadurch wird erkennbar, dass die heiminternen Kontakte vor allem MitbewohnerInnen umfassen. Die zweite wichtige Gruppe stellt das Personal samt TherapeutInnen.

Bei den heimexternen Netzpersonen wird die Kontaktgruppe der eigenen Familie nach Generationen geschieden<sup>4</sup>. Die erste, also die gleiche Generation wie die BewohnerIn selbst,

<sup>4</sup> Anm.: Generationenkonzept von den BewohnerInnen aus gesehen.

setzt sich somit aus dem/ der die PartnerIn, den Geschwistern sowie dem Schwager bzw. der Schwägerin zusammen. In der zweiten Generation finden sich (Schwieger-)Tochter und (Schwieger-)Sohn. Die dritte Generation aus der BewohnerInnen-Sicht bilden die (Ur-)Enkel, Nichten und Neffen. Neben diesen Kontaktgruppen wurden auch noch FreundInnen sowie nicht genauer definierte andere Personen bzw. Verwandte als jeweils eigene Kategorie definiert.

Die Analyse der Netzwerke zeigt nun, dass die HeimbewohnerInnen am häufigsten Kontakt zu Personen haben, die zur eigenen Familie gehören. Innerhalb der Familie ist dies die zweite Generation, bestehend aus den verschiedenen (Schwieger-)Kindern, zu der die meisten Kontakte bestehen, denn 57 % der BewohnerInnen halten Kontakt mit zumindest einer Person aus dieser Gruppe. Danach kommt die dritte Generation, dicht gefolgt von der ersten Generation.

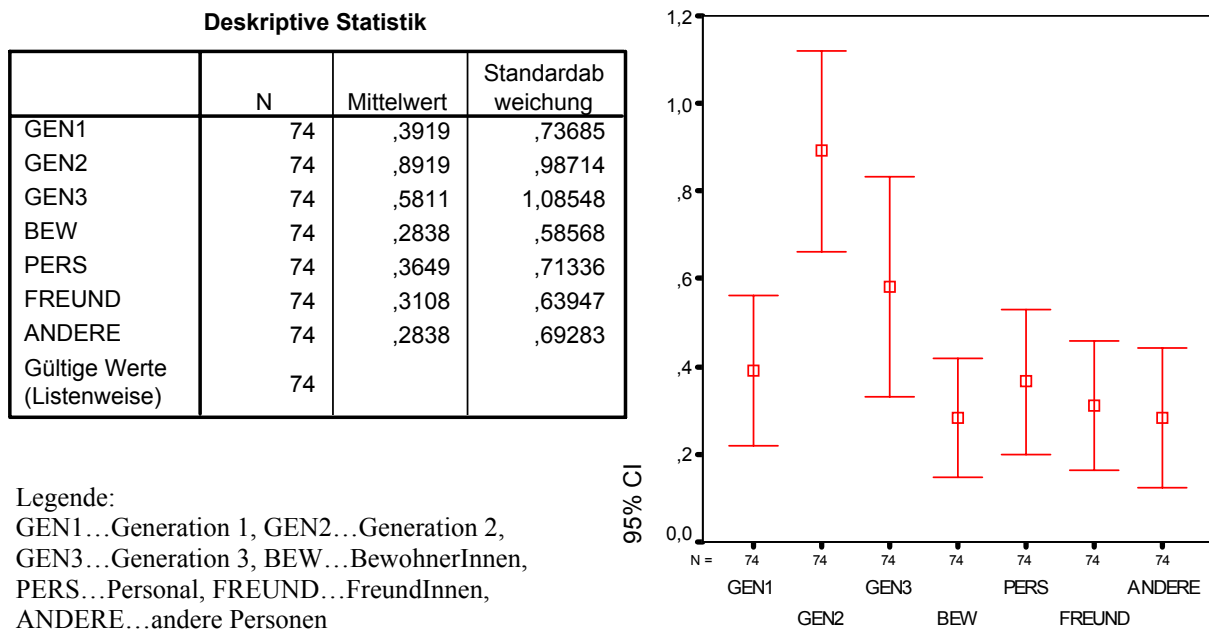
Durchschnittlich haben die HeimbewohnerInnen mit 0,9 Personen der Generation 2 und mit 0,6 Personen der Generation 3 zu tun. Die erste Generation fällt demgegenüber mit durchschnittlich 0,4 Personen weiter ab, und ist nicht wesentlich wichtiger einzuschätzen als die Gruppe der (nicht verwandten) FreundInnen, die im Mittel 0,3 mal pro befragter Person genannt wird.

Hinsichtlich heiminterner Kontakte ist das Personal (einschließlich TherapeutInnen) die wichtigste Personengruppe weil jede/r BewohnerIn mit durchschnittlich 0,4 Personen des Personalkreises Kontakt engeren Kontakt hält. Andere BewohnerInnen des Heimes sind die zweite wichtige heiminterne Kontaktgruppe. Durchschnittlich nennt jede/r BewohnerIn 0,3 HeimbewohnerInnen<sup>5</sup>, mit denen er/ sie regelmäßig verkehrt.

---

<sup>5</sup> Die genannten anderen HeimbewohnerInnen können im selben Zimmer wohnen, oder auch nicht.

Abbildung 82: Sozialkontakte nach hauptsächlichen Kontaktgruppen



Hervorzuheben bleibt die Bedeutung des eigenen familiären Netzwerkes. Die Familie der BewohnerInnen ist im Durchschnitt die häufigste genannte Kategorie. Im Gegensatz zu anderen Studien, die auf die Wohnbevölkerung über 18 Jahre abzielen, ist die Bedeutung der Kontakte zur ersten Generation (z. B. PartnerIn, Geschwister) geringer, was auf das höhere Alter der HeimbewohnerInnen zurückführbar ist.

### 3.16.2.3 Kontaktfunktion – Schemata und Dichte

Im folgenden Analyseschritt werden die genannten Netzpersonen „Kontaktschemata“ zugeordnet, die auf bestimmte Funktionen verweisen, denn jeder Kontakt kann entweder ins Vertrautheits-, ins Hilfe- oder ins Freizeitschema fallen, oder auch in zwei oder alle drei der Schemata.

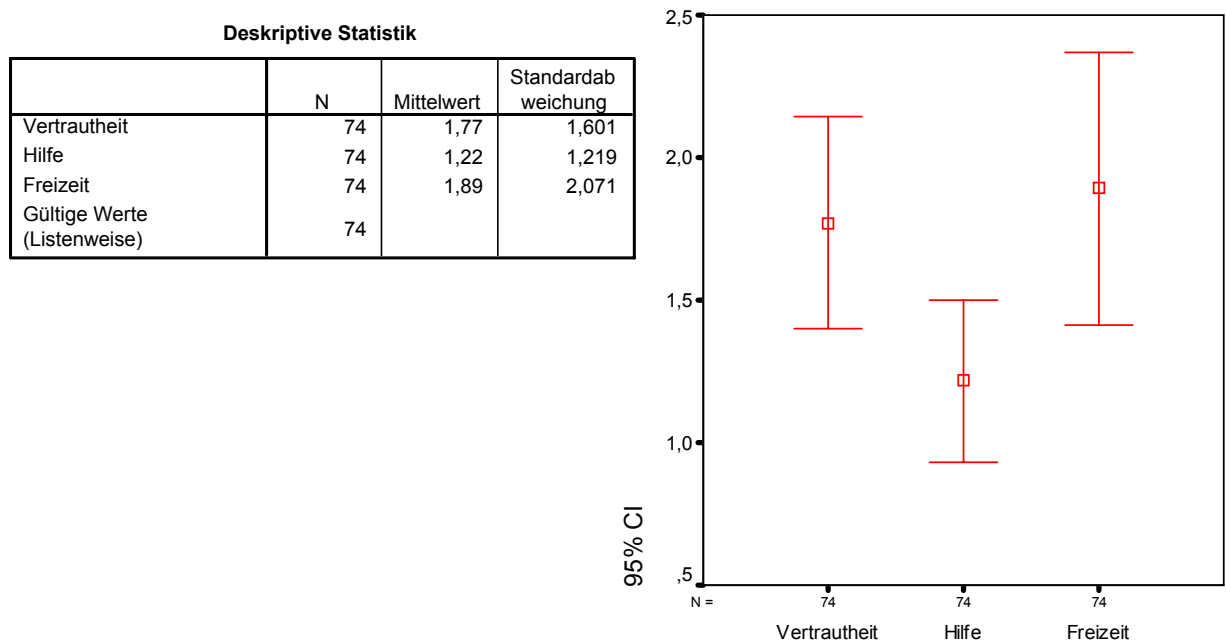
Die Schemata wurden mit Einzelitems abgefragt, die bereits angeführt wurden. Demnach genießt eine Person Vertrauen, wenn persönliche Sorgen und Probleme mit ihr besprochen werden. Hilfe ist gegeben, wenn von der genannten Kontaktperson Unterstützung bei wichtigen

Erledigungen geleistet wird (z. B. bei Geldangelegenheiten, bei Behördenwegen, größere Anschaffungen für die HeimbewohnerInnen tätigen).

Für etwa ein Fünftel bis ein Viertel der Befragten gilt, dass eines der drei Schemata von keiner Kontaktperson besetzt ist! D.h., diesen HeimbewohnerInnen fehlt entweder eine Person, der sie sich anvertrauen können, oder jemand, der ihnen Hilfe in außergewöhnlichen Situationen angedeihen lassen kann, oder eine Person, mit der man Geselliges erlebt. Letztlich fehlt in diesen Netzen immer zumindest eine zentrale Komponente. Etwa die Hälfte der BewohnerInnen hat genau eine Person für Hilfe (51 %) und jeweils ca. ein Drittel hat eine Kontaktperson entweder für das Vertrauen (35 %) oder die Freizeit (32 %). Zwei oder mehr Personen für eines der Kontaktschemata sind dann schon seltener gegeben. Zwei Personen entweder für Vertrauen, für Hilfe oder für Freizeit nennen nur mehr zwischen 14 % und 20 % der BewohnerInnen. Die Prozentsätze für drei oder mehr Personen pro Schema liegen jeweils teils deutlich unter 10 % der Befragten.

Im Durchschnitt fallen pro Netzwerk 1,9 Kontaktpersonen in das Freizeitschema und 1,8 Personen in das Vertrautheitsschema. Auf das Hilfeschema entfallen durchschnittlich nur 1,2 Kontakte der HeimbewohnerInnen. Hinzuzufügen ist außerdem, dass die Streuungsmaße um den Mittelwert teilweise beträchtlich, bei den Freizeitkontakten am höchsten und im Hilfeschema am geringsten ausfallen.

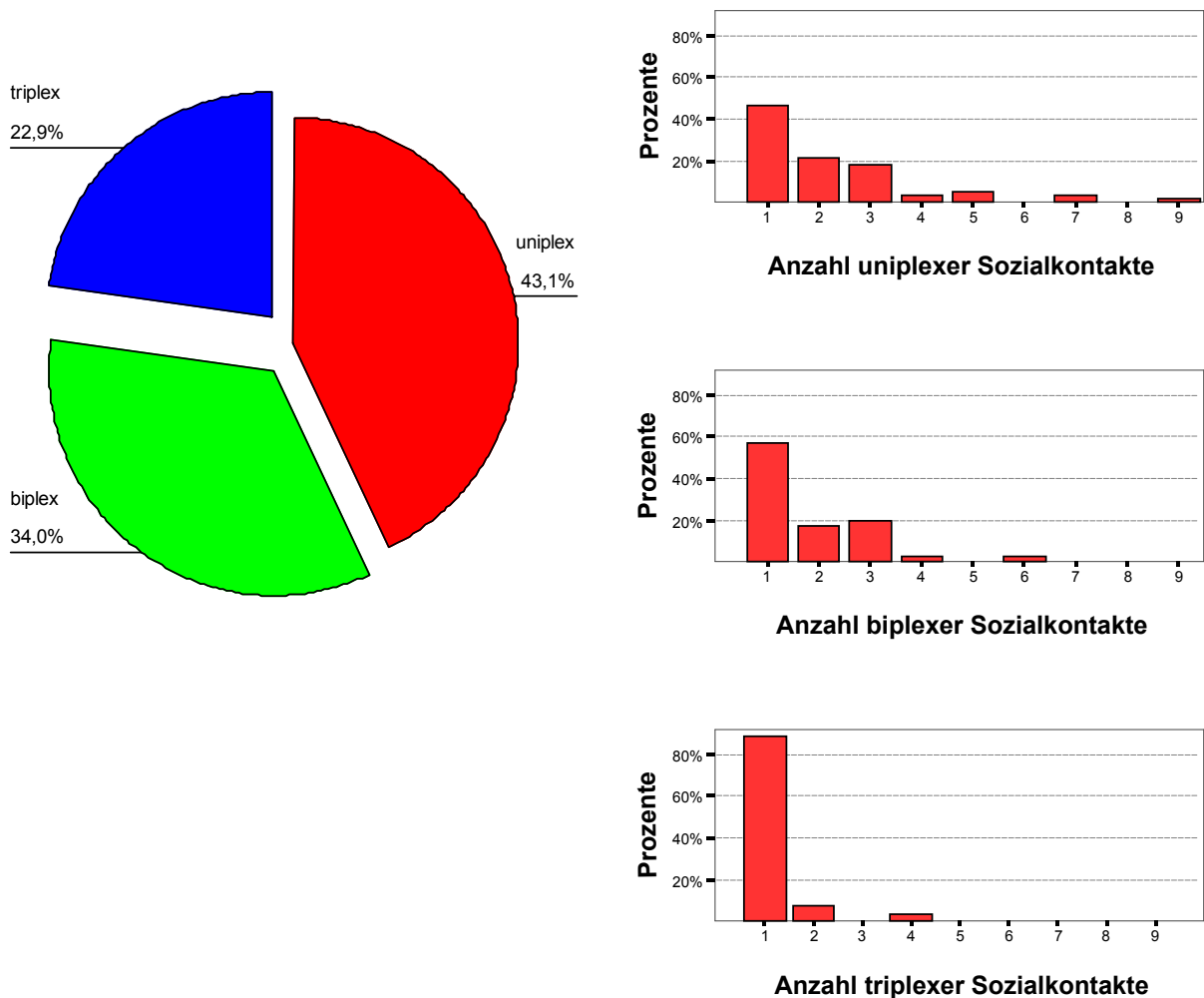
**Abbildung 83: Sozialkontakte nach Schemata Vertrautheit, Hilfe und Freizeit**



Kontaktpersonen fallen jedoch, wie bereits erwähnt, nicht ausschließlich in eines der drei Schemata. Die Schemata können auch überlappen, weil einzelne Kontaktpersonen zwei oder allen drei Schemata zugeordnet sind. Wenn nun eine Kontaktperson in nur eines der drei Schemata fällt, sprechen wir im Folgenden von einer uniplexen Beziehung der HeimbewohnerIn zu dieser Kontaktperson. Wenn die Kontaktperson jedoch zwei Schemata abdeckt, wird diese Beziehung biplex, und wenn sogar alle drei erfüllt sind, dann ist der Kontakt von triplexer Natur. Zu den biplexen Kontakten ist hinzuzufügen, dass es in diesem Zusammenhang irrelevant ist, welche beiden Kontaktschemata angesprochen sind.

Insgesamt betrachtet, entfallen 43 % aller Kontakte auf uniplexe Kontakte. 34 % sind biplexe Kontakte, und 23 % sind triplex.

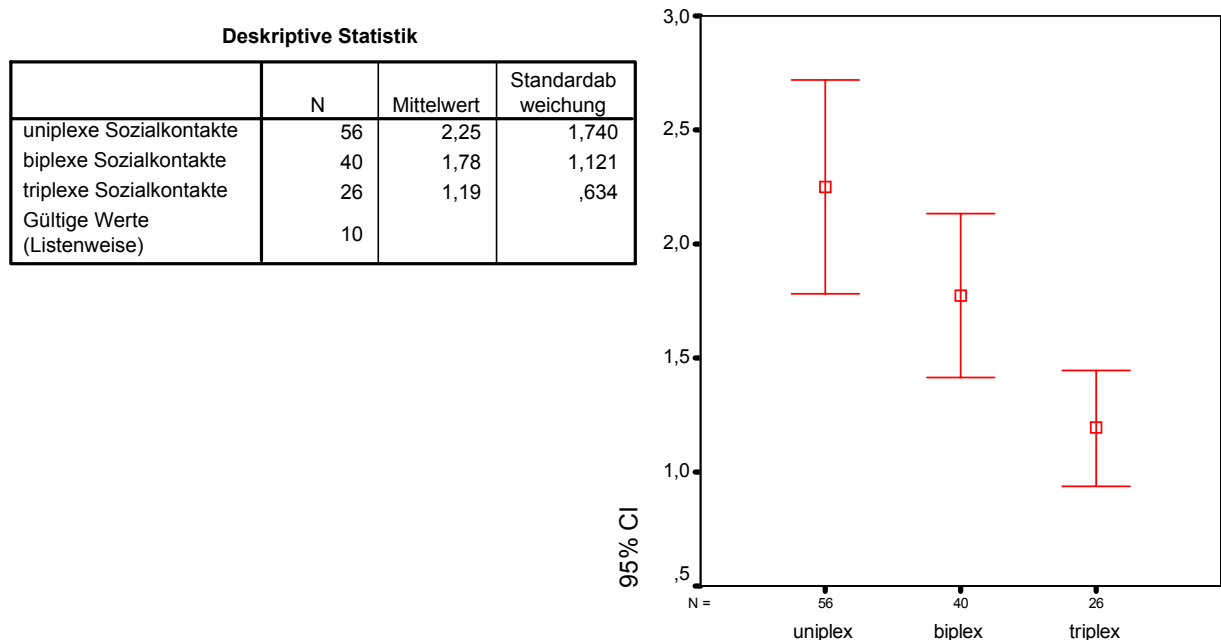
**Abbildung 84: Uni-/Bi-/Triplexität der Sozialkontakte**



Die uniplexen Sozialkontakte verteilen sich nun auf die einzelnen sozialen Netzwerke der BewohnerInnen dergestalt, dass 46 % in Netzen anzutreffen sind, die nur durch einen einzigen uniplexen Kontakt gekennzeichnet sind. Ein Fünftel der Netze besteht aus exakt zwei uniplexen Kontakten, weitere 18 % der BewohnerInnen verfügen über drei uniplexe Sozialkontakte und weitere 14 % haben mehr als drei uniplexe Netzpersonen. Bei den biplexen Beziehungen fällt dann auf, dass bereits 60 % dieser Kontakte in Netzen gegeben sind, die nur einen biplexen Kontakt aufweisen. 18 % bzw. 20 % der BewohnerInnen haben zwei bzw. drei biplexe Kontakte und die restlichen 5 % der HeimbewohnerInnen haben mehr als drei biplexe Sozialkontakte in ihrem sozialen Netzwerk. Mit Blick auf die triplexen Kontakte, die ja nur 23 % aller Kontakte ausmachen, wird dann erkennbar, dass diese Kontaktsorte sogar bei neun von zehn Befragten nur auf eine genannte Kontaktperson zutrifft. Nur 10 % der Befragten haben mehr als eine Person in ihrem persönlichen Netzwerk, die alle drei Schemata erfüllt.

Über alle HeimbewohnerInnen betrachtet hat jede befragte Person im Durchschnitt 2,3 uniplexe Beziehungen, 1,8 biplexe und 1,2 triplex Kontakte im sozialen Netz, wobei der Wert für die uniplexen mehr streut als der für die biplexen Kontakte, und der wiederum eine höhere Streuung um den Mittelwert aufweist, als jener der triplexen Sozialkontakte.

**Abbildung 85: Überlappung der Sozialkontakte – uni-, bi- und triplex Beziehungen**





### 3.16.2.4 *Intensität der Kontakte*

Die Intensität der Kontakte der HeimbewohnerInnen kann hinsichtlich der Häufigkeit des Telefonierens und des persönlichen Treffens bewertet werden. Für die Beurteilung der Häufigkeit des Telefonierens und Treffens stehen zwei Informationsquellen des Fragebogens zur Verfügung. Einerseits wurde je genannter Kontaktperson die durchschnittliche Häufigkeit des Telefonierens und Treffens abgefragt, und andererseits wurde ganz allgemein über die Häufigkeit des Telefonierens und Treffens, also über alle Kontaktpersonen hinweg, befragt.

Auf der Personenebene wurde anhand der aggregierten Kontakthäufigkeit ein Index der Telefonier- bzw. Treffenshäufigkeit berechnet. Dabei wurden jene Personen, mit denen „täglich“, „mehrmals pro Woche“, ... , „nie“ telefoniert wird, gezählt, und mit der Häufigkeit der Telefonate („täglich“ mit einem Gewicht von 7, „mehrmals pro Woche“ mit einem Gewicht von 6, ... , „nie“ mit einem Gewicht von 1) gewichtet. Damit Personen mit vielen Kontakten im Gesamtindex „Telefonat“ nicht automatisch „übergewichtet“ werden, wurde der Indexwert pro Person zusätzlich noch um die individuelle Netzwerkgröße gewichtet. Hat jemand beispielsweise fünf Personen genannt so wurde der Gesamtwert für Telefonate durch fünf dividiert. Die individuellen Werte wurden schließlich gruppiert, um einen leicht zu interpretierenden Indexwert zu erhalten. Der jeweilige Index drückt sodann die durchschnittliche Frequenz an Telefonieren bzw. persönlichem Treffen des/r BewohnerIn pro Netzperson aus.

Hinsichtlich des Telefonierens ist auffällig, dass ca. 60 % der BewohnerInnen im Durchschnitt nie/gar nicht mit ihren Netzpersonen telefonieren. 14 % telefonieren seltener als einmal pro Monat und 12 % telefonieren ca. einmal pro Monat mit ihren/seinen Netzwerkpersonen. Alle 14 Tage bis mehrmals pro Woche haben 12 % der BewohnerInnen telefonischen Kontakt.

Die Verteilung des persönlichen Treffens zeigt hingegen deutlich höhere Frequenzen an. Nur 16 % der BewohnerInnen haben zu ihren Netzpersonen nie bzw. gar keinen persönlichen Kontakt. Seltener als einmal pro Monat haben 10 % und ca. einmal pro Monat haben 14 % der BewohnerInnen durchschnittlich Kontakt mit den Personen ihres sozialen Netzes. 19 % haben alle 14 Tage, 29 % einmal pro Woche und 11 % sogar mehrmals pro Woche Kontakt mit Netzwerkpersonen.

Abbildung 86: Durchschnittliche Häufigkeit von Telefonieren und Treffen

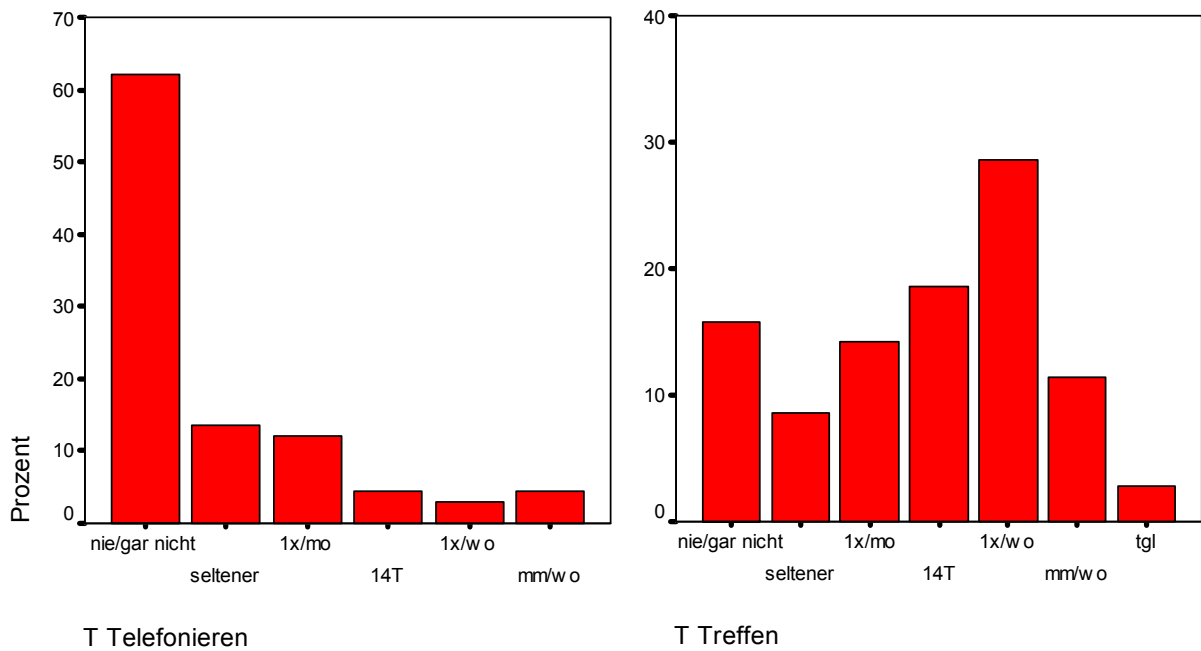


Abbildung 87: Index des Telefonierens und Treffens als Indikatoren der Kontaktintensität

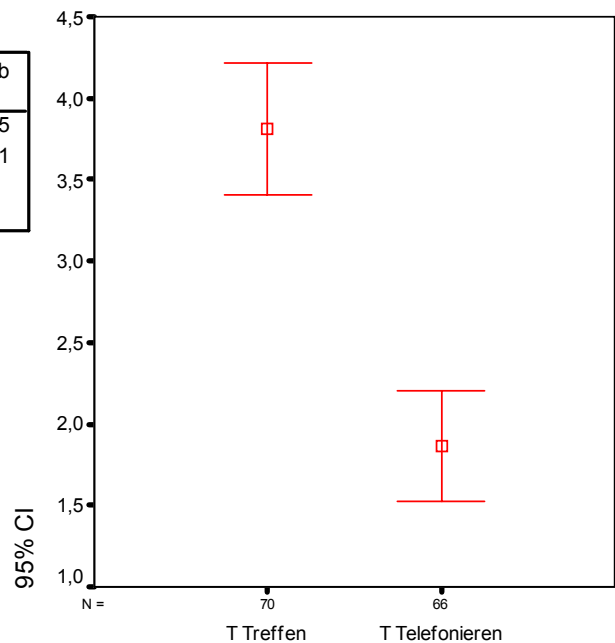
Deskriptive Statistik			
	N	Mittelwert	Standardabweichung
Treffen	70	3,81	1,705
Telefonieren	66	1,86	1,391
Gültige Werte (Listenweise)	65		

Indexerklärung:

Der jeweilige Index drückt die durchschnittliche Frequenz an Telefonieren bzw. persönlichem Treffen des/r BewohnerIn pro Netzperson aus.

Jeder Index hat einen zugrunde liegenden theoretischen Wertebereich von 1 bis 7, wobei die Werte folgende Bedeutung zugrunde liegen:

1=nie/gar nicht, 2=seltener, 3=einmal/Monat, 4=alle 14 Tage, 5=einmal/Woche, 6= mehrmals/Woche, 7=täglich



Anhand des gebildeten Index der durchschnittlichen Frequenz der Kontaktnahme des/r BewohnerIn pro Netzperson kommen diese Verhältnisse ebenfalls zum Ausdruck. Der Mittelwert des persönlichen Treffens liegt nämlich bei 3,8, was pro Netzperson ein Treffen pro Woche bis alle 14 Tage bedeutet. Hingegen drückt der Mittelwert des Telefonierens mit dem Wert von 1,9 aus, dass die BewohnerInnen im Durchschnitt nie bis selten mit den persönlichen Kontakten telefonieren.

### 3.16.3 Typologisierung von HeimbewohnerInnen hinsichtlich des sozialen Netzwerkes

Die Diskussion der sozialen Netzwerke bis hier her wurde aufgrund einer Vielzahl spezifischer Parameter vorangetrieben, mit dem Vorteil einer differenzierten Beschreibung der Netze und der Zusammenhänge zwischen den Parametern, aber um den Preis der „Unübersichtlichkeit“. Deshalb soll im nächsten Schritt ein klassifikatorisches Verfahren eingesetzt werden, das die BewohnerInnen hinsichtlich ihrer netzspezifischen Merkmale möglichst klar unterscheidbaren Gruppen zuordnet. Der Vorteil für den Fortgang der Diskussion um den Beitrag sozialer Netze zur Lebensqualität von HeimbewohnerInnen liegt dann darin, dass komplexe Information („objektbezogen“) verdichtet wird, und mit dem Verfahren der Clusteranalyse auch die Möglichkeit besteht, relevante („diskriminierende“) von weniger relevanten Netzparametern zu trennen.

Ziel einer Clusteranalyse ist das Auffinden homogener Gruppen, wobei die Objekte bezüglich ihrer Merkmale so zu einem Cluster zusammengefasst werden, dass sie zueinander möglichst homogen und zu den anderen Clustern möglichst inhomogen sein sollen. Die Objekte sind in dieser Anwendung HeimbewohnerInnen und die Merkmale, nach denen klassifiziert wird, sind Variablen des sozialen Netzes der BewohnerInnen. Das Ergebnis kann dann inhaltlich interpretiert, und in einer Typologie (hier: des sozialen Netzwerkes von HeimbewohnerInnen) beschrieben werden.

Innerhalb der verschiedenen Arten von Clusteranalysen kann zwischen verschiedenen Methoden unterschieden werden. Prinzipiell ist jedoch anzumerken, dass die Clusteranalyse mit minimalen Annahmen hinsichtlich der Daten auskommt und ein Verfahren ist, das sowohl konfirmatorisch als auch exploratorisch einsetzbar ist. (vgl. BACHER 1996: 348ff.) Aus inhalt-

lichen wie auch aus datentechnischen Gründen wurde hier die sog. Clusterzentrenanalyse gewählt.

Die Clusterzentrenanalyse berechnet iterativ für die eingegebenen Variablen (hier Variablen des sozialen Netzwerkes) und für eine bestimmte Anzahl von  $k$  Clustern die Clusterzentren so, dass die Streuungsquadratsumme in den Clustern minimal wird. Die wichtigste Frage bei Clusteranwendungen ist die Frage nach der „besten“ Zahl von Clustern. Natürlich überwiegen inhaltliche Begründungen, allerdings kann man statistische Kennzahlen dafür heranziehen um die endgültige Lösung statistisch untermauern zu können.

Hinsichtlich des sozialen Netzwerkes von HeimbewohnerInnen wurden die erhobenen und bereits oben vorgestellten Merkmale Netzwerksgröße, Kontaktrollen, Kontaktfunktion, Dichte und Intensität der Sozialkontakte der HeimbewohnerInnen berücksichtigt. Es ist hinzuzufügen, dass in den meisten Fällen nicht die absoluten Werte veranschlagt wurden, sondern die Anteilswerte des jeweiligen Merkmals an der Gesamtgröße des sozialen Netzwerkes je HeimbewohnerIn. Zu begründen ist diese Vorgangsweise damit, dass die Berücksichtigung der Absolutzahlen „Verzerrungen“ darstellen würden, und größere soziale Netze im Vergleich zu kleineren übergewichtet würden. Daher sind mit Ausnahme der Variablen Netzwerksgröße und den Indizes der Intensität (Index Telefonieren und Treffen) alle Variablen als Anteil des Merkmals an der gesamten Netzwerksgröße angesetzt.<sup>6</sup>

Da die Clusterzentrenanalyse ein sog. „k-means-Verfahren“ ist, wurden auf Basis der eingehenden Netzwerksmerkmale insgesamt  $k=6$  verschiedene Clusterlösungen berechnet. Trivialerweise sind in der  $k=1$  Clusterlösung alle HeimbewohnerInnen in einem und demselben Cluster. Dieses Modell definiert jedoch die Ausgangslösung (sog. „baseline model“) auf dessen Basis die weiteren  $k=k+1$  Clusterlösungen nach inhaltlichen Gesichtspunkten, wie auch nach statistischen Kriterien, bewertet werden können. Für die statistische Bewertung der Modellgüten wurden in der Literatur eine Reihe von Kennzahlen vorgestellt die auch hier zur

---

<sup>6</sup> Ein Beispiel soll hier als Erklärung dienen: Jede BewohnerIn hat jede genannte Kontaktperson des sozialen Netzwerkes zu verschiedenen Sachverhalten zuordnen müssen. So auch für die soziale Rolle. Auf der Basis dessen konnten die Personen zu Generationen (1, 2, 3) sowie anderen Personengruppen wie Personal, FreundInnen etc. zugeordnet werden. Wenn eine BewohnerIn beispielsweise ihr soziales Netz durch 5 Personen spezifiziert hat und davon zwei Personen zur eigenen 2. Generation gehören (z.B. eine Tochter und ein Schwiegersohn), dann ist der Anteil der Generation2-Kontakte an der Gesamtgröße des Netzwerkes  $2:5$  bzw.  $0,4$ . Somit sind 40% des Gesamtnetzwerkes Generation2-Kontakte.

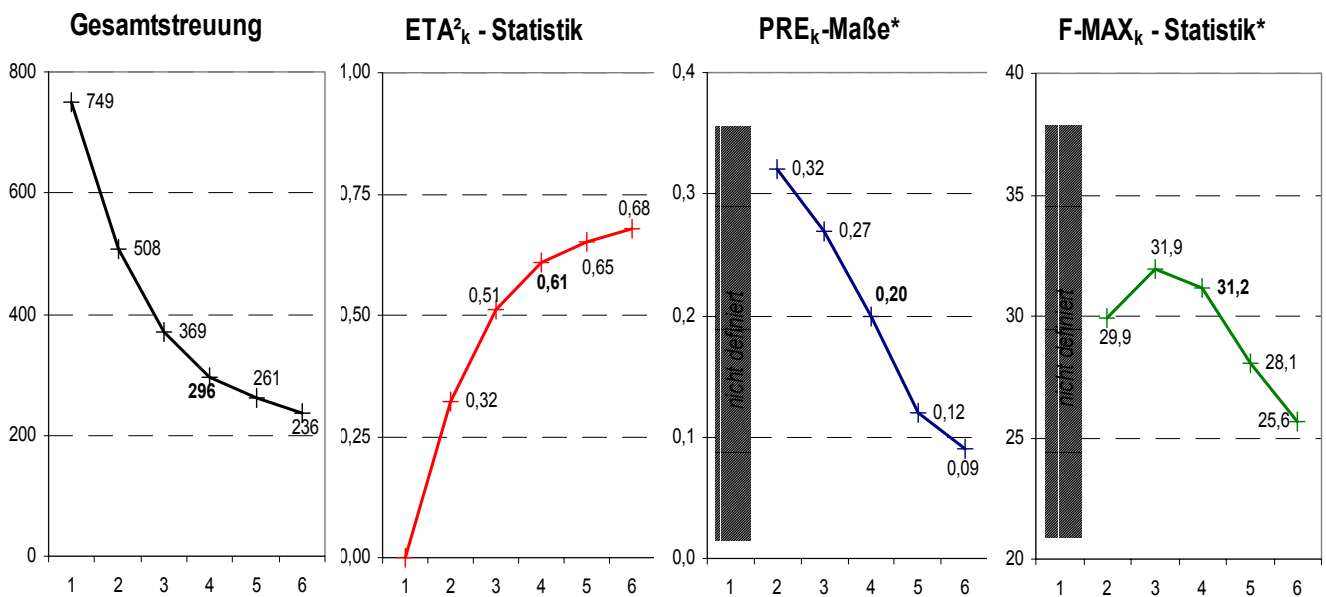
Anwendung kommen (vgl. BACHER 2001). Dabei handelt es sich um die Gesamtstreuung(-squadratsumme), erklärte Streuung ( $ETA^2_k$ ), die relative Verbesserung gegenüber der vorausgehenden Clusterlösung ( $PRE_k$ ) und das Verhältnis der erklärten zu nicht-erklärten Streuung ( $F-MAX_k$ ).

Diese Teststatistiken wurden für alle  $k=6$  Clusterlösungen berechnet und sind in der nachfolgenden Abbildung dargestellt. Dabei zeigt die Linie der Gesamtstreuung eine stark fallende Tendenz von der 1- bis 6-Clusterlösung. D. h., unter Hinzunahme eines weiteren Clusters kann also die Gesamtstreuung (die in der 1-Clusterlösung maximal ist) reduziert werden. Die Hinzunahme jedes weiteren Clusters bedingt aber eine immer geringer ausfallende Reduzierung der Gesamtstreuung. Man könnte sagen, dass der Grenznutzen pro weiterem Cluster, zumindest statistisch gesehen, geringer wird.

Ähnlich verhält es sich mit der erklärten Streuung ( $ETA^2_k$ ) je Clusterlösung. Diese ist bei der 1-Clusterlösung logischerweise Null und ist bei der 2-, wie auch bei der 3-Clusterlösung höchst bedeutsam, und flacht dann stark ab. Daher ist die relative Verbesserung der  $k$ -ten Lösung im Vergleich zur vorherigen Lösung ( $PRE_k$ ) in der 2-Clusterlösung relativ hoch, bei den Clusterlösungen mit 2 bzw. 3 Clustern bedeutsam.

Das Verhältnis zwischen erklärter und nicht erklärter Streuung ( $F-MAX_k$ ) ist bei der 2-Clusterlösung relativ hoch, steigt bei der 3-Clusterlösung, und beginnt dann leicht wieder zu fallen.

**Abbildung 88: Teststatistiken zur Beurteilung der Güte von  $k$ -Clusterlösungen ( $k=1-6$ )**



Auf Basis dieser Kennzahlen wurde – um es vorweg zu nehmen – die 4-Clusterlösung gewählt. Eine Clusterlösung mit zwei Clustern scheint zwar wegen ihrer Sparsamkeit am attraktivsten, die 2-Clusterlösung erlaubt jedoch keine differenzierte Darstellung und Typologisierung der Netzstruktur von HeimbewohnerInnen. Wie bereits eingangs erwähnt, zeigen die Testgrößen der k=1 bis 6 Clusterlösungen doch in Richtung einer Verbesserung der Gesamtgüte des Modells bei Hinzunahme von weiteren Clustern. Aber ab der k=5 Clusterlösung scheint statistische Verbesserung der Modellgüte nicht mehr gerechtfertigt zu sein. Aus diesen Überlegungen wurde die 4-Clusterlösung gewählt.

Das Ergebnis der Clusterzentrenanalyse ist – wie der Name schon verrät – in der Wiedergabe des jeweiligen Zentrums je Cluster und je Merkmal gegeben. Die Clusterzentren sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt. Sie geben den „Schwerpunkt“ des jeweiligen Merkmals je Cluster an und sind somit „repräsentativ“ für den Cluster. Die genauere Beschreibung der Cluster erfolgt in den folgenden Abschnitten.

**Tabelle 30: Clusterzentren der 4-Clusterlösung (Endgültige Lösung)**

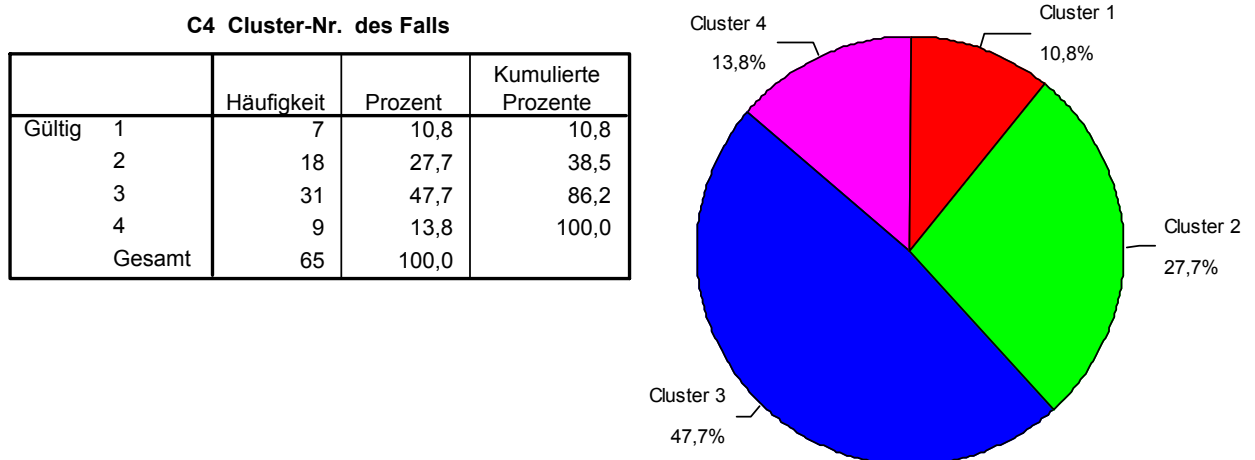
	Cluster			
	1	2	3	4
SN_SUM - Summe Personen im Netzwerk	2	2	3	8
GEN1P - Anteil Generation 1	,14	,13	,18	,08
GEN2P - Anteil Generation 2	,43	,21	,37	,19
GEN3P - Anteil Generation 3	,19	,11	,11	,27
BEWP - Anteil BewohnerInnen	,00	,19	,08	,09
PERSP - Anteil Personal	,00	,10	,14	,07
FREUNDP - Anteil FreundInnen	,24	,06	,09	,13
ANDEREP - Anteil andere Personen	,00	,20	,03	,17
SNVERP - Anteil Vertrautheit	,71	,43	,65	,45
SNHILP - Anteil Hilfe	,60	,31	,49	,31
SNFREP - Anteil Freizeit	,29	,72	,63	,72
SNTREGK2 - Durchschn. Treffen pro Netzperson	4	2	5	4
SNTELGK2 - Durchschn. Telefonieren pro Netzperson	5	1	2	2
UNIPLEXP - Anteil uniplexer Beziehungen	,55	,64	,43	,63
BIPLEXP - Anteil biplexer Beziehungen	,31	,21	,31	,26
TRIPLEXP - Anteil triplexer Beziehungen	,14	,13	,24	,11

### 3.16.3.1 Eine Netzwerktopologie von HeimbewohnerInnen

Die gewählte Clusterung von HeimbewohnerInnen, unter der Berücksichtigung von Variablen der Struktur des sozialen Netzes, ergab eine Einteilung in vier voneinander unterscheidbare Gruppen. In Summe gingen die Angaben von 65 BewohnerInnen in die Clusteranalyse ein, das sind fast 90 % der BewohnerInnen, die auf die Netzwerkfragen geantwortet haben. Die Ausfälle sind auf fehlende Angaben auf einzelne Fragen zurückzuführen.

Die Verteilung der Cluster auf die HeimbewohnerInnen sieht folgendermaßen aus: Der kleinste Cluster beinhaltet nur 7 BewohnerInnen also ca. 11% der Befragten (Cluster 1). Ein weiterer, relativ kleiner Cluster ist Cluster 4 mit knapp 14% der Befragten oder 9 BewohnerInnen. Der zweitgrößte Cluster ist Cluster 2 mit insgesamt 18 Befragten oder fast 30 % der BewohnerInnen. Cluster 3 umfasst 31 Personen, die an den Befragten einen Anteil von nahezu 50 % stellen.

**Abbildung 89: Verteilung der 4-Clusterlösung**

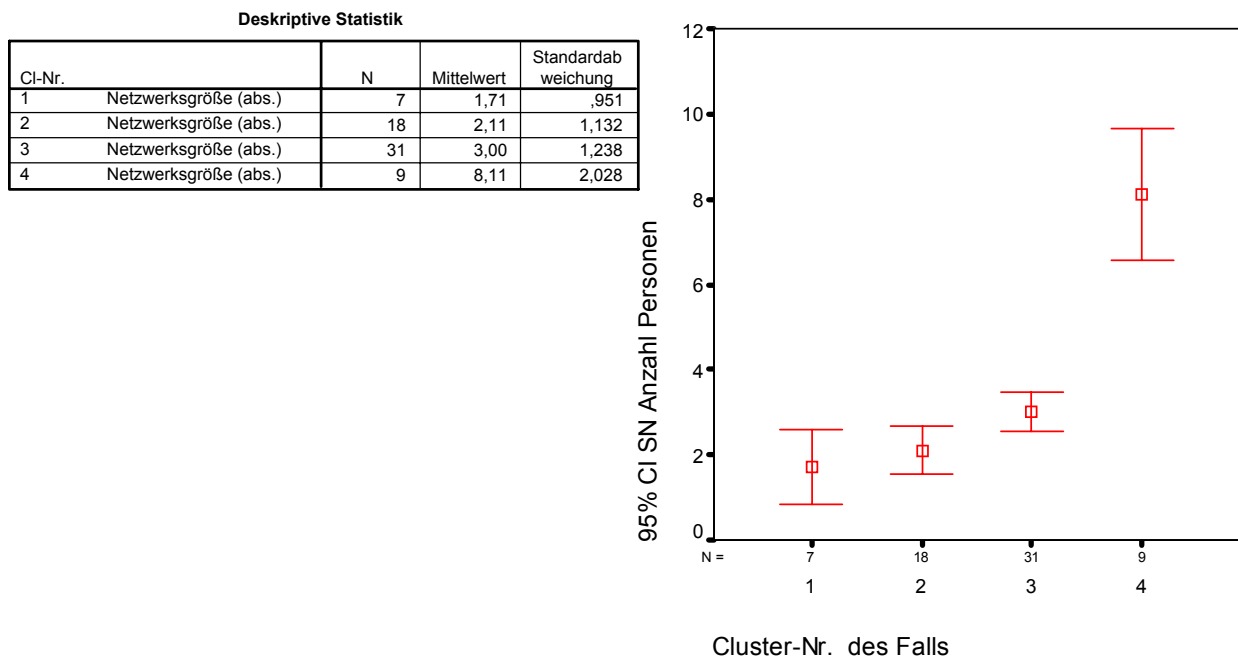


Indem nun folgend die erzielte Clusterlösung anhand der je nach Gruppe divergierenden Maßzahlen beschreiben wird, entsteht eine empirisch angeleitete Typologie von HeimbewohnerInnen hinsichtlich ihrer sozialen Netzwerke.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Anmerkung: Aufgrund der geringen Fallzahl ist die Streuung innerhalb der Cluster bezüglich der netzwerkbeschreibenden Merkmale relativ hoch. Außerdem sind die Abweichungen vom Gesamtmittelwert (ohne Clustereinführung) teilweise relativ stark. Aufgrund der Interpretierbarkeit der Cluster und der

Wie bereits festgehalten, liegt der Gesamtdurchschnitt der Netzwerkgröße bei knapp über drei Netzpersonen je HeimbewohnerIn. Im Vergleich dazu ist augenscheinlich, dass die BewohnerInnen der Cluster 1 bis 3 relativ wenige Kontaktpersonen haben, also durch eine kleine Netzwerkstruktur gekennzeichnet sind. BewohnerInnen des Cluster 1 haben im Mittel 1,7, die des Cluster 2 im Mittel 2,1 und die aus Cluster 3 im Durchschnitt drei Personen im eigenen sozialen Netzwerk. Sie liegen also hinsichtlich der Netzwerkgröße unter dem Gesamtdurchschnitt. Davon weichen die BewohnerInnen des vierten Clusters signifikant ab, denn im Durchschnitt zählen diese Personen sogar 8,1 Kontaktpersonen zu ihrem „engeren“ sozialen Umfeld. Das Ergebnis des Unterschieds zwischen Cluster 4 und den drei anderen Gruppen ist hochsignifikant ( $F=48,7$  | d.f.=3 |  $p=0,000$ ).

**Abbildung 90: Durchschnittliche Netzwerkgröße je Cluster**



Hinsichtlich der Kontakte zur eigenen Familie, also den Generationen 1, 2 und 3 sind die Unterschiede in den Clustertypen nur marginal. Der Anteil der Generation 1-Kontakte an der gesamten Netzwerkgröße variiert nur gering zwischen den Clustern. Die Anteilsmittelwerte liegen nur in einem Bereich zwischen 0,08 (Cluster 4) und 0,14 (Cluster 1) und zeugen von geringer Variabilität zwischen den Clustern. Die mittleren Anteilswerte je Cluster hinsichtlich

---

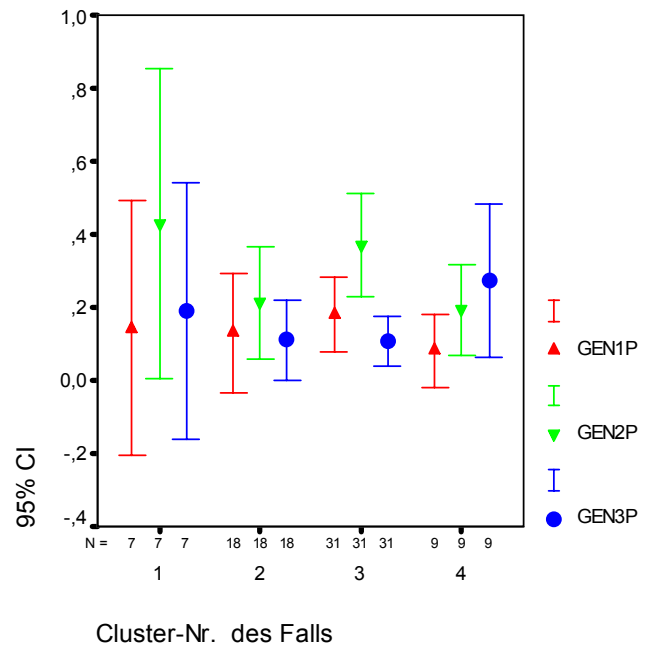
statistischen Güte der Clusterlösung wird dennoch eine Darstellung vorgenommen. Anzumerken ist jedoch, dass die hervorgehobenen und die Cluster bestimmenden Merkmale bzw. eventuelle Unterschiede zwischen den Clustern behutsam interpretiert werden und in vielen Fällen ausschließlich Tendenzen abbilden.



der Generation 2 sind bedeutsamer und variieren von 0,19 (Cluster 4) bis 0,43 (Cluster 1). Der Anteil der Kontakte zur Generation 3 ist mit 0,10 bzw. 0,11 bei den Clustern 2 bzw. 3 und mit 0,27 bei Cluster 4 gekennzeichnet.

**Abbildung 91: Anteilsmäßiger Kontakt mit Generation 1 bis 3 je Cluster**

Deskriptive Statistik				
CI-Nr		N	Mittelwert	Standardabweichung
1	GEN1P	7	,1429	,37796
	GEN2P	7	,4286	,46004
	GEN3P	7	,1905	,37796
2	GEN1P	18	,1296	,32618
	GEN2P	18	,2130	,31210
	GEN3P	18	,1111	,22140
3	GEN1P	31	,1812	,28228
	GEN2P	31	,3699	,38153
	GEN3P	31	,1065	,18322
4	GEN1P	9	,0807	,13011
	GEN2P	9	,1928	,16369
	GEN3P	9	,2728	,27465



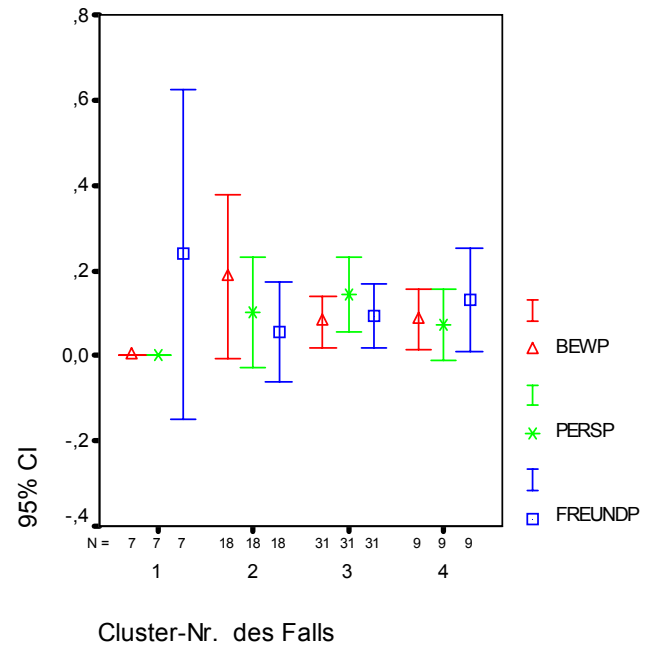
Hervorzuheben ist außerdem, dass die Streuungen der Anteilswerte innerhalb der Cluster teilweise sehr hoch sind. Vor allem innerhalb der zwei kleinen Clustern 1 und 4 (v.a. innerhalb der Generation 3). Die Cluster 2 und 3 sind hingegen insgesamt homogener. Das bedeutet auch, dass die Cluster 2 und 3 im relativen Durchschnitt der Gesamtpopulation an HeimbewohnerInnen zu liegen kommen. Gegenpol dazu ist quasi der erste Cluster. Zwar muss man sagen, dass dieser Cluster relativ wenige BewohnerInnen subsumiert, diese sind jedoch durch extreme Heterogenität der Anteilswerte von Generation 1- bis Generation 3-Beziehungen gekennzeichnet.

Augenfälligstes Ergebnis der Clusterung hinsichtlich der Kontakte zu anderen HeimbewohnerInnen, Personal und FreundInnen ist das für Cluster 1 ausgewiesene. Die Befragten dieses Clusters haben nämlich überhaupt keine Kontakte zu anderen BewohnerInnen, wie auch keine Kontakte zum Personal genannt. Dafür haben die sieben Personen dieses Clusters im Durchschnitt einen Freundesanteil von 0,24 an allen Kontakten. Dieser durchschnittliche Anteilwert variiert jedoch beträchtlich über die Personen innerhalb dieses Clusters.

Cluster 2 ist hingegen gerade durch Kontakte zu anderen BewohnerInnen gekennzeichnet. Die restlichen Cluster sind hinsichtlich dieser Kontaktgruppen relativ homogen und repräsentieren den Durchschnitt der HeimbewohnerInnen.

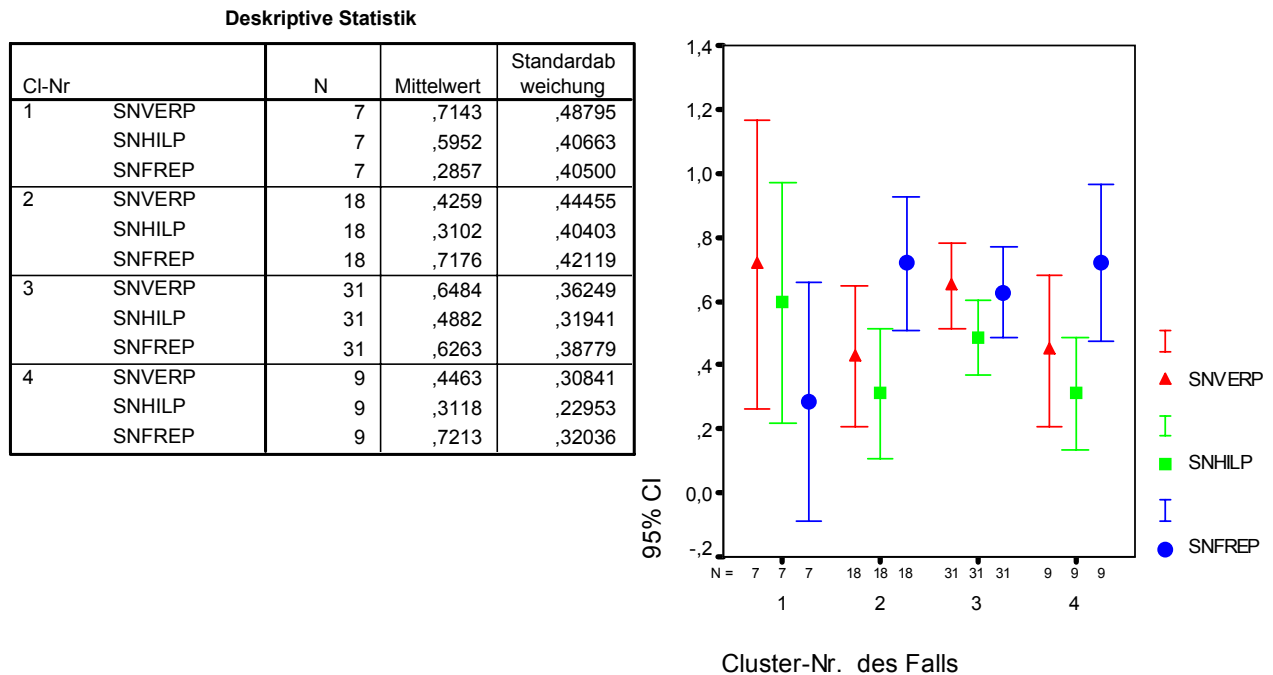
**Abbildung 92: Anteilmäßiger Kontakt mit BewohnerInnen, Personal, und Freunden je Cluster**

Deskriptive Statistik				
Cl-Nr		N	Mittelwert	Standardabweichung
1	BEWP	7	,0000	,00000
	PERSP	7	,0000	,00000
	FREUNDP	7	,2381	,41786
2	BEWP	18	,1852	,38301
	PERSP	18	,1019	,26283
	FREUNDP	18	,0556	,23570
3	BEWP	31	,0790	,16307
	PERSP	31	,1425	,23948
	FREUNDP	31	,0941	,20496
4	BEWP	9	,0856	,09155
	PERSP	9	,0710	,10857
	FREUNDP	9	,1302	,15831



Die Anteile der Kontaktschemata liegen in der Gesamtpopulation der HeimbewohnerInnen bei 0,6 für Vertrautheit, 0,4 für Hilfe und abermals 0,6 für Freizeit. Die Clustertypologie bringt diesbezüglich zutage, dass Cluster 1 im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt einen höheren Anteil an Vertrautheit und Hilfe und einen relativ geringen Anteil bei der Freizeit aufweist. Die Cluster 2 und 4 vertreten hingegen das Gegenteil des ersten Clusters, weil die Vertrautheits- und Hilfeanteile gering und der Freizeitanteil stark ausgeprägt sind. Cluster 3 repräsentiert wiederum den Gesamtdurchschnitt.

Abbildung 93: Schemaanteil je Cluster



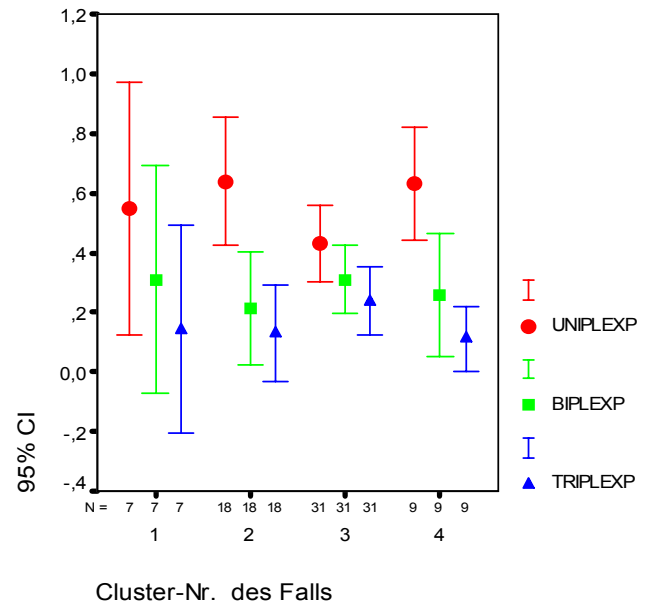
Hinsichtlich der Dichte bzw. der Überlappung des Kontaktkreises sind erneut nur Tendenzen zu erkennen. Die Clustergrößen sind zu gering und die Streuungen innerhalb der Cluster sind zu groß für statistisch signifikante Ergebnisse.

Folgende Tendenzen sind jedoch festzustellen: Hohe Anteile an uniplexen Beziehungen, und zwar über dem Gesamtdurchschnitt von 0,53, sind in Cluster 2 und in Cluster 4 nachweisbar, während der dritte Cluster durch einen relativ hohen Anteil triplexer Beziehungen gekennzeichnet ist. Die Kontaktstruktur des Cluster 3 ist also durch eine vergleichsweise starke Überlappung der Schemata bzw. „Multifunktionalität“ der Kontakte gekennzeichnet, während die Netze der Cluster 2 und 4 hohe Anteile an Kontakten enthalten, die ausschließlich auf ein Schema zutreffen.

Abbildung 94: Anteil uni-, bi- und triplexer Kontakte je Cluster

**Deskriptive Statistik**

CI-Nr		N	Mittelwert	Standardabweichung
1	UNIPLEXP	7	,5476	,45860
	BIPLEXP	7	,3095	,41308
	TRIPLEXP	7	,1429	,37796
2	UNIPLEXP	18	,6389	,42779
	BIPLEXP	18	,2130	,37728
	TRIPLEXP	18	,1296	,32618
3	UNIPLEXP	31	,4317	,34797
	BIPLEXP	31	,3091	,31171
	TRIPLEXP	31	,2376	,30795
4	UNIPLEXP	9	,6313	,24560
	BIPLEXP	9	,2579	,27029
	TRIPLEXP	9	,1108	,14393

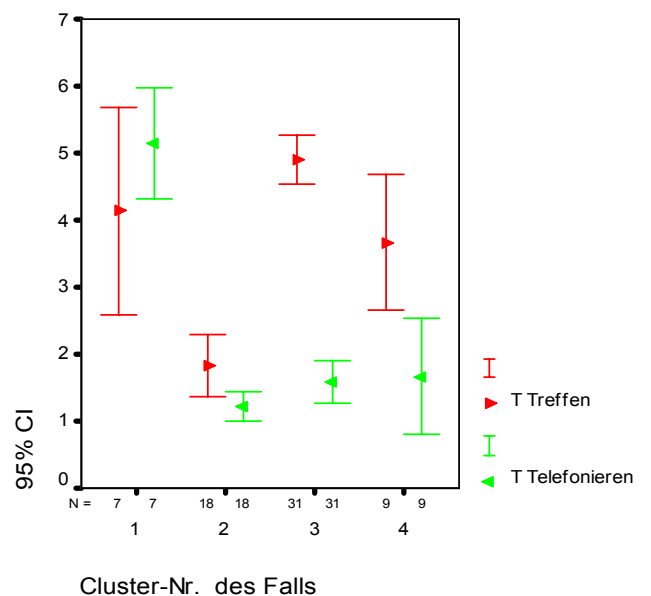


Bleibt die durchschnittliche Intensität der Kontakte zu erwähnen. Cluster 1 ist durch überdurchschnittliche Frequenz hinsichtlich Telefonieren und Treffen gekennzeichnet. Cluster 3 und 4 haben zwar ebenfalls relativ hohe Indexwerte beim persönlichen Treffen der Netzpersonen, hinsichtlich des Telefonierens liegen die Frequenzwerte aber sogar etwas unter dem Durchschnitt der Gesamtpopulation der befragten HeimbewohnerInnen. Hervorzuheben ist außerdem das Ergebnis in Cluster 2. BewohnerInnen dieses Clusters telefonieren mit und treffen ihre Netzpersonen im Vergleich seltener als alle anderen.

Abbildung 95: Häufigkeit von Telefonieren und Treffen je Cluster

**Deskriptive Statistik**

CI-Nr		N	Mittelwert	Standardabweichung
1	Treffen	7	4,14	1,676
	Telefonieren	7	5,14	,900
2	Treffen	18	1,83	,924
	Telefonieren	18	1,22	,428
3	Treffen	31	4,90	,978
	Telefonieren	31	1,58	,848
4	Treffen	9	3,67	1,323
	Telefonieren	9	1,67	1,118



Zusammenfassend können die vier Cluster anhand der folgenden Netzwerktypologie beschrieben werden. Die Tabelle, die die Clusterlösung hinsichtlich relevanter und vor allem je nach Cluster divergierender Netzparameter in verbaler Form wiedergibt, dient dabei der Veranschaulichung.

**Tabelle 31: Netzwerktypologie – BewohnerInnen bezüglich der Sozialkontaktstruktur**

	Netzwerktypen			
	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4
<b>Name</b>	„Intensives nahgenerationelles Vertrautheits- und Hilfe-Netzwerk“	„Heimbewohner-Innennahes Netzwerk mit loser uniplexer Freizeitzentrierung“	„Dichtes und intensives gleichgenerationelles Netzwerk“	„Großes uniplexes auf Freizeit orientiertes Netzwerk“
<b>Größe</b>	Rel. klein	Rel. klein	–	Groß
<b>Rollen</b>	Viel Gen 2 u. FreundInnen, <u>keine</u> Heimkontakte	Viele Kontakte zu BewohnerInnen	Viel Gen 1, wenig Gen 3	Viel Gen 3, wenig Gen 1&2
<b>Funktion</b>	Viel Vertr. & Hilfe, wenig Freizeit	Viel Freizeit, wenig Vertr. & Hilfe	–	Viel Freizeit, wenig Vertr. & Hilfe
<b>Dichte</b>	–	Uniplex	(Bi-), Triplex	Uniplex
<b>Intensität</b>	Häufiges Treffen, Telefonieren	Seltenes Treffen, Telefonieren	Häufiges Treffen	–
<b>Clustergröße</b>	<b>11%</b>	<b>28%</b>	<b>48%</b>	<b>14%</b>

Erklärung: nicht vorkommende Kategorien bzw. mit „–“ gekennzeichnete Zellen haben die Bedeutung, dass diesbezüglich keine erwähnenswerten clusterbeschreibenden Merkmale vorhanden sind

*Netzwerktyp 1* ist durch ein kleines, auf Personen außerhalb des Heimes, und da vor allem der Generation 2 und auf FreundeInnen hin zentriertes Netzwerk mit relativ hohen Vertrautheits- und Hilfeschemaanteilen und hoher Intensität bei den Kontakten gekennzeichnet.

*Typ 2* ist ebenfalls durch wenige Kontakte ausgezeichnet, aber im Gegensatz zu Typ 1 vor allem auf den BewohnerInnenkreis hin zentriert, und aufgrund ausgeprägter Uniplexität mit Gewicht auf Freizeitaktivitäten, bei relativ niedriger Intensität der Kontakte abgrenzbar.

Der *dritte Typus* weist zwar wieder relativ kleine Netze, mit aber hohen Anteilen an bi- und vor allem triplexen (also „multifunktionalen“) Kontakten, auf, die überdies häufig persönlich getroffen werden.

*Sozialkontaktyp 4* weist als einziger vergleichsweise große Netze auf, und ist durch v.a. uniplexe Netzwerkbeziehungen mit Schwergewicht auf das Freizeitschema gekennzeichnet, die stärker auf die dritte Generation konzentriert sind.

### 3.16.4 Soziale Netzwerke „befragbarer“ HeimbewohnerInnen und Lebensqualität

Die ausführliche Diskussion der sozialen Netzwerke der befragten HeimbewohnerInnen und vor allem die Verdichtung der gewonnenen Erkenntnisse in Form einer Clusterlösung sollen nun dazu dienen, den Stellenwert darzustellen, den diese soziale Ressource für die subjektive Lebensqualität der HeimbewohnerInnen hat. Folglich geht es darum, die relevanten Netzwerkparameter anhand der Cluster den bereits diskutierten Variablengruppen gegenüberzustellen.

Als Ergebnis dieses Vorgehens können drei Variablen der Gruppe individueller Ressourcen als durch die Netztypologie z. T. erklärbar resp. erklärt dargestellt werden. Es handelt sich um den MMST, anhand dessen die Orientiertheit der BewohnerInnen gemessen wurde, und der als geistige Ressource anzusehen ist, dann um ADL 1, jene Summenskala, die den Hilfebedarf bei der Mobilität misst, und als körperliche Ressource zu begreifen ist, als auch um jene Skala „Beziehung“, die die subjektive Wertung der Qualität des eigenen Beziehungsnetzes misst.

Wenn auch, wie in der Tabelle ersichtlich, immer große Streuungen um die mittleren Werte der assoziierten Lebensqualitätsvariablen je nach Zuordnung zu den Netzwerktypen gegeben sind, alle Abweichungen zwischen den einzelnen Gruppen sind auf zumindest 95 % Niveau signifikant und in ihrer Stärke doch klar ausgeprägt. (Eta für MMST = 0,39, für ADL 1 = 0,42, für Beziehungsqualität = 0,40).

Tabelle 32: Netzwerktypologie und individuelle Ressourcen

Soziales Netzwerk und individuelle Ressourcen				
Netzwerkcluster / -typologie	assoziierte Ressourcen	N	Mittelwert	Standardabweichung
Typ 1	MMST [0;30]	7	25,86	3,132
	ADL1 [0;9]	7	4,86	2,911
	Beziehung gesamt [1;4]	7	2,49	,952
Typ 2	MMST [0;30]	18	20,17	4,449
	ADL1 [0;9]	15	1,53	2,475
	Beziehung gesamt [1;4]	9	2,60	,523
Typ 3	MMST [0;30]	30	23,33	4,482
	ADL1 [0;9]	30	4,33	2,857
	Beziehung gesamt [1;4]	26	2,79	,549
Typ 4	MMST [0;30]	9	22,89	3,480
	ADL1 [0;9]	8	4,50	3,464
	Beziehung gesamt [1;4]	7	3,36	,512

Eindeutig am besten liegt der Wert der subjektiv wahrgenommenen Beziehungsqualität in jener Gruppe 4, die auch durch große Netzwerke gekennzeichnet ist. Typ 2 fällt vor allem dadurch auf, dass nur geringer Hilfebedarf bei der Mobilität gegeben ist. Dieses Ergebnis fällt mit der Tatsache zusammen, dass die Netztypik stark von Kontakten innerhalb des Heimes mit hohem Freizeitanteil geprägt ist. Am schlechtesten bewerten die BewohnerInnen der Gruppe 1 ihre Beziehungsqualität, wenn auch der Abstand zu den mittleren Wertungen der Typen 2 und 3 nur gering ausfällt. Diese Gruppe verfügt zwar über die durchschnittlich im Vergleich beste Orientiertheit bei gleichzeitig allerdings höchstem mittleren Hilfebedarf, hat allerdings laut Netztypik keine Kontakte innerhalb des Heimes. BewohnerInnen des Typ 3, dem größeren der vier Cluster, der durch hohe Dichte und Intensität der Kontakte hervorsticht, sind hinsichtlich der drei Kontrollvariablen immer im mittleren Feld gelagert (mittlere Orientiertheit, mittlerer Hilfebedarf und mittlere Wertung der Beziehungsqualität).

Aus diesem Ergebnis können folgende Thesen abgeleitet werden, die es näher zu überprüfen gilt:

- Hoher Hilfebedarf (bei gleichzeitig guter Orientiertheit) hemmt den Aufbau heiminterner Beziehungsnetze, was zu eher negativen Wertungen der subjektiven Beziehungsqualität führt.
- Bei geringem Hilfebedarf entstehen Netzwerke, die einen hohen Anteil an heiminternen Kontakten mit Schwergewicht auf Freizeitaktivitäten haben.

- Hohe Zufriedenheit mit der Beziehungsqualität geht mit großen Netzwerken einher.

Auf Ebene der einzelnen Netzwerkparameter können dann noch differenziertere Zusammenhänge ausgemacht werden. Es gilt nämlich:

- Nicht unbedingt die Gesamtgröße des Netzwerks determiniert die Wahrnehmung der Beziehungsqualität, sondern eindeutig die Zahl der Kontakte im speziellen Vertrautheitsschema (Pearson  $R = 0,37$ ). Dazu kommt, dass sich in der Differenzierung zwischen uni-, bi- und triplexen Beziehungskonstellationen die bi- und triplexen als solche herausstellen, die eine positive Wahrnehmung der Beziehungsqualität fördern (Pearson  $R$  für biplexe absolut =  $0,31$ , für triplexe absolut =  $0,32$ ). Mit zunehmendem Anteil uniplexer Beziehungen sinkt hingegen der Index der wahrgenommenen Beziehungsqualität (Pearson  $R$  für Anteil uniplexe =  $-0,33$ ).
- Aber auch die Frequenz der Treffen mit Personen aus dem Netzwerk fördert die subjektive Bewertung der Beziehungsqualität (Pearson  $R$  für Treffen gesamt =  $0,39$ , für Treffen Index =  $0,30$ ); gleichzeitig steigt damit das Selbstwertgefühl der BewohnerInnen (Pearson  $R$  für Treffen gesamt =  $0,43$ , für Treffen Index =  $0,26$ ).
- Die Gewichtung der Anteile heiminterner und heimexterner Kontakte in den Beziehungsnetzen steht wiederum mit Maßen der Zuversicht und des Wohlbefindens in Zusammenhang – und zwar dergestalt, dass mit höherem Anteil an heiminternen Kontakten die Zuversicht steigt (Pearson  $R = 0,35$ ), aber auch das Wohlbefinden im Bereich Essen und soziale Umgebung im Heim (Pearson  $R = 0,24$ ) sowie die allgemeine Lebenszufriedenheit (Diener/Pavot) zunehmen (Pearson  $R = 0,25$ ).
- Ein direkter Zusammenhang von Netzwerkparametern mit Hilfebedarfen (ADL) oder der Orientiertheit (MMST) ist hingegen nicht nachweisbar.

Letztlich bedeutet dies, dass größere Netze vor allem dann Einsamkeitsgefühle im Pflegeheim hintanhaltend, wenn die einzelnen Kontakte auch gewissermaßen „starke“ Kontakte („strong ties“ im Gegensatz zu „weak ties“) sind – geprägt von Vertrautheit, Intensität (Kontaktfrequenz) und Dichte (Multiplexität bzw. -funktionalität). Dieses Ergebnis ist als der allgemeine Befund zu verstehen. Denn im Speziellen gilt noch zusätzlich, dass Wohlbefinden im Heim, aber auch die allgemeine Lebenszufriedenheit der BewohnerInnen offensichtlich dann am besten ausfallen, wenn genau diese Kontaktqualität nicht nur vom heimexternen Netzwerk getragen, sondern eben auch heimintern gegeben ist.



In den folgenden Kapiteln zu den organisierten Freizeitaktivitäten wird wieder Bezug auf die hier diskutierten Netzparameter und die Netztypologie genommen werden, und natürlich im speziellen untersucht werden, inwieweit solcherart Aktivitäten den Aufbau heiminterner „starker“ Netze fördern.

### 3.17 Bereichszufriedenheiten und spezielle Handlungsfelder „befragbarer“ HeimbewohnerInnen

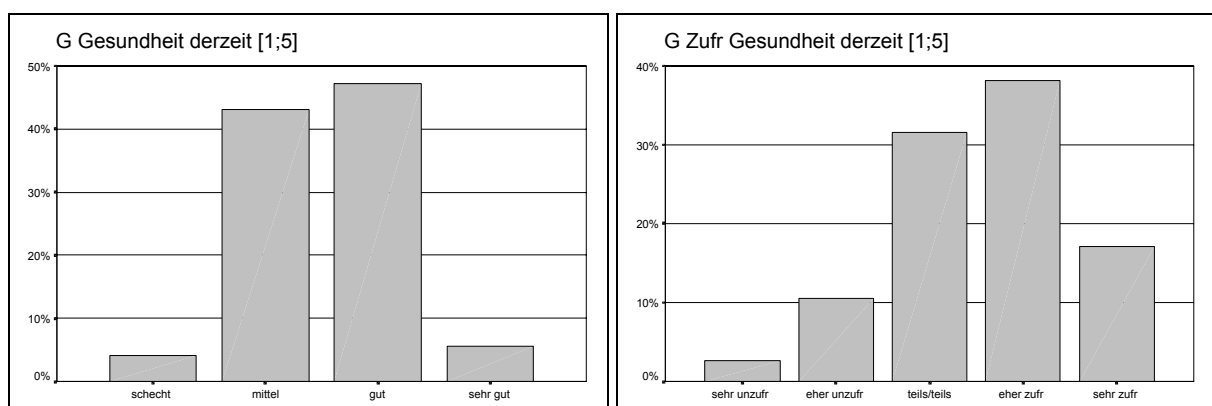
Bevor die Handlungsfelder organisierter Aktivitäten im Heim und außerhalb diskutiert werden, kommt noch eine zentrale Bereichszufriedenheit zur Sprache: die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und deren Stellenwert als Komponente der Lebensqualität im Pflegeheim.

#### 3.17.1 Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit

Die eigene Gesundheit wird vom überwiegenden Teil der „Befragbaren“ gut oder mittel eingestuft (rd. 90 % der Befragten). Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ist mit dieser Selbsteinschätzung stark korreliert (Pearson R = 0,63) und rechtsschief verteilt. Nur jede/r Siebente bis Achte ist eher oder sehr unzufrieden, während 55 % zumindest zufrieden mit ihrer eigenen Gesundheit sind.

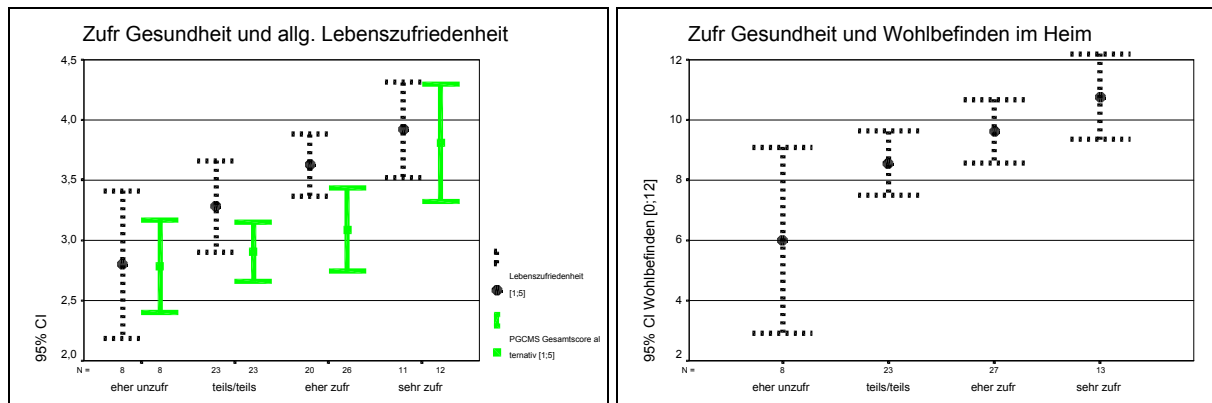
**Abbildung 96: Gesundheit derzeit**

**Abbildung 97: Zufriedenheit mit der Gesundheit derzeit**



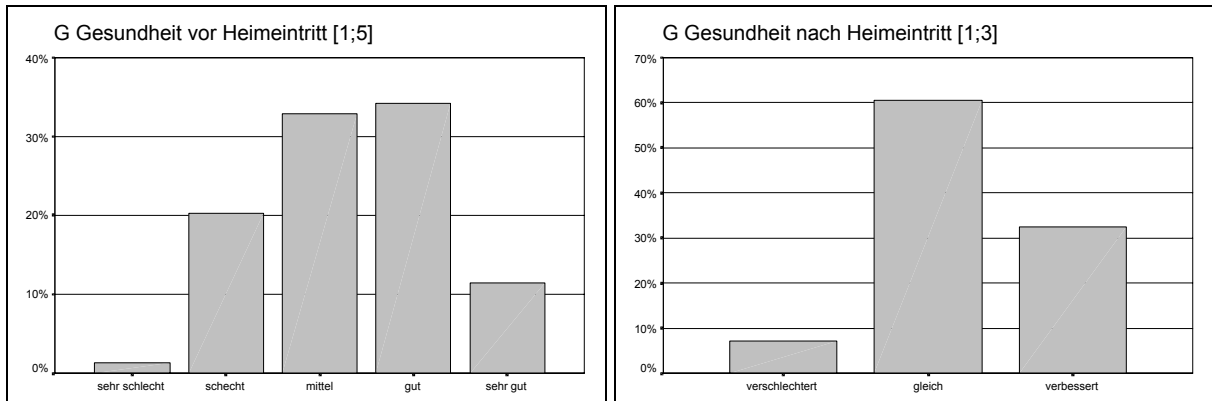
Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ist nun sowohl mit den Maßzahlen der allgemeinen Lebenszufriedenheit – der PGCMS und der Skala zur Lebenszufriedenheit – korreliert, als auch mit denen, die mit dem speziellen Erhebungsinstrument für HeimbewohnerInnen zustande gekommenen sind (Pearson R für PGCMS Gesamtscore = 0,41, Lebenszufriedenheit = 0,36, Wohlbefinden Heim = 0,39).

**Abbildung 98: Zufriedenheit mit der Gesundheit und allgemeine Lebenszufriedenheit**  
**Abbildung 99: Zufriedenheit mit der Gesundheit und Wohlbefinden im Heim**



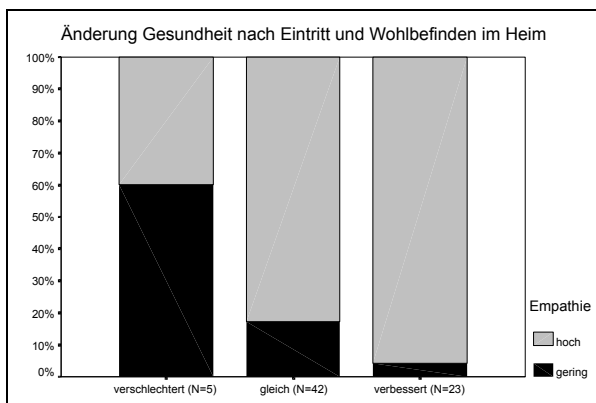
Zusätzlich zu den besprochenen Gesundheitsvariablen wurden zwei weitere mit Gesundheitsbezug abgefragt, die dann im Zusammenhang mit dem Heimeintritt wieder thematisiert werden sollen, aber auch unter dem Gesichtspunkt des subjektiven Wohlbefindens im Heim ein interessantes Ergebnis hervorbringen. Es wurde nämlich noch die Einschätzung der Gesundheit vor Heimantritt abgefragt und die Frage gestellt, ob sich der Gesundheitszustand in den ersten Wochen nach Heimeintritt eher verbessert hat, ob er gleich geblieben ist, oder sich eher verschlechtert hat. In Bezug auf diese Frage geben rund ein Drittel der Befragten eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes nach Heimeintritt an, und weniger als jeder/r Zehnte eine Verschlechterung.

**Abbildung 100: Gesundheit vor Heimeintritt**  
**Abbildung 101: Gesundheit nach Heimeintritt**



Im Zusammenhang mit dem heimbezogenen Wohlbefinden ist aber vor allem von Interesse, dass die Bewertung der Änderung des Gesundheitszustandes nach Heimeintritt einen Erklärungsbeitrag zur Wohlbefindensdimension Empathie leistet. Bei Verbesserung des Zustandes steigt die Wahrscheinlichkeit eines hohen Wohlbefindenswerts in dieser Dimension (Pearson R = 0,34).

**Abbildung 102: Änderung der Gesundheit nach Eintritt und Wohlbefinden im Heim**



### 3.17.2 Organisierte Aktivitäten im und außer Haus

Organisierte Freizeitaktivitäten können neben solchen Handlungsfeldern, die direkt mit der Pflege und primären Versorgung Hilfebedürftiger einhergehen, als typisch in Heimen bezeichnet werden. Während bei der Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens vorrangig die Aufrechterhaltung basaler Bedürfnisse von pflegebedürftigen HeimbewohnerInnen intendiert ist, sind darüber hinaus gehende Aktivitäten stärker animations- und rehabilitativ orientiert. Sie werden als für die Lebensqualität von HeimbewohnerInnen wichtige Kompo-

nente des Heimalltags angesehen. Für die Fragestellung des Projektes wird dann in weiterer Folge von Interesse sein, ob in der Gruppe der „Befragbaren“ die Teilnahme an und die Zufriedenheit mit organisierten Freizeitaktivitäten das stärker auf das Heimleben bezogene Wohlbefinden und/ oder die allgemeine Lebenszufriedenheit beeinflusst. Natürlich muss im Vorhinein jene Struktur analysiert werden, die die Teilnahmebereitschaft bzw. die Möglichkeiten zur Teilnahme erklären können.

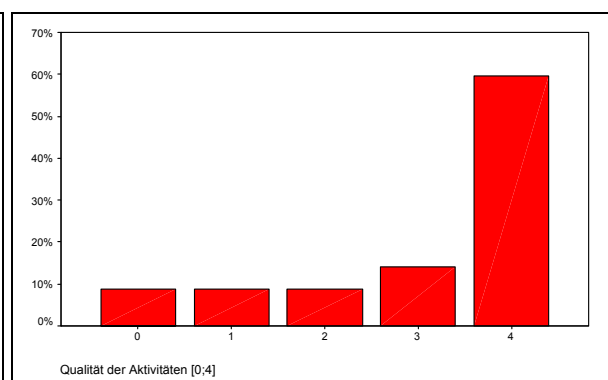
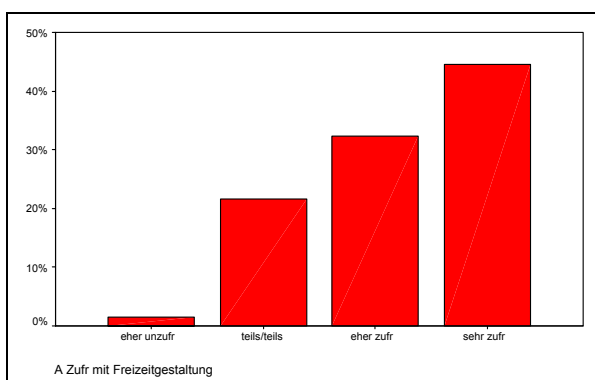
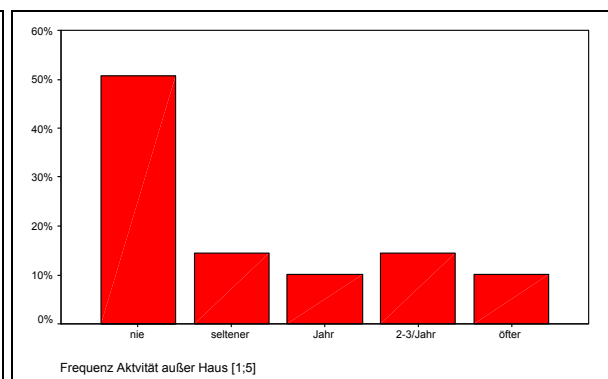
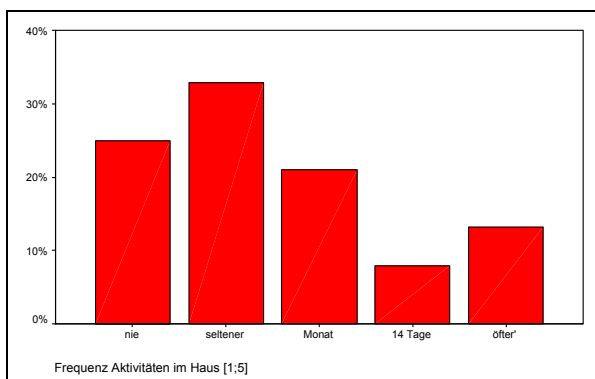
Rund ein Viertel der Befragbaren ist nach Eigenauskunft nie an organisierten Freizeitaktivitäten im Heim, und die Hälfte nie außerhalb des Heimes beteiligt gewesen. Die Frequenzen der Beteiligung an Aktivitäten im und außer Haus sind stark miteinander korreliert (Pearson R = 0,55). D. h., hohe bzw. seltene oder keine Beteiligung im Haus tritt mit großer Wahrscheinlichkeit mit hoher bzw. seltener oder keiner Beteiligung an organisierten Freizeitaktivitäten außer Haus auf.

**Abbildung 103: Frequenz der Beteiligung an Aktivitäten im Haus**

**Abbildung 104: Frequenz der Beteiligung an Aktivitäten außer Haus**

**Abbildung 105: Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung**

**Abbildung 106: Qualität der Freizeitaktivitäten**



Die Zufriedenheit mit den organisierten Aktivitäten liegt in der Gesamtgruppe der Befragten zwar relativ hoch, ist allerdings aus der Frequenz der Beteiligung nicht erklärbar. Als dritte Variable wurde deshalb ein Summenscore gebildet, der aus Fragen zur Einschätzung der Qualität der Aktivitäten resultiert (Cronbachs Alpha = 0,81). Die zu bewertenden Aussagen des Summenscores waren:

- Die organisierten Aktivitäten entsprechen meinen persönlichen Bedürfnissen.
- Es ist für jeden etwas dabei.
- Die Heimbewohner beteiligen sich gerne an organisierten Aktivitäten.
- Das Personal beteiligt sich gerne an den organisierten Aktivitäten.

In der weiteren Analyse stellt sich dann die entsprechende Bereichszufriedenheit mit der Qualitätsbeurteilung korrelierend dar (Pearson R = 0,59). Aber auch für die Qualitätsbeurteilung ist kein Zusammenhang mit der tatsächlichen Teilnahmefrequenz erkennbar, sowie gilt, dass für diese gesamte Variablen­gruppe keine durchgängigen Zusammenhänge mit objektiv festgestellten körperlichen oder mentalen Ressourcen nachweisbar sind. Allerdings gilt, dass mit zunehmenden Kontakten innerhalb des Heims – einer sozialen Ressource, die im Zuge der Untersuchung der sozialen Netzwerke erhoben wurde – die Zufriedenheit mit den Freizeitaktivitäten steigt (Pearson R für heiminterne Kontakte absolut = 0,27, für Anteil heiminterner Kontakte = 0,26), und dass jenes speziell auf den Heimal­tag bezogene Wohlbefinden, und in geringerem Ausmaß auch die PGCMS aus der Zufriedenheit mit Freizeitaktivitäten erklärbar wird (Pearson R für Wohlbefinden Heim = 0,40, für PGCMS = 0,27).

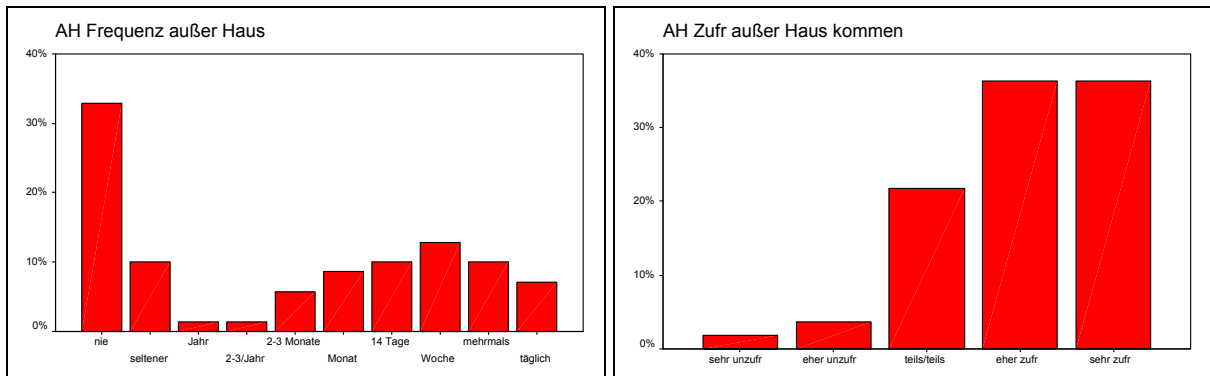
### 3.17.3 Aktivitäten außer Haus

Neben der Gelegenheit, sich im Rahmen organisierter Aktivitäten außerhalb der Heimanlage aufzuhalten, steht es den HeimbewohnerInnen der untersuchten Heime jederzeit frei, auch alleine, mit Hilfe des Personals oder Angehöriger das Heim zu verlassen – sei es, um Besorgungen zu erledigen, Besuche abzustatten, oder auch nur spazieren zu gehen. Die dadurch erreichte Erweiterung des Erlebnishorizonts, der gerade bei stark hilfebedürftigen Menschen eingeschränkt ist, kann einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität von HeimbewohnerInnen liefern.

Mit den Möglichkeiten außer Haus zu kommen, zeigt sich die überwiegende Mehrheit der „Befragbaren“ (73 %) zufrieden – und dies, obwohl ein Drittel nach Eigenauskunft nie die Heimanlage verlässt (!), bzw. 44 % sich nur einmal jährlich oder seltener außerhalb der Heimanlage aufhalten.

**Abbildung 107: Frequenz außer Haus**

**Abbildung 108: Zufriedenheit mit der Möglichkeit außer Haus zu kommen**

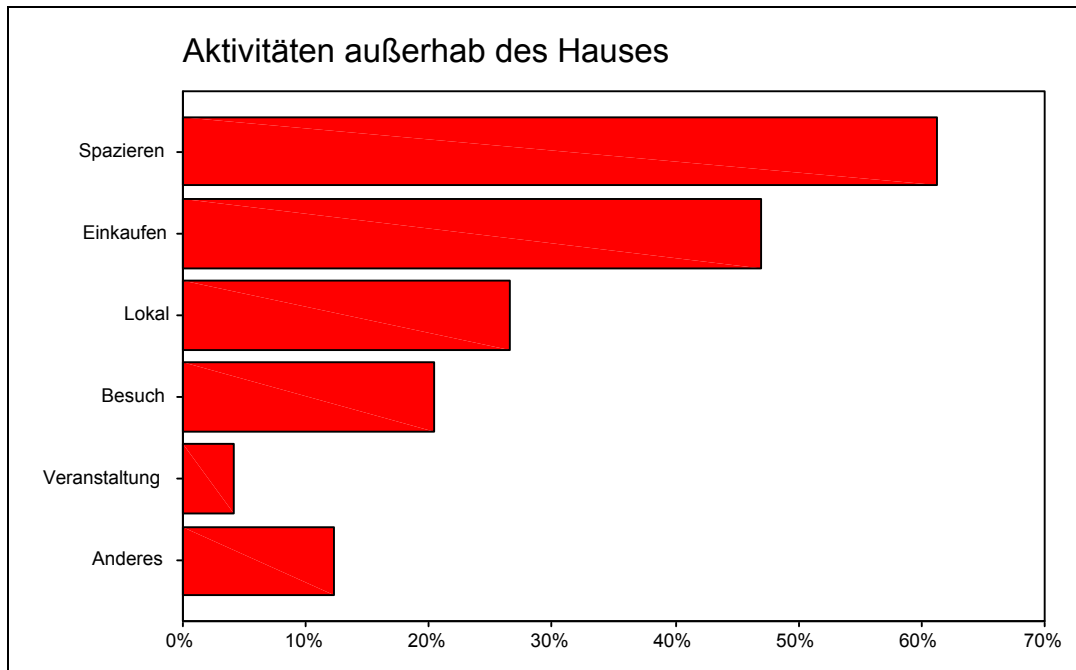


Die Zufriedenheit mit den Möglichkeiten, außer Haus zu kommen, ist hoch signifikant vor allem korreliert mit der Zufriedenheit mit der organisierten Freizeitgestaltung (Pearson R = 0,67), aber auch mit dem heimbezogenen Wohlbefinden (Pearson R = 0,38) und dem eigenen Selbstwertgefühl (Pearson R = 0,34).

Insgesamt gesehen bekommen rund 80 % der Befragten im Heim Hilfe, wenn sie einen Ausflug unternehmen wollen, wobei die kleine Gruppe derer, die keine Hilfe bekommen, auch nie das Haus verlassen (können), oder aber in sehr hoher Frequenz Aktivitäten außerhalb des Heimes nachgehen (also auch nicht auf Hilfe angewiesen sind).

Die häufigsten Anlässe, das Haus zu verlassen, sind Spazieren und Einkaufen gehen. Ein Lokal aufzusuchen, oder in einem Privathaushalt einen Besuch abzustatten wird nur mehr von 20 % bis 30 % der Befragten genannt.

Abbildung 109: Aktivitäten außerhalb des Hauses



### 3.17.4 Der Prozess des Heimeintritts

Der Heimeintritt, ein einschneidendes Erlebnis in der Biografie von HeimbewohnerInnen (eine biografische Passage) wurde im Rahmen des vorliegenden Projektes als spezieller Prozess herausgegriffen und beispielhaft ausführlich operationalisiert. Es ging dabei darum, schon das Vorfeld des Heimeintritts im Sinne von Heimeintrittsgründen und dazu Merkmale der Prozessqualität darzustellen.

Von 20 im Fragebogen vorgegebenen möglichen Heimeintrittsgründen konnten acht Einzeliems im Zuge der Auswertung dann zu drei Variablen zusammengefasst werden (Sturz(gefahr), Akuterkrankung, Ausfall der Hauptbetreuungsperson), und konnten mit Hilfe einer Clusterzentrenanalyse drei Gruppen von HeimbewohnerInnen hinsichtlich ihrer Heimeintrittsgründe differenziert werden. Die beiden folgenden Tabellen präsentieren das Ergebnis. In der ersten sind für jede einzelne Gruppe die Anteile derer verzeichnet, für die ein möglicher Eintrittsgrund zutreffend ist. Daneben sind die Anteilswerte über alle Befragten ausgewiesen. In der zweiten Tabelle sind diese Ergebnisse verbalisiert.

Tabelle 33: BewohnerInnengruppen hinsichtlich Heimeintrittsgründen (%)

BewohnerInnengruppen hinsichtlich Heimeintrittsgründen (%)				
Mögliche Gründe	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Alle
S1H Gesundheit schlechter	44%	97%	7%	63%
S1H immer mehr Hilfe	50%	97%	23%	70%
S1H allein nicht außer Haus	56%	59%	0%	46%
S1H nicht sicher gefühlt	17%	90%	54%	61%
Sturz(gefahr)	39%	87%	38%	62%
Akuterkrankung	100%	51%	5%	49%
P HauHa: allein	24%	76%	78%	63%
P Spital vor Heimeintritt	80%	62%	35%	59%
Verteilung der Gruppen	25%	46%	29%	100%

Die mit 46 % Anteil größere *Gruppe 2* ist dadurch ausgezeichnet, dass keiner der angesetzten Heimeintrittsgründe nicht zutreffend ist. In der Unterscheidung gegenüber den beiden anderen Gruppen zeichnet sie sich dadurch aus, dass sich der Gesundheitszustand immer weiter verschlechtert hat, man immer mehr Hilfe benötigt hat, man sich nicht mehr sicher gefühlt und Sturzgefahr bestanden hat, oder bereits ein Sturz passiert ist. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese HeimbewohnerInnen vor Heimeintritt allein gelebt haben, ist mit 76 % sehr hoch.

Dies trifft auch auf die Befragten der mit 29 % Anteil vertretenen *Gruppe 3* zu. Im Gegensatz zur Gruppe 2 wird aber keine Verschlechterung der Gesundheit vor Heimeintritt protokolliert, und nur mit geringer Wahrscheinlichkeit ein zunehmender Hilfebedarf. Die soziale Indikation des Alleinlebens ist hier also die primäre, beinahe ausschließliche Ursache des Heimeintritts. Auch wenn in dieser Gruppe mit je rd. 60 % Anteil ein Gefühl der Unsicherheit, Sturzgefahr, oder auch ein Spitalsaufenthalt vor Heimeintritt gegeben waren, eine akute Erkrankung war nicht der Grund, in ein Heim zu übersiedeln.

Genau dieser Umstand trifft aber auf *Gruppe 1* zu, die 25 % der Befragten repräsentiert. Dazu kommt noch eine hohe Wahrscheinlichkeit eines Spitalsaufenthalts, der Anlass war, in ein Heim zu übersiedeln. Gruppe 1 ist zudem durch die mit Abstand geringste Quote an Alleinlebenden ausgezeichnet.



**Tabelle 34: Gruppen hinsichtlich Heimeintrittsgründen (verbal)**

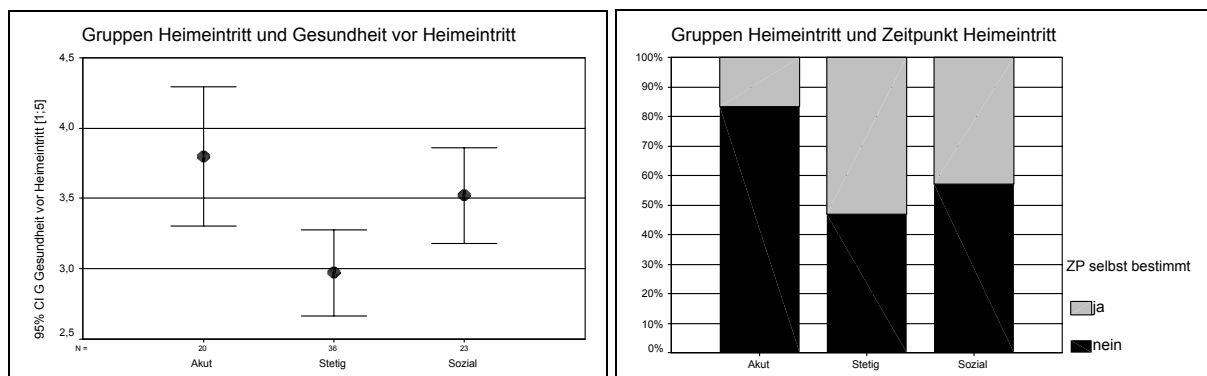
Gruppen hinsichtlich Heimeintrittsgründen (verbal)			
Mögliche Gründe	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
S1H Gesundheit schlechter	–	ja	nein
S1H immer mehr Hilfe	–	ja	eher nein
S1H allein nicht außer Haus	–	–	nein
S1H nicht sicher gefühlt	eher nein	ja	–
Sturz(gefahr)	–	ja	–
Akuterkrankung	ja	–	nein
P HauHa: allein	eher nein	eher ja	eher ja
P Spital vor Heimeintritt	eher ja	–	–
Verteilung der Gruppen	25%	46%	29%

Zusammenfassend wird die Typik der drei Gruppen gut sichtbar: Bei Gruppe 3 überwiegt eindeutig die soziale Indikationen des Alleinlebens (Gruppe „sozial“). In Gruppe 1 ist der dominante Anlassfall durch ein akute Erkrankung mit Spitalsaufenthalt gegeben (Gruppe „akut“), während in der größeren der drei Gruppen, in Gruppe 2, jene HeimbewohnerInnen zusammengefasst sind, deren Hilfe- und Pflegebedarf sich offensichtlich stetig gesteigert hat, bis die Sicherheit im eigenen Haushalt nicht mehr gewährleistet war (Gruppe „stetig“).

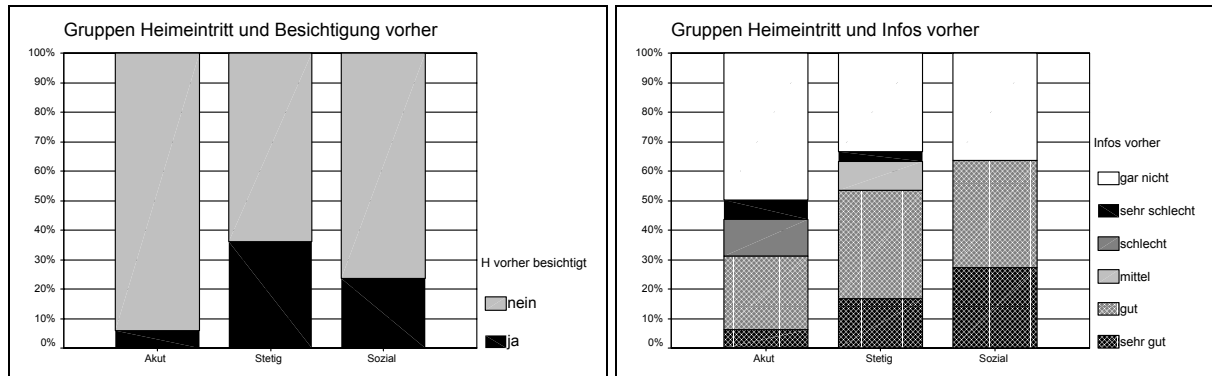
Im Rückgriff auf eine bereits diskutierte Variable, nämlich jener der Eigenbewertung der Gesundheit vor Heimeintritt, zeigt sich dann das Ergebnis,  dass die Hauptgruppe mit anhaltender Verschlechterung des Zustands vor Heimeintritt den damaligen eigenen Gesundheitszustand im Durchschnitt signifikant schlechter wertet als die beiden anderen Gruppen (Eta = 0,37). Die Gruppe „Akut“ ist gegenüber den beiden anderen dadurch ausgezeichnet, dass sie den Zeitpunkt des Heimeintritts nicht selbst bestimmen konnte, während in den beiden anderen Gruppen immer rund die Hälfte diese Entscheidung nach Eigenauskunft autonom getroffen hat.

**Abbildung 110: Gruppen Heimeintritt und Gesundheit vor Heimeintritt**

**Abbildung 111: Gruppen Heimeintritt und Zeitpunkt Heimeintritt**

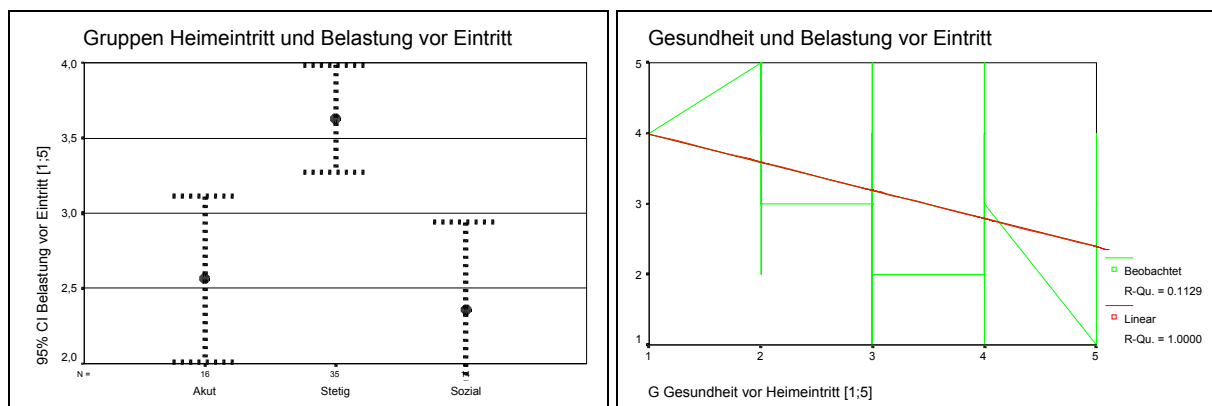


**Abbildung 112: Gruppen Heimeintritt und Besichtigung vorher**  
**Abbildung 113: Gruppen Heimeintritt und Infos vorher**



Die Gruppe der akut Aufgenommenen fällt auch aufgrund anderer Merkmale auf. Das später bezogene Heim wurde vorher nicht besichtigt, die Hälfte hatte keinerlei Information und 20 % werten diese als schlecht bis sehr schlecht, während nur 30 % vorab gegebene Informationen wenigstens als gut einstufen. In den beiden anderen Gruppen liegen die Anteile derer, die die Informationen zumindest gut einstufen, über 50 %. Aus diesem Blickwinkel erscheinen jene Fälle vor allem problematisch, die offensichtlich unter Zeitdruck, und ohne sich eingehend zu informieren in ein Heim eingetreten sind. Sie selbst stufen ihre eigene Belastetheit in der Zeit vor dem Heimeintritt aber geringer ein, als die größere Gruppe derer, die mit dem kontinuierlichen Abbau der eigenen Gesundheit konfrontiert waren (Eta = 0,50).

**Abbildung 114: Gruppen Heimeintritt und Belastung vor Eintritt**  
**Abbildung 115: Gesundheit und Belastung vor Eintritt**

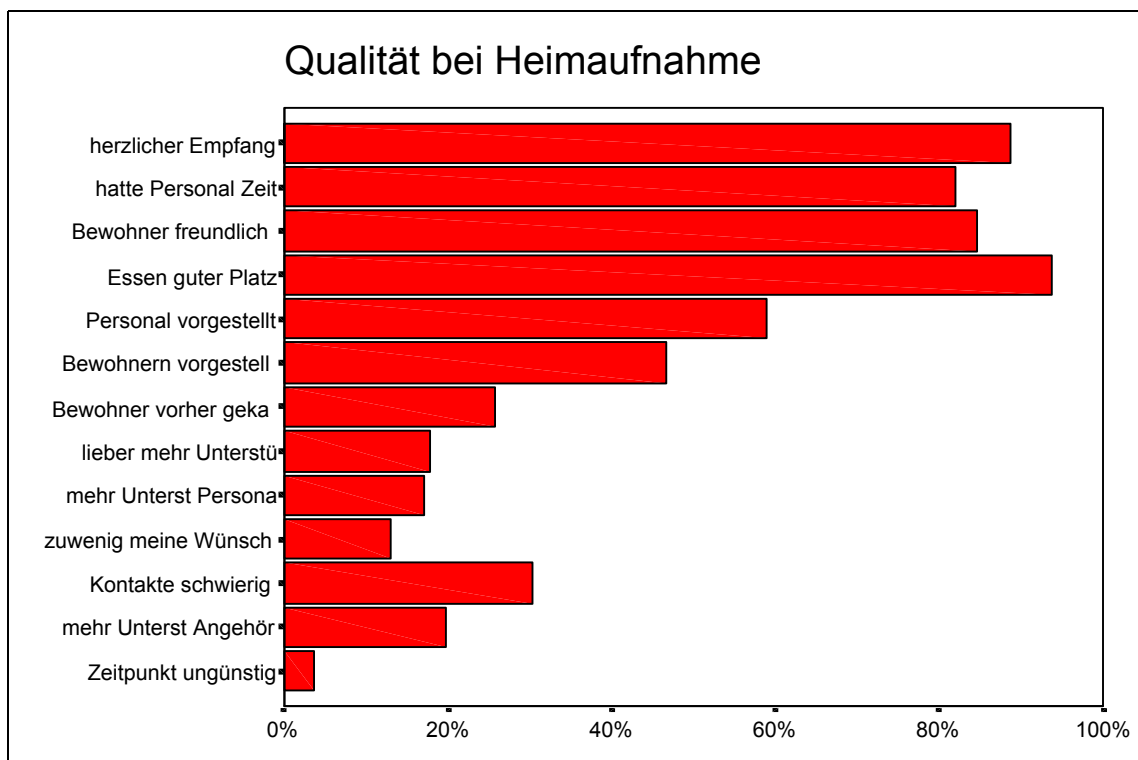


In der Zusammenschau dieses Ergebnisses mit jenem, dass dieselbe Gruppe gleichzeitig den durchschnittlich schlechteren Gesundheitszustand vor Heimeintritt protokolliert, macht nachvollziehbar, warum generell gilt, dass mit schlechterem Gesundheitszustand die Belastung vor Heimeinzug steigt (Pearson R = 0,34).

Jene BewohnerInnen, deren Indikation der Heimaufnahme auch sozial begründet ist, fallen hinsichtlich ihrer sozialen Ressourcen deshalb auf, weil sie die Hälfte der Gruppe 2 des Netzwerkclusters stellen, deren Typik als kleines Netz, das auf HeimbewohnerInnen hin mit loser uniplexer Freizeitzentrierung orientiert ist, beschrieben wurde. Demgegenüber stellen die BewohnerInnen, deren Gesundheitszustand sich vor Heimeintritt stetig verschlechtert hat, mit 78 % Anteil den Hauptteil an Gruppe 4 der Netzwerktypik, die als einzige durch große Netze charakterisiert ist.

Damit zum Prozess des Heimeintritts selbst, dessen Qualität anhand von 13 Fragen operationalisiert wurde. Die anschließende Abbildung veranschaulicht das größtenteils positive Ergebnis: Jeweils rund 90 % haben sich generell herzlich und von den MitbewohnerInnen auf den Stationen freundlich aufgenommen gefühlt sowie beim Essen gleich einen guten Platz bekommen, und wurden von jemandem aus dem Personalkreis mit ausreichend Zeit aufgenommen. Nur mehr rd. 60 % wurden dem Personal und rd. 50 % den BewohnerInnen auf den Stationen persönlich vorgestellt. Diese sechs positiven Qualitätsmerkmale wurden zu einem Summenscore zusammengefasst, was eine Itemanalyse nahe legt (Cronbachs Alpha = 0,61).

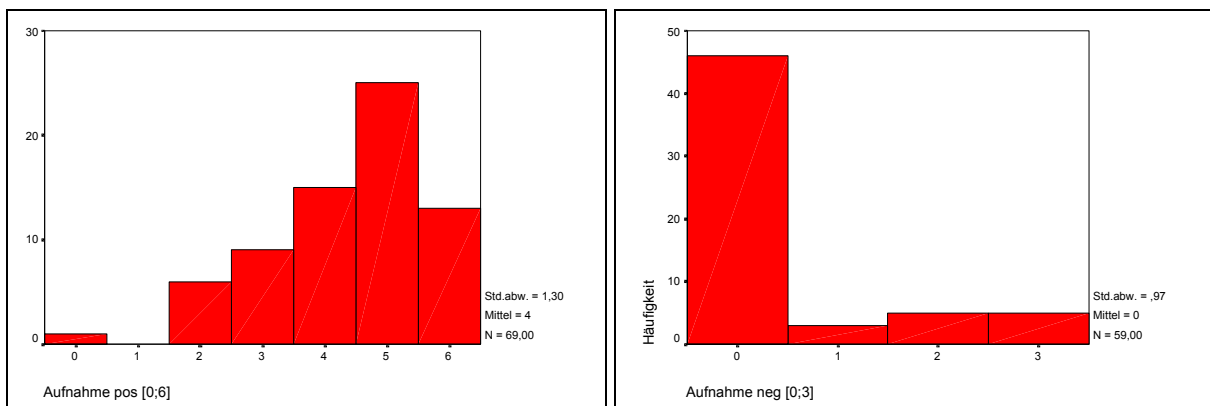
**Abbildung 116: Qualität bei Heimaufnahme**



Negativ formulierte Fragen zur Heimaufnahme werden eindeutig weniger bejaht. Dass man generell, oder speziell von Seiten des Personals oder der Angehörigen mehr Unterstützung erwartet, oder das Gefühl gehabt hätte, dass zuwenig auf die eigenen Wünsche und Bedürfnisse eingegangen worden wäre, wird jeweils nur von 10 % bis 20 % der Befragten so empfunden. Dass es schwierig war, im Haus anfänglich Kontakte zu knüpfen, räumt aber immerhin rund ein Drittel ein.

Aus den negativ formulierten Fragen wurden die nach der generellen Unterstützung und nach jener des Personals mit der Frage nach dem Gefühl, dass zuwenig auf die eigenen Bedürfnisse eingegangen wurde, zu einer weiteren Summenskala zusammengefasst (Cronbachs Alpha = 0,73). Die beiden folgenden Abbildungen zeigen das Ergebnis der Skalenbildung als Häufigkeitsverteilungen der Summenskalen. Während sich die Befragten hinsichtlich des positiven Scores im Bereich zwischen den Merkmalsausprägungen 2 und 6, zwar rechtsschief, aber in Annäherung an eine Normalverteilung auf die Merkmalsklassen verteilen, liegt für den Negativscore eine starke Verzerrung vor, weil 78 % der Befragten allein auf den Wert 0 (für „keine der drei negativen Aussagen ist zutreffend“) vereint sind.

**Abbildung 117: Positiv-Skala Heimaufnahme**  
**Abbildung 118: Negativ-Skala Heimaufnahme**



Die Positiv-Skala der Qualität der Heimaufnahmen ist nun hochsignifikant korreliert mit der subjektiven und retrospektiv wiedergegebenen Belastung kurz nach Heimeintritt (Pearson R = -0,37), und dieses Merkmal wiederum mit dem subjektiven Wohlbefinden im Heim assoziiert (Pearson R = -0,34), während die Belastungswerte vor Heimeintritt, aber auch die gefundene Clusterlösung bezüglich Heimeintrittsgründen keinen Erklärungsbeitrag leisten. Dies deutet darauf hin, dass die Befragten klar zwischen der Zeit vor und jener nach Heimeintritt unterscheiden, was auch im Rahmen eines anderen Zusammenhangs belegbar ist. Denn die Quali-

tät der Heimaufnahme ist mit der Beurteilung der Qualität der organisierten Freizeitaktivitäten (Pearson  $R = 0,51$ ), als auch mit der Zufriedenheit damit korreliert (Pearson  $R = 0,46$ ); ein gut nachvollziehbares Ergebnis, weil es sich in beiden Fällen um im Heim organisierte Aktivitäten handelt. Die Einschätzung der Situation vor Heimaufnahme steht damit wieder in keinem Zusammenhang. In dieselbe Richtung geht das Ergebnis, dass sowohl die Belastung kurz nach Heimeintritt (Pearson  $R = -0,34$ ), als auch die Qualität der Heimaufnahme (Pearson  $R = 0,30$ ) mit dem subjektiven Wohlbefinden im Heim korrelieren, die Belastung vor dem Heimeintritt aber nicht.

### 3.18 Schluss

Die Diskussion der Ergebnisse der Befragung von HeimbewohnerInnen im Rahmen der Machbarkeitsstudie zur Feststellung ihrer Lebensqualität hat gezeigt, dass relevante Operationalisierungen als Variablenblöcke in einen kausalen Zusammenhang gestellt werden können. An den befragten HeimbewohnerInnen festzumachende Eigenschaften, die als individuelle Ressourcen definiert sind, können subjektives Wohlbefinden erklären. Körperliche Ressourcen – operationalisiert als ADL-Summscores des Hilfebedarfs – können als mit sozialen, aber auch geistigen Ressourcen in Zusammenhang stehend und das Wohlbefinden im Heim z. T. erklärend nachgewiesen werden. Die Operationalisierungen sozialer und psychischer Ressourcen, ebenfalls interkorreliert, haben Erklärungskraft für Maße des Wohlbefindens, die bei bevölkerungsrepräsentativen Umfragen erhoben werden, die sozialen im speziellen aber auch für die Operationalisierungen des Wohlbefindens im Heim. Sie erklären aber auch die Beteiligungsfrequenz an, die Qualitätsbeurteilung von und Zufriedenheit mit typischen Handlungsfeldern in Pflegeheimen.

Für den Bereich der Handlungsfelder wurden im Projekt der Machbarkeitsstudie einige typische herausgegriffen und beispielhaft operationalisiert. Es handelt sich dabei um die Möglichkeiten „außer Haus zu kommen“, im Heim organisierte Freizeitaktivitäten der Mobilisierung und den Prozess des Heimeintritts. Daneben wurde noch die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit in Abhängigkeit von der eigenen Einschätzung derselben abgefragt und als weitere „Bereichszufriedenheit“ in den Gesamtzusammenhang der Lebensqualität gestellt. Die Kausalitäten zwischen den Ressourcen und den Bereichszufriedenheiten sind nun aber nicht

als vorab gerichtet zu verstehen. D. h., ein mehr an Ressourcen muss nicht in z. B. höherer Beteiligungsfrequenz an organisierten Aktivitäten münden, die Richtung kann auch anders aufgefasst werden, wenn z. B. ein Mehr an Aufhalten außer Haus (Handlungsfeld) mit höherem Selbstwertgefühl, einer psychischen Ressource, einhergeht. Die Frage nach der Gerichtetheit stellt sich auch nicht unmittelbar, denn letztlich sind die Operationalisierungen der Ressourcen zugleich selbst direkt auf Handlungen bezogen, wenn körperliche Ressourcen als Hilfebedarfe bei Aktivitäten (sic!) des täglichen Lebens, oder soziale Ressourcen als Anzahl und Frequenz von Kontakten definiert sind. Die Handlungsfelder müssen vielmehr als die räumlichen und sozialen Orte aufgefasst werden, an denen Ressourcen eingesetzt, aber auch entwickelt werden. Aus dieser Tatsache kann aber eine unmittelbare Praxisrelevanz der Ergebnisse abgeleitet werden, wenn eben der Frage nachgegangen wird, welche Kombinationen von Ressourcen sich vermittels operationalisierter Handlungsfelder auf das Wohlbefinden auswirken. So konnte nachgewiesen werden, dass die sozialen Ressourcen – und hier sind vor allem „starke“ Kontakte gemeint, die im Vertrautheitsschema anzusiedeln sind, aber zusätzlich möglichst ein weiteres Kontaktschema (Hilfe oder Geselligkeit) abdecken, und die von einem Mindestmaß an Treffen geprägt sind – im Feld organisierter Aktivitäten in den Heimen, aber auch im Prozess des Heimeintritts eine wichtige Rolle in Hinblick auf das Wohlbefinden im Heim, aber auch in der Operationalisierung des allgemeinen Wohlbefindens spielen. Nun die Frage zu stellen, ob das Maß der sozialen Ressourcen die Zufriedenheit mit den Aktivitäten beeinflusst ist letztlich müßig, weil die Teilhabe an Aktivitäten die heiminternen sozialen Ressourcen erst gewissermaßen herstellt oder immer wieder aktualisiert, genauso wie die Voraussetzungen und die wahrgenommene Qualität des Prozesses des Heimeintritts sich einerseits als abhängig von der Haushaltsstruktur vor Heimeintritt zeigt (soziale Ressourcen außerhalb des Heimes), aber auch nachweisbar ist, dass die Qualität der Heimaufnahme im Zusammenhang mit den im Heim sich entwickelnden Kontakten zu sehen ist, genauso wie im Zusammenhang der weiteren Beteiligung an organisierten Aktivitäten, die wiederum das Wohlbefinden im Heim und allgemein erklären kann.

Neben den in der abschließenden Abbildung des Zusammenhangs der Lebensqualität explizit als Variablenblöcke der Ressourcen und der Handlungsfelder sowie des Wohlbefindens mit den entsprechenden Operationalisierungen festgehaltenen Determinanten sind aber noch zwei weitere zu nennen, die hier eine Rolle spielen. Es handelt sich dabei zum Einen um die Befragbarkeit der in das Projekt involvierten BewohnerInnen, ein spezielles Problem, das

direkt mit der Untersuchungsanlage und den Erhebungsinstrumenten verknüpft ist, und auf das abschließend noch einzugehen ist. Zum Anderen geht es um jene Komponente, die in der Diskussion als „Strukturkomponente“ eingeführt wurde. Denn es konnte z. B. festgestellt werden, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Hilfebedarf bei der Mobilität und dem Wohlbefinden im Heim in der Dimension Autonomie in einem der beiden untersuchten Häuser zwar nachweisbar ist, im anderen Haus aber nicht. Gleichzeitig liegt der mittlere Wert des Wohlbefindens in der Dimension Empathie in dem einen Haus aber generell höher als im anderen. Auch in anderen Konstellationen der relevanten Variablenblöcke der Lebensqualität im Heim konnten solcherart strukturelle Unterschiede festgestellt werden. In einer Vergleichs- oder auch Repräsentativstudie mit größerer Stichprobe über mehrere Häuser müssen diese Zusammenhänge weiterhin Berücksichtigung finden. In der hier vorgelegten Machbarkeitsstudie wurden gute Anhaltspunkte geliefert, in welche Richtung weitere Analysen gehen sollten. Um ein tatsächlich differenziertes kausales Modell unter Berücksichtigung aller Komponenten ausarbeiten zu können, ist die Stichprobe der Machbarkeitsstudie natürlich zu klein.

Allerdings wurde auch anhand der gegebenen Stichprobe ein grundsätzlich und auch methodisch interessantes Ergebnis zu Tage gefördert. Denn das speziell im Rahmen dieses Projektes entwickelte Erhebungsinstrument zur Feststellung des Wohlbefindens im Heim bringt Ergebnisse hervor, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit Maßen des Wohlbefindens stehen, wie sie aus Erhebungsinstrumenten bevölkerungsrepräsentativer Erhebungen hervorgehen. Somit liegt die Vermutung nahe, dass hier tatsächlich zweierlei Maße vorliegen, die Unterschiedliches messen. Erst im Gesamtzusammenhang der Lebensqualität, indem also die Variablengruppen der Ressourcen und der Handlungsfelder mit berücksichtigt werden, erweisen sich diese beiden Konzepte von Wohlbefinden auch von eben gleichen Variablenblöcken abhängig, aber der direkte Zusammenhang ist nicht gegeben. Das allgemein abgefragte Wohlbefinden kann z. B. gut aus den psychischen Ressourcen und aus der Zufriedenheit mit Aktivitäten außer Haus erklärt werden. Allerdings erklären die psychischen Ressourcen das auf das Heim bezogene Wohlbefinden nicht unmittelbar. Demgegenüber erweisen sich dann z. B. die sozialen Ressourcen als „Schlüssel-Variablenblock“, weil sie sowohl mit den psychischen Ressourcen korrelieren, aber auch über das Handlungsfeld organisierter Aktivitäten Erklärungsanteile der Ausprägungen des allgemeinen Wohlbefindens liefern, und gleichzeitig über die Qualitätsbeurteilung des Heimeintritts auch das Wohlbefinden im Heim erklären. Oder ein

weiteres Beispiel: Die körperlichen sind zwar mit den sozialen Ressourcen assoziiert, haben aber keinen unmittelbaren Effekt auf das allgemeine Wohlbefinden, dafür aber auf das heimbezogene. Nur vermittelt der subjektiven Wahrnehmung und Beurteilung der eigenen Gesundheit (Bereichszufriedenheit) sind dann Zusammenhänge mit beiden Maßen des Wohlbefindens nachweisbar.

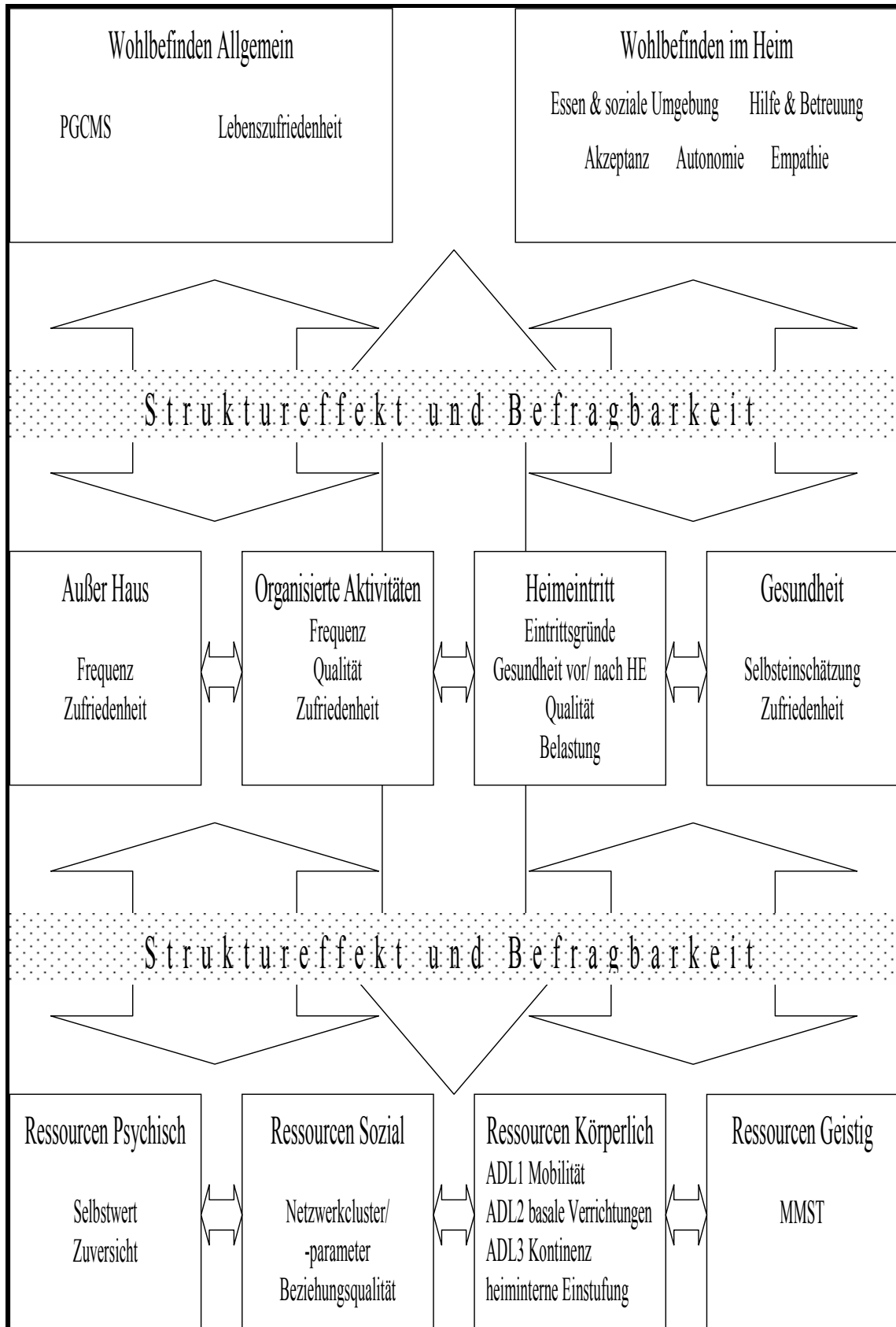
Das speziell angesetzte (und getestetete) Erhebungsinstrument zur Feststellung des Wohlbefindens von BewohnerInnen in Altenpflegeheimen, das von Univ. Prof. H.-U. Kneubühler für die Studie zu Verfügung gestellt wurde, wurde im Rahmen der vorliegenden Machbarkeitsstudie weiter entwickelt, weil damit verbundene Forderungen in den vorhandenen Operationalisierung nicht erfüllt waren. Hier ist vor allem die Anforderung zu nennen, dass alle, den einzelnen Dimensionen zugeordneten Fragen auch dasselbe messen würden. Dieses Diktum wurde – so wie alle im Rahmen der Studie angesetzten Summenvariablen – mittels multivariater Analysemethoden auch überprüft, und es musste festgestellt werden, dass der Forderung nur in Ausnahmen auch entsprochen wird, was bei weiteren Erhebungen in einer radikalen Revision des Erhebungsinstrumentes münden könnte. Aus den im Original 69 Fragen konnten nämlich nur sechs identifiziert werden, die in den Dimensionen auch tatsächlich gleichgerichtet beantwortet wurden, und auch ausreichend streuen. Im weiteren Verlauf der Analyse war dann das Ergebnis erstaunlich, dass die stark verkürzten, alternativ angesetzten Skalen in den Dimensionen, aber auch in der Gesamtsumme, in der im alternativen Fall nur mehr drei Dimensionen anstatt fünf enthalten sind, mit der Originalskala stark korrelieren. Dies bestätigt dann die gewählte Vorgehensweise noch zusätzlich, und könnte zum Anlass genommen werden, eine Repräsentativstudie tatsächlich mit weit kürzer gehaltenem Fragenprogramm durchzuführen.

Im Vorfeld der Durchführung einer Repräsentativ- oder Vergleichsstudie, an der mehrere Heime beteiligt sind, gilt es aber noch die bereits angesprochene Befragbarkeit der Heimpopulation aus zweierlei Gründen zu berücksichtigen. Zum Einen geht es darum, mit möglichst geringem Aufwand und anhand bereits vorliegender Daten sich Klarheit darüber zu verschaffen, welche BewohnerInnengruppen überhaupt befragt werden können. Es ist also die Frage zu beantworten, wodurch befragbare HeimbewohnerInnen charakterisiert sind, und auf welche Daten für eine Stichprobenziehung zurückgegriffen werden kann bzw. muss. Das zweite, damit verknüpfte Problem ist darin zu sehen, dass die Befragbarkeit selbst Ausdruck der Lebensqualität ist. Jedenfalls ist genau jene BewohnerInnengruppe, die aufgrund ihrer



schlechteren Befragbarkeit aus der zweiten Runde der Befragung ausgenommen wurde, durch signifikant schlechtere Wohlbefindens- und Ressourcenwerte charakterisiert, als die nicht ausgeschlossene Gruppe mit besserer Befragbarkeit. Somit bestätigt dieser Befund, dass die Kontrolle der Befragbarkeit nicht nur unmittelbar der Stichprobenziehung dienlich ist, sondern darüber hinaus auch aus inhaltlicher Sicht geradezu gefordert ist, wenn z. B. Vergleiche zwischen Heimen oder Gruppen von Heimen angestellt werden sollen, denn es kommt auch darauf an, wer in den Häusern zum eigenen Wohlbefinden befragt wird, und nicht zuletzt, wer die BewohnerInnen hinsichtlich ihrer Befragbarkeit auswählt. Zum Zweck der Auswahl „Befragbarer“ wurde im Rahmen des Projekts ein Quotenplan entwickelt, der diesen Ansprüchen auch tatsächlich genügt und in der Umsetzung einer Stichprobenziehung mit relativ geringem Aufwand durchführbar ist.

**Abbildung 119: Kausale Struktur der operationalisierten Variablenblöcke der Lebensqualität**



### 3.19 Ausgewählte Implikationen für die Praxis der Pflege

Das referierte Projekt war einerseits als (methodische) Machbarkeitsstudie und andererseits als Anwendungsforschung angelegt. Auf der Einzelfallbasis zweier Heime haben sich konkrete empirische Resultate ergeben, die einerseits zu überprüfende Thesen im Rahmen einer breiter angelegten Studie eröffnen, die andererseits aber auch als Empfehlungen für die pflegerische Praxis interpretiert werden können. Die aus subjektiver Sicht des Autorenteam unter diesem Gesichtspunkt wichtigsten „inhaltlichen“ Ergebnisse für die Pflege werden hier deshalb kurz resümiert. (Die für eine breiter angelegte Studie zur Lebensqualität im Pflegeheim wesentlichen Thesen finden sich in den Zwischenbetrachtungen, in den Anhaltspunkten zur Befragbarkeit und im Schluss dieses Forschungsberichts.)

- *Subjektives Wohlbefinden im Heim ist in erster Linie von den eigenen Ressourcen (körperlich und geistig) und der Qualität der sozialen Beziehungen abhängig.*

Wohlbefinden im Heim erweist sich als von körperlichen Ressourcen abhängig. Hier sind es vorrangig individuelle Einschränkungen der Mobilität, die sich negativ auf die subjektiv empfundene Autonomie der BewohnerInnen auswirken. Dieses Ergebnis scheint zwar unmittelbar einleuchtend und gewissermaßen banal, kann aber bei näherer Betrachtung als Auftrag interpretiert werden, Wege zu finden und zu fördern, die auch stark bewegungseingeschränkten Menschen das Gefühl autonomen Handelns geben. Es ist dies eine klare Option für soziale Animation und Aktivierung in der Arbeit mit den alten Menschen im Heim – auch mit jenen, die erheblich beeinträchtigt sind. Wenn die Arbeit im Pflegeheim, insbesondere im Rahmen des Pflegeprozesses, vorrangig kompensatorisch aufgefasst wird, also die Aufgabe darin besteht, körperlich bewegungs- und dadurch im Aktions- und Erlebenshorizont eingeschränkte Menschen bestmöglich zu unterstützen, dann heißt das zentrale Ziel im Interesse subjektiven Wohlbefindens, ein möglichst hohes Maß an Autonomie herzustellen.

- *Die Arbeit gegen Einsamkeit und Autonomieverlust beginnt an der Gestaltung der sozialen Beziehungen.*

Einsamkeitsgefühle im Pflegeheim können dann am besten hintan gehalten werden, wenn BewohnerInnen vergleichsweise viele soziale Kontakte auch nach „außen“ unterhalten, die

aber möglichst von „Qualität“ geprägt sind, was sich in der Kontaktfrequenz und in der Vertrautheit zu den Personen – meist Familienangehörige – widerspiegelt.

Natürlich stellt aus dieser Sicht jene BewohnerInnengruppe, deren Heimaufnahme in diesem Projekt als auch „sozial indiziert“ nachgewiesen werden konnte, eine besondere Herausforderung dar, weil zum Zeitpunkt der Heimaufnahme keine private Pflegeperson vorhanden, oder die familiäre Pflege- und Betreuungskapazität „ausgeschöpft“ war. Diese Personen sind zum Großteil „vereinsamt“ in das Heim eingezogen. Für die Betreuung im Heim kann das nur bedeuten, dass die vorhandenen Beziehungen durch das Personal möglichst gefördert und wenn irgend möglich, neue initiiert werden müssen – und zwar auch im Heim. Denn, im Speziellen fallen Wohlbefinden und die allgemeine Lebenszufriedenheit der BewohnerInnen dann am besten aus, wenn genau die beschriebene Kontaktqualität nicht nur vom heimexternen sozialen Netzwerk getragen, sondern auch im Heim hergestellt wird.

Ein bewährter Weg ist in den organisierten Freizeitaktivitäten gegeben, denn gerade jene BewohnerInnen, die sich über die Qualität der Angebote positiv äußern und zufrieden zeigen, verfügen über „tragfähige“ heiminterne soziale Netzwerke.

- *Die künftige Lebensqualität im Heim wird zwar schon vor dem Heimeintritt mit grundgelegt, die Wirkungsmöglichkeiten im Heim sind nach dem Eintritt jedoch erheblich.*

Der Prozess des Heimeintritts wurde im Rahmen des Projektes beispielhaft operationalisiert, um aufzuzeigen, in welcher Form speziell gesetzte Maßnahmen in Heimen in Hinblick auf ihren Beitrag zur Hebung der Lebensqualität untersucht und evaluiert werden können. In diesem Prozess zeigt sich aber auch exemplarisch, wie unter einem Brennglas, wie eng verwoben die Komponenten der Lebensqualität zu sehen sind.

Die zu Tage geförderten Ergebnisse belegen, dass HeimbewohnerInnen klar zwischen ihrem Leben (und ihrer Belastetheit) vor und nach dem Heimeintritt differenzieren. Die Gruppe der „akut Aufgenommenen“ scheint vorderhand zwar die problematischere zu sein, weil diese BewohnerInnen den Zeitpunkt des Heimeintritts nicht selbst bestimmen konnten, das Haus vorher nicht besichtigt haben, und nur in geringem Ausmaß Vorinformationen hatten. Sie hatten vor Heimeintritt einen Spitalsaufenthalt, der auf eine akute Erkrankung zurückgeht, stufen ihre Belastetheit vor Heimeintritt allerdings niedriger ein, als die größere Gruppe derer, die mit einem langsameren Abbau der eigenen Gesundheit konfrontiert waren und nicht akut

eintreten mussten. Es ist klar, dass diese problematischen Lagen vor Heimeintritt von den Heimen nicht direkt angegangen werden können, wenn auch die zunehmende Öffnung der Häuser gegenüber den Standortgemeinden und der Bevölkerung positive Wirkung zeitigen sollte.

Die zentrale Rolle des Prozesses der Heimaufnahme, soweit dieser nämlich von Seiten der Institution auch aktiv und personen- bzw. bewohnerbezogenen gesteuert werden kann, ist aber dann im Befund begründet, dass die jeweils höhere oder geringere Belastetheit nach der Heimaufnahme vorrangig aus dem Aufnahmeprozess selbst erklärbar wird, und weniger aus den Umständen, die zur Heimaufnahme geführt haben, und dass sogar das zum Befragungszeitpunkt bekundete subjektive Wohlbefinden im Heim mit der Zufriedenheit mit dem Aufnahmeprozess, der bereits Jahre zurück liegen kann, immer noch verbunden ist. Dieses, auf den ersten Blick vielleicht erstaunliche Ergebnis wird aber dann gut nachvollziehbar, wenn man sich die Operationalisierung der Qualität der Heimaufnahme vor Augen hält, denn diese wurde daran gemessen, ob das Personal bei der Heimaufnahme „Zeit hatte“, man beim Essen gleich einen guten Platz bekommen hat, man nicht nur dem Personal, sondern auch den MitbewohnerInnen an der Station vorgestellt wurde etc. Genau diese Qualitätsausweise sind aber solche, die auch dazu beitragen, die vorerst angesprochenen „tragfähigen“ heiminternen sozialen Kontakte und die Beteiligung an organisierten Aktivitäten zu fördern, deren Qualität anhand vergleichbarer Fragestellungen operationalisiert wurde.

Natürlich kann – wie in diesem Projekt – die Heimaufnahme als gesonderter Prozess aus dem Heimalltag „herausgehoben“ werden. Der zentrale Aspekt zur Steigerung der Lebensqualität – die aktive Hinwendung zum hilfebedürftigen, einzelnen, ganzen Menschen, das Zuhören, das Zeit geben, Empathie zeigen und Akzeptanz im BewohnerInnenkreis fördern, zentrale Dimensionen des subjektiven Wohlbefindens also – liegt allerdings in jenen betreuenden Akten, die im Rahmen jeglichen Prozesses und Handlungsfeldes des Heimalltages „Qualität“ herstellen. An denselben Maßstäben wird auch die Qualität zu evaluierender Einzelmaßnahmen zu messen sein. Nur, anhand wessen Urteil ist deren Beitrag zur Hebung der Lebensqualität im Pflegeheim zu messen? Nur anhand der Urteile der unmittelbar „Betroffenen“: anhand der subjektiven Urteile der HeimbewohnerInnen selbst.

- *Auch beeinträchtigte Menschen in Pflegeheimen sind befragbar und auskunftsfähig.*

Die im vorliegenden Projekt eigens entwickelten Befragungsinstrumente haben gezeigt, dass Menschen in Heimen, abgestuft nach dem Schweregrad ihrer Beeinträchtigungen, valide Auskünfte über ihr eigenes Wohlbefinden geben können. Die Befunde weisen aber noch weiter: „Befragbarkeit“ ist eine Komponente der Lebensqualität, sie weist auf je unterschiedliche Niveaus der Lebensqualität. Besser Befragbare verfügen in der Regel über bessere mentale und körperliche und deshalb auch über bessere psychische und soziale Ressourcen. Sie bekunden durchschnittlich höheres Wohlbefinden im Heim. Dieses Ergebnis und die dahinter liegende methodische Vorgehensweise im Projekt belegen somit, dass herkömmliche Befragungen mit standardisierten Fragebögen ebenso unnütz und irreführend sind, wie das willkürliche Heraussuchen einiger weniger Interviewpersonen, von denen dann auf die „Verhältnisse“ im Heim geschlossen wird. Denn es kommt entscheidend darauf an, wer die Auskunftspersonen sind, und wie deren Grad der Befragbarkeit bestimmt wird. Zur Lösung dieses Problems wurde ein nach Befragbarkeit abgestufter Quotenplan zur Ziehung vergleichbarer Stichproben in Pflegeheimen entwickelt, der gleichermaßen Aussagen über die geschätzte Befragbarkeit der niederösterreichischen Heimpopulation, wie einzelner Heime zulässt. Mit der methodologischen Anlage des gesamten Projekts wurde also ein entscheidender Schritt getan, der die Frage der soziologischen und sozialpsychologischen Untersuchbarkeit beeinträchtigter Menschen in Pflegeheimen auch im internationalen Maßstab entscheidend vorangebracht hat.

## 4 LITERATUR UND QUELLENNACHWEIS

Angermeyer, M. C. (1989). Soziales Netzwerk und Schizophrenie: Eine Übersicht. In Angermeyer, M. C./ Klusmann, D. (Hg.). Soziales Netzwerk: Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin: Springer.

Bacher, J. (1996): Clusteranalyse. 2. Auflage. München-Wien.

Bacher, J. (2001): Teststatistiken zur Bestimmung der Clusterzahl für QUICK CLUSTER. In: ZA-Information 48, Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung, Universität zu Köln, Mai 2001. S.71-97.

Badura, B. (1981a): Sozialpolitik und Selbsthilfe aus traditioneller und sozialepidemiologischer Sicht. In: Badura, B./Ferber, C.V. (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation. Die Bedeutung nichtprofessioneller Sozialsysteme für Krankheitsbewältigung. München.

Badura, B. (1981b): Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In: Badura, B. (Hg.), Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt: Suhrkamp.

Bartholomeyczik, S., Pflegerische Versorgung, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. ohne Ort 2002, 250-287.

Bartholomeyczik, S., Zur Notwendigkeit der Integration und Entwicklung der Unterstützungs- und Versorgungsangebote, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. ohne Ort 2002, 303-318.

Brenner, H., Weyerer, S., Steinhagen-Thiessen, E., Epidemiologie der Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im hohen Alter, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. ohne Ort 2002, 136-163.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. ohne Ort 2002.

Burt, R.S. (1984): Network items and the General Social Survey. *Social Networks*, 6, 293-339.

Bury, M., Holme, A., Researching Very Old People. in: Peace, Sheila M.(Hrsg.): *Researching Social Gerontology: Concepts, Methods and Issues*. London Sage 1990, S. 129-142.

Diewald, M. (1991): Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken.

Dillmann, D. A., *Mail and Telephone Surveys – The Total Design Method*. New York, Wiley, 1978.

Engstler, H., Adolph, H., Heinemann, H., Materielle Risiken des hohen Alters und Lebensqualität, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. ohne Ort 2002, 79-108.

Ettrich, K. U., Persönlichkeit und Gesundheit im mittleren und höheren Erwachsenenalter, in: Martin, P. et al. (Hrsg.), *Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter*. Darmstadt 2000, 47-67.

Fiedler, A., Klaiberg, A., Belastung und Partnerschaftszufriedenheit, in: Martin, P. et al. (Hrsg.), *Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter*. Darmstadt 2000, 116-127.

Filipp, S.-H., Mayer, A.-K., Gesundheitsbezogene Lebensqualität alter und hochbetagter Frauen und Männer, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band 1: Das hohe Alter: Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität*. Hannover 2002.

Fischer, K., Specht-Leibele, N., Oster, P., Martin, M., Medikamentengebrauch als Gesundheitsindikator im mittleren und höheren Erwachsenenalter, in: Martin, P. et al. (Hrsg.), *Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter*. Darmstadt 2000, 235-246.



Gebert, A., Kneubühler, H.-U., Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen: Plädoyer für ein gemeinsames Lernen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2001.

Goldberg, E.L. (1981): Health effects of becoming widowed. Paper delivered at The Changing Risk of Disease in Women: An Epidemiologic Approach Symposium. John Hopkins University, Department of Epidemiology.

Großjohann, K., Wohnungbezogene Risiken und Möglichkeiten ihrer Vermeidung bei hochaltrigen und demenzkranken Personen, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. ohne Ort 2002, 109-119.

Grünendahl, M., Zur Qualität intergenerationeller Beziehungen im mittleren Erwachsenenalter: Prädiktoren gegenseitiger Unterstützung, in: Martin, P. et al. (Hrsg.), Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Darmstadt 2000, 141-153.

Gubrium, J. F./Sankar A. (1994): Qualitative Methods in Aging Research. Thousand Oaks: Sage.

Harper-Ice, G., Daily Life in a Nursing Home: Has it Changed in 25 Years?, in: Journal of Aging Studies 16 (2002) 345-359.

Heinemann-Knoch, M., Korte, E., Schönberger, C., Schwarz, B., Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen: Belastungskonfigurationen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen. Stuttgart, Berlin, Köln 1998.

Herzog, A. R./Kulka, R.A. (1983): Interviewing Older Adults: A Comparison of Telephone and Face-to-Face Modalities. Public Opinion Quarterly, 47, S. 405-417.

Herzog, A. R./Kulka, R.A. (1989): Telephone and Mail Surveys with Older Populations: A Methodological Overview. S. 69-89 in: Lawton, M. Powell & A. Regula Herzog (Hrsg.): Special Research Methods for Gerontology. Amityville: Baywood Publishing.

Herzog, A. R./Rodgers, R.A. (1988b): Interviewing Older Adults. Mode Comparison Using Data from a Face-to-Face Survey and a Telephone Survey. Public Opinion Quarterly, 52, S. 84-99.

Herzog, A. R./Rodgers, W.L. (1988a): Age and Response Rates to Interview Sample Surveys. Journal of Gerontology, 43, No. 6, S. 200-205.

Heyl, V., Oswald, F., Zimprich, D., Wetzler, R., Wahl, H.-W., Bedürfnisstrukturen älterer Menschen: Eine konzeptionelle und empirische Annäherung. Heidelberg 1997.

House, J.S. (1981): Work Stress and Social Support. Reading, Mass.

Ihl, R., Therapie der Demenz, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. ohne Ort 2002, 288-302.

Ihl, R., Weyerer, S., Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Demenz, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Ohne Ort 2002, 60-70.

Ihl, R., Weyerer, S., Wojnar, J., Gesundes Altern, Demenzrisiko des hohen Alters, Folgen der Demenz und Leben mit Demenz, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. ohne Ort 2002, 164-181.

Jäger, B., Roether, D., Berufsbiografische Einflussfaktoren auf die Persönlichkeitsentwicklung und das gesundheitliche Befinden, in: Martin, P. et al. (Hrsg.), Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Darmstadt 2000, 154-168.

Jay, G. M./Liang, J./Xian, L./Sugisawa, H. (1993): Patterns of Nonresponse in a National Survey of Elderly Japanese. Journal of Gerontology, 48, No. 3, S. 143-152.

Jüchtern, J. C., Berufsleben und Anpassung an die nachberufliche Phase, in: Martin, P. et al. (Hrsg.), Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Darmstadt 2000, 169- 184.

Kane, R. A., Long-Term Care and a Good Quality of Life: Binging Them Together, in: The Gerontologist 3/41 (2001), 293-304.

Kanowski, S., Schreiber, H.-L., Igl, G., Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. ohne Ort 2002, 351-359.

- Klein, T./Gabler, S. (1996): Der Altenheimsurvey: Durchführung und Repräsentativität einer Befragung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe. ZUMANachrichten, 38, Jg. 20, S. 112-134.
- Klusmann, D. (1989): Methoden zur Untersuchung sozialer Unterstützung und persönlicher Netzwerke. In: Angermeyer, M.C./Klusmann, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin, S. 17 - 63.
- Kruzich, J. M., Correlates of Nursing Home Satisfaction, in: Cohen-Manfield, J., Ejaz, F. K., Werner, P. (eds.), Satisfaction Surveys in Long Term Care. New York 2001, Section I, Chapt. 5.
- Kuhlmeiy, A., Soziale Risiken des hohen Alters und Lebensqualität, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. ohne Ort 2002, 120-135.
- Kühn, K., Porst, R., Befragung alter und sehr alter Menschen: Besonderheiten, Schwierigkeiten und methodische Konsequenzen – Ein Literaturbericht. ZUMA-Arbeitsbericht 99/03 (vielfältiges Manuskript).
- Lawton, M. P., The Philadelphia geriatric center morale scale: A revision. Journal of Gerontology 1975, 30, S. 85-89.
- Lehr, U., Schmitt, M., Interdisziplinäre Langzeit-Studie des Erwachsenenalters (ILSE): Ergebnisse des 1. Untersuchungszeitpunkts. Heidelberg 1997.
- Martin, M., Individuelle Ressourcen und die Bewältigung von Belastungen im mittleren und höheren Erwachsenenalter, in: Martin, P. et al. (Hrsg.), Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Darmstadt 2000, 98-115.
- Martin, M., Martin, P., Schmitt, M., Grünendahl, M., Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE): Konzepte und Ergebnisse. Heidelberg 1999.
- Martin, P., Ettrich, K. U., Lehr, U., Roether, D., Martin, M., Fischer-Cyruilies, A. (Hrsg.), Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter: Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Darmstadt 2000.
- Mayr-Kleffel, V. (1991): Frauen und ihre sozialen Netzwerke. Auf der Suche nach einer verlorenen Ressource. Opladen.

- Mishara, B.L./McKim, W. (1993): Methodological Issues in Surveying Older Persons Concerning Drug Use. *The International Journal of the Addictions*, 28, No. 4, S. 305-326.
- Mitchell, J. C. (1969): The concept and use of social networks. In: Ders. (Hg.), *Social networks in urban situations*. Manchester: University Press.
- Mitteneß, L. S./Barker, J.C. (1994): Managing Large Projects. S. 82 – 104 in: Gubrium, Jaber F. & Andrea Sankar (1994): *Qualitative Methods in Aging Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Moreno, J.L. (1934): Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelation. Washington: Nervous and Mental Disease Publishing Co., 256-265. (erw. Ausg. Beacon House, Beacon 1953).
- Nestmann, F. (1988): *Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen*. Berlin.
- Niehörster, G., Garms-Homolová, V., Vahrenhort, V., *Identifizierung von Potentialen für die selbständigere Lebensführung*. Stuttgart, Berlin, Köln 1998.
- Pavot, W., Diener, E., The affective and cognitive concept of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research* 1993, 28, S. 1-20.
- Rietz, C., Rudiger, G, *Aspekte der subjektiven und objektiven Lebensqualität: Lebenszufriedenheit im Rahmen interdisziplinärer Modellbildung*, in: Martin, P. et al. (Hrsg.), *Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter*. Darmstadt 2000, 28-46.
- Rogers, T. F. (1976): Interviews by Telephone and in Person: Quality of Responses and Field Performance. *Public Opinion Quarterly*, 40, S. 51-65.
- Röhrle, B. (1994): *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim.
- Röhrle, B./Stark, W. (1985): *Soziale Stützsysteme und Netzwerke im Kontext klinisch-psychologischer Praxis*. In: Dies. (Hrsg.): *Soziale Netzwerke und Stützsysteme*. Tübingen, S. 29 - 41.
- Rückert, W., *Wie zufrieden sind altersverwirrte Menschen?*, in: *pro Alter* 1/2000, 53-55.
- Rupprecht, R., *kognitive Leistungsfähigkeit im Kohortenvergleich*, in: Martin, P. et al. (Hrsg.), *Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter*. Darmstadt 2000, 68-82.
- Schenk, M. (1984): *Soziale Netzwerke und Kommunikation*. Tübingen.

- Schmitt, M., Determinanten ehelicher Zufriedenheit im mittleren Erwachsenenalter: Eine Analyse der Geburtsjahrgänge 1050/52, in: Martin, P. et al. (Hrsg.), Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Darmstadt 2000, 128-140.
- Schnell, R. (1997): Nonresponse in Bevölkerungsumfragen. Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Opladen: Leske & Budrich.
- Schröder, J., Pantel, J., Major-Depression und psychiatrische Komorbidität bei ILSE-Probanden: Bedeutung für die aktuelle Lebenszufriedenheit, in: Martin, P. et al. (Hrsg.), Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Darmstadt 2000, 258-272.
- Shumaker, S.A./Brownell, A. (1984): Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. J. of Social Issues, No. 4, Vol. 40, 11-36.
- Snyder, C. R., Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. Journal of counseling and development 1995, 73, S. 355-360.
- Snyder, C. R., To hope, to lose, and to hope again. Journal of personal and interpersonal loss 1996, 1, S. 1-16.
- Sowarka, D., Merkmale der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen, in: Entzian, H. et al. (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Frankfurt/Main 2000, 69-82.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.), SIESTA Qualitätsdiagnose in Pflegeheimen: SIESTA – Pilotstudie, Baden – Württemberg, Synthesebericht, Gekürzte Fassung. Stuttgart 1998.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.), SIESTA Qualitätsdiagnose in Pflegeheimen: SIESTA – Pilotstudie, Baden-Württemberg, Modul D Befragung der Angehörigen. Stuttgart 1999.
- Strack, F./Martin, L.L. (1987): Thinking, Judging, and Communicating: A Process Account of Context Effects in Attitude Surveys. S. 123 – 148 in: Hippler, Hans-Jürgen, Schwarz, Norbert & Seymour Sudman, Hrsg.: Social Information Processing and Survey Methodology. New York: Springer.
- Strehmel, P./Degenhardt, B. (1987): Arbeitslosigkeit und soziales Netzwerk. In: Keupp, H./Röhrle, B. (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Frankfurt/New York, S. 139 - 155.

Strohmeier, K.P. (1983): Quartier und soziale Netzwerke. Grundlagen einer sozialen Ökologie der Familie. Frankfurt/M.

Tesch-Römer, C., Lebensqualität und Potenziale Hochaltriger, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. ohne Ort 2002, 71-78.

Uman, G. C., Hocevar, D., Urman, H. N., Young, R., Hirsch, M., Kohler, S., Satisfaction Surveys with the Cognitively Impaired, in: Cohen-Manfield, J., Ejaz, F. K., Werner, P. (eds.), Satisfaction Surveys in Long Term Care. New York 2001, Section II, Chapt. 9.

Weyerer, S., Kuhlmeier, A., Häufung von Risiken, erhöhte Verletzbarkeit und Lebensqualität im hohen Alter, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. ohne Ort 2002, 182-192.

Wolf, U. (1978): Bericht über die Vorstudie zum Projekt "Stationen im Alterungsprozeß der Frau".

## 5 TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Tabelle 1: Lagemaße der Skalen des Wohlbefindens.....	25
Tabelle 2: Haus A: Pflegegeld- und mittlere heiminterne Einstufung .....	38
Tabelle 3: Mittlere Aufenthaltsdauer und Wohn/Pflegeeteil .....	41
Tabelle 4: Hilfsmittel bei Seh- oder Hörschwäche.....	54
Tabelle 5: Hilfsmittel zur Unterstützung der Mobilität.....	54
Tabelle 6: Hilfsmittel bei Inkontinenz.....	54
Tabelle 7: Einschränkungen der oberen und unteren Extremitäten.....	55
Tabelle 8: Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens .....	55
Tabelle 9: Modelle 1 bis 5 der Erklärung der Befragbarkeit.....	76
Tabelle 10: Übereinstimmung der Einschätzung des Personals mit der tatsächlichen Befragbarkeit	80
Tabelle 11: Modelle 6 und 7 der Erklärung der Befragbarkeit.....	81
Tabelle 12: Mittlere Befragungsanteile je Stufe und MMST-Score.....	82
Tabelle 13: Mittlere Befragungsanteile je Stufe und MMST-Score und Befragte je Stufe in der Grundgesamtheit.....	83
Tabelle 14: Fiktive Bewohnerstruktur in Heim X (Grundgesamtheit).....	84
Tabelle 15: Befragbare in fiktivem Heim X.....	84
Tabelle 16: QUOTENPLAN ZUR STICHPROBENZIEHUNG BEFRAGBARER.....	84
Tabelle 17: Kontrollierte Stichprobe Befragbarer im fiktiven Heim X.....	85
Tabelle 18: Fiktive Bewohnerstruktur in Heim Y (Grundgesamtheit).....	86
Tabelle 19: Befragbare in fiktivem Heim Y .....	86
Tabelle 20: Kontrollierte Stichprobe Befragbarer im fiktiven Heim Y.....	86
Tabelle 21: GEWICHTUNGSMATRIX REPRÄSENTATIVER STICHPROBEN .....	87
Tabelle 22: Maßzahlen der Einzelfragen zum Wohlbefinden.....	93
Tabelle 23: Antworten auf und Befragte bei offenen Fragestellungen (Überblick).....	102
Tabelle 24: Offene Fragestellungen (erste Verdichtung) .....	102
Tabelle 25: Offene Fragestellungen je nach Haus (zweite Verdichtung).....	104
Tabelle 26: Offene Fragestellungen je nach Haus (Ergebnistabelle) .....	105
Tabelle 27: Lebenszufriedenheit Skalen.....	114
Tabelle 28: Selbstwert und Zuversicht .....	117
Tabelle 29: Einsamkeit bzw. Beziehungsqualität.....	118
Tabelle 30: Clusterzentren der 4-Clusterlösung (Endgültige Lösung).....	139
Tabelle 31: Netzwerktopologie – BewohnerInnen bezüglich der Sozialkontaktstruktur.....	146
Tabelle 32: Netzwerktopologie und individuelle Ressourcen.....	148
Tabelle 33: BewohnerInnengruppen hinsichtlich Heimeintrittsgründen (%)......	157
Tabelle 34: Gruppen hinsichtlich Heimeintrittsgründen (verbal).....	158

Abbildung 1: Kausale bzw. interdependente Struktur der Lebensqualität (LQ) .....	14
Abbildung 2: Lagemaße der Skalen des Wohlbefindens .....	25
Abbildung 3: Altersverteilung der Frauen .....	36
Abbildung 4: Altersverteilung der Männer .....	36
Abbildung 5: Haus A: Mittlere Pflegegeld-Einstufung in Wohn/Pflegezeit .....	37
Abbildung 6: Mittlere heiminterne Einstufung und Wohn/Pflegezeit .....	37
Abbildung 7: Haus A: Pflegegeld- und heiminterne Einstufung .....	38
Abbildung 8: Vergleich Haus A und B: Struktur der heiminternen Einstufungen .....	39
Abbildung 9: Alter und heiminterne Einstufung .....	40
Abbildung 10: Geschlecht und heiminterne Einstufung .....	40
Abbildung 11: Aufenthaltsdauer in Monaten .....	41
Abbildung 12: Aufenthaltsdauer (Jahre) gruppiert .....	41
Abbildung 13: Mittlere Aufenthaltsdauer und Wohn/Pflegezeit .....	41
Abbildung 14: Aufenthaltsdauer (Jahre) und Geschlecht .....	42
Abbildung 15: Aufenthaltsdauer (Jahre) und Altersklassen .....	43
Abbildung 16: Mittlere Aufenthaltsdauer und Altersklassen .....	43
Abbildung 17: Befragbarkeit (Einschätzung des Personals) .....	47
Abbildung 18: Befragbarkeit (lt. Personal) und Wohn/Pflegezeit .....	47
Abbildung 19: Mittlere heiminterne Einstufung, Befragbarkeit und Wohn/Pflegezeit .....	47
Abbildung 20: Befragbarkeit (lt. Personal) und heiminterne Einstufung .....	47
Abbildung 21: Einstufung und Einschätzung der Befragbarkeit .....	49
Abbildung 22: Einstufung und Einschätzung der Befragbarkeit und Wohn/Pflegezeit .....	49
Abbildung 23: Gesamtpopulation und erreichte Stichprobe .....	50
Abbildung 24: Befragbarkeit (lt. Personal) und tatsächliche Stichprobe .....	50
Abbildung 25: ADL1 Mobilität: im/außer Haus, Treppe, Transfer [0;9] .....	57
Abbildung 26: ADL2 Verrichtungen: Essen, Baden, Anziehen, Toilette [0;8] .....	59
Abbildung 27: Stuhl- und Harn(in)kontinenz .....	60
Abbildung 28: ADL3 Kontinenz: Stuhl, Harn [0;4] .....	60
Abbildung 29: Hilfebedarf hinsichtlich Mobilität und Verrichtungen .....	61
Abbildung 30: ADL4 Mobilität und Verrichtungen [0;17] .....	61
Abbildung 31: Haus A: Hilfebedarf Mobilität und Heiminterne Einstufung .....	62
Abbildung 32: Haus B: Hilfebedarf Mobilität und Heiminterne Einstufung .....	62
Abbildung 33: Hilfebedarf Mobilität und Heiminterne Einstufung in Wohn/Pflegezeit .....	63
Abbildung 34: Hilfsmittel bei Kontinenz und ADL3 Kontinenz .....	64
Abbildung 35: Hilfsmittel beim Gehen und ADL1 Mobilität .....	64
Abbildung 36: Bewegungseinschränkung und ADL4 Mobilität und Verrichtungen .....	64
Abbildung 37: Bewegungseinschränkungen und Hilfsmittel beim Gehen .....	64
Abbildung 38: Schmerzen und Schmerzmittelgebrauch .....	65
Abbildung 39: Schmerzen und Verabreichung von Schmerzmitteln .....	66
Abbildung 40: Compliance bei Schmerzmitteln .....	66



Abbildung 41: MMST: Verteilung.....	67
Abbildung 42: MMST: Gruppiert .....	67
Abbildung 43: ALD 2 Hilfebedarf Verrichtung und MMST .....	67
Abbildung 44: ADL 3 Hilfebedarf Kontinenz und MMST .....	67
Abbildung 45: ADL 1 Hilfebedarf Mobilität und MMST.....	67
Abbildung 46: Befragbarkeit nach Befragungsabschnitten und insgesamt (Fragebogen 1) ....	69
Abbildung 47: Befragbarkeit nach Geschlecht und Altersgruppen.....	70
Abbildung 48: Befragbarkeit und körperliche Ressourcen .....	71
Abbildung 49: Befragbarkeit und heiminterne Einstufung .....	72
Abbildung 50: Befragbarkeit und Dimensionen des MMST .....	73
Abbildung 51: Veranschaulichung des Modell 4-Ergebnisses.....	78
Abbildung 52: Befragbarkeit aus Sicht des Personals und auf Basis der Befragungssituation	79
Abbildung 53: Mittlere Befragungsanteile je Stufe und MMST-Score .....	82
Abbildung 54: Hilfe & Betreuung (Gesamt 3 gültig) [0;28].....	90
Abbildung 55: Essen & Umgebung (Gesamt 3 gültig) [0;22].....	90
Abbildung 56: Wohlbefinden Gesamt 1 gültig Subdim) [0;50].....	90
Abbildung 57: Autonomie gruppiert .....	91
Abbildung 58: Empathie gruppiert.....	91
Abbildung 59: Privatheit gruppiert.....	91
Abbildung 60: Sicherheit gruppiert .....	91
Abbildung 61: Akzeptanz gruppiert .....	91
Abbildung 62: Autonomie alternativ .....	94
Abbildung 63: Empathie alternativ .....	94
Abbildung 64: Akzeptanz alternativ.....	94
Abbildung 65: Hilfe & Betreuung alternativ .....	94
Abbildung 66: Essen & Umgebung alternativ.....	94
Abbildung 67: Wohlbefinden gesamt alternativ.....	94
Abbildung 68: Komponentendiagramm der alternativen Skalen .....	96
Abbildung 69: Dimensionen des Wohlbefindens alternativ und Wohn/Pflegeteil.....	99
Abbildung 70: Bereiche des Wohlbefindens alternativ und Wohn/Pflegeteil.....	99
Abbildung 71: Wohlbefinden gesamt alternativ und Wohn/Pflegeteil .....	99
Abbildung 72: Haus A: Wohlbefinden gesamt alternativ und ADL 1 Hilfebedarf Mobilität	100
Abbildung 73: Haus B: Wohlbefinden gesamt alternativ und ADL 1 Hilfebedarf Mobilität	100
Abbildung 74: Individuelle Ressourcen und „Befragbarkeit“, 1./2. Runde .....	110
Abbildung 75: Wohlbefinden und „Befragbarkeit“, 1./2. Runde .....	111
Abbildung 76: Zusammensetzung der Befragtengruppen je nach Heim.....	111
Abbildung 77: „Befragbarkeit“ je nach Heim .....	111
Abbildung 78: Komponentendiagramm Wohlbefindesskalen .....	115
Abbildung 79: Größe des sozialen Netzwerks der HeimbewohnerInnen.....	127
Abbildung 80: Anzahl heiminterner und –externer Kontakte .....	127
Abbildung 81: Anzahl sozialer Kontakte – Mittelwerte und Streuung .....	128

Abbildung 82: Sozialkontakte nach hauptsächlichen Kontaktgruppen.....	130
Abbildung 83: Sozialkontakte nach Schemata Vertrautheit, Hilfe und Freizeit .....	131
Abbildung 84: Uni-/Bi-/Triplexität der Sozialkontakte .....	132
Abbildung 85: Überlappung der Sozialkontakte – uni-, bi- und triplexe Beziehungen .....	133
Abbildung 86: Durchschnittliche Häufigkeit von Telefonieren und Treffen .....	135
Abbildung 87: Index des Telefonierens und Treffens als Indikatoren der Kontaktintensität .....	135
Abbildung 88: Teststatistiken zur Beurteilung der Güte von k-Clusterlösungen (k=1-6) .....	138
Abbildung 89: Verteilung der 4-Clusterlösung .....	140
Abbildung 90: Durchschnittliche Netzwerksgröße je Cluster.....	141
Abbildung 91: Anteilsmäßiger Kontakt mit Generation 1 bis 3 je Cluster .....	142
Abbildung 92: Anteilsmäßiger Kontakt mit BewohnerInnen, Personal, und Freunden je Cluster	143
Abbildung 93: Schemaanteil je Cluster .....	144
Abbildung 94: Anteil uni-, bi- und triplexer Kontakte je Cluster .....	145
Abbildung 95: Häufigkeit von Telefonieren und Treffen je Cluster .....	145
Abbildung 96: Gesundheit derzeit.....	150
Abbildung 97: Zufriedenheit mit der Gesundheit derzeit.....	150
Abbildung 98: Zufriedenheit mit der Gesundheit und allgemeine Lebenszufriedenheit .....	151
Abbildung 99: Zufriedenheit mit der Gesundheit und Wohlbefinden im Heim.....	151
Abbildung 100: Gesundheit vor Heimeintritt.....	152
Abbildung 101: Gesundheit nach Heimeintritt.....	152
Abbildung 102: Änderung der Gesundheit nach Eintritt und Wohlbefinden im Heim.....	152
Abbildung 103: Frequenz der Beteiligung an Aktivitäten im Haus .....	153
Abbildung 104: Frequenz der Beteiligung an Aktivitäten außer Haus .....	153
Abbildung 105: Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung.....	153
Abbildung 106: Qualität der Freizeitaktivitäten.....	153
Abbildung 107: Frequenz außer Haus .....	155
Abbildung 108: Zufriedenheit mit der Möglichkeit außer Haus zu kommen .....	155
Abbildung 109: Aktivitäten außerhalb des Hauses .....	156
Abbildung 110: Gruppen Heimeintritt und Gesundheit vor Heimeintritt .....	158
Abbildung 111: Gruppen Heimeintritt und Zeitpunkt Heimeintritt .....	158
Abbildung 112: Gruppen Heimeintritt und Besichtigung vorher.....	159
Abbildung 113: Gruppen Heimeintritt und Infos vorher.....	159
Abbildung 114: Gruppen Heimeintritt und Belastung vor Eintritt.....	159
Abbildung 115: Gesundheit und Belastung vor Eintritt.....	159
Abbildung 116: Qualität bei Heimaufnahme .....	160
Abbildung 117: Positiv-Skala Heimaufnahme .....	161
Abbildung 118: Negativ-Skala Heimaufnahme .....	161
Abbildung 119: Kausale Struktur der operationalisierten Variablenblöcke der Lebensqualität .	167

## **6 FRAGEBÖGEN**

**Projekt:**

**Lebensqualität im Pflegeheim**

**Befragung der BewohnerInnen**

**FRAGEBOGEN 1**

**ZENTAS / OKTOBER 2004**

ÜBERTRAG

MMST

WOHLBEFINDEN IM HEIM

GESUNDHEITSTATUS

1. InterviewerIn: .....

2. Haus Hainburg-----○ (Ulrichsheim)  
 Sankt Pölten-----○ (Haus an der Traisen)

**Übertrag aus Bewohnerliste**

3. Bewohnernummer: .....

4. Station: .....

5. Gebäudeteil Altbau-----○  
 Neubau-----○

*St. Pölten hat ausschließlich Neubauteil*

6. Etage Erdgeschoß-----○  
 1. Stock-----○  
 2. Stock-----○  
 3. Stock-----○

*Vorsicht in Hainburg: Die Geschoße sind zwischen Neu- und Altbau „versetzt“!*

7. Zimmernummer: .....

8. Befragbarkeit gut-----○ → **Beginn des Interviews**  
 eingeschränkt-----○  
 nicht möglich-----○

9. Grund Verwirrtheit-----○  
 Hörschwäche-----○  
 Sehschwäche-----○  
 Artikulationsschwäche-----○  
 schlechter Allgemeinzustand-----○  
 Terminalstadium-----○  
 fehlende Kooperationsbereitschaft-----○  
 andere Gründe: .....

*Mehrfachnennungen möglich*

**Beginn des Interviews**

10. Datum: .....

11. Uhrzeit: .....

12. Geschlecht weiblich-----○  
 männlich-----○

**Beginn der ersten Wiederaufnahme (Ausfüllen, wenn das Interview einmal abgebrochen wurde.)**

13. Datum: .....

14. Uhrzeit: .....

**Beginn der zweiten Wiederaufnahme (Ausfüllen, wenn die erste Wiederaufnahme abgebrochen wurde.)**

15. Datum: .....

16. Uhrzeit: .....

Bevor wir zu Ihrem Leben im Heim kommen, machen wir einen kurzen Test.

**Mini Mental State Test (MMST)**

**Orientierung**

Jede richtig beantwortete Frage ankreuzen, zählt je einen Punkt.  
Unten (Summe 1) die erreichte Punktezahl eintragen.

- 17. Können Sie mir sagen, welcher Wochentag heute ist? -----  1
- 18. Und welche Jahreszeit haben wir gerade? -----  1
- 19. Können Sie mir das genaue Datum sagen? -----  1
- 20. Und welchen Wochentag haben wir heute? -----  1
- 21. Und welchen Monat haben wir zur Zeit? -----  1
- 22. Können Sie mir sagen, in welchem Gebäude wir uns befinden? -  1
- 23. In welchem Stockwerk (in welcher Etage) sind wir gerade? ----  1
- 24. In welcher Stadt befinden wir uns? -----  1
- 25. In welchem Bundesland? -----  1
- 26. In welchem Land (in welchem Staat)? -----  1
- 27. Summe 1 (max. 10)----- .....

**Merkfähigkeit**

Ich nenne Ihnen jetzt hintereinander drei Wörter, und Sie wiederholen die drei Wörter bitte.  
Sagen Sie: „Katze“ – „Apfel“ – „Dach“ (Deutlich artikulieren, ein Wort pro Sekunde.)

Bei Verständigungsschwierigkeiten die Wörter bis zu fünf mal wiederholen. Die Lage klären, ob Schwerhörigkeit vorliegt, möglichst Abhilfe schaffen, wenn nötig wieder bei Item 17 starten.

- 28. Katze-----  1
- 29. Apfel -----  1
- 30. Dach-----  1
- 31. Summe 2 (max. 3) ----- .....

**Aufmerksamkeit und Richtigkeit**

Der zweite Fragenblock (Buchstabiertest) wird nur ausgeführt und gewertet, wenn der erste (Rechentest) verweigert wird.

**Jetzt kommt eine kleine Rechenaufgabe.**

Jede richtige Rechnung ist ein Punkt. Falls z.B. einmal falsch gerechnet wurde, und dadurch die anderen Ergebnisse nur „verschoben“ sind, liegt nur ein Fehler vor, wären also z.B. vier Punkte!

- 32. Wie viel ist 100 weniger 7? -----  1 (93)
- 33. Und wie viel ist diese Zahl (93) weniger 7?-----  1 (86)
- 34. Wie viel ist diese Zahl nochmals weniger 7? -----  1 (79)
- 35. Noch einmal weniger 7?-----  1 (72)
- 36. Und ein letztes Mal weniger 7? -----  1 (65)

Wenn der/die BewohnerIn die Rechenaufgabe verweigert oder nicht durchführen kann:  
Buchstabieren Sie bitte **LESEN** rückwärts.

- 37. N -----  1 (N)
- 38. E -----  1 (E)
- 39. S -----  1 (S)
- 40. E -----  1 (E)
- 41. L -----  1 (L)
- 42. Summe 3 (max. 5) ----- .....

**Erinnerungsfähigkeit**

**Ich habe Ihnen vorher drei Wörter vorgesagt, (und Sie haben die drei Wörter wiederholt). Können Sie sich an die drei Wörter noch erinnern und sie mir nochmals sagen?**

*Die Reihenfolge der Nennungen ist unerheblich.*

43. Katze -----  1  
 44. Apfel -----  1  
 45. Dach -----  1  
 46. Summe 4 (max. 3) ----- .....

**Sprache**

*Jede richtig ausgeführte Aktion des/der Bewohners/in ist ein Punkt.*

*Zeigen Sie nacheinander zwei Gegenstände (z.B. Armbanduhr und Kugelschreiber).*

47. Was ist das? (z.B. Armbanduhr) -----  1  
 48. Was ist das? (z.B. Kugelschreiber) -----  1  
 49. Sprechen Sie mir bitte nach: „Er holt Sie vom Bahnhof ab“ -----  1

*Nehmen Sie ein (ungefaltetes) **Blatt Papier** zur Hand und reichen es dem/der BewohnerIn. Achten Sie dabei auch auf die Bewegungsfähigkeit des/der Bewohners/in.*

50. Nehmen Sie dieses Blatt bitte in die rechte Hand -----  1  
 51. Falten Sie es in der Mitte -----  1  
 52. Legen Sie es bitte auf den Boden -----  1

*Nehmen Sie **Karte 1** zur Hand und zeigen sie dem/der BewohnerIn.*

*Bei Leseschwierigkeiten die Lage klären, ob Sehschwächen vorliegen, möglichst Abhilfe schaffen, wenn nötig wieder bei Item 47 starten.*

53. Lesen Sie bitte, was auf diesem Blatt steht, und folgen Sie der Anweisung, die darauf steht -----  1

*Reichen Sie dem/der BewohnerIn ein **Blatt Papier** und einen (Ihren) **Stift**.*

54. Schreiben Sie bitte irgendeinen vollständigen Satz auf das Papier --  1  
*Der Satz muss grammatikalisch vollständig und verständlich sein.*

*Legen Sie **Karte 2** vor.*

55. Zeichnen Sie bitte diese Figur genau nach -----  1  
*Auf die Anzahl der Ecken und Seiten sowie die sich überschneidenden Linien achten. Achten Sie dabei auch auf die Bewegungsfähigkeit.*

56. Summe 5 (max. 9) ----- .....

57. Gesamtsumme (max. 30) ----- .....

*Wenn weniger als 17 Punkte erreicht wurden, besteht Veranlassung, die Orientiertheit „schlecht“ einzustufen (vgl. Item 219).*

## *Wohlbefinden im Heim*

**Wir kommen jetzt zu Ihrem Leben im Heim.**

### ***Autonomie: Hilfe und Betreuung***

*Sie müssen drei der acht Fragen „durchbringen“.*

#### **Frage 1**

**58. Spazieren sie gerne?**

nein ----○

ja ----○

**59. Können sie spazieren?**

nein ----○

ja ----○

**60. Hilft man Ihnen dabei?**

nein ----○

ja ----○

#### **Frage 2 Was machen Sie noch gerne? (Hobbys, Freizeitaktivitäten etc.)**

*Mindestens zwei aufzählen lassen.*

**61. Dürfen Sie (das) hier?** *Anstatt „das“ setzen Sie das Wichtigste/Erstgenannte) des Aufgezählten*

nein ----○

ja ----○

**62. Dürfen Sie (das) immer (wenn Sie das wollen) machen?**

nein ----○

ja ----○

**63. Hilft man Ihnen dabei?**

nein ----○

ja ----○

**64. Hilft man Ihnen immer (wenn sie das wollen) dabei?**

nein ----○

ja ----○

**Frage 3 Passt Ihnen hier  
im Heim etwas nicht?**

*Aufzählen lassen und kurz und verständlich notieren.  
Dann das Wichtigste (vielleicht zuerst Genannte)  
aus dem Bereich Hilfe und Betreuung unterstreichen.*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**65. Haben Sie sich wegen (das Unterstrichene) beschwert?**

nein ----○ → Frage 4

ja ----○

**66. Hat das etwas genützt?**

nein ----○

ja ----○



**Frage 4**

**67. Können Sie nach draußen?**

nein ----

ja ----

**68. Hilft man Ihnen dabei?**

nein ----

ja ----

**Frage 5**

**69. Müssen Sie hin und wieder baden oder duschen, wenn sie nicht möchten?**

nein ----

ja ----

**Frage 6 Wo wären Sie im Heim am liebsten?**

*Mindestens einen Ort aufzählen lassen.*

**70. Dürfen Sie (dorthin)? (Anstatt „dorthin“ setzen Sie den genannten Ort)**

nein ----

ja ----

**71. Dürfen Sie immer (wenn sie das wollen) (dorthin)?**

nein ----

ja ----

**72. Hilft man Ihnen dabei?**

nein ----

ja ----

**Frage 7 Welches Gewand haben Sie am liebsten an?**

*Mindestens zwei Kleidungsstücke aufzählen oder zeigen lassen.*

**73. Dürfen Sie (das) anziehen, wann immer Sie wollen? (Anstatt „das“ setzen Sie die Genannten)**

nein ----

ja ----

**74. Haben Sie die Schwestern heute gefragt, was Sie anziehen möchten?**

nein ----

ja ----

**Frage 8 Wann gehen Sie normalerweise ins Bett?**

*Zeit nennen lassen*

**75. Wollen Sie lieber später/früher in Bett?**

nein ----

ja ----

***Autonomie: Essen und Umgebung***

*Sie müssen zwei der sieben Fragen „durchbringen“.*

**Frage 1**

**76. Freuen Sie sich auf das Essen?**

nein ----○

ja ----○

**Frage 2**

**77. Haben Sie manchmal Hunger?**

nein ----○ → Frage 3

ja ----○

**78. Bekommen Sie dann etwas zu Essen?**

nein ----○

ja ----○

**79. Hilft man Ihnen dabei?**

nein ----○

ja ----○

**Frage 3**

**80. Finden Sie das Essen gut da?**

nein ----

ja ----  → Frage 4

**81. Haben Sie das jemandem gesagt?**

nein ----

ja ----

**82. Hat es etwas genützt?**

nein ----

ja ----

**Frage 4 Was essen Sie gerne?**

*(Aufzählen lassen, mindestens 2)*

**83. Bekommen Sie (das) hier?** *(Setzen Sie anstatt „das“ das für die Befragten Wichtigste.)*

nein ----

ja ----

**84. Bekommen Sie davon ausreichend?**

nein ----

ja ----

**Frage 5 Passt Ihnen im Heim etwas nicht?**

*(Aufzählen lassen)*

**85. Haben Sie sich wegen (dem) beschwert?**

*(Setzen Sie anstatt „dem“ das Wichtigste/Erstgenannte aus dem Bereich „Essen und Umgebung“!)*

nein ----  → Frage 6

ja ----

**86. Hat das etwas genützt?**

nein ----

ja ----

**Frage 6 Was gefällt Ihnen nicht in Ihrem Zimmer?**

*(Aufzählen lassen, mindestens 1)*

**87. Dürfen Sie (das) (für den Befragten Wichtigste) ändern?**

nein ----

ja ----

**88. Hilft man Ihnen dabei?**

nein ----

ja ----

**Frage 7 Mit wem würden Sie am liebsten essen?**

*(Personen erfragen)*

**89. Dürfen Sie mit (denen) (alle Genannten „in einem“ aufzählen) essen?**

nein ----

ja ----

**90. Hilft man Ihnen dabei?**

nein ----

ja ----

***Empathie: Hilfe und Betreuung***

*Sie müssen drei der dreizehn Fragen „durchbringen“.*

**Frage 1**

**91. Sind die Schwestern (Ist das Personal) freundlich zu Ihnen?**

nein ----

ja ----

**Frage 2**

**92. Haben die Schwestern (Hat das Personal) immer für Sie Zeit?**

nein ----

ja ----

**Frage 3**

**93. Brauchen Sie manchmal Hilfe beim Anziehen?**

nein ----  → Frage 4 (Frage 3 gilt nicht als „durchgebracht“)

ja ----

**94. Helfen Ihnen die Schwestern (Hilft Ihnen das Personal) beim Anziehen?**

nein ----

ja ----

**Frage 4**

**95. Gehen die Schwestern (Geht das Personal) manchmal grob mit Ihnen um?**

nein ----○

ja ----○

**Frage 5**

**96. Sagen die Schwestern (Sagt das Personal) „Guten Tag“ oder „Grüß Gott“?**

nein ----○

ja ----○

**Frage 6**

**97. Hören die Schwestern (Hört das Personal) Ihnen zu?**

nein ---○

ja ---○

**Frage 7**

**98. Haben Sie heute oder gestern schon mit einer Schwester geplaudert?**

nein ----○

ja ----○

**Frage 8**

**99. Haben Sie die Schwestern (jemanden vom Personal) schon einmal zornig gemacht?**

nein ----○ → Frage 9 (Frage 8 gilt nicht als „durchgebracht“)

ja ----○

**100. Was passiert dann?**

negative Reaktion des Mitarbeitenden ----- ○

positive Reaktion ----- ○

**Frage 9**

**101. Sagen die Schwestern (Sagt das Personal) manchmal etwas Schönes zu Ihnen?**

nein ----○

ja ----○

**Frage 10**

**102. Haben die Schwestern (Hat das Personal) Verständnis für Ihre Wünsche?**

nein ----○

ja ----○

**Frage 11**

**103. Werden Sie manchmal von den Schwestern (vom Personal) angelächelt?**

nein ----○

ja ----○

**Frage 12**

**104. Sind die Schwestern (Ist das Personal) nett, freundlich?**

nein ----○

ja ----○

**Frage 13**

**105. Zeigen Ihnen die Schwestern (Zeigt Ihnen das Personal) manchmal Zuwendung?  
(Spüren Sie Wärme?)**

nein ---○

ja ---○

***Empathie: Essen und Umgebung***

*Sie müssen drei der sechs Fragen „durchbringen“.*

**Frage 1**

**106. Brauchen Sie manchmal Hilfe beim Essen?**

nein ---  → Frage 2 (Frage 1 gilt nicht als „durchgebracht“)

ja ---

**107. Hilft man Ihnen dabei**

nein ---

ja ---

**Frage 2**

**108. Fühlen Sie sich in Ihrem Zimmer wohl?**

nein ---

ja ---

**Frage 3**

**109. Fühlen Sie sich im Heim wohl?**

nein ---

ja ---

**Frage 4**

**110. Fühlen Sie sich im Speisesaal wohl?**

nein ---

ja ---

**111. Fühlen Sie sich in der Cafeteria wohl?**

nein ---

ja ---

**112. Fühlen Sie sich im Aufenthaltsraum wohl?**

nein ---

ja ---

**113. Fühlen Sie sich in der Eingangshalle wohl?**

nein ---

ja ---

**Frage 5**

**114. Ist das Essen weich genug?**

nein ---

ja ---

**Frage 6**

**115. Ist das Essen zu weich?**

nein ---

ja ---

**Privatheit: Hilfe und Betreuung**

Sie müssen drei der neun Fragen „durchbringen“)

**Frage 1**

**116. Brauchen Sie Hilfe beim Waschen?**

nein--- → Frage 3 (Frage 1 und Frage 2 gelten nicht als „durchgebracht“)

ja---

**117. Hilft man Ihnen dabei?**

nein---

ja---

**118. Wird das gut gemacht?**

nein---

ja---

**Frage 2**

**119. Kann jemand zuschauen, während Sie gewaschen werden,?**

nein--- → Item 121

ja---

**120. Stört Sie das?**

nein---

ja---

**121. Werden Sie beim Waschen vollständig entblößt?**

nein---

ja---

**Frage 3**

**122. Klopfen die Schwestern (Klopft das Personal) an die Türe Ihres Zimmers?**

nein---

ja---

**Frage 4**

**123. Steht manchmal die Türe Ihres Zimmers für längere Zeit offen?**

nein ---

ja ---

**124. Stört Sie das?**

nein ---

ja ---

**Frage 5**

**125. Brauchen Sie Hilfe beim Frisieren?**

nein ---  → Frage 6 (Frage 5 gilt nicht als „durchgebracht“)

ja ---

**126. Hilft man Ihnen dabei?**

nein ---

ja ---

**127. Wird das gut gemacht?**

nein ---

ja ---

**Frage 6**

**128. Brauchen Sie Hilfe beim Zähneputzen?**

nein ---  → Frage 7 (Frage 6 gilt nicht als „durchgebracht“)

ja ---

**129. Hilft man Ihnen dabei?**

nein ---

ja ---

**130. Wird das gut gemacht?**

nein ---

ja ---

**Frage 7 (Nur für Männer!)**

**131. Brauchen Sie Hilfe beim Rasieren?**

nein ---  → Frage 8 (Frage 7 gilt nicht als „durchgebracht“)

ja ---

**132. Hilft man Ihnen dabei?**

nein ---

ja ---

**133. Wird das gut gemacht?**

nein ---

ja ---

**Frage 8**

**134. Duzen die Schwestern (Duzt das Personal) Sie?**

nein ---

ja ---

**135. Gefällt Ihnen das (dass Sie geduzt werden/ dass Sie „per Sie“ angeredet werden)?**

nein ---

ja ---

**Frage 9**

**136. Haben Sie „Inkontinenzhilfen“? (Einlagen/Windeln. Nicht Katheter!)**

nein ---  → nächste Seite

ja ---

**137. Hilft man Ihnen, wenn die „Inkontinenzhilfen“ nass sind?**

nein ---

ja ---

**138. Wird das gut gemacht?**

nein ---

ja ---



**Privatheit: Essen und Umgebung**

Sie müssen zwei der fünf Fragen „durchbringen“.

**Frage 1**

**139. Wollen Sie manchmal alleine sein?**

nein ---  → Frage 2 (Frage 1 gilt nicht als „durchgebracht“)

ja ---

**140. Können Sie das?**

nein ---

ja ---

**141. Führt man Sie dann in Ihr Zimmer zurück?**

nein ---

ja ---

**Frage 2**

**142. Bekommen Sie manchmal Besuch?**

nein ---  → Frage 3 (Frage 2 gilt nicht als „durchgebracht“)

ja ---

**143. Können Sie ungestört mit Ihren Angehörigen (Verwandten) sprechen?**

nein ---

ja ---

**Frage 3 Was in Ihrem Zimmer gehört Ihnen? (Aufzählen lassen)**

**144. Möchten Sie mehr?**

nein ---

ja ---

**Frage 4**

**145. Haben Sie einen Schlüssel für Ihren Schrank?**

nein ---

ja ---

**Frage 5**

**146. Können Sie immer in Ihr Zimmer?**

nein ---

ja ---

**Sicherheit: Hilfe und Betreuung**

Sie müssen drei der sieben Fragen „durchbringen“.

**Frage 1**

**147. Kennen Sie Leute vom Personal mit Namen?**

nein ---

ja ---

**Frage 2**

**148. Kümmern sich bei der Pflege zu viele Leute um Sie?**

nein ---

ja ---

**Frage 3**

**149. Müssen Sie manchmal auf Hilfe warten?**

nein ---

ja ---

**Frage 4**

**150. Halten die Schwestern ihre (Hält das Personal seine) Versprechen?**

nein ---

ja ---

**Frage 5**

**151. Kennen Sie Ihre Schwestern?**

nein ---

ja ---

**Frage 6**

**152. Wechseln die Schwestern (Wechselt das Personal) zu häufig, zu viel?**

nein ---

ja ---

**Frage 7**

**153. Müssen Sie manchmal auf Ihre Medikamente warten?**

nein ---

ja ---

**Sicherheit: Essen und Umgebung**

Sie müssen zwei der sechs Fragen „durchbringen“.

**Frage 1**

154. (Wenn Befragung am Vormittag)

**Was gibt es heute zum Mittagessen?**

weiß Essen nicht -----

weiß Essen -----

(Wenn Befragung am Nachmittag)

**Was gibt es heute zum Nacht Mahl?**

weiß Essen nicht -----

weiß Essen -----

**Frage 2**

155. **Macht Ihnen im Heim etwas Angst?**

nein ---  → Frage 3

ja ---

156. **Was macht Ihnen denn Angst? (Hier kurz und verständlich notieren.)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Frage 3**

157. **Finden Sie immer Ihr Zimmer?**

nein ---

ja ---

**Frage 4**

158. **Wissen Sie wo die Toiletten sind?**

nein ---  → Frage 5

ja ---

159. **Sind die Toiletten einfach zu finden?**

nein ---

ja ---

**Frage 5**

160. **Fühlen Sie sich hier im Heim sicher?**

nein ---

ja ---

**Frage 6**

161. **Können Sie Ihr Zimmer abschließen?**

nein ---

ja ---

***Akzeptanz im Heim: Hilfe und Betreuung***  
*Sie müssen alle zwei Fragen „durchbringen“.*

**Frage 1**

**162. Haben die Schwestern (Hat das Personal) Sie gerne?**

nein ---

ja ---

**Frage 2**

**163. Gibt es unter den Schwestern (dem Personal) „böse“?**

nein ---  → *nächste Seite*

ja ---

**164. Was tun die (Schwestern) dann? Wie zeigt sich das? (Hier kurz und verständlich notieren.)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Akzeptanz im Heim: Essen und Umgebung**

Sie müssen drei der sechs Fragen „durchbringen“.

**Frage 1**

**165. Sitzen Sie mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern zu einem Plausch zusammen?**

nein ---

ja ---

**Frage 2**

**166. Können Sie Ihren Esstisch wechseln?**

nein ---

ja ---

**Frage 3**

**167. Haben Sie gute Freunde und gute Bekannte hier im Haus?**

nein ---

ja ---

**Frage 4**

**168. Hat Ihnen ein Heimbewohner oder eine Heimbewohnerin schon einmal etwas geschenkt?**

nein ---

ja ---

**Frage 5**

**169. Begleiten Sie andere Bewohner zum Essen oder auf ihr Zimmer?**

nein ---

ja ---

**Frage 6**

**170. Sagt der Heimleiter zu Ihnen „Guten Tag“ oder „Grüß Gott“?**

nein ---

ja ---

**Schmerzen**

*Diese Fragen müssen Sie stellen.*

**171. Haben Sie immer wieder starke Schmerzen?**

nein ---

ja ---

**172. Bekommen Sie Schmerzmittel?**

nein ---

ja ---

**173. Nehmen Sie Schmerzmittel?**

nein ---

ja ---

**Offene Abfrage**

**174. Was fehlt Ihnen am meisten hier im Heim? (Kurz und verständlich notieren.)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

***Ende des Interviews***

**175. Interview abgebrochen?**

nein---○

ja---○ → *Item 177*

**176. Uhrzeit des Interviewendes: ..... → *Angaben zum Gesundheitszustand!***

**177. Uhrzeit des ersten Abbruchs: ..... *Neuen Termin für erste Wiederaufnahme vereinbaren. Bei Item 13/14 und dann bei***

**178. Abbruch bei Item-Nummer: ..... *„Abbruch-Item“ wieder in das Interview einsteigen.***

***Ende der ersten Wiederaufnahme***

**179. Interview abgebrochen?**

nein---○

ja---○ → *Item 181*

**180. Uhrzeit des Interviewendes: ..... → *Angaben zum Gesundheitszustand!***

**181. Uhrzeit des zweiten Abbruchs: ..... *Neuen Termin für zweite Wiederaufnahme vereinbaren. Bei Item 15/16 und dann bei***

**182. Abbruch bei Item-Nummer: ..... *„Abbruch-Item“ wieder in das Interview einsteigen.***

***Ende der zweiten Wiederaufnahme***

**183. Interview abgebrochen?**

nein---○

ja---○ → *Item 185*

**184. Uhrzeit des Interviewendes: ..... → *Angaben zum Gesundheitszustand!***

**185. Uhrzeit des dritten Abbruchs: .....**

**186. Abbruch bei Item-Nummer: ..... → *Angaben zum Gesundheitszustand!***

**Angaben zum Gesundheitszustand**

Füllen Sie die folgenden Fragenbatterien vollständig aus, gleichgültig, ob Sie Fragebogen 1 komplett „durchgebracht“ haben, oder nicht.

Nutzen Sie die folgenden Informationsquellen (wenn nötig):

- a) Ihre bisherigen Beobachtungen in der Befragung,
- b) zusätzlich gezieltes Nachfragen beim/ bei der BewohnerIn,
- c) Auskünfte des Personals.

Auch wenn ein Hilfsmittel nicht verwendet wird, müssen sie die Info-Quelle(n) ankreuzen.

**Verwendete Hilfsmittel**

**(Welche der folgenden Hilfsmittel verwenden Sie?)**

verwendete Hilfsmittel (Ankreuzen)			Info-Quelle(n) (Mehrfachangaben möglich)		
	nein	ja	Befragung	BewohnerIn	Personal
187. Brille-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
188. Lupe -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
189. Hörgerät -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
190. Stock etc. (mit einer Hand gehalten)-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
191. Rollator etc. (mit beiden Händen)--	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
192. Rollstuhl -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
193. Sliepeinlage-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
194. Windel -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
195. Harn-/Blasenkatheter -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
196. künstlicher Darmausgang-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
197. Ernährungssonde -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
198. Unterstützung der Atmung -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
199. Dispensor (Medikamentenschachterl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
200. andere Hilfsmittel .....					
.....					

**Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit**

**(Sind Ihre Arme oder Beine, oder ist Ihr Oberkörper oder Ihre Hüfte in der Bewegung eingeschränkt?)**

eingeschränkt ist ...			Info-Quelle(n)		
	nein	ja	Befragung	BewohnerIn	Personal
201. linker Arm -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
202. rechter Arm-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
203. Oberkörper -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
204. Hüfte -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
205. linkes Bein-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
206. rechtes Bein -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Essen. (Benötigen Sie beim Essen Hilfe?)**

<b>Hilfebedarf</b> (Nur eine Antwortmöglichkeit)		<b>Info-Quelle(n)</b>		
		Befragung	BewohnerIn	Personal
207.	benötigt keinerlei/nie Hilfe ----- <input type="radio"/>			
	benötigt Hilfen beim Schneiden, Brot streichen etc. -- <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	benötigt immer Hilfe----- <input type="radio"/>			

**Baden, Duschen. (Benötigen Sie Hilfe, wenn Sie sich baden oder duschen?)**

208.	benötigt keinerlei/nie Hilfe ----- <input type="radio"/>			
	Hilfe bei einzelnen Körperteilen, oder nicht immer --- <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	benötigt immer Hilfe----- <input type="radio"/>			

**Anziehen und Ausziehen. (Benötigen Sie beim Anziehen und Ausziehen Hilfe?)**

209.	benötigt keinerlei/nie Hilfe ----- <input type="radio"/>			
	benötigt Hilfen, aber kann „die Hälfte“ allein----- <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	benötigt immer Hilfe----- <input type="radio"/>			

**Harn-/Blasen-Inkontinenz.**

**(Haben Sie Probleme, den Harn zu halten?)**

210.	selbstständige Kontrolle (keine Probleme) ----- <input type="radio"/>			
	es passieren gelegentlich „Unfälle“/ ev. Hilfsmittel --- <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	keine Selbstkontrolle/ ev. Hilfsmittel/ ist inkontinent- <input type="radio"/>			

**Stuhl-Inkontinenz.**

**(Haben Sie Probleme, Ihren Stuhl zu halten?)**

211.	selbstständige Kontrolle (keine Probleme) ----- <input type="radio"/>			
	es passieren gelegentlich „Unfälle“/ ev. Hilfsmittel --- <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	keine Selbstkontrolle/ ev. Hilfsmittel/ ist inkontinent- <input type="radio"/>			

**Toilette aufsuchen und benützen. (Gleich, ob mit, oder ohne Hilfsmittel!)**

**(Können Sie allein die Toilette aufsuchen?)**

212.	benötigt keinerlei Hilfe (Weg, Anziehen, Auswischen)----- <input type="radio"/>			
	benötigt etwas Hilfe, kann aber einiges allein ----- <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	benötigt immer Hilfe----- <input type="radio"/>			

**Transfer von Bett zu Sessel. (Gleich, ob mit, oder ohne Hilfsmittel!)**

**(Wenn Sie vom Bett aufstehen und sich daneben auf einen Sessel setzen, ist es dann besser, wenn Ihnen jemand hilft?)**

213.	benötigt keinerlei Hilfe (Aufstehen, Transfer, Sitzen) ----- <input type="radio"/>			
	etwas Hilfe (verbale Anleitung, Stützen) ----- <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	umfangreiche Hilfe, kann aber allein sitzen ----- <input type="radio"/>			
	umfangreiche Hilfe/ kann nicht allein sitzen ----- <input type="radio"/>			

**Mobilität im Heim. (Ohne Treppensteigen!)**

**(Benötigen Sie Hilfe, wenn Sie sich im Heim fortbewegen?)**

<b>Hilfebedarf</b> (Pro Item nur eine Antwortmöglichkeit)	<b>Info-Quelle(n)</b>		
	Befragung	BewohnerIn	Personal
214. im Heim ohne Hilfsmittel selbstständig mobil ----- <input type="radio"/>			
im Heim mit Hilfsmittel(n) selbstständig mobil ----- <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
benötigt persönliche Hilfe (Personal, oder Mitbewohner), um sich im Heim zu bewegen----- <input type="radio"/>			

**Mobilität außerhalb der „Heimanlage“. (Auf der „Straße“, nicht nur im heimeigenen Garten!)**

**(Benötigen Sie Hilfe, wenn Sie „außer Haus“ gehen?)**

215. außerhalb des Heims ohne Hilfsmittel selbstständig mobil ----- <input type="radio"/>			
außerhalb des Heims mit Hilfsmittel(n) selbstständig mobil ----- <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
benötigt persönliche Hilfe, um sich außerhalb des Heims zu bewegen----- <input type="radio"/>			

**Treppensteigen. (Gleich, ob mit, oder ohne Hilfsmittel!)**

**(Benötigen Sie Hilfe, wenn Sie Treppen steigen müssen?)**

216. ohne persönlicher Hilfe möglich ----- <input type="radio"/>			
mit persönlicher Hilfe möglich----- <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nicht möglich ----- <input type="radio"/>			

**Abschließende Einschätzung des Gesundheitsstatus.**

a) Wie schätzen Sie als InterviewerIn den Status der/ des Befragten ein?

(gut, eingeschränkt oder schlecht)

b) Ist dadurch ein Ausschlussgrund für die weitere Befragung mit Fragebogen 2 gegeben?

	<b>a) Einschätzung Gesundheitsstatus</b>			<b>b) Ausschlussgrund?</b>	
	gut	eingeschränkt	schlecht	nein	ja
217. Sehkraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
218. Hörvermögen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
219. Orientiertheit (Verwirrtheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
220. Artikulationsfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
221. Kontaktfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
222. Allgemeinzustand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
223. Kooperationsbereitschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
224. Terminalstadium-----					<input type="radio"/>
225. andere Gründe für einen Ausschluss aus der zweiten Runde:					
.....					
.....					
.....					

**Abschließende Einschätzung der weiteren Befragbarkeit (mit Fragebogen 2)**

	<b>a) Einschätzung Befragbarkeit</b>			<b>b) Ausschlussgrund?</b>	
	gut	eingeschränkt	schlecht	nein	ja
226. Befragbarkeit gesamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## **Projekt:**

# **Lebensqualität im Pflegeheim**

## **Befragung der BewohnerInnen**

### **FRAGEBOGEN 2**

### **ZENTAS / OKTOBER 2004**

HEIMEINTRITT

GESUNDHEIT

WOHLBEFINDEN ALLGEMEIN

SOZIALES NETZ

AKTIVITÄTEN

SOZIODEMOGRAPHIE

1. **Bewohnernummer:** .....

***Beginn des Interviews***

2. **Datum:** .....

3. **Uhrzeit:** .....

***Beginn der ersten Wiederaufnahme (Ausfüllen, wenn das Interview einmal abgebrochen wurde.)***

4. **Datum:** .....

5. **Uhrzeit:** .....

***Beginn der zweiten Wiederaufnahme (Ausfüllen, wenn die erste Wiederaufnahme abgebrochen wurde.)***

6. **Datum:** .....

7. **Uhrzeit:** .....

***Heimeintritt***

Zuerst interessiert uns, was die Gründe und Begleitumstände waren, als Sie ins Heim gezogen sind.

***Letzter Privathaushalt***

8. **Wo haben Sie denn gewohnt, bevor Sie in dieses Heim hier eingezogen sind?  
In einer privaten Wohnung, oder in einem anderen Heim?**  
(Es geht darum, zu erfahren, in welcher „Haushaltsform“ die Person vor dem Heimeintritt gewohnt hat)
- in privater Wohnung ----○ → Item 12  
in anderem Heim ----○  
in anderer Haushaltsform: ..... ----○
9. **In welchem Heim haben Sie gewohnt, bevor Sie hier her umgezogen sind?**  
Landes-Pensionisten- und Pflegeheim Sankt Pölten ----○  
(Das alte Landesheim wurde vor 3 Jahren an das neue „Haus an der Traisen“ „übersiedelt“.)  
anderes Heim: ..... ----○
10. **Haben Sie davor noch in einem anderen, oder in mehreren anderen Heimen gelebt?**  
nein ----○  
ja ----○
11. **In welchem Jahr sind Sie in das erste Heim eingezogen?**  
im Jahr: .....

**12. Denken Sie jetzt bitte an Ihre private Wohnung (letzter Privathaushalt), in der Sie gelebt haben, bevor Sie in ein Heim gezogen sind. Mit wem haben Sie sich diese Wohnung zuletzt geteilt? Oder haben Sie vor Ihrem Heimeinzug alleine gelebt?**

*Zutreffendes ankreuzen, und dann immer nachfragen: z.B. Mit wie vielen Töchtern?*

<i>Anzahl</i>	<i>Anzahl</i>
hat allein gelebt ----○	
Partner/in ----○	Schwester ----○ .....
Tochter ----○ .....	Bruder ----○ .....
Sohn ----○ .....	Schwägerin ----○ .....
Schwiegertochter ----○ .....	Schwager ----○ .....
Schwiegersohn ----○ .....	Enkelkind ----○ .....
	Urenkel ----○ .....
andere Verwandte ----○ und zwar: .....	
andere Personen ----○ und zwar: .....	

**13. Als Sie noch zu Hause (letzter Privathaushalt) waren, hat Ihnen da jemand geholfen? Ich meine: bei der Hausarbeit, beim Kochen, oder beim Anziehen, Waschen oder Bettmachen. Wenn ja: Wer hat Ihnen zuletzt regelmäßig geholfen?**

*(Nachfragen! Mobile Dienste und Tagesstätten nicht vergessen!)*

nein, keinerlei Unterstützung ---○	Schwägerin ----○
Partner ----○	Schwager ----○
Tochter ----○	(mobiler) Pflege-/Haushaltsdienst ----○
Sohn ----○	Essen auf Rädern ----○
Schwiegertochter ----○	Besuchsdienst ----○
Schwiegersohn ----○	Tagesstätte/ Tageszentrum ----○
Schwester ----○	FreundIn ----○
Bruder ----○	Nachbar(schaft) ----○
andere Verwandte ----○ und zwar: .....	
andere Personen ----○ und zwar: .....	
andere Institutionen ----○ und zwar: .....	

**14. Hatten Sie „kurz“ vor ihrem Einzug in das (erste) Heim einen Spitalsaufenthalt?**

nein ----○ → nächste Seite  
ja ----○

**15. Sind Sie nach dem Spitalsaufenthalt wieder zurück in die Wohnung entlassen worden, oder sind Sie direkt ins Heim eingezogen?**

wieder zurück in Wohnung ----○  
direkt ins Heim ----○ → nächste Seite

**16. Wie lange waren Sie dann noch in der Wohnung, bis sie ins Heim eingezogen sind?**

*(Auf Wochen umrechnen. Wenn weniger als eine Woche, dann „0“ eintragen): ..... Wochen*

**Ich lese Ihnen jetzt mögliche Gründe vor, die dazu führen können, dass Menschen in ein Heim ziehen. Und Sie sagen mir bei jedem möglichen Grund, ob er auf Ihre Situation vor dem (ersten) Heimeintritt zutrifft, oder nicht zutrifft.**

	Trifft zu	Trifft nicht zu
17. Es hat die Gefahr bestanden, dass ich stürze und mich verletze. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich bin gestürzt und habe mich verletzt. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich bin plötzlich krank geworden. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ich hatte einen Schlaganfall/ Gehirnschlag. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ich hatte einen Herzinfarkt. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Mein Gesundheitszustand hat sich immer weiter verschlechtert. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ich habe immer mehr Hilfe und Unterstützung benötigt. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Meine Angehörigen waren mit meiner Betreuung zu belastet. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Zu Hause hatte ich zu wenig Unterstützung. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Ich habe immer weniger Besuch bekommen. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Ich war oft allein. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Ich konnte allein nicht mehr „außer Haus“. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Ich hätte die Wohnung umbauen, oder umziehen müssen. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ich habe mich nicht mehr sicher gefühlt. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Meine Angehörigen haben mir geraten, ins Heim zu ziehen. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Jene Person, die mich hauptsächlich betreut hat, konnte das nicht mehr. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Jene Person, die mich hauptsächlich betreut hat, ist erkrankt. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Jene Person, die mich hauptsächlich betreut hat, ist verstorben. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Ich wollte niemandem zur Last fallen. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Es war mein eigener Wunsch, ins Heim zu ziehen. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Gesundheit**

<p><b>37. Wie würden Sie Ihren damaligen Gesundheitszustand bewerten? War der ... ?</b></p> <p style="margin-left: 40px;">sehr gut ----○ gut ----○ mittel ----○ schlecht ----○ sehr schlecht ----○</p>	<p><b>Karte 3 vorlegen</b></p>
<p><b>38. Hat sich Ihr Gesundheitszustand in den ersten Wochen nach dem Heimeintritt eher verbessert, ist er gleich geblieben, oder hat er sich eher verschlechtert?</b></p> <p style="margin-left: 40px;">eher verbessert ----○ gleich geblieben ----○ eher verschlechtert ----○</p>	

**39. Und wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?**

**Ist der derzeit ...**

*Karte 3 vorlegen*

- sehr gut ----○
- gut ----○
- mittel ----○
- schlecht ----○
- sehr schlecht ----○

**40. Und wie zufrieden sind sie mit Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand?**

**Sind Sie ...**

*Karte 4 vorlegen*

- sehr zufrieden ----○
- eher zufrieden ----○
- teils/teils ----○
- eher unzufrieden ----○
- sehr unzufrieden ----○

**Lebenszufriedenheit**

**Jetzt möchte ich Sie bitten, dass Sie sich anhand der folgenden Aussagen selbst einschätzen. Ich lese Ihnen die Aussagen vor, und Sie sagen mir, wie gut die auf Sie zutreffen.**

*Karte 5 vorlegen*

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Weder/ noch	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
41. Zur Zeit bin ich zufrieden mit meinem Leben.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
42. Das Leben ist die meiste Zeit hart für mich.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
43. Meine Lebensbedingungen sind hervorragend.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
44. Ich bin über vieles traurig.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
45. Dieses Jahr rege ich mich über Kleinigkeiten auf.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
46. Ich bin jetzt genauso glücklich, wie ich es in jungen Jahren war.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
47. In den meisten Dingen ist mein Leben nahezu ideal.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
48. Ich habe noch genauso viel Schwung wie letztes Jahr.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
49. Ich nehme die Dinge schwer.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
50. Je älter ich werde, desto schlimmer wird alles.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
51. Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas anders machen.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
52. Ich bin zufrieden mit meinem Leben.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
53. Ich habe vor vielen Dingen Angst.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
54. Mit zunehmendem Alter ist mein Leben besser, als ich erwartet habe.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
55. Ich werde häufiger wütend als früher.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
56. Ich mache mir oft solche Sorgen, dass ich nicht einschlafen kann.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
57. Die wichtigsten Dinge, die ich im Leben will, habe ich weitestgehend erreicht.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
58. Je älter ich werde, desto weniger nützlich bin ich.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----
59. Ich rege mich leicht auf.	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----	○ -----

**Heimeintritt 2**

**60. In welchem Jahr sind Sie eigentlich in dieses Heim hier eingezogen?**

2005 ----

2004 ----

vor 2004, und zwar im Jahr: ..... → *Item 62*

**61. Vor wie vielen Wochen sind Sie hier eingezogen?**

(Wenn weniger als eine Woche, dann „0“ eintragen) : ..... Wochen

**62. Liegt Ihre letzte Wohnung in derselben Gemeinde wie dieses Heim hier?**

(Wenn „Nein“, dann nachfragen.)

Ja, selbe Gemeinde/Stadt ----

nein, aber im selben Bezirk ----

nein, aber im Nachbarbezirk (auch Ausland, wenn angrenzend) ----

nein, aber im Umkreis von weniger als 100 km ----

nein, und weiter entfernt als 100 km ----

**63. War der Zeitpunkt des Heimeintritts für Sie günstig?**

**Oder wären Sie hier lieber früher oder lieber später eingezogen?**

„war mir gleich“ ---

war günstig für mich ----

„wollte überhaupt nicht ins Heim“ --

wäre lieber früher ---

wäre lieber später ----

**64. Haben Sie den Zeitpunkt Ihres Heimeintritts selbst bestimmen können?**

nein ----

ja ----

**65. Haben Sie sich mit jemandem beraten, bevor Sie in dieses Heim eingezogen sind?**

Wenn „Ja“, Nachfragen:

**Mit wem haben Sie Gespräche über Ihren möglichen Heimeintritt gehabt?**

(Mehrfachantworten möglich)

nein, mit niemandem geredet ----

(mobiler) Pflege-/Haushaltsdienst ----

Partner/in ----

Essen auf Rädern ----

Tochter ----

Besuchsdienst ----

Sohn ----

Tagesstätte/ Tageszentrum ----

Schwiegertochter ----

niedergelassene/r Ärztin/Arzt ----

Schwiegersohn ----

Krankenhaus ----

Schwester ----

Heimpersonal, -verwaltung ----

Bruder ----

Gemeinde-/Bezirks-/Landesamt ----

Schwägerin ----

Freund/in ----

Schwager ----

Nachbar(schaft) ---

andere Verwandte ----  und zwar: .....

andere Personen ----  und zwar: .....

andere Institutionen ----  und zwar: .....

**66. Haben Sie schon vor ihrem Umzug hier her persönlichen Kontakt zur Heimverwaltung, zum Personal oder zu Bewohnern des Heimes gehabt? (Mehrfachantworten möglich.)**

nein, keinerlei Kontakt ----

Kontakt zu Heimverwaltung ----

Kontakt zu Heimpersonal ----

Kontakt zu Bewohner(n) ----

Kontakt zu anderen

Personenkreisen ----  und zwar: .....

**67. Haben Sie das Haus besichtigt, bevor Sie hier eingezogen sind?**

nein ----

ja ----

**68. Haben Sie hier schon ein oder mehrmals übernachtet, bevor Sie eigentlich eingezogen sind?**

(„Kurzzeitpflege“ - „Probewohnen“)

nein ----

ja ----



**69. Wie gut waren Sie über das Heim und das Leben in diesem Heim informiert, bevor Sie hier eingezogen sind?** *Karte 3 vorlegen*  
 „war gar nicht informiert“ ----○  
 „war falsch informiert“ ----○

sehr gut ----○  
 gut ----○  
 mittel ----○  
 schlecht ----○  
 sehr schlecht ----○

**70. Haben Sie sich auch für andere Heime interessiert?**  
 nein ----○  
 ja ----○

**71. War dieses Heim hier Ihr „Wunschheim“, oder wollten Sie eigentlich in ein anderes Heim? Oder haben Sie keinen bestimmten Wunsch gehabt?**  
 „wollte in gar kein Heim“ ----○  
 ja, war „Wunschheim“ ----○  
 wollte in ein anderes Heim ----○  
 hatte keinen Wunsch ----○

**72. Wie belastend war für Sie die Zeit, bevor Sie hier eingezogen sind? War die Belastung für Sie ...** *Karte 6 vorlegen*  
 sehr hoch ----○  
 eher hoch ----○  
 mittel ----○  
 eher gering ----○  
 sehr gering ----○

**Jetzt geht es darum, wie Sie hier empfangen und aufgenommen worden sind.**

	nein	ja
73. Sind Sie herzlich empfangen worden? -----○	○	○
74. War jemand vom Personal oder der Verwaltung da, der für Sie Zeit hatte? -----○	○	○
75. Sind Sie gerade zu einem „ungünstigen Zeitpunkt“ angekommen? -----○	○	○
76. Wurden Sie von den anderen Bewohnern freundlich aufgenommen? -----○	○	○
77. Haben Sie schon vor Ihrem Einzug Heimbewohner oder Bewohnerinnen gekannt? -○	○	○
78. Sind Sie auf der Station den Mitbewohnern vorgestellt worden? -----○	○	○
79. Haben Sie beim Essen gleich einen guten Platz bekommen? -----○	○	○
80. Sind Sie auf der Station dem Personal vorgestellt worden? -----○	○	○
81. War es für Sie am Anfang schwierig, Kontakte herzustellen? -----○	○	○
82. Und wie ist das heute? Ist es schwierig, hier im Haus Kontakte zu knüpfen? -----○	○	○
83. Hätten Sie in der ersten Zeit hier lieber mehr Unterstützung gehabt? -----○	○	○
84. Haben Sie sich mehr Unterstützung vom Heimpersonal erwartet? -----○	○	○
85. Haben Sie sich mehr Unterstützung von Ihren Angehörigen erwartet? -----○	○	○
86. Haben Sie in der ersten Zeit hier im Heim das Gefühl gehabt, man geht zu wenig auf <u>Ihre</u> Wünsche und Bedürfnisse ein? -----○	○	○

**87. Wie belastend war für Sie die erste Zeit hier im Heim? War die Belastung für Sie ...** *Karte 6 vorlegen*  
 sehr hoch ----○  
 eher hoch ----○  
 mittel ----○  
 eher gering ----○  
 sehr gering ----○

**Einsamkeit**

Jetzt geht es ganz allgemein um Beziehungen zu anderen Menschen. Ich lese Ihnen Meinungen darüber vor, und Sie sagen mir wieder, wie gut die auf Ihre Situation zutreffen.

(Karte 7 vorlegen)

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
88. Es gibt immer jemanden in meiner Umgebung, mit dem ich die alltäglichen Probleme besprechen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohl fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. Es gibt genug Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91. Mir fehlt eine richtig gute Freundin oder ein richtig guter Freund.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92. Ich fühle mich häufig im Stich gelassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93. Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94. Ich vermisse Geborgenheit und Wärme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
95. Ich finde, dass mein Freundes- und Bekanntenkreis zu klein ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96. Es gibt genügend Menschen, mit denen ich mich eng verbunden fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
97. Wenn ich es brauche, sind meine Freunde immer für mich da.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98. Ich vermisse eine wirklich enge Beziehung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99. Ich bin am liebsten mit Menschen meines eigenen Alters zusammen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Aktivitäten**

Hier im Heim werden verschiedene Freizeitaktivitäten und gesellige Veranstaltungen organisiert, an denen man sich beteiligen kann.

100. Wenn Sie jetzt einmal ungefähr „überschlagen“, wie oft nehmen Sie denn an organisierten Freizeitaktivitäten und Veranstaltungen hier <u>im Haus</u> teil?	täglich, oder öfter -----○	ungefähr einmal pro Monat ----○
	mehrmals in der Woche -----○	seltener-----○
	ungefähr einmal pro Woche -----○	nie-----○
	ungefähr alle 14 Tage -----○	
101. Und wie oft kommt es vor, dass Sie bei einem organisierten <u>Ausflug</u> „außer Haus“ dabei sind?	mehrmals in der Woche -----○	ungefähr alle zwei bis drei Monate ----○
	ungefähr einmal pro Woche -----○	zwei bis dreimal pro Jahr-----○
	ungefähr alle 14 Tage -----○	einmal pro Jahr-----○
	ungefähr einmal pro Monat -----○	seltener-----○
		nie-----○

**Jetzt geht es darum, wie Sie die organisierten Aktivitäten bewerten. Ich lese Ihnen Meinungen darüber vor, und Sie sagen mir, ob die auf Sie oder die Aktivitäten zutreffen.**

	Trifft zu	Trifft nicht zu
102. Die organisierten Aktivitäten entsprechen meinen persönlichen Bedürfnissen. -----○-----○	○	○
103. Es ist für jeden etwas dabei. -----○-----○	○	○
104. Wenn ich mich beteiligen will, aber Hilfe brauche, dann bekomme ich die nötige Unterstützung. -----○-----○	○	○
105. Ich bin darüber informiert, was angeboten wird. -----○-----○	○	○
106. Die Heimbewohner beteiligen sich gerne an den organisierten Aktivitäten. -○-----○	○	○
107. Das Personal beteiligt sich gerne an den organisierten Aktivitäten. -----○-----○	○	○

**108. Insgesamt betrachtet, wie zufrieden sind Sie mit der organisierten Freizeitgestaltung des Heimes?  
Sind Sie ...** **Karte 4 vorlegen**

sehr zufrieden ----○  
 eher zufrieden ----○  
 teils/teils ----○  
 eher unzufrieden ----○  
 sehr unzufrieden ----○

**Außer Haus**

**109. Wenn Sie jetzt einmal „überschlagen“, wie oft halten Sie sich außerhalb der Heimanlage auf? – ganz gleich, ob Sie mit Anderen einen Ausflug unternehmen, einkaufen oder spazieren gehen, oder jemanden besuchen.**

täglich, oder öfter ----○	ungefähr alle zwei bis drei Monate ----○
mehrmals in der Woche ----○	zwei bis dreimal pro Jahr ----○
ungefähr einmal pro Woche ----○	einmal pro Jahr ----○
ungefähr alle 14 Tage ----○	seltener ----○
ungefähr einmal pro Monat ----○	nie ----○

→ Item 111

**110. Und was machen Sie dann meistens?**  
 (Mehrfachantworten möglich. Ordnen Sie die Antworten den Vorgaben so gut wie möglich zu.)

Spazieren (auch „Bankerl sitzen“)----○      Besuch in Privathaushalt----○  
 Einkaufen----○      Veranstaltung besuchen (auch Kino, Theater)----○  
 „Lokal“ aufsuchen----○

andere Aktivität(en) ---○ und zwar: .....

**111. Würden Sie lieber öfter „außer Haus kommen“?**

nein ----○  
 ja ----○

**112. Hilft man Ihnen hier im Heim, wenn Sie einen Ausflug machen wollen?**

nein ----○  
 ja ----○

**113. Insgesamt betrachtet, wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, „außer Haus zu kommen“?  
Sind Sie ...** **Karte 4 vorlegen**

sehr zufrieden ----○  
 eher zufrieden ----○  
 teils/teils ----○  
 eher unzufrieden ----○  
 sehr unzufrieden ----○

**Soziales Netzwerk (Namensgenerator)**

**Nehmen Sie Karte 8 zur Hand**

Jetzt interessiert uns, zu wem Sie engere Kontakte haben, gleich ob das Personen im Heim sind, oder Personen, die nicht im Heim wohnen oder arbeiten.

Ich werde Ihnen eine Frage stellen, und Sie sagen mir dann, auf welche Person oder Personen die Frage zutrifft.

Sie können mir z.B. auch nur die Vornamen sagen. Für uns sind die Namen unerheblich. Aber ich werde Sie kurz zu den Personen befragen, und dann dienen die Namen für Sie als Gedächtnisstütze.

**114. Gibt es hier im Heim oder außerhalb des Heimes Personen, denen Sie sich anvertrauen können, mit denen Sie über Ihre persönlichen Sorgen und Probleme reden können?**

Und wer ist das?

*Namen notieren und Spalte (Vertrauen) ankreuzen*

**115. Gibt es hier im Heim oder außerhalb des Heimes Personen, die für Sie wichtige Erledigungen machen: wie Geldangelegenheiten und Behördenwege erledigen, oder z.B. größere Anschaffungen für Sie tätigen?**

Und wer ist das?

**(Das können natürlich auch ein oder mehrere Personen sein, die Sie schon vorher genannt haben.)**

*Eventuell nachfragen: Haben Sie „die Person“ schon vorher genannt?*

*Namen notieren und/oder Spalte (Hilfe) ankreuzen*

Keine genannte Person darf doppelt auf der Liste stehen, aber bis zu zwei „Kreuze“ haben!

**116. Gibt es hier im Heim oder außerhalb des Heimes Personen, mit denen Sie sich in Ihrer Freizeit treffen, einfach um zu plaudern, sich gemeinsam zu beschäftigen, oder vielleicht einmal „außer Haus“ zu gehen?**

Und wer ist das?

**(Das können natürlich auch ein oder mehrere Personen sein, die Sie schon vorher genannt haben.)**

*Eventuell nachfragen: Haben Sie „die Person“ schon vorher genannt?*

*Namen notieren und/oder Spalte (Freizeit) ankreuzen*

Keine genannte Person darf doppelt auf der Liste stehen, aber bis zu drei „Kreuze“ haben!

**Zusatzfrage**

❖ **Gibt es noch andere, für Sie „wichtige“ Personen, die Sie mir bisher nicht genannt haben?**

*(Namen notieren)*

*Jetzt fragen Sie zu jeder der zuletzt genannten „wichtigen“ Personen.*

• **Besprechen Sie mit (*dieser Person*) Ihre persönliche Sorgen und Probleme?**

*Ersetzen Sie (*dieser Person*) durch den Namen der Liste*

*Spalte (Vertrauen) ankreuzen*

• **Macht (*diese Person*) wichtige Erledigungen für Sie: wie Geldangelegenheiten und Behördenwege erledigen, oder z.B. größere Anschaffungen für Sie tätigen?**

*Spalte (Hilfe) ankreuzen*

• **Treffen Sie sich mit (*dieser Person*) in Ihrer Freizeit, einfach um zu plaudern, Spaß zu haben, sich gemeinsam zu beschäftigen, vielleicht einmal „auszugehen“ oder gemeinsame Hobbys zu pflegen?**

*Spalte (Freizeit) ankreuzen*

**Die Namensliste ist komplett. Keine genannte Person ist doppelt.**

**Die Namensliste ist komplett.**

**Fragen Sie die Folgefragen jetzt zu jeder einzelnen Person der gesamten Liste!**

**Beginnen Sie in der ersten Zeile der Liste.**

**117. Lebt oder arbeitet (diese Person) im Heim?** (In Spalte „Heim“ ankreuzen.)

Ersetzen Sie (diese Person) durch den **Namen** der Liste.

**118. Einstiegsfrage: Wer ist (diese Person)?** (In Spalte „Wer?“ Kürzel eintragen.)

Die folgenden Detailfragen sind „hierarchisch“. Ist die Person z.B. „Partner“, entfallen die weiteren Fragen, weil sie darunter stehen. Sie können auf die Detailfragen verzichten, wenn Sie schon anhand der Einstiegsfrage eine richtige Zuordnung vornehmen können.

- Ist (diese Person) Ihr Partner/Gatte/Gattin? („**Partner**“ eintragen)
- Ist (diese Person) mit Ihnen verwandt? (Verwandtschaftsgrad: z.B. „**Tochter**“ eintragen)
- Teilt (diese Person) im Heim ein Zimmer mit Ihnen? (**Zimmer**)
- Ist (diese Person) hier Heimbewohnerin oder Heimbewohner? (**Bewohner**)
- Gehört (diese Person) zum Personal oder zur Verwaltung im Heim? (**Personal**)
- Ist (diese Person) eine ehrenamtliche Mitarbeiterin oder ein ehrenamtlicher Mitarbeiter? (**Ehre**)
- Ist (diese Person) ein Arzt/ eine Ärztin? (**Arzt**)
- Ist (diese Person) ein Therapeut/ eine Therapeutin? (**Ther**)
- Ist (diese Person) ein Geistlicher? (**Geist**)
- Ist (diese Person) ein Freund/ eine Freundin? (**Freund**)
- Wer ist das? (Wenn keine Zuordnung zu den Gruppen möglich, **vollen Wortlaut** eintragen)

**119. Geschlecht:** Ankreuzen, oder Nachfragen:

**Ist (diese Person) eine Frau oder ist (diese Person) ein Mann?**

**120. Wie viele Jahre kennen sie (diese Person) schon (ungefähr)?** („0“, wenn weniger als ein Jahr)

**121. Wie oft telefonieren Sie mit (dieser Person) üblicherweise?** (Kürzel eintragen.)

täglich, oder öfter („**T**“ eintragen)

mehrmals in der Woche (**MW**)

ungefähr einmal pro Woche, (**EW**)

ungefähr alle 14 Tage, (**14**)

ungefähr einmal pro Monat, (**EM**)

seltener, (**S**)

oder nie? (**N**)

**122. Wie oft treffen Sie (diese Person) üblicherweise?**

täglich, oder öfter („**T**“ eintragen)

mehrmals in der Woche (**MW**)

ungefähr einmal pro Woche, (**EW**)

ungefähr alle 14 Tage, (**14**)

ungefähr einmal pro Monat, (**EM**)

seltener, (**S**)

oder nie? (**N**)

LQ Heim – Fragebogen 2

Name	Vertr	Hilfe	Freiz.	Heim?	Wer?	Geschl	Jahre	Tel	Treff	Nr
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				1
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				2
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				5
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				6
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				7
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				8
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				9
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				10
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				11
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				12
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				13
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				14
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				15
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				16
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				17
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				18
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				19
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				20

LQ Heim – Fragebogen 2

Name	Vertr	Hilfe	Freiz.	Heim?	Wer?	Geschl	Jahre	Tel	Treff	Nr
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				21
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				22
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				23
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				24
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				25
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				26
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				27
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				28
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				29
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				30
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				31
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				32
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				33
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				34
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				35
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				36
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				37
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				38
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				39
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				40

**Selbstsicherheit**

Jetzt geht es darum, dass Sie sich anhand der folgenden Aussagen selbst einzuschätzen. Ich lese Ihnen die Aussagen vor und Sie sagen mir, wie gut die auf Sie zutreffen.

(Karte 7 vorlegen)

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
123. Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124. Ich verfolge meine Ziele mit viel Energie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
125. Ich besitze die gleichen Fähigkeiten wie die meisten anderen Menschen auch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
126. Ich kann mir viele Möglichkeiten vorstellen, wie ich aus einer Klemme herauskommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
127. Meine bisherigen Erfahrungen haben mich gut für meine Zukunft vorbereitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128. Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
129. Es gibt immer viele Möglichkeiten, Schwierigkeiten zu umgehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
130. Ich bin im Leben recht erfolgreich gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
131. Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
132. Ich erreiche die Ziele, die ich mir setze.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
133. Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Besuche**

**134. Wie oft bekommen Sie ungefähr Besuch hier im Heim?**

täglich, oder öfter ---- <input type="radio"/>	ungefähr einmal pro Monat ---- <input type="radio"/>
mehrmals in der Woche ---- <input type="radio"/>	seltener ---- <input type="radio"/>
ungefähr einmal pro Woche ---- <input type="radio"/>	nie ---- <input type="radio"/>
ungefähr alle 14 Tage ---- <input type="radio"/>	

→ Item 136

**135. Wo sitzen Sie dann mit Ihrem Besuch meistens beisammen? (Heim und „Heimanlagen“)**  
(Mehrfachantworten möglich. Ordnen Sie die Antworten den Vorgaben so gut wie möglich zu.)

Bewohnerzimmer ---- <input type="radio"/>	„Großer“ Speise-/ Veranstaltungssaal ---- <input type="radio"/>
Eingangsbereich ---- <input type="radio"/>	Cafeteria/ Buffet ---- <input type="radio"/>
Esszimmer an der Station ---- <input type="radio"/>	Behandlungs-/ Therapie-/ Beschäftigungsraum ---- <input type="radio"/>
(Anderer) Aufenthaltsraum ---- <input type="radio"/>	Balkon, Terrasse, Loggia, Wintergarten ---- <input type="radio"/>
„Sitzecke/Nische“ am Gang --- <input type="radio"/>	Heimgarten/-park ---- <input type="radio"/>

andere/r Ort/e ----  und zwar: .....

**136. Hätten Sie lieber öfter Besuch?**

nein ----

ja ----

**137. Hilft man Ihnen hier im Heim, wenn Sie jemanden einladen wollen, oder sich Besuch ankündigt ?**

nein ----

ja ----

**138. Ist es schon vorgekommen, dass Sie sich durch Besucher anderer Heimbewohner gestört gefühlt haben?**

nein ----

ja ----





151. Sagen Sie mir bitte noch Ihr Alter. .... Alter

152. Sind Sie ...

ledig? ----  → Item 155

Leben Sie in einer Lebensgemeinschaft? ----

Sind Sie verheiratet? ----

Nachfragen: Verheiratet, aber getrennt lebend? ----

Verwitwet ----

oder geschieden? ----

153. War/Ist Ihr Partner berufstätig?

nein ----  → Item 155

ja ----

154. War/Ist Ihr Partner zuletzt als ...

Arbeiter/in ----

Angestellte/r ----

Beamte/r ----

oder Selbstständig tätig? ----

155. Waren Sie berufstätig?

nein ----  → Item 158

ja ----

156. Wie viele Jahre?

..... Berufsjahre

157. Waren Sie als ...

Arbeiter/in ----

Angestellte/r ----

Beamte/r ----

oder Selbstständig tätig? ----

158. Und welche Schule haben Sie zuletzt abgeschlossen? (Nachfragen)

kein Schulabschluss ----

Pflichtschule ----

Lehre/ Berufsschule ----

Fachschule ohne Matura ----

Höhere Schule mit Matura ----

Akademie, Universität ----

159. Wie viele Kinder haben Sie ?

..... Kinder

160. Und wie viele Enkelkinder?

..... Enkelkinder

***Offene Abfrage***

**161. Was gefällt Ihnen hier im Heim eigentlich am besten? (Kurz und verständlich notieren.)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

***Ende des Interviews***

**162. Interview abgebrochen?**

nein---○

ja---○ → *Item 164*

**163. Uhrzeit des Interviewendes: .....** → *Nächste Seite*

**164. Uhrzeit des ersten Abbruchs: .....** *Neuen Termin für erste Wiederaufnahme vereinbaren. Bei Item 4/5 und dann bei*

**165. Abbruch bei Item-Nummer: .....** *„Abbruch-Item“ wieder in das Interview einsteigen.*

***Ende der ersten Wiederaufnahme***

**166. Interview abgebrochen?**

nein---○

ja---○ → *Item 168*

**167. Uhrzeit des Interviewendes: .....** → *Nächste Seite*

**168. Uhrzeit des zweiten Abbruchs: .....** *Neuen Termin für zweite Wiederaufnahme vereinbaren. Bei Item 6/7 und dann bei*

**169. Abbruch bei Item-Nummer: .....** *„Abbruch-Item“ wieder in das Interview einsteigen.*

***Ende der zweiten Wiederaufnahme***

**170. Interview abgebrochen?**

nein---○

ja---○ → *Item 172*

**171. Uhrzeit des Interviewendes: .....** → *Nächste Seite*

**172. Uhrzeit des dritten Abbruchs: .....**

**173. Abbruch bei Item-Nummer: .....** → *Nächste Seite*

**Abbruchgründe.**

*Hat einer oder haben mehrere der folgenden Gründe zum endgültigen Abbruch des Interviews geführt?*

*(Bitte komplett ausfüllen, auch wenn Sie nicht abgebrochen haben.)*

	<i>Abbruchgrund?</i>	
	<i>nein</i>	<i>ja</i>
174. Sehkraft-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
175. Hörvermögen -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
176. Orientiertheit ( <i>Verwirrtheit</i> )-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
177. Artikulationsfähigkeit -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
178. Kontaktfähigkeit-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
179. Allgemeinzustand-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
180. Kooperationsbereitschaft -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
181. Terminalstadium-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
182. andere Gründe eines Abbruchs der zweiten Befragungsrunde:		
.....		
.....		
.....		

**Abschließende Einschätzung der Befragbarkeit.**

*(Bitte komplett ausfüllen, auch wenn Sie nicht abgebrochen haben.)*

	<i>a) Einschätzung Befragbarkeit</i>			<i>b) Abgebrochen?</i>	
	<i>gut</i>	<i>eingeschränkt</i>	<i>schlecht</i>	<i>nein</i>	<i>ja</i>
183. Befragbarkeit gesamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NIEDERÖSTERREICHISCHE  
**WOHNBAU**  
FORSCHUNG

***Impulsprogramm***

*für mehr Wohnqualität*

***TEIL II: Lebensqualität in Altenpflegeheimen***

Architektin Andrea Bodvay  
Univ. Prof. DI Dr. techn. A. Mahdavi  
TU Wien

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1.</b>	<b>EINLEITUNG UND MOTIVATION .....</b>	<b>2</b>
1.1	EINLEITUNG .....	2
1.2	AUFGABENSTELLUNG - ZIELSETZUNGEN.....	4
1.3	LEITFRAGEN DES FORSCHUNGSVORHABENS .....	5
1.4	ABKLÄRUNG VON WICHTIGEN BEGRIFFEN /BEDEUTUNG .....	6
1.4.1	<i>Definition Alterspflegeheim / Altersheim.....</i>	6
1.4.2	<i>Altenpflegeheimorganisation.....</i>	8
1.4.3	<i>Bauphysikalisch relevante Größen-Gesundheitsperformance.....</i>	10
1.4.3.1	Thermischer Komfort /Raumluftqualität .....	11
1.4.3.2	Luftfeuchtigkeit .....	11
1.4.3.3	Schallschutz /Akustik .....	12
1.4.3.4	Belichtung und Beleuchtung .....	12
<b>2</b>	<b>FORSCHUNGSDESIGN.....</b>	<b>14</b>
2.1	UNTERSUCHUNGSFAKTOREN.....	14
2.1.1	<i>Untersuchungsfaktor „Ältere Menschen“ .....</i>	15
2.1.1.1	Lebensbedingungen älterer Menschen .....	15
2.1.1.2	Gesundheitliche Situation „älterer Menschen“.....	15
2.1.2	<i>Untersuchungsfaktor „Experten“ .....</i>	16
2.1.3	<i>Untersuchungsfaktor „Architektur“ .....</i>	17
2.2	ENTWICKLUNG DER INSTRUMENTARIEN.....	18
2.2.1	<i>Bestimmungsfaktor „ältere Menschen“ .....</i>	18
2.2.1.1	Entwicklung des Fragebogens für ältere Menschen .....	18
2.2.1.2	Leitfadeninterviews - Ältere Menschen.....	18
2.2.1.3	Unterteilung der Untersuchungsgruppe.....	18
2.2.1.4	Kontaktaufnahme zu älteren Menschen.....	19
2.2.1.5	Durchführung der Interviews mit der Untersuchungsgruppe „Ältere Menschen“ .....	19
2.2.2	<i>Bestimmungsfaktor „Experten“ .....</i>	19
2.2.2.1	Entwicklung des Fragebogens für „Experten“ .....	19
2.2.2.2	Unterteilung der Untersuchungsgruppe .....	20
2.2.2.3	Kontaktaufnahme zu den „Experten“ .....	20
2.2.2.4	Durchführung der Interviews mit der Untersuchungsgruppe „Experten“ .....	20
2.2.3	<i>Bestimmungsfaktor „Architektur“ .....</i>	20
2.2.3.1	Die zur Auswahl der Altenpflegeheime relevanten Architekturkriterien .....	20
2.2.3.2	Auswahl der Altenpflegeheim-Einrichtungen .....	21
2.3	ERHEBUNGSSTRUKTUR.....	22
2.4	EVALUATIONSABLAUF DER ALTENPFLEGEHEIME .....	24
2.4.1	<i>Datenermittlungsverfahren.....</i>	24
2.4.1.1	Ablauf der Datenaufnahme vor Ort.....	25
2.4.1.2	Messung der bauphysikalischen Größen: .....	25
2.5	ZUSAMMENSCHAU DES METHODISCHEN VORGEHENS .....	25
<b>3</b>	<b>RESULTATE UND BEWERTUNG.....</b>	<b>27</b>
3.1	ÜBERBLICK .....	27
3.2	ALTENPFLEGEHEIM-AUSWERTUNG.....	27
3.2.1	<i>Allgemeine Bereiche/Aufenthaltsbereiche bewertet von den BewohnerInnen:.....</i>	27
3.2.2	<i>Allgemeine Bereiche/Aufenthaltsbereiche bewertet von den ExpertInnen .....</i>	28
3.2.3	<i>Pflegezimmerauswertung bewertet von den BewohnerInnen .....</i>	29
3.2.4	<i>Barrierefreiheit bewertet von den BewohnerInnen.....</i>	31
<b>4</b>	<b>DISKUSSION UND EMPFEHLUNGEN.....</b>	<b>33</b>
4.1	DISKUSSION .....	33
4.1.1	<i>Erkenntnisse zum methodischen Vorgehen.....</i>	33
4.1.2	<i>Resultaterkenntnisse .....</i>	33
4.2	KÜNFTIGE FORSCHUNGSFRAGEN - AUSBLICK .....	36
<b>5</b>	<b>REFERENZVERZEICHNIS .....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>41</b>
<b>7</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>42</b>

# 1. EINLEITUNG UND MOTIVATION

## 1.1 Einleitung

Die stationäre Altenhilfe ist im Wandel: Die Entwicklung neuer Wohnformen für das Alter (betreutes Wohnen bzw. Servicewohnen), der Ausbau der ambulanten Dienste und die Einführung der Pflegeversicherung, die gesetzlich das Primat der ambulanten Versorgung fordert, verstärken die Tendenz, auch nach dem Auftreten von Pflegebedürftigkeit im häuslichen Bereich zu bleiben. Dennoch wird auch in Zukunft eine große Zahl alter Menschen aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes oder ihrer familiären Situation dazu gezwungen sein, in ein Pflegeheim zu ziehen. Der Schritt des Umzugs in ein Pflegeheim und das Aufgeben der eigenen Wohnung wird in der Regel nur sehr ungern vollzogen. Pflegeheimen haftet immer noch das Image einer "Endstation" bzw. einer "Verwahranstalt" für alte Menschen an, obwohl in den letzten Jahren verstärkt daran gearbeitet wurde, die Wohnlichkeit in Heimen zu erhöhen und den institutionellen Charakter zurückzunehmen. Das Verlassen der familiären und häuslichen Umwelt und das Eintreten in ein Altenpflegeheim bedeutet für den Altenpflegeheimbewohner eine Konfrontation mit und ein Erlernen von Unbekanntem. Gewohnte zeitliche, räumliche und soziale Verhaltensmuster müssen durch neue, von der Institution Altenpflegeheim vorgegebene, ersetzt werden. Das sich „Auseinandersetzenmüssen“ mit neuen Verhaltensmustern fällt in eine Situation, in der der Mensch am wenigsten dazu fähig ist. Eingeschränkt durch Alter und meistens durch Krankheit und die damit perzeptive und kognitive Kompetenz, sind die Anpassungsfähigkeiten der Bewohner (BW) Coping-mechanismen nur mehr begrenzt funktionstüchtig.

Lawton beschreibt dieses Phänomen in seiner Umwelthanfälligkeits-Hypothese:

Je mehr Coping - Mechanismen ein Organismus zur Verfügung hat, umso kleiner wird die Anzahl der Varianz seines Verhaltens, wenn er Umweltunregelmäßigkeiten ausgesetzt wird, d.h. umso sicherer und eindeutiger seine Reaktionen bei Umweltveränderungen. Umgekehrt ist der Mensch, der mit Einschränkungen bezüglich Gesundheit, kognitiven Fertigkeiten, Status und sozialen Rollenausübungen belastet ist, anfälliger auf Umweltrestriktionen und Umwelteinflüsse (Lawton 1997).

Es wurde auch in den letzten Jahren versucht, das Selbstverständnis der Einrichtung "Altenpflegeheim" in Richtung eines Dienstleistungsbetriebes zu verändern, der an den individuellen Bedürfnissen des "Kunden" orientiert ist. Dies wurde durch die Weiterentwicklung von



pflegerischen Konzepten erreicht, indem z.B. funktionelle Pflegesysteme durch ganzheitliche ersetzt wurden, die darauf zielen, den Bewohner bzw. die Bewohnerin zu aktivieren und nicht nur zu versorgen. Die Schaffung einer „vertrauten lebendigen Mitte“, gewinnt für die Planung eines Altenpflegeheims mehr und mehr an Bedeutung. An Bedeutung für das gesamte Altenpflegeheim gewinnt auch zunehmend die Benutzergruppe „dementer älterer Menschen“. Noch vor 10 Jahren lag der Anteil dementer BewohnerInnen in Altenpflegeheimen bei 30 % während heute man von einem Anteil von 60 % (in manchen Berichten bis zu 80 %) ausgeht.

Verantwortlich für diese Entwicklung ist

- 1 Die zunehmende Häufigkeit von Demenzerkrankungen durch den wachsenden Anteil Hochaltriger in unserer Bevölkerung
- 2 Die Verlagerung der Betreuung dieser Gruppe von den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Spezialeinrichtungen in gemeindenaher AH
- 3 Die Schwierigkeit, allein lebende alte Menschen durch ambulante Dienste zu betreuen, wenn diese zunehmend verwirrter werden und sich u. U. selbst gefährden oder verwahrlosen.

Diese langsame Änderung ist in der Planung zu berücksichtigen da Experten davon ausgehen, dass sich demente Menschen in einem auf ihre Erkrankung „abgestimmtes“ Umfeld bewegen sollten. Ein gutes Pflegeheim sollte jedoch sowohl wohnliche, alltagsnahe, anregende Umgebung für die BewohnerInnen als auch günstige Arbeitsbedingungen für das Personal bieten. Wo es durch eine ausgewogene bauliche Konzeption gelingt, diese beiden Anforderungen zu verbinden, ohne allzu große Kompromisse einzugehen, ergibt sich am ehesten eine Übereinstimmung zwischen dem baulichen Angebot (Nutzungsoption) und der faktischen Nutzung.

Die Notwendigkeit der Definition von Qualitätsstandards für Altenpflegeheime, die diese Entwicklung und den aktuellen Wissenstand auf diesem Gebiet berücksichtigt ist dringend notwendig, um die zukünftigen Altenpflegeheime Benutzer und Personalgerecht gestalten zu können.

## 1.2 Aufgabenstellung - Zielsetzungen

In dieser Forschungsarbeit soll eine Antwort auf die Frage, ob und wie für AH - WohnheimbewohnerInnen, Personal und Besucher ein verbessertes räumliches Umfeld in Altenpflegeheimen geschaffen werden kann.

Dazu gehört:

- 1 Die moderne Medizin anerkennt in zunehmendem Maße, dass der Behandlungsprozess nicht durch den Verlauf der Krankheit selbst, sondern auch durch das sozial-psychologische Milieu beeinflusst wird. Beide wiederum werden beeinflusst durch die organisatorischen Struktur des Pflegesystems und die physikalisch/architektonischen Gegebenheiten, welche dieses Pflegesystem umgeben. In dieser Arbeit sollen die Wohnmöglichkeiten/pflegemöglichkeiten in Altenpflegeheimen der 3. Generation untersucht werden. Der architektonische Raum unterschiedlicher Kategorie und Gestaltung für ältere Menschen mit unterschiedlichen Gesundheitszuständen soll anhand eines Fragekatalogs auf ihre therapeutische Wirkung hin überprüft werden. Die Umwelt soll nicht einfach gesehen werden, wie sie ist, sondern wie sie von den WohnheimbewohnerInnen, dem Personal und den Besuchern wahrgenommen und erlebt wird. In der Erforschung und Planung von Pflegemilieus haben sich Planer bisher fast ausschließlich mit funktionalen Aspekten der Bewegungen des Pflegepersonals abgegeben, Verhaltensorientierte Ansätze wurden bis jetzt vernachlässigt. Die Bedeutung der Umweltgestaltung für therapeutische Zwecke in AH soll versucht werden in dieser Arbeit darzustellen.
- 2 Die sozialen, baulich-technischen Altenpflegeheim - Bedingungen sollen untersucht werden.
- 3 Andere Einflussfaktoren der Bedürfnisse und Ansprüche älterer Menschen und der „Experten“ in Pflegeheimen sollen herausgefunden werden.

### 1.3 Leitfragen des Forschungsvorhabens

Somit ergeben sich folgende Forschungsleitfragen des Projektes:

- Kann der zunehmende Ängstlichkeit und Unsicherheit Älterer Menschen durch die bauliche Ausstattung entgegengewirkt werden?
- Können ältere Menschen in Pflegeheimen ihrem Gesundheitszustand gemäß, selbstständig agieren?
- Wirkt die baulich-räumliche Situation möglichen Tendenzen zur Ausgrenzung und Isolierung älterer Menschen durch andere Altersgruppen und damit die Gefahr der Vereinsamung entgegen oder verstärkt sie diese?
- Ist die gesundheitliche & medizinisch-therapeutische Betreuung ausreichend auf altersbedingte Behinderungen abgestimmt?
- Ist das AH für den zu erwartenden hohen Anteil an dementen Menschen ausgerichtet?
- Welcher Stellenwert hat das eigene Zimmer (Bewohnerzimmer) innerhalb des Altenpflegeheims?
- Bietet das Angebot an Einrichtungen und Diensten die Möglichkeit, ein Problembewusstsein bei jüngeren Altersgruppen für die Problematik „ zu wecken?
- Tragen generationsübergreifende Angebote zur Verringerung einer Segregation älterer Menschen bei?
- Werden älteren Menschen präventive Entwicklungsmöglichkeiten eingeräumt, d.h. gibt es Angebote im Pflegeheim mit älteren Menschen neue Lebensanreize zu erarbeiten?
- Schafft es die Durchmischung von Altenpflegeheimen mit Einrichtungen anderer Art, dass sich diese positiv auf das Wohlbefinden von alten Menschen auszuwirken?
- Entspricht die gebaute Umgebung dem vorgegebenen Leitbild (falls vorhanden )?

Auch andere Studien belegen, dass nur durch eine systematische Auswertung der Nutzungserfahrungen eine laufende Revision der vorhandenen Planungsgrundlagen und des existierenden Wissenstands erfolgen kann. Es sollte nicht auf bauliche Lösungen zurückgegriffen werden, die sich vielleicht in der Vergangenheit bewährt haben, aber durch Veränderung bei BewohnerInnen und Betrieb obsolet geworden sind.

## 1.4 Abklärung von wichtigen Begriffen /Bedeutung

Eine Begriffsabgrenzung der wichtigsten Begriffe ist notwendig, um eine Differenzierung und ein genaueres Verständnis für die Thematik Altenpflegeheimarchitektur zu bekommen.

### 1.4.1 Definition Alterspflegeheim / Altersheim

Altenpflegeheime sind Einrichtungen für dauernd pflegebedürftige ältere Menschen, die keine ständige ärztliche Behandlung benötigen. Die Bewohner sind nicht mehr in der Lage, einen eigenen Haushalt zu führen und die eigene Person zu versorgen. Sie benötigen bei der Körperpflege und persönlichen Hygiene die Hilfe von andern. Altenpflegeheimbewohner sind heutzutage (noch) vielfach in Dopple- und Mehrbettzimmern untergebracht (Saup 1993). In Tabelle 1 wird der Unterschied zwischen Altenwohnheim, Altenheim und Altenpflegeheim verdeutlicht.

**Tabelle 1 :Übersicht über institutionelle Wohnformen für alte Menschen (Saup 1993, S . 133).**

WOHNFORM	WOHNSITUATION	VORTEILE	NACHTEILE
<b>Altenwohnheim</b>	altengerechte Kleinwohnung, selbstständige Haushalts- und Lebensführung möglich	Sicherheit im Notfall, persönliche Autonomie ist gewährleistet	altershomogene Wohnsituation, bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wird Auszug notwendig.
<b>Altenheim</b>	meist privates Einzelzimmer, oft mit der Möglichkeit zur individuellen Möblierung	Erschwernisse der eigenständigen Haushaltsführung fallen weg	reduzierte Autonomie und Privatheit, bei Pflegebedürftigkeit oft Verlegung auf Pflegestation.
<b>Altenpflegeheim</b>	meist Doppel- und Mehrbettzimmer, nur einzelne, kleine Gegenstände können mitgebracht werden.	umfassende hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung	keine Privatheit, Konfrontation mit gleichfalls pflegebedürftigen Hochbetagten

Die Einteilung nach

- Altenpflegeheimen (überwiegend pflegeorientiert),
- Altenheimen (überwiegend pflege- und wohnorientiert) und
- Altenwohnheimen (überwiegend wohnorientiert)

befindet sich laut Kuratorium Deutscher Altershilfe (KDA 2001) im Umbruch. Die bisherigen räumlichen Qualitätsunterschiede dieser Einrichtungstypen, die sich in Zimmergröße, Ausstattung und Angebot an Gemeinschaftsräumen z. T. erheblich unterscheiden und aus allen

Pflegeheimgenerationen stammen, sind bei Neubauten, bei denen weniger zwischen Wohn- und Pflegeheimen unterschieden wird, nach und nach zurückgegangen. Die Dezentralisierung großer Heimeinrichtungen zu gemeindenahen „Wohnhäusern für Pflegebedürftige“ mit ca. 60 Bewohnern, die Einführung von „Wohngruppen“ mit ca. 10-15 Bewohnern, der Verzicht auf Doppelzimmer und die Qualitätsverbesserung im Individualbereich sind die wichtigsten Errungenschaften der letzten Jahre. Auch soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass in den letzten Jahren eine Reihe von Alternativen entwickelt wurden, um den älteren Menschen so lange wie möglich in der vertrauten, gewohnten Umgebung zu belassen und zu pflegen ( „Betreutes Wohnen“). Die Bedeutung der Altenhilfeangebote in der Reihenfolge „ambulant vor teilstationär vor stationär“ gewinnt Beachtung.

Altenpflegeheime werden nach Kuratorium Deutscher Altershilfe (KDA 1997) unter Berücksichtigung des Entstehungsalters und der Leibbildvorgabe in folgende Generationen eingeteilt.

### **1. Generation**

#### **Leitbild: Verwahranstalt der 60er Jahre, ohne Wohn- und Pflegekonzept**

Aus hohem Bedarf und wirtschaftlichen Zwängen resultierende einfachste Form der Versorgung.

### **2. Generation**

#### **Leitbild: Krankenhaus der 60er und 70er Jahre**

Überbetonung von Technik und Hygiene.

Optimierung von Teilaspekten der Pflegeabläufe.

Überbetonung der Technik.

Stereotype räumliche Organisation.

Reaktive Pflege (menschl. Funktionsmängel werden als gegeben hingenommen).

Rehabilitation erfolgt außerhalb der Station.

### **3. Generation**

#### **Leitbild: „Wohnbereich“ der 80er und 90er Jahre,**

die traditionelle Stationsorientierung wird verlassen.

Versuch Wohnbedürfnisse und Pflegeanforderungen zu verbinden.

Diskretes Angebot der technischen Versorgung.

Räumliche Gestaltung des Wohnumfeldes.

Motivation zur Selbstständigkeit.

Aktivierung im Wohnbereich.

Mehr Individualität / Privatheit.

Mehr Kommunikation

Die Ablösung von der 3. Generation ist noch nicht vollzogen. Ein Umbruch zur 4. Generation steht laut KDA noch bevor. Viele Mischformen sind bekannt.

#### **4. Generation**

**Aktuelles Leitbild: „Wohngruppe, Hausgemeinschaften“ .**

Die Architektur orientiert sich an der Wohnung.

Auflösung der Anstaltsstrukturen durch Abbau zentraler Versorgung.

Kleine familienähnliche Gruppen mit permanent anwesenden Bezugspersonen.

Die Aktivitäten orientieren sich an einem normalen Haushalt, die Pflege tritt in den Hintergrund. Jede Hausgemeinschaft ist autonom und kann im Verbund mit anderen oder einem Dienstleistungszentrum geführt werden. Hausgemeinschaften verstehen sich als quartiersbezogene Wohnangebote für Pflegebedürftige.

Noch gibt es keinerlei Forschung auf dem Gebiet von Pflegeheimen der 4. Generation, die Entwicklung ist noch zu neu. Die Kategorisierung in 4. Generationen ist meiner Meinung nach nur zur groben Erfassung der AH brauchbar. Pflegeheime mit Merkmalen mehrerer Generationen sind existent

##### **1.4.2 Altenpflegeheimorganisation**

Organisatorisch besteht ein Pflegeheim aus den Bereichen des Pflegedienstes, der Verwaltung und der Hauswirtschaft und Technik. In vielen Altenpflegeheimen leitet jeweils eine Person jeden dieser Bereiche (z.B. Pflegedienst, Verwaltung- und Technische Leitung). Eine weitere Person vertritt die Leitung des gesamten Hauses (Heimleitung). Der Personaleinsatz bei einer Gruppe mit 15 BW bzw. ein Wohnbereich von 30 Personen ist laut KDA günstig, da sich der Stellenschlüssel im Pflegebereich im Mittel in einem Verhältnis von 1:3 eingependelt hat. Dieses Verhältnis führt bei kleineren und größeren Gruppen zu personalorganisatorischen Problemen.

**Aufgabenbereiche :**

Heimleiter/ Direktion:

Koordination und Sicherstellung der bewohnerorientierten Pflege, Personalentwicklung (Bedarfberechnung, Personaleinsatz, Personalausbildung...) Budgetplanung und Budgeteinhaltung, Information und Beratung.

Verwaltung:

Abrechnungswesen, Organisation.

Technische Leitung:

Instandhaltung des technischen Inventars, Überprüfungen, Reparaturen.

Ärzte :

Überprüfung des Gesundheitszustands der Heimbewohner, Hilfe in akuten (Not)-Fällen

Diplom-PflegerInnen:

Durchführung und Prozesssteuerung von pflegerischen Aktivitäten, d.h Diagnostik, (Pflegebedarfserhebung), Planung und Durchführung der notwendigen Maßnahmen sowie Anleitung und Überwachung (Supervision und Evaluation). Information und Beratung.

PflegehelferInnen:

Durchführung von pflegerischen Aktivitäten.

Therapeuten :

Durchführung von therapeutischen Aktivitäten.

Sozialarbeiter:

Durchführung von Aktivitäten wie, Basteln, Handarbeiten, .....

Kontaktförderung mit jüngeren „Heimexternen“ Menschen

Sonstiges Personal:

Küchenpersonal & Reinigungspersonal etc.

### 1.4.3 Bauphysikalisch relevante Größen-Gesundheitsperformance

Altenpflegeheime sollten so gebaut sein, dass aufgrund der verwendeten Bau- und Dämmstoffe ein gutes und gesundes Raumklima vorhanden ist. Wärme- und schalltechnisch sollte mindestens die bestehenden Normen eingehalten werden, eine bauphysikalische Prüfung wird angeraten, um empfehlenswerte Größen zu ermitteln.

Zur Gesundheitsperformance gehören folgende Kriterien:

(Panzhauser 2001).

- Winterwärme und thermischer Komfort
- Sommerkühle zur Vermeidung von Hitzestress
- Lüftung (natürliche und mechanische) zur Regelung des Innenklimas und zur Einflussnahme auf Klimazustände
- Besonnbarkeit und Belichtung der Innenräume zur Harmonisierung der Biorhythmen
- Schallschutz als Gesundheitsschutz /Stressabbau
- Freiheit von architektonischen Barrieren für Kinder, Ältere und Behinderte
- Feuchtigkeitsschutz /Schadstoff-Freiheit

Moiyama und Harrington untersuchten bereits 1938 in den USA die Sterblichkeit durch bestimmte Erkrankungen und deren Abhängigkeit von Klima und sozio-ökonomischen Faktoren, wie speziell den Grad der Urbanisation, dem Durchschnittseinkommen und dem Anteil der schwarze Bevölkerung. Sie kamen zu dem Schluss, dass die sozio-ökonomischen Faktoren einen erheblichen stärkeren Einfluss - Verhältnis etwa 1:3- hatten als das Klima (Hugues 1975). Dennoch ist es unumgänglich den Thermischen Komfort/Raumluftqualität, die Luftfeuchtigkeit, die Lichtverhältnisse, die Akustik und den Schall bei einer sorgfältigen Planung entsprechend zu berücksichtigen. Hier soll auf Faktoren, die den Normen in Hinblick auf die Benutzergruppe „Ältere Menschen“ fehlen, eingegangen werden, die in der Erhebung der AH mitberücksichtigt werden soll.



#### 1.4.3.1 Thermischer Komfort /Raumluftqualität

Es ist seit langem eine bekannte Tatsache, dass alte Menschen mehr Wärme benötigen als Jüngere, wenn sie sich wohl fühlen sollen. Uneinigkeit besteht darüber, wie hoch dieser Mehrbedarf an Wärme ist.

Die Luft und die raumumschließenden Flächen stellen im Hinblick auf das Raumklima wesentliche Faktoren dar. In Verbindung mit ihnen sind Luft und Oberflächentemperatur, Luftfeuchtigkeit und Luftgeschwindigkeit zu sehen. Darüber hinaus können für das Raumklima folgende Faktoren wichtig sein:

Luftdruck, Luftreinheit, Einstrahlung, Luftelektrizität.

Luft und Oberflächentemperatur:

Im Raum können Luft- und Oberflächen unterschiedliche Temperaturen aufweisen. Zu große Unterschiede beeinträchtigen das Wohlbefinden. Für den Aufenthalt in großen Räumen ist fast nur die Lufttemperatur entscheidend. Ein "Mittelwert" von 22 °C kann angenommen werden, wobei in kälteren Regionen Österreichs von 24 °C ausgegangen werden sollte. Im Bedarfsfall sollte die Raumtemperatur individuell schnell erhöht werden können, dies ist bei der Wahl des Heizsystems ein bestimmender Faktor. Von träge reagierenden Heizsystemen, die dazu noch eine individuelle Temperaturregelung der einzelnen Räume nicht ermöglichen, wird abgeraten. Die erhöhte Lufttemperatur in Altenpflegeheimen bringt eine vermehrte Empfindlichkeit und Anfälligkeit bei kälteren Luftströmungen mit sich. Es muss alles getan werden, um Zugerscheinungen zu vermeiden. Temperaturdifferenzen zwischen einzelnen Räumen oder Bauteilen auf ein Minimum beschränkt werden. Kalter Luftzug von Fenstern und Türen ist durch hochwertige Produkte bzw. durch geeignete Anordnung der Wärmequellen abzufangen (Stemshorn 1994).

#### 1.4.3.2 Luftfeuchtigkeit

Die Luftfeuchtigkeit hängt in großem Maß von der Lufttemperatur ab. Warme Luft kann mehr Feuchtigkeit aufnehmen als weniger warme Luft. Eine zu hohe wie eine zu niedrige Luftfeuchtigkeit beeinträchtigen das Wohlbefinden. Schadstoffe in Innenräumen sind mitunter für die Gesundheit der Bewohner eine ernsthafte Belastung. Studien haben gezeigt, dass die Innenraumluft weit höher mit Schadstoffen belastet sein kann als die Außenluft. Zwingende gesetzliche Regelungen fehlen hier. Altersspezifische Untersuchungen und Werte sind dürftig.

Eine relative Luftfeuchtigkeit um 40-60 % wird empfohlen. Anders als in Krankenhäusern, in denen das Problem von zu trockener Luft durch entsprechende Anfeuchtung gelöst wird, wird die Lüftung in älteren AH allein von den Öffnungen in den Gebäudehüllen (Fenstern, Türen etc.) übernommen. Materialien und Konstruktion müssen daher vom Planer auf ihre bauphysikalischen Eigenschaften, auf Wasserabgabe und -aufnahme hin überprüft werden. Heizsysteme sind auch so auszuwählen, dass sie die ausreichende Anfeuchtung der Luft mit einfachen Geräten ermöglichen.

#### 1.4.3.3 Schallschutz /Akustik

Der Schallpegel der Geräusche wird physikalisch in dB (dezibel) gemessen. Altenwohnstätten sollten innerhalb der normalen Bebauung möglichst lärmgeschützt sein. Ältere behinderte Menschen leiden, wenn sie nicht hörgeschädigt sind, öfters unter störenden Schalleinwirkungen, da sie meist lange Zeit hilflos der Belastung durch Schall ausgesetzt sind. Leiden sie allerdings unter Verlust der Hörfähigkeit, dann empfinden sie Lärm als weniger störend. Zwischen den einzelnen Zimmern und den Zimmern-Gang sollte ein erhöhter Schallschutz bestehen, da es gerade bei dementen BW zu lauten emotionalen Ausbrüchen kommen kann. Auch die Benützung des Flures als Wohnbereich und der evtl. fließenden Übergang von Aufenthaltsräumen zum Flurbereich macht einen erhöhten Schallschutz erforderlich. Glatte schallharte Oberflächen sollten in diesem Bereich reduziert verwendet werden. Die Tatsache, dass gleiche Geräusche von verschiedenen Personen verschieden empfunden werden, ist die Ursache für viele Lärmbeschwerden.

#### 1.4.3.4 Belichtung und Beleuchtung

Zur guten Wahrnehmung des Raumes ist in erster Linie das geeignete Licht sowie die Lichtführung ausschlaggebend. Durch Licht kann die Plastizität der raumbildenden Gegenstände betont oder unterdrückt werden. Licht kann für alte und behinderte Menschen das Leben in der dreidimensionalen Realität erleichtern. Die künstl. Beleuchtung der Innenräume in Altenpflegeheimen sollten höhere Werte erhalten, als in den Normen vorgegeben. In Loeschke und Pourat (Loeschke & Pourat 1997) wird eine Verdoppelung der Beleuchtungsstärken angeraten. Auf blendfreie, gleichmäßige, schattenarme Ausleuchtung ist zu achten, d.h. Vermeidung von Zwielflicht, Verwendung von blendfreier und reflexionsarmer Materialien, Verwendung

von Indirektlicht. Leicht zu bedienende Beschattungselement (von den BW individuell zu betätigen) sollten vorgesehen werden.

Auch ausreichend Tageslicht ist für die Heimbewohner und deren Gesundheitszustand von enormer Bedeutung. Die Fensterflächen der Zimmer, sollten so großzügig bemessen sein, und auch die anderen Räume des Wohnbereichs sollten mit ausreichend Tageslicht versorgt werden können. Die Aussicht durch die Fenster des Altenpflegeheims ist mitzuplanen, da bei vielen alten und pflegebedürftigen Menschen der Bewegungsradius sehr eingeschränkt ist, ein Verlassen des AH nicht mehr möglich ist.

Für ein angenehmes Raumklima sind nicht allein optimale Einzelwerte entscheidend, sondern vor allem das Zusammenwirken aller Faktoren.

Ein Raumklima für älteren Menschen sollte empfunden in etwa folgende Werte aufweisen:

1. Lufttemperatur 22-24 °C.
2. Oberflächentemperatur der umgebenden Flächen, möglichst wie Lufttemperatur oder weniger als 3 K darunter.
3. relative Luftfeuchtigkeit 40-60 %
4. Luftgeschwindigkeit  $\leq 25$  cm/s.

## 2 FORSCHUNGSDESIGN

### 2.1 Untersuchungsfaktoren

Untersuchungen zur Wohn/Pflegesituation in Altenpflegeheimen älterer Menschen sollen helfen, die Lebenssituation älterer Menschen in ihrer gesamten Heterogenität und Komplexität zu erfassen und diese in Beziehung zu baulich und infrastrukturellen Bedingungen zu setzen. Dieser Komplexität der Lebens- und Versorgungssituation in Pflegeheimen wurde in bisherigen, meist quantitativen Untersuchungen, nicht hinreichend Rechnung getragen. Außerdem wurde in solchen Untersuchungen den subjektiven Einschätzungen der Betroffenen kaum Raum gegeben. Diese Untersuchung hat das Ziel, die Gleichzeitigkeit sozialer und räumlicher Lebens- und Versorgungsbedingungen zu erfassen. Dazu ist es erforderlich die infrastrukturellen und baulichen Bedingungen mit der Bewertung und Einschätzung der älteren Bewohner in Zusammenhang zu bringen. Diese Intention erfordert eine Kombination aus quantitativer und qualitativer Erhebungstechnik: einerseits eine umfassende Darstellung aller Bausteine der gesundheitlichen, sozialen und alltäglichen Versorgung und der baulichen Rahmenbedingungen. Diese Faktoren sind überwiegend quantitativ zu ermitteln. Andererseits die Bewertung dieser Konditionen durch die BewohnerInnen und Experten. Diese Faktoren müssen qualitativ untersucht werden.

Die vorliegende Forschung lehnt sich methodisch an die von Mahdavi und Unzeitig verfolgte Vorgangsweise (Mahdavi und Unzeitig 2004).

"Physische Planung bewirkt für sich alleine nichts, sie wird erst im Zusammenhang mit sozialem d.h. personalem und organisatorischem Handeln wirksam. Mit physischen Umweltarrangements lässt sich soziales Verhalten nicht 'montieren'. Sie können allerdings das soziale Handeln einzelner und von Organisationen verstärken bzw. auch behindern. Dies bedeutet, dass räumlich-bauliche Planungsentscheidungen nur dann wirksam sind, wenn sie von entsprechenden administrativen Entscheidungen und personalem Verhalten begleitet werden" (KDA 2001).

Aus dieser Aussage wird deutlich, dass die isolierte Untersuchung des Baus nicht ausreichend ist, um Rückschlüsse auf das "Funktionieren" von baulichen Konzepten zu ziehen, sondern dass eine ganzheitliche, systemische Betrachtung erforderlich ist, die das Gebäude in Beziehung zu seinen Nutzern und den sozialen und organisatorischen Gegebenheiten setzt. Erst die

Berücksichtigung des Wirkungszusammenhangs von sozialen und räumlichen Umweltfaktoren ermöglicht eine sinnvolle Beurteilung der Tauglichkeit des baulichen Rahmens für das Alltagshandeln der BewohnerInnen und des Personals.

## 2.1.1 Untersuchungsfaktor „Ältere Menschen“

### 2.1.1.1 Lebensbedingungen älterer Menschen

Ältere Menschen haben aufgrund ihres Alters spezifische und doch gleichzeitig je nach individueller Lebensgestaltung differenzierte Wohnbedürfnisse. Alter macht keine homogene Gruppe aus Individuen. Soziale, sozioökonomische, geschlechtliche, ethnografische und andere Unterschiede bleiben über den gesamten Lebenszyklus bestehen und Wohnbedürfnisse sind nicht vorrangig vom Alter, sondern von sozialen und wirtschaftlichen Merkmalen bestimmt. Die Bedeutung des Wohnens und die Anforderungen an das Wohnen wandeln sich im Laufe des Lebens. Mit Beendigung der Berufstätigkeit, abnehmender Mobilität und generell abnehmendem Engagement im außerhäuslichen Bereich spielen Wohnen und Wohnumfeld für ältere Menschen eine zunehmende Rolle. Die zunehmenden destabilisierenden Veränderungen die mit dem Älterwerden einhergehen führen meistens dazu, dass die älteren Menschen in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben wollen und evtl. soziale Ausgrenztheit hinnehmen. Isolation wird in vielen Fällen dem Umzug in ein AH vorgezogen. Die sozialmedizinische Problematik der Isolation und damit verbundenen Depression kann durch den rechtzeitigen Umzug in ein AH z. T. gelöst werden.

### 2.1.1.2 Gesundheitliche Situation „älterer Menschen“

Das ALTER ist eine eigene und gleichberechtigte Lebensphase, in der sich die seelische und körperliche Verfassung ändert. Altern ist eine kontinuierliche Entwicklung, bei der Gesundheitsprobleme zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlicher Weise auftreten können. Der Prozess des Alterns verläuft sehr unterschiedlich. Je nach Anlage, sozialer Lage, im Lebenslauf aufgetretenen gesundheitlichen Probleme werden ältere Menschen unterschiedlich von so genannten „Alterskrankheiten“ betroffen. Folgende Änderungen der körperlichen Konstitution treten auf (Giessler 1996):

- das Sehvermögen lässt nach.
- die Gedächtnisleistung reduziert sich.
- das Hören wird schlechter
- die Beweglichkeit vermindert sich, die Muskelkraft wird schwächer.
- Blutdruckschwankungen stellen sich ein, verbunden mit Gleichgewichtsstörungen
- die Reaktionsgeschwindigkeit vermindert sich
- Neurologische Störungen setzen ein.
- der Tastsinn lässt nach.

Verstärkt können im Alter folgende Krankheiten auftreten:

Alzheimer, Asthma und Allergien, Bandscheibenschäden, Bewegungs- und Stützbehinderungen bis hin zum Rollstuhlfahren oder der Daueraufenthalt im Bett, Halbseitenlähmungen, Sehbehinderungen und Blindheit, Demenz, Depressionen, Rheuma, Multiple Sklerose, Schlaganfall. Eine erhebliche Verlängerung der Lebenszeit brachte Fortschritt der Medizin und Veränderung der Lebensbedingungen in den industriellen Ländern. Gleichzeitig ist ein Anstieg der primären Alterskrankheiten; Krankheiten, die im Alter erstmals auftreten und in ihrer Häufigkeitsverteilung eng an das höhere Lebensalter geknüpft sind, festzustellen. Auch kann eine Feminisierung des Alters vermerkt werden. Ein weiterer wichtiger Faktor ist das soziale Umfeld für die Gesundheit des älteren Menschen. Zahlreiche Studien belegen, die Bedeutung dieses Faktors Körperliche Krankheit und soziale Isolation sind Risikofaktoren und teilweise ausschlaggebende Ursachen für Demenz und Depressionen, die häufigste psychische Erkrankung im Alter.

### 2.1.2 Untersuchungsfaktor „Experten“

Ziel der Befragung der Experten ist, Basisinformationen über die Qualität der Versorgung (medizinisch, therapeutisch, sozial) zu erhalten. Erhoben wurde, Organisation der pflegerischen und betreuerischen Versorgung, Pflege- und Organisationskonzept, Personalausstattung und Personaleinsatz, Therapie und Beschäftigungsangebote.

Die Untersuchungsgruppe gliedert sich 4 Untereinheiten: Mediziner, Therapeuten, Sozialarbeiter, Pfleger / Pflegehelfer.

Diese Untereinheiten sind Funktionsträger, Lieferanten von Daten und Fakten, die nirgendwo sonst in Erfahrung zu bringen sind. Sie sind InformantInnen von Erfahrungswissen.

### 2.1.3 Untersuchungsfaktor „Architektur“

Die Rolle des Architekten hat sich in den letzten Jahren weitgehend verändert. Der Architekt ist heute eher ein Wissenschaftler mit der Lösung unterschiedlicher Probleme befasst, die er dann in Architektur umsetzt. Architektur und Technologie sind heute unabdingbar miteinander verwachsen und beeinflussen sich gegenseitig bei der gesamten Planung des Gebäudes. Andere die Architektur beeinflussende Faktoren sind Wirtschaftlichkeiten, Effizienz, Innovation und Umweltbewusstsein.

Allgemein gültige Standardkonzepte sind heute nicht mehr tauglich. Jede Aufgabenstellung erfordert eine genaue zugeschnittene einzigartige Lösung. Jedes Bauvorhaben ist mit der Lösung einer neuen Aufgabe zu vergleichen, bei der zuallererst die Aufgabenstellung erarbeitet und verstanden werden muss. Wenn die Anforderungen genau erfasst worden sind, ist die Grundlage geschaffen nicht nur eine funktionale sondern auch eine ästhetische ansprechende Entwurfslösung vorzustellen. Erst wenn das Gebäude einwandfrei die Anforderungen und Funktionen des Nutzers / der Nutzer erfüllt, können wir von einem gelungenen Projekt sprechen, wenn es sich dann noch durch seine Architektur auszeichnet, ist das Bauvorhaben erfolgreich abgeschlossen.

Zur Beurteilung der Wohnqualität in Altenpflegeheimen reicht es nicht aus festzustellen, ob bestimmte bauliche Standards erfüllt oder bestimmte Räume vorhanden sind. Ausschlaggebend ist vielmehr die Einschätzung des Maßes, in dem zum Beispiel ein Aufenthaltsbereich zur Kommunikation beiträgt oder Quelle von Anregung ist. Der Beitrag zur Erfüllung der genannten Bedürfnisse kann je nach architektonischer Gestaltung, Lage im Gebäude und organisatorischen und sozialen Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich sein. Darum soll versucht werden nach Aufnahme der architekturelevanten Kriterien eine Bewertung der Benutzer mit zur Gesamtbewertung heranzuziehen.

## 2.2 Entwicklung der Instrumentarien

### 2.2.1 Bestimmungsfaktor „ältere Menschen“

#### 2.2.1.1 Entwicklung des Fragebogens für ältere Menschen

Der Interviewleitfaden für die älteren Menschen ist in drei Bereiche eingeteilt:

1. Gesundheitliche Befinden
2. Medizinische, soziale und pflegerische Versorgung
3. Wohnen im Pflegeheim

Die Interviews mit den 4 Betroffenen pro Altenpflegeheim werden als teilstrukturierte Befragung durchgeführt. Diese Interviewform wurde gewählt, weil sie die Möglichkeit bietet, dass die Befragten ihre Ansichten und Erfahrungen auch artikulieren können.

#### 2.2.1.2 Leitfadeninterviews - Ältere Menschen

Um aussagekräftige Angaben zu erhalten werden Interviewpartner nach einer Liste von Kriterien gezielt ausgesucht. Die Interviewpersonen sollten nicht jünger als 65 Jahre sein. Die Befragten sind unterschiedlichen Geschlechts, haben unterschiedliche Bedürfnisse an medizinischem/pflegerischem und sozialem Angebot, aufgrund unterschiedlicher körperlicher Beschwerden. Durch diese Auswahl wird sichergestellt, dass die Befragten in mindestens einem Bereich Experten sind und damit „kompetent“ und zur Fragestellung „passende“ Menschen, die am ehesten imstande sind, auf bestehende Mängel und Probleme hinzuweisen. Die Spannweite zwischen Bedürfnissen und Ansprüchen der AH BewohnerInnen wird so versucht herauszufinden.

#### 2.2.1.3 Unterteilung der Untersuchungsgruppe

Um die Bewohnersituation möglichst aller Bewohner zu erfassen ist eine möglichst gleichmäßige Streuung innerhalb der unten angeführten Bewohner-Gruppierungen der befragten Bewohner notwendig, wie in Tabelle 2 zu sehen ist.



**Tabelle 2: Unterteilung der Untersuchungsgruppe**

KRITERIEN	Alter unter 70	Alter 70-80	Alter 80-90	Alter über 90
	männl. / weibl.	männl. / weibl.	männl. / weibl.	männl. / weibl.
Gehschwierigkeiten	...../.....	...../.....	...../.....	...../.....
Schwerhörigkeit	...../.....	...../.....	...../.....	...../.....
Sehbehindert	...../.....	...../.....	...../.....	...../.....
Bettlägrigkeit	...../.....	...../.....	...../.....	...../.....
Diabetes	...../.....	...../.....	...../.....	...../.....
Bewegungs- und Stützbehinderungen	...../.....	...../.....	...../.....	...../.....
Lähmungserscheinungen	...../.....	...../.....	...../.....	...../.....

#### 2.2.1.4 Kontaktaufnahme zu älteren Menschen

Das AH Personal schaffen den Zugang zu den älteren Menschen im Altenpflegeheim. Das Pflegepersonal schlägt gemeinsam mit der Heimleitung geeignete Personen für das Interview vor. Stark demente und sehr pflegebedürftige BW können aufgrund ihrer Interviewunfähigkeit nicht befragt werden. Das AH Personal soll die Personen, die für ein solches Interview in Frage kommen gezielt auf die Mitwirkungsbereitschaft ansprechen.

#### 2.2.1.5 Durchführung der Interviews mit der Untersuchungsgruppe „Ältere Menschen“

Das Interview wird von einer Person durchgeführt, welche auch den Erhebungsbogen ausfüllt. Die Durchführung des Interviews nimmt ca. 20 min in Anspruch. Die Gesprächsteilnehmer sind auf eine längere Interviewzeit eingestellt. Das Interview wurde bewusst nicht ausführlicher gestaltet, um einer Ermüdung der befragten alten Menschen entgegenzuwirken.

### 2.2.2 Bestimmungsfaktor „Experten“

#### 2.2.2.1 Entwicklung des Fragebogens für „Experten“

Der Interviewleitfaden für die „Experten“ ist in drei Bereiche eingeteilt:

1. Medizinische, soziale und pflegerische Versorgung
2. Wohnen im Pflegeheim
3. Arbeitsbedingungen

Die Interviews mit den 4 Betroffenen pro Altenpflegeheim werden als teilstrukturierte Befragung durchgeführt. Diese Interviewform wurde gewählt, weil sie die Möglichkeit bietet, dass die Befragten ihre Ansichten und Erfahrungen auch artikulieren können. Die Gesprächsleitfäden für die Experten sind neben kurzen Angaben zur Person, in die Bereiche Bekanntheit der Dienste, Einrichtungen und Zusammenarbeit sowie Fragen zum eigenen Tätigkeitsfeld unterteilt.

#### 2.2.2.2 Unterteilung der Untersuchungsgruppe

Die Untersuchungsgruppe gliedert sich vier Untereinheiten:

1. Mediziner
2. Therapeuten
3. Sozialarbeiter
4. Pfleger / Pflegehelfer

Da der Anteil des Pflegepersonals anteilmäßig in einem Altenpflegeheim am größten ist, wird 3/4 der Befragungen mit dieser Expertengruppe durchgeführt.

#### 2.2.2.3 Kontaktaufnahme zu den „Experten“

Die Kontaktaufnahme zu den Experten kann durch direktes Ansprechen erfolgen. Vermittelt werden die Experten durch die Leitung des AH.

#### 2.2.2.4 Durchführung der Interviews mit der Untersuchungsgruppe „Experten“

Auch diese Befragungen wird von einer Person durchgeführt, die gleichzeitig den Erhebungsbogen ausfüllt, das Gespräch protokolliert.

### 2.2.3 Bestimmungsfaktor „Architektur“

#### 2.2.3.1 Die zur Auswahl der Altenpflegeheime relevanten Architekturkriterien

Die zu untersuchenden Beispiele wurden aufgrund der folgenden unterschiedlichen Faktoren ausgewählt.

Standort, Standortqualitäten und -bedingungen

Leitbild des AH - Idee und Konzeption der Einrichtung

Funktionale Lösung  
 Formale Lösung  
 Erschließungselemente  
 Raumgrößen, Raumformen  
 Technische Ausstattung  
 Klimatische Qualitäten  
 Belichtung der Räume  
 Verwendete Materialien  
 Architektonische Struktur

### 2.2.3.2 Auswahl der Altenpflegeheim-Einrichtungen

Die oben angeführten Kriterien ergaben folgende AH Gruppierungen, welche in Tabelle 3 dargestellt sind:

**Tabelle 3: Unterteilung der Altenpflegeheime**

<b>GRUPPE 1</b> Altenpflegeheim „basis“ mit Grundausstattung Alter: 2-15 Jahre Bettenanzahl : 40-130	<b>GRUPPE 2</b> Altenpflegeheim „durchmisch“ & öffentl. Einrichtungen Alter: 2-15 Jahre Bettenanzahl : 80-150	<b>GRUPPE 3</b> Altenpflegeheim „ groß / veraltet“ Alter: über 15 Jahre Bettenanzahl : über 100
LPPH St. Pölten	LPPH Schlosspark Vösendorf	LPPH Mödling
LPPH Neunkirchen	Haus Theaterpark Berndorf	Ulrichsheim, Hainburg

## 2.3 Erhebungsstruktur

In Anlehnung an die Fragen unter Kapitel 1 und mit Betrachtung auf die in Mahdavi und Unzeitig (Mahdavi und Unzeitig 2004) dargelegten Forschungsvorgang, wurde die Untersuchung schwerpunktmäßig in folgende Bereiche aufgliedert:

### A. Gestaltung / Altenpflegeheimbedingungen

1. allgemeine Daten
2. allgemeine Bereiche
3. Besondere Einrichtungen
4. räumliche Verhältnisse
5. Belegung
6. Selbstgestaltung
7. Barrierefreiheit

### B. Überprüfung des Innenklimas / der bauphysikalischen Größen

1. thermisches Innenklima
2. visuelles Innenklima
3. akustisches Innenklima

### C. Service

1. medizinisch-pflegerische Versorgung
2. soziale Aktivitäten

Die objektiven und subjektiven Kriterien, die zur Erfassung der obigen Bereiche herangezogen wurden, sind in den Tabellen 4 zusammengefasst.

Tabelle 4: Gliederung der Erhebung

		OBJEKTIVE KRITERIEN	SUBJEKTIVE KRITERIEN
<b>A- Gestaltung</b>	<b>A1 Allgemeine Daten</b>	Ao 1-1 Entstehungsjahr Ao 1-2 Durchschnittl. Einzelzimmergröße Ao 1-3 Zimmerschlüssel (gesamt Bettenanzahl) Ao 1-4 Bewohneranzahl Ao 1-5 AH Pflegestufenaufgliederung Ao 1-6 Personalstand (Anzahl )	
	<b>A2 Allgemeine Bereiche</b>	Ao 2-1 Eingangsbereich Ao 2-2 Flur Ao 2-3 Pflegeheimzimmer Ao 2-4 Stationsbad Ao 2-5 Aufenthaltsraum Ao 2-6 Personalräume Ao 2-7 Küche Ao 2-8 Therapieraum	As 2-1 Bewertung Pflegezimmer von Bewohnern As 2-2 Bewertung Lebensraum AH von den Bewohnern As 2-3 Bewertung Lebensraum AH vom Personal As 2-4 Bewertung bauliche Mängel von den Bewohnern -BW
	<b>A3 Besondere Einrichtungen</b>	Ao 3-1 Frisör Ao 3-2 öffentliches Cafe Ao 3-3 Beratungsstellen Ao 3-4 Kapelle Ao 3-5 Teeküche für Besucher Ao 3-6 Existenz Snoezeleraum bzw. -spez. Therapieräume Ao 3-7 öffentliche Extraräume ( Bibliothek, Post etc.)	
	<b>A4 Räumliche Verhältnisse</b>	Ao 4-1 Zugangsanzahl BW Ao 4-2 Verbindung Aufenthaltsraum/Flur Ao 4-3 institutioneller Flurcharakter Ao 4-4 Gruppendifinition Ao 4-5 Orientierung arch. Grundstruktur	As 4-1 Bewertung Schwesternstützpunkt & Aufenthaltsraum vom Personal  As 4-2 Orientierung für BW As 4-3 Orientierung für Besucher-BW
	<b>A5 Belegung</b>	Ao 5-1 Bett pro Zimmer/Einzelzimmer	As 5-1 Zufriedenheit Zimmer / Bettenanzahl - BW
	<b>A6 Selbst- gestaltung</b>	Ao 6-1 Lebensraummitgestaltungsmöglichkeit Ao 6-2 Persönl. Gegenstände Ao 6-3 Zimmer selbst gestaltet Ao 6-4 Krankenhaustypische Einrichtungen Ao 6-5 Persönl. Gegenstände im Stationsbad	As 6-1 Lebensraummit- gestaltungsmöglichkeit vorhanden - BW  As 6-2 Persönl. Gegenstände / befürwortet Personal
	<b>A7 Barrierefreiheit</b>	Ao 7-1 Eingangskontrolle (Demenz) Ao 7-2 Eingangsbreite Ao 7-3 Handlauf Ao 7-4 Flurlänge Ao 7-5 übersichtliche Wegführung Ao 7-6 Türen leicht gängig Ao 7-7 Sitzgelegenheiten Lebensraum Ao 7-8 Treppe geradläufig Ao 7-9 Treppe abgesichert Ao 7-10 Aufzug gut erreichbar Ao 7-11 Aufzug optische Anzeige Ao 7-12 Aufzug –Klappsitz Ao 7-13 Fensterabsicherung Ao 7-14 Badewannentypus Ao 7-15 Dementenrundgang	As 7-1 AH Barrieren / Hindernisse von den Bewohnern As 7-2 Öffenbarkeit Tür von den Bewohnern As 7-3 Orientierung As 7-4 Erreichbarkeit im Zimmer von den Bewohnern As 7-5 Erreichbarkeit Bad - BW As 7-6 Sicherheit im AH - BW As 7-7 Sturzgefahr Zimmer – BW As 7-8 Sturzgefahr AH - BW

Fortsetzung von Tabelle 4 Gliederung der Erhebung

		OBJEKTIVE KRITERIEN	SUBJEKTIVE KRITERIEN
<b>B - Innenklima</b>	<b>B1 Thermisches Innenklima</b>	Bo 1-1 Luftqualität Bo 1-2 Feuchtigkeit Bo 1-3 Temperatur	Bs 1-1 Bewertung Luftqualität von den Bewohnern Bs 1-2 Bewertung Temperatur -BW
	<b>B2 Visuelles Innenklima</b>	Bo 2-1 Materialien Bo 2-2 Farben Bo 2-3 Beleuchtungsstärke Bo 2-4 Ausstattung/Oberflächen Bo 2-5 Blendungspotential Bo 2-6/1 Fenstergröße Bo 2-6/2 natürl. Belichtung Stationsbad Bo 2-7 Aussicht	Bs 2-1 Tageslichtverhältnisse von den Bewohnern Bs 2-2 Aussicht vom Bett / BW
	<b>B1 Akustisches Innenklima</b>	Bo 3-1 Hintergrundgeräuschpegel Bo 3-2 Akustischer Eindruck	Bs 3-1 Geräuschbelästigung - BW
		OBJEKTIVE KRITERIEN	SUBJEKTIVE KRITERIEN
<b>C-Service</b>	<b>C1 Medizinisch- pflegerische Versorgung</b>	Co 1-1 Arztfrequenz Co 1-2 AH Pflegemöglichkeit teil/stationär Co 1-3 Pflegeangebot Co 1-4 Therapieangebot Co 1-5 Gruppenbetreuung Co 1-6 Pflegeeinheitsgröße Co 1-7 Pflegeeinheitszusammensetzung Co 1-8 Fixe Betreuungsgruppe für BW Co 1-9 demente BW aller Stadien möglich Co 1-10 Flexible Mahlzeiteneinnahme	Cs 1-1 Pflegeangebot ausreichend von den Bewohnern Cs 1-2 ärztl. Versorgung ausreichend von den Bewohnern Cs 1-3 Kontakt Pflegestützpunkt - BW Cs 1-4 Beurteilung Arbeitsbedingungen -Personal
	<b>C2 Soziale Aktivitäten</b>	Co 2-1 Aktivitätsangebot Co 2-2 Häufigkeit Aktivitäten Co 2-3 Besucherfrequenz	Cs 2-1 Bewertung Aktivitätsangebot von den Bewohnern Cs 2-2 Kontakt - BW Cs 2-3 Zufriedenheit Besucherfrequenz- BW

## 2.4 Evaluationsablauf der Altenpflegeheime

### 2.4.1 Datenermittlungsverfahren

Für die Ermittlung dieser Daten wurden nachstehende Verfahren verwendet:

- Kontaktaufnahme mit der Heimleitung zur Erfassung der allgemein notwendigen Daten (siehe Erhebungsbogen)
- Raumweise Erfassung der gesamten Einrichtung und der tatsächlichen Nutzung
- Fotodokumentation, Dokumentation von Nutzungsspuren
- Interview mit BewohnerInnen/ExpertInnen

#### 2.4.1.1 Ablauf der Datenaufnahme vor Ort

1. Einführendes Gespräch mit dem Einrichtungsleiter zur Planung und Konzeption der Einrichtung
2. Begehung der gesamten Einrichtung
3. Interview zur Personal- und Bewohnersituation sowie zur Organisationsstruktur der Einrichtung
4. Gespräch mit ausgewählten BewohnerInnen
5. Beobachtung der halböffentlichen Bereiche
6. Fotodokumentation
7. Abschließendes Gespräch mit dem Einrichtungsleiter und dem Personal.

#### 2.4.1.2 Messung der bauphysikalischen Größen:

##### **1. Thermisches Innenklima:**

Die Raumtemperatur wird in einer Höhe von 90 cm mit entsprechendem technischem Gerät gemessen.

##### **2. Visuelles Innenklima**

Die Fenstergrößen werden vermessen und die Beleuchtungsstärke mit entsprechendem technischem Gerät gemessen.

##### **3. Akustisches Innenklima**

Der Hintergrundgeräuschpegel wird mit entsprechendem technischem Gerät gemessen.

## **2.5 Zusammenschau des methodischen Vorgehens**

### **Methodik Datenerhebung**

#### **1. Analysekomplex :** Bestandsaufnahme

**Methoden:** Dokumentationsanalyse  
Analyse von Planunterlagen  
Begehung der Örtlichkeit

Objektaufnahme anhand eines Erhebungsbogens  
Fotodokumentation

**2. Analysekomplex :** bauliche (architektonische) Faktoren  
Materialien, Thermik, Akustik, Visuelle Bezüge

**Methoden:** Messungen der Luftqualitäten  
Messungen der Akustik  
Beschreibung besonderer Bezüge/  
Innenraum- Außenraum

**3. Analysekomplex :** Beschreibung und Bewertung der Wohn- und Versorgungsqualität in  
Altenpflegeheimen unter folgenden Gesichtspunkten:

Akzeptanz der angebotenen Leistungen von Bewohnern und Experten.

Wirkung der vorhandenen Dienste

(Sozialdienste, Therapieangebot)

Beantwortung der Frage, ob bauliche und soziale Aufgaben miteinander verknüpft werden.

**Methoden:** Befragung mit Hilfe eines Erhebungsbogens von Bewohnern und den „Experten“.



## **3 RESULTATE UND BEWERTUNG**

### **Zusammenhang zwischen objektiver und subjektiver Erhebung**

#### **3.1 Überblick**

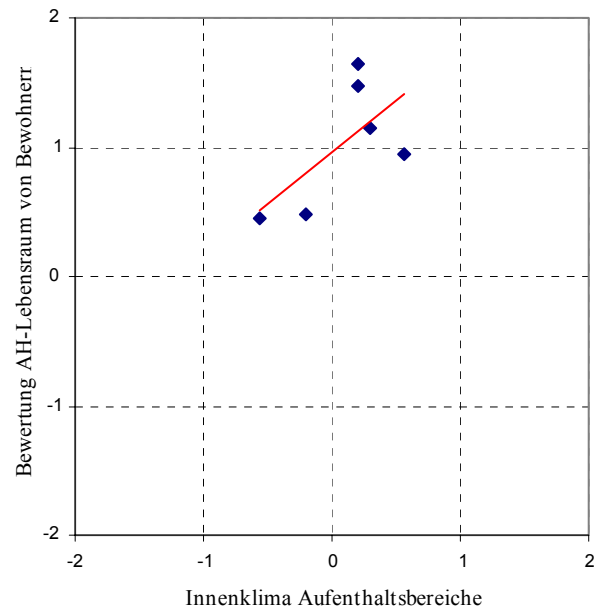
Eine Gegenüberstellung objektiv und subjektiv erhobener Daten wird in den folgenden Abbildungen exemplarisch dargestellt. Die Gegenüberstellung der Daten soll bei 6 erhobenen Heimen die methodische Vorgangsweise verdeutlichen. Für eine wissenschaftlich fundierte Aussage, ist die Zahl der zu erhebenden Altenheime auf 30 Heime zu erhöhen.

#### **3.2 Altenpflegeheimauswertung**

##### **3.2.1 Allgemeine Bereiche/Aufenthaltsbereiche bewertet von den BewohnerInnen:**

Das Gesamtergebnis „Innenklima“ der erfassten objektiven Daten „Aufenthaltsbereich“ wird für jedes Altenpflegeheim der subjektiven Bewertung der BewohnerInnen entgegengesetzt. Bei den Messungen handelt es sich im Gegensatz zu den dargestellten Messergebnissen in den einzelnen Evaluationsprotokollen um Spotmessungen. Die Existenz und bauliche Beschaffenheit der diversen allgemeinen Bereiche wird von den Pflegeheimbewohnern bewertet. Die Bewertung erfolgt anhand einer numerischen Skala von -2 bis +2 und wird im Anhang A detailliert angeführt. Trotz verminderter Kritikfähigkeit der befragten alten Menschen kann festgestellt werden, dass objektiv schlechte Altenpflegeheime auch weniger positiv bewertet werden.

**Abbildung 1 :Bewertung Innenklima der allgemeinen Bereiche /Aufenthaltsbereiche von den BewohnerInnen**

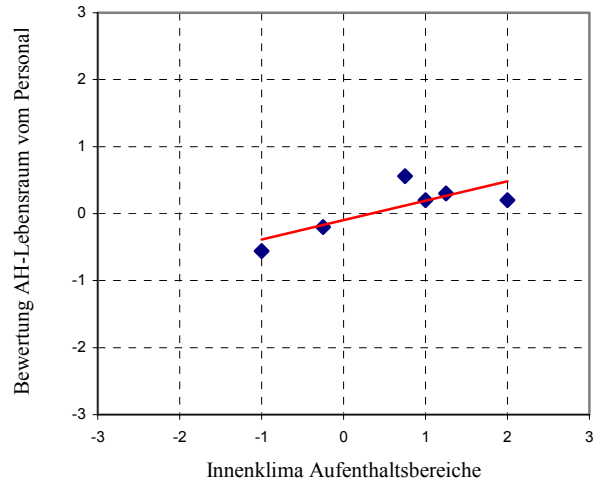


subjektive Kriterien -Bewertung Altenpflegeheim –Lebensraum Bewohner  
 versus  
 objektive Kriterien –  
 Innenklima „allgemeine Bereiche /Aufenthaltsbereiche“  
 Bo1-1 Luftqualität  
 Bo1-2 Feuchtigkeit  
 Bo1-3 Temperatur  
 Bo2-1 Materialien  
 Bo2-2 Farbe  
 Bo2-3 Beleuchtung  
 Bo2-7 Aussicht  
 Bo3-1 Hintergrundgeräuschpegel  
 S22-26 Räumliche Gegebenheiten und Größe Aufenthaltsbereiche

### 3.2.2 Allgemeine Bereiche/Aufenthaltsbereiche bewertet von den ExpertInnen

Das Gesamtergebnis „Innenklima“ der erfassten objektiven Daten „Aufenthaltsbereich“ werden für jedes Altenpflegeheim der subjektiven Bewertung des Altenpflegeheimpersonals entgegengesetzt. Die Experten können im Gegensatz zu den BewohnerInnen eine differenziertere Bewertung des Altenpflegeheims vornehmen. Sie sind in der Lage Missstände zu erkennen und zu verbalisieren. In den Evaluationsprotokollen wird dies deutlicher. Allerdings werden die Heime nicht sehr differenziert beurteilt. Auch hier sind die detaillierten Bewertungskriterien dem Anhang A zu entnehmen.

**Abbildung 2: Bewertung der allgemeinen Bereiche/Aufenthaltsbereiche von den ExpertInnen.**



subjektive Kriterien -Bewertung Altenpflegeheim –Experten  
 versus  
 objektive Kriterien –  
 Innenklima „allgemeine Bereiche /Aufenthaltsbereiche“  
 Bo1-1 Luftqualität  
 Bo1-2 Feuchtigkeit  
 Bo1-3 Temperatur  
 Bo2-1 Materialien  
 Bo2-2 Farbe  
 Bo2-3 Beleuchtung  
 Bo2-7 Aussicht  
 Bo3-1 Hintergrundgeräuschpegel  
 BS22-26 spezielle Räumliche Gegebenheiten und Größe Aufenthaltsbereiche

### 3.2.3 Pflegezimmerauswertung bewertet von den BewohnerInnen

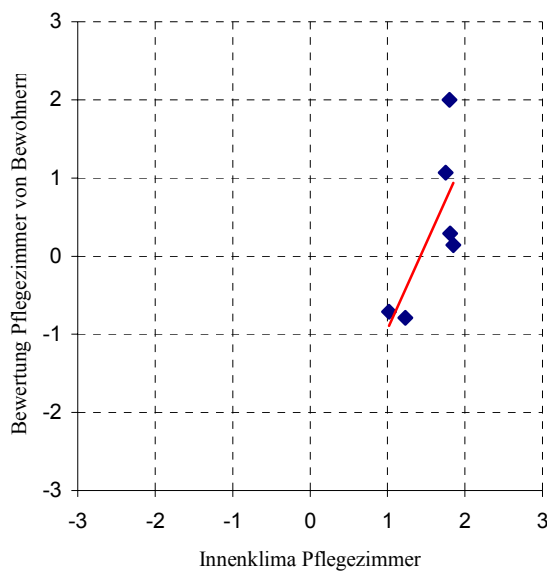
Die Werte „Innenklima“ des Pflegeheimzimmers werden den Empfindungen der Bewohner in Bezug ihres Zimmers gegenübergestellt. Auch hier ist bei einer gesamtheitlich sehr zufriedenen Bewertung eine leichte Differenzierung zu vermerken. Pflegeheimzimmer mit einem schlechteren Innenklima werden von den BW auch weniger gut bewertet. Die Vermutung, dass gute innenklimatische Werte Einfluss auf das Befinden der BewohnerInnen im Altenpflegeheim haben, wird durch den in der Abbildung 3 dargestellten Zusammenhang bekräftigt.

Folgende Fragen des Fragebogens Bewohner/subjektive Erhebungsdaten wurden zur Auswertung Abb. 3 herangezogen, da nur hier differenzierte Antworten gegeben wurden:

- Bewohnen Sie ein Einbettzimmer oder Mehrbettzimmer

- Wie sind Sie insgesamt mit Ihrem Zimmer zufrieden?
- Ist Ihr Zimmer groß genug?
- Haben Sie ausreichend Tageslicht?
- Werden Sie durch Geräusche aus dem Nachbarzimmer gestört?
- Haben Sie Ihr Zimmer selber einrichten dürfen?
- Können Sie von Ihrem Bett das Fenster sehen?
- Kommen Sie überall gut an? Erreichen Sie alles?
- Kommen Sie im Bad gut zurecht?
- Sind Sie schon einmal gefallen in Ihrem Zimmer?
- Ist Ihr Zimmer für Besucher gut zu finden?
- Gibt es in Ihrem Zimmer ein Besucherstuhl?
- Gibt es irgendwas, was es leichter machen würde in Ihrem Zimmer zu recht zu kommen?

**Abbildung 3: Bewertung des Innenklimas des Pflegezimmers von den BewohnerInnen**



subjektive Kriterien - Bewertung Pflegezimmer As2-1 Bewohner  
 versus  
 objektive Kriterien  
 Innenklima Pflegezimmer  
 Bo1-1 Luftqualität  
 Bo1-2 Feuchtigkeit  
 Bo1-3 Temperatur  
 Bo2-1 Materialien  
 Bo2-2 Farbe  
 Bo2-3 Beleuchtung  
 Bo2-7 Aussicht  
 Bo3-1 Hintergrundgeräuschpegel  
 BS13-S18 spezielle Räumliche Gegebenheiten

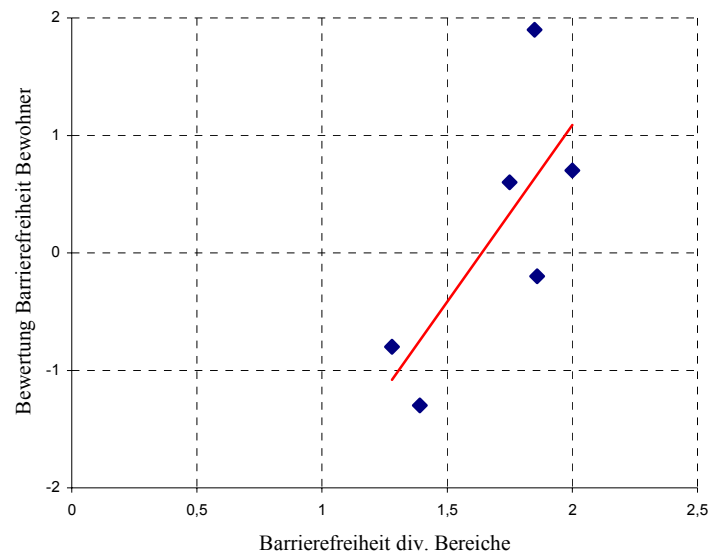
### 3.2.4 Barrierefreiheit bewertet von den BewohnerInnen

Alte Menschen in Altenpflegeheimen können nur bei einer barrierefreien und behindertengerecht gestalteten Umgebung, falls es ihr Gesundheitszustand erlaubt, sich alleine bewegen und evtl. versorgen. Die bauliche erhobene Barrierefreiheit der Altenpflegeheime wird der subjektiven Barrierefreiheit der Pflegeheimbewohner entgegengesetzt und zeigt einen Zusammenhang. Altenpflegeheime mit einer behindertengerechteren Ausstattung werden von den BewohnerInnen besser bewertet.

Folgende Fragen des Fragebogens Bewohner/subjektive Erhebungsdaten wurden zur Auswertung Abb. 4 herangezogen:

- Sind Sie im Altenpflegeheim schon einmal gefallen?
- Gibt es irgendwelche Barrieren, die Sie stören?
- Ist die Wohnungstür/Haustür gut zu öffnen?
- Finden Sie sich im AH gut zu recht?
- Kommen Sie im Zimmer überall gut an? Erreichen Sie alles?
- Kommen Sie im Bad gut zurecht?
- Sind Sie schon einmal gefallen in Ihrem Zimmer?

Abbildung 4: Barrierefreiheit bewertet von den BewohnerInnen.



subjektive Kriterien –  
 Bewertung Barrierefreiheit  
 As7-1 AH Barrieren/Hindernisse von den Bewohnern  
 As7-2 Öffenbarkeit Tür  
 As7-3 Orientierung  
 As7-4 Erreichbarkeit im Zimmer  
 As7-5 Erreichbarkeit Bad  
 As7-6 Sicherheit im AH  
 As7-7 Sturzgefahr Zimmer  
 As7-8 Sturzgefahr AH

versus

objektive Kriterien –  
 Ao7-1 Eingangskontrolle  
 Ao7-6 übersichtliche Wegführung  
 Ao7-7 Türen leicht gängig  
 Ao7-7 Sitzgelegenheiten Lebensraum  
 Ao7-9 Treppe abgesichert  
 Ao7-10 Aufzug gut erreichbar  
 Ao7-11 Aufzug optische Anzeige  
 Ao7-12 Aufzug Klappsitz  
 Ao7-13 Fensterabsicherung

## 4 DISKUSSION UND EMPFEHLUNGEN

### 4.1 Diskussion

#### 4.1.1 Erkenntnisse zum methodischen Vorgehen

Diese Forschungsarbeit hat einen sehr komplexen Sachverhalt zum Inhalt. Die gewählte Mischung der Erhebung aus subjektiven und objektiven Kriterien hat sich als nützlich und brauchbar erwiesen. Diese Arbeit sollte als Grundlage für weitere Forschungsvorhaben verwendet werden. Die Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt könnten bei ähnlich umfassender Fragestellung noch verbessert werden, indem mehr Heime erhoben werden, die Quantität der Ergebnisse erhöht wird. Die Befragung des Personals einen größeren Stellenwert einnimmt, da sie insgesamt aussagekräftiger ist als die Bewohnerbefragung.

#### 4.1.2 Resultaterkenntnisse

Folgende Erkenntnisse lassen die Resultate zu:

1. **Der Bereich Flur:** Der wichtige Verbindungsbereich Flur ist in den AH St. Pölten und Berndorf, im Vergleich zu den anderen erhobenen Heimen, gut gestaltet. Sowohl die Verbindung von den angrenzenden Flurbereichen als auch die mangelhafte Wohnqualität, könnte in den meisten AH besser gelöst werden. Die Zahl der Sitzgelegenheiten, falls die arch. Grundstruktur dies zulässt, ist in den Flurbereichen ist in den restl. 4 Heimen zu erhöhen, um diesen Bereich als erweiterten Lebensbereich aufzuwerten. Die Flurlänge hat nur in wenigen Heimen eine angenehme „Kürze“. Gerade für das oft sehr geforderte Personal spielt die Länge des Arbeitswegs eine wichtige Rolle in der Bewältigung der täglichen Arbeit. AH Neunkirchen kann hier als positives Beispiel genannt werden. Im Flurbereich sind die Planer aufgefordert innovativere Vorschläge für zukünftige Bauvorhaben anzubieten, denn im Nachhinein kann eine Fehlplanung in diesem Bereich schwer nachjustiert werden.
2. **Orientierung:** Bei den Heimen Neunkirchen, St. Pölten und Berndorf wird die Orientierung durch die gewählte architektonische Struktur unterstützt. Architekten sollten aufgrund der nicht voll befriedigenden Ergebnisses in Zukunft bei der Planung von AH bewusst auf eine orientierungserleichternde Grundstruktur und Innenraumgestaltung

achten. Für die Bewohner stellen einfach zu erfassende Grundstrukturen eine enorme Hilfe dar, für die Bauherren dagegen bedeutet dies keinesfalls eine Kostenerhöhung.

3. **Selbstgestaltung:** Das in den Zimmern obligatorische Pflegebett mit Rolltischchen dominiert das Pflegezimmer in allen erhobenen Heimen, wobei große Unterschiede in der Qualität der Grundparameter festzustellen sind. Die persönliche Ausgestaltung des eigenen Zimmers ist in allen erhobenen Heimen gestattet oder wird befürwortet. Leider nutzen die Bewohner selber die angebotenen Möglichkeiten nicht den wenigen Platz, der ihnen für die Selbstgestaltung bleibt, auszunutzen. Personal und BW sollten vermehrt angeregt werden die Zimmer individueller zu gestalten.
4. **krankenhaustypische Einrichtung:** In den erhobenen Heimen dominiert die seniorenspezifische Einrichtung, welche z.T. nicht zur Steigerung des wohnlichen Charakters beiträgt. Da der Markt für seniorengerechte Einrichtungen stetig wächst, sollte in Zukunft außer auf Funktionalität der gewählten Gegenstände vor allem auf den wohnlichen Charakter geachtet werden.
5. **Stationsbäder:** In keinem AH konnte ein wohnliches Stationsbad erhoben werden. Kein Bad bot den BW ausreichend Möglichkeit die individuellen Badeutensilien zu verstauen. Auch hier sollten die Experten diesen Raum, der von der medizinischen Spezialwanne dominiert wird, versuchen angenehmer zu gestalten. Eine Atmosphäre, die den BW die Möglichkeit gibt sich während des Badens zu entspannen, sollte angestrebt werden. Ein Stationsbad mit einer Liege wurde nicht erhoben. Diesem Detail sollte wesentlich mehr Beachtung geschenkt werden.
6. **Barrierefreiheit und Behindertengerechtigkeit:** Barrierefreiheit im Bereich Türschwelle, Aufzugserreichbarkeit und Treppenabsicherung ist in fast allen Heime gegeben, der alte Trakt des AH Hainburg bildet hier eine Ausnahme. Bei den neu zu planenden Heimen sollte eine Fensterabsicherung wert gelegt werden, dies wurde nur im AH St. Pölten berücksichtigt. Gerade für zukünftige Heime, bei denen eine hohe Rate von demenzerkrankten BW zu erwarten ist, ist eine Absicherung der Fenster gegen Herausfallen miteinzuplanen, um Sicherheit für die BW gewährleisten zu können.
7. **Dementenrundgang:** Besonders Beachtung muss aufgrund der Resultate dem Rundgang für demente BW mit dem Profil „Wanderer“ geschenkt werden. Nur im Altenpflegeheim St. Pölten konnte eine Art Dementenrundgang für demenz- erkrankte Bewoh-



nerInnen erhoben werden. Ein „Rundgang“ ist in einigen Fällen aufgrund der AH Gesamtgröße nicht sinnvoll. In anderen Heimen kann ein „Rundgang“ aufgrund der komplexen und einfachen Grundstruktur nicht angeboten werden. Die Dementen mit dem Profil „Wanderer“ sollten jedoch ihren Bewegungsdrang befriedigen können. Bewegungsflächen, um der motorischen Unruhe nachgeben zu können, sollten von AH-Planern mitberücksichtigt werden. Alternativlösungen zum klassischen „Rundgang“ sind gefordert. Anzumerken ist an dieser Stelle auch, dass ausreichende Bewegungsflächen auch für nicht an Demenz erkrankte eine Qualitätssteigerung bedeutet.

8. **Innenklima:** Die gemessenen Temperaturwerte in den erhobenen Altenpflegeheimen entsprechen den Anforderungen an die Raumnutzungen und bieten so für die BW gute Grundvoraussetzungen. Die Luftfeuchte sollte jedoch in allen Heimen etwas erhöht werden. Farb- und Materialwählerhebung ergeben dagegen sehr unterschiedliche Resultate. Die Qualitätsunterschiede in den Heimen sind groß. Eine spezielle Forschungsarbeit sollte sich diesem Thema nochmal intensiv widmen, da gerade hier nicht nur die Wahl eines bestimmten Materials und einer Farbe, sondern auch deren Wirkung im speziellen Raum von Bedeutung ist. Die erhobenen Werte im Bereich Beleuchtungsstärke und Fensterflächengröße des Pflegezimmers ergeben für die meisten AH einen guten Durchschnittswert. Wobei anzumerken ist, dass 2 Heime mit nur einer Beleuchtungsstärke von 100-150 lx erhoben wurden. Auf die Beleuchtungsstärke ist generell auch in allen anderen Bereichen verstärkt zu achten. Im Flurbereich wurde in fast allen Heimen eine zu geringe Beleuchtungsstärke gemessen. Für alte und meistens sehgeschwächte Menschen stellen nicht ausreichend und richtig beleuchtete Räume eine Einschränkung der Lebensqualität dar. Die Bewertung der BW gibt diese Qualitätsunterschiede nur z. T. wieder, da viele alte Menschen nur mehr über eine reduzierte Kritikfähigkeit verfügen und meistens froh sind überhaupt einen Platz in einem Heim zu bekommen und gepflegt werden zu können.
9. **Pflege:** Der erhobene Standard der Pflege ist relativ hoch. Hinweisen möchte ich an dieser Stelle noch einmal auf die Vorgangsweise. Um ein Altenpflegeheim erheben zu können, wurde vorab ein Erhebungsbogen an die Heimleitung gesendet, der die Erhebung genehmigte oder verweigerte. Es ist aufgrund des positiven Ergebnisses anzunehmen, dass vor allem Heime die Erhebung genehmigten, die sich keines groben Mangels bewusst waren. So konnten wir keine offensichtlichen Pflegemissstände erheben.

10. **Kritikfähigkeit alter Menschen:** Resultierend kann bei der Analyse der Bewohnerbefragung feststellen, dass alte Menschen zum Teil nur mehr über eine reduzierte Kritikfähigkeit verfügen. Froh versorgt zu sein, gibt sich eine große Anzahl der befragten Altenpflegeheimbewohner mit einer Heimgrundausstattung ohne viel Komfort zufrieden
11. **Kritikfähigkeit Experten:** Die Experten sind im Gegensatz zu den Altenpflegeheimbewohnern sehr wohl in der Lage Missstände zu erkennen und zu verbalisieren.

## 4.2 Künftige Forschungsfragen - Ausblick

Die momentan entfachte Diskussionen über Alters- und Pflegevorsorgungen macht es unvorhersehbar, wie die BewohnerInnen der Altenpflegeheimen in 40 Jahren aussehen, welche Ressourcen zur Verfügung stehen werden und unter welchen Bedingungen die Pflege ablaufen wird. Während dieser Forschungsarbeit haben wir den Eindruck gewonnen, dass in Niederösterreich eine Reihe guter Ansätze auf vielen Ebenen vorhanden ist. Leider ist das momentan existente Wissen auf diesem Gebiet nicht sehr verbreitet, in vielen Altenpflegeheimen werden immer wieder ähnliche Fehler gemacht wie:

- Wahl des falschen Standorts - nicht zentral genug
- Wahl der falschen Grundstruktur –Arbeitsabläufe können so nicht effizient durchgeführt werden
- Institutionelle Gestaltung von Eingängen, Fluren und Aufenthaltsbereichen
- Unbefriedigende Material- und Farbenwahl
- schlechte Sichtbeziehungen innerhalb des Altenpflegeheims
- fehlende Orientierungshilfen für alte und verwirrte Menschen
- fehlende Flexibilität, um auf Änderungen der Pflegebedingungen oder Benutzerbedingungen reagieren zu können

Diese Fehlerwiederholungen könnten mit relativ einfachen Mitteln verhindert werden.

Wichtig ist auch in Zukunft die regelmäßige Erfassung des aktuellen Stands der Altenpflegeheime in Österreich und den Nachbarländern, um sich ändernde Rahmenbedingungen und Nutzungserfahrungen zu erfassen und so Fehlentwicklungen vorzubeugen.

Da aufgrund des gekürzten Forschungsvorhabens nur eine fundierte Grundlagenermittlung und das Aufzeigen eines Forschungsansatzes möglich war, möchten wir an dieser Stelle nochmal auf die Notwendigkeit hinweisen sich diesem Themenkreis weiter zu widmen.

Der momentan niederösterreichische Standard auf dem Gebiet der Altenpflegeheimarchitektur sollte dringend überprüft werden.

Der Vergleich mit anderen Konzepten der Nachbarländer Deutschland, Frankreich und der Schweiz wird empfohlen, um weitere zukunftsorientierte Lösungsvorschläge zu erarbeiten.

## 5 REFERENZVERZEICHNIS

AEDL (2003) Definition von ADL, ADEL, [www.aedl.de](http://www.aedl.de)

Aslaksen, F.. (1997): Universal Design - Planning and Design for All. Oslo

Altman, I & Werner (1985): Home environments, human behavior and environment, advances in theory and research, New York : Plenum Press .

Böhm, E. (2004): Pflegemodell nach Erwin Böhm, [www.agpk-boehm.at](http://www.agpk-boehm.at).

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generation (2001): Pflegevorsorge in Österreich

Calkins, M (1988): Design for Dementia. Planning Environments for the Elderly and the Confused. Maryland. : National Health Publishing.

Churchmann, F. (1991): Housing for elderly and meanings of home, international workshop home environment and physical space. Ital Cortona

Clegg, F , (1987): Therapeutic Uses of the Environment : Personal Communication, New York: Van Nostrand Reinhold

Cohen, U. – Day, K. (1993): Contemporary Environments for People with Dementia. John Hopkins University Press. Baltimore.

Cohen, U. – Weismann, G.. (1991): Holding on to Home, Designing Environments for the Elderly and the Confused. John Hopkins University Press. Baltimore.

Correy F. M. Bosch (1998): Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft. Wiesbaden

DIN Taschenbuch (1990): DIN Taschenbuch, Bauen für Behinderte und alte Menschen, Beuth.

Dossey, L. (1984): Die Medizin von Raum und Zeit, Ein Gesundheitsmodell. Sphinx Verlag. Basel.

Dürmann, P. (2001): Besondere stationäre Demenzbetreuung. Vincentz Verlag, Hannover.

Gießler, J. – Müller C. (1996): Wohnen im Alter. DVA, Stuttgart.

Feil, N . (1990): Validation, ein Weg zum Verständnis verwirrter Menschen, DVA

- Heeg, S. (1995): Pflegeheimat – Ideen für das Pflegeheim von morgen. Reihe Thema. 102, Kuratorium Deutscher Altershilfe, Köln.
- Heeg, S. (1994): Heimarchitektur und Lebensqualität Thema 112. Kuratorium Deutscher Altershilfe, Köln.
- Heeg, S. (1993): Bauen für verwundbare Menschen . Bauwelt 1993 Heft 10
- Hugues, T. (1975): Die altengerechte Wohnung. Grundlagen, Planung , Technik . Callwey, München
- KDA Broschüre (1999): Zentrale Einrichtungen. 5. Kuratorium Deutscher Altershilfe, Köln.
- KDA Broschüre (1997): Planung humaner Pflegeheime- Erfahrungen und Empfehlungen. Architektur + Gerontologie 1. Kuratorium Deutscher Altershilfe, Köln.
- KDA Broschüre (1995): Flure. Architektur + Gerontologie 2. Kuratorium Deutscher Altershilfe, Köln.
- KDA Broschüre (1993): Das Pflegezimmer. Thema 112. Kuratorium Deutscher Altershilfe, Köln.
- KDA Qualitätshandbuch (2001): Leben mit Demenz. Kuratorium Deutscher Altershilfe, Köln.
- Kitwood, T.. (2000) :Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern: Hans-Huber Verlag.
- Kliemke, Ch., Bartelmes, D., Butler, J., Rohr-Zänker R. (1993): Ältere Menschen und ihr Wohnquartier, Schriftenreihe des Instituts für Krankenhausbau TU Berlin.
- Krohwinkel, M. (2004): Pflegemodell Monika Krohwinkel, [www.treffpunkt-altenpflege.de/krohwinkel.htm](http://www.treffpunkt-altenpflege.de/krohwinkel.htm)
- Lawton, M. P., Weisman G. D. , Sloane, P., Calkins, M. (1997): Assessing Environments for Older people With Chronic Illness. In: Teresi, J., Lawton, M.P., Holmes, D. & Ory, M. (Eds.) Measurement in Elderly Chronic Care Populations. Springer. New York.
- Loeschke, G. – Pourat, D. (1996): Betreutes Wohnen. Kohlhammer Verlag.
- Mahdavi, A. – Unzeitig, U. (2004): Räumliche, organisatorische und innenklimatische Faktoren in Büros und ihre Bewertung durch die NutzerInnen. ÖIAZ (Österreichische Ingenieur- und Architekten-Zeitschrift

- Martin, P. and Bateson, P. (1993): Measuring Behavior : An Introductory Guide, 2 nd Edition, Cambridge University Press.
- Mühlich W., (1978): Psychatrie und Architektur, Wunstorf
- Moos, R.H. & Lemke (1994): Group residences for older adultes, New York: Oxford University Press
- ÖNORM 1600 (1994): Barrierefreies Bauen, [www.on-norm.at](http://www.on-norm.at)
- Panzhauser, E. (2001):Österreichische Ingenieur- und Architektenzeitschrift ÖIAZ , 146.Jahrgang Heft5-6/2001, S. 180-185
- Preiser, W. – Vischer, J. – White, E. (1991): Toward a more Humane Architecture. Van Nostrand Reinhold, New York
- Saup, W. (1993): Alter und Umwelt. Kohlhammer. Stuttgart.
- Schmiege, H. (1984): Intensivpflege im Krankenhaus, Überlegungen und Vorschläge zu neuen Formen baulicher Anpassung, Karl Krämer Stuttgart- (IGMA- Dissertation 13)
- Stemshorn A.(1994): Barrierefrei Bauen für Behinderte und Betagte Verlagsanstalt Alexander Koch.
- Welter R.(1978): Adaptives bauen für Langzeitpatienten, ETH Zürich (Dissertation an der ETH Zürich 6309)
- Wikström, B. (2001): Safety and Security. In Dilani, A., (2001): Design & Health, The Therapeutic Benefits of Design.

## 6 TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Tabelle 1 : Übersicht über institutionelle Wohnformen für alte Menschen (Saup 1993, S . 133).....	6
Tabelle 2: Unterteilung der Untersuchungsgruppe.....	19
Tabelle 3: Unterteilung der Altenpflegeheime .....	21
Tabelle 4: Gliederung der Erhebung .....	23
Abbildung 1: Bewertung Innenklima der allgemeinen Bereiche/Aufenthaltsbereiche von den BewohnerInnen.....	28
Abbildung 2: Bewertung der allgemeinen Bereiche/Aufenthaltsbereiche von den ExpertInnen.....	29
Abbildung 3: Bewertung des Innenklimas des Pflegezimmers von den BewohnerInnen.....	30
Abbildung 4: Barrierefreiheit bewertet von den BewohnerInnen. ....	32

## **7 ANHANG**

### **Anhang A: Bewertungskriterien**

### **Anhang B: Erhebungsbögen**

1. „objektive“ Erhebungsdaten
2. „subjektive“ Erhebungsdaten

### **Anhang C: Evaluationsprotokolle der sechs Einrichtungen**

1. Altenpflegeheim Berndorf
2. Altenpflegeheim Hainburg
3. Altenpflegeheim Mödling
4. Altenpflegeheim Neunkirchen
5. Altenpflegeheim St. Pölten
6. Altenpflegeheim Vösendorf



# Anhang A

---

## 1. Bewertungskriterien

An dieser Stelle werden Bewertungskriterien für alle erhobenen Altenpflegeheime dargestellt. In der linken Spalte befindet sich die Bewertungsskala und in der rechten Spalte befindet sich der Ursprung, der zu dieser Bewertung geführt hat.

## Definition von objektiven Indikatoren

Ao 1-1 Entstehungsjahr – keine Bewertung möglich	
<b>Ao 1-2 Bewertung Raumgrösse Einzelzimmer ohne Nebenräume</b> +2 Raumgrösse ab 18 m <sup>2</sup> +1 Raumgrösse 18 bis 16 m <sup>2</sup> 0 Raumgrösse 16 bis 14 m <sup>2</sup> -1 Raumgrösse 14 bis 12 m <sup>2</sup> -2 Raumgrösse unter 12 m <sup>2</sup>	Kuratorium deutscher Altershilfe (KDA) empfiehlt eine Mindestgrösse der Einzelzimmer von 16 m <sup>2</sup>
Ao 1-3 Zimmerschlüssel – keine Bewertung möglich	
<b>Ao 1-4 Bewertung Bewohneranzahl AH Heimgrösse</b> +2 AH mit einer Bewohneranzahl 40-60 BW +1 AH mit einer Bewohneranzahl 60-110 BW 0 AH mit einer Bewohneranzahl 110-150 BW -1 AH mit einer Bewohneranzahl 150-200 BW -2 AH mit mehr als 200 BW & weniger als 40 BW	Kuratorium deutscher Altershilfe (KDA) empfiehlt eine optimale Heimgrösse um 60 Bewohner. ( aus BW und pflegeorganisatorischer Sicht)
Ao 1-5 Pflegestufenaufgliederung – keine Bewertung möglich	
<b>Ao 1-6 Bewertung Personalstand</b> +2 Verhältnis BW/Personal = Wert 1-2 +1 Verhältnis BW/Personal = Wert 2-3 0 Verhältnis BW/Personal = Wert 3-4 -1 Verhältnis BW/Personal = Wert 4-5 -2 Verhältnis BW/Personal = weniger als 5	Je kleiner der Faktor desto optimaler, da die Betreuung der Einzelperson besser ist.
<b>Ao 2-1 bis Ao 2-8 Bewertung Allgemeine Bereiche</b> siehe extra Tabelle +2 Bereiche XYZ laut Planungsempf. sehr gut +1 Bereiche XYZ laut Planungsempf. gut 0 Bereiche XYZ laut Planungsempf. durchschn. -1 Bereiche XYZ laut Planungsempf. schlecht -2 Bereiche XYZ laut Planungsempf. sehr schlecht	Grundlage für Bewertung der Bereiche Planungsempfehlungen Kuratorium deutscher Altershilfe (KDA)
<b>Ao 3-1 bis Ao 3-8 Bewertung besondere Einrichtungen</b> +2 sehr gute Infrastruktur (aussergewöhnliche Durchmischung) +1 gute Infrastruktur mind. 3 besondere Einrichtungen 0 ausreichende Infrastruktur (Standarddurchmischung Cafe, Kapelle mind. 2 besond. Einrichtungen) -1 schlechte Infrastruktur (fast keinerlei Durchmischung) -2 sehr schlechte Infrastruktur (keinerlei Durchmischung)	
<b>Ao 4-1 Bewertung Zugangsanzahl</b> +2 Zugangsanzahl – ein oder mehrere Zugänge kontrolliert bzw. gut überschaubar 0 Zugangsanzahl eins oder mehrere Eingänge z. T. kontrolliert. -2 Vielzahl von Zugängen ohne Kontrolle	Planungsempfehlung für behinderten & altengerechte Architektur & KDA : zur Sicherheit dementer BW wird kontrollierter Eingang oder Kontrolle dementer BW empfohlen.

<p><b>Ao 4-2 Bewertung Verbindung Aufenthaltsraum &amp; Flur</b></p> <p>+2 Aufenthaltsraum &amp; Flur ergeben eine grosszügige Lebenseinheit</p> <p>0 Aufenthaltsraum &amp; Flur sind z.T. verbunden</p> <p>-2 Aufenthaltsraum &amp; Flur haben keine räumlicher Verbindung</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte Architektur &amp; KDA : Aufenthaltsraum und Flur sind eine grosse Einheit und beten den BW einen gr. Lebensraum &amp; Personal eine übersichtliche Kontrolle.</p>
<p><b>Ao 4-3 Bewertung institutioneller Flurcharakter</b></p> <p>+2 Flur sehr wohnlich gestaltet – Einheit mit Aufenthaltsraum</p> <p>0 Flur mit wohnlichem Charakter</p> <p>-2 Flur langer unattraktiver Gang ohne Sitzmöglichkeit &amp; Fenster</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte Architektur &amp; KDA : wohnlicher Flurcharakter beugt institutionellem Empfindungen des AH der BW vor.</p>
<p><b>Ao 4-4 Bewertung Gruppendifinition durch sichtbare Merkmale</b></p> <p>+2 sehr gute Orientierung Für BW durch sichtbare Merkmale der einzelnen Gruppen</p> <p>0 verschiedene Gruppen können durch sichtbare Merkmale unterschieden werden</p> <p>-2 keinerlei Hinweise und Orientierungsmöglichkeiten</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte Architektur &amp; KDA : unterschiedliche Gestaltung der Gruppen erleichtert alten Menschen die Orientierung .</p>
<p><b>Ao 4-5 Bewertung arch. Grundstruktur</b></p> <p>+2 sehr gute Orientierung für BW durch übersichtliche Grundstruktur</p> <p>0 gute Orientierung für BW</p> <p>-2 keine gute Orientierung für BW</p>	<p>Planungsempfehlung B. Wikström: eine einfache übersichtliche arch Grundstruktur ist für BW und Personal besser zu benützen und bietet BW das notwendige Sicherheitsgefühl.</p>
<p><b>Ao 5-1 Bewertung Belegung EZ Bettenanzahl/Zimmergesamtbelegung</b></p> <p>+2 Verhältnis Person/Raum =3-4</p> <p>+1 Verhältnis Person/Raum =4-5</p> <p>0 Verhältnis Person/Raum =5-6</p> <p>-1 Verhältnis Person/Raum =6-7</p> <p>-2 Verhältnis Person/Raum =7-8</p>	<p>Planungsempfehlung : Einzelzimmer werden empfohlen, um auf die pers. der einzelnen BW besser eingehen zu können. Anzahl der Einzelzimmerbelegung +Doppelzimmerbelegung + Dreibettzimmerbelegung ..... etc. dividiert durch Raumgrösse . Je kleiner der Faktor desto optimaler.</p>
<p><b>Ao 6-1 Bewertung Lebensraummitgestaltungsmöglichkeit</b></p> <p>+2 sehr gute Selbstgestaltungsmöglichkeiten</p> <p>0 durchschnittliche Selbstgestaltungsmögl.</p> <p>-2 keine Selbstgestaltungsmöglichkeiten</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten&amp; altengerechte Architektur &amp; KDA : Selbstgestaltung ist für das „Wohlfühlen“ der BW extrem wichtig.</p>
<p><b>Ao 6-2 Bewertung Persönliche Gegenstände</b></p> <p>+2 pers. Gegenstände erwünscht &amp; gefördert</p> <p>0 pers. Gegenstände erlaubt</p> <p>-2 pers. nicht erwünscht</p>	<p>Fachliteratur empfiehlt pers. Gegenstände</p>
<p><b>Ao 6-3 Bewertung Zimmerselbstgestaltung</b></p> <p>+2 Zimmer selber stark gestaltet</p> <p>0 Zimmer Gemisch aus Selbstgestaltung &amp; AH Einrichtung</p> <p>-2 Zimmer nicht oder nur geringfügig selber gestaltet</p>	<p>Fachliteratur empfiehlt Möglichkeit zur Zimmerselbstgestaltung.</p>
<p><b>Ao 6-4 Bewertung krankenhaustyp. Einrichtung</b></p> <p>+2 kaum krankenhaustyp. Einrichtung</p> <p>0 krankenhaustyp. Einrichtung vorhanden</p> <p>-2 krankenhaustyp. Einrichtung überwiegt</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte Architektur &amp; KDA : wohnliche Einrichtung wird krankenhaustypischer Einrichtung vorgezogen.</p>

<p><b>Ao 6-5 Bewertung pers. Gegenstände Stationsbad</b></p> <p>+2 Möglichkeit Persönliche Gegenstände im Stationsbad unterzubringen</p> <p>0 Persönliche Gegenstände im Stationsbad erlaubt</p> <p>-2 Persönliche Gegenstände im Stationsbad nicht erwünscht</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte Architektur &amp; KDA : persönliche Gegenstände &amp; Aufbewahrungsmöglichkeit wird empfohlen, um das Stationsbad für BW „angenehmer“ und „wohnlicher“ erscheinen zu lassen.</p>
<p><b>Ao 7-1 Bewertung Eingangskontrolle</b></p> <p>+2 ein Eingang der kontrolliert wird bzw. sehr übersichtlicher Eingang</p> <p>0 gut überschaubarer Eingang oder Eingänge</p> <p>-2 mehrere Eingänge ohne Kontrolle</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte Architektur : Eingangskontrolle bzw. Kontrolle der dementen BW</p>
<p><b>Ao 7-2 Bewertung Eingangsbreite</b></p> <p>+2 sehr breiter Eingang von 120 cm Breite</p> <p>0 breiter Eingang mit mind. 100 cm Breite</p> <p>-2 schmaler Eingang unter 80 cm Breite</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte Architektur &amp; KDA &amp; DIN 18025: breiter Eingang von min. 1,20 m ist für Behinderte und Krankentransporte Grundvoraussetzung</p>
<p><b>Ao 7-3 Bewertung Handlauf</b></p> <p>+2 durchgehender Handlauf vorhanden &amp; Handlauf in einer Höhe von 80-90 cm und einem Handlauf von 3 bis 4,5 cm</p> <p>0 durchgehender Handlauf vorhanden oder Handlauf nicht behindertengerecht</p> <p>-2 kein durchgehender Handlauf vorhanden</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte rundlicher Handlauf in einer Höhe von 80-90 cm und einen Handlauf von 3 bis 4,5 cm</p>
<p><b>Ao 7-4 Bewertung Flurlängen</b></p> <p>+2 Flurlänge unter 20 m</p> <p>0 Flurlänge von 20 bis 35 m</p> <p>-2 Flurlänge über 35 m</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte Architektur : möglichst kurze Flurlängen.</p>
<p><b>Ao 7-5 Bewertung übersichtliche Wegführung</b></p> <p>+2 sehr übersichtliche Wegführung vorhanden</p> <p>0 übersichtliche Wegführung vorhanden</p> <p>-2 keine übersichtliche Wegführung</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte Architektur : leicht erfassbare, übersichtliche Struktur &amp; Wegführung.</p>
<p><b>Ao 7-6 Bewertung Türen leicht gängig</b></p> <p>+2 Türen leicht gängig und schwellenlos</p> <p>0 Türegängigkeit vorhanden</p> <p>-2 Türegängigkeit nicht behindertengerecht leicht gängig</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte Architektur &amp; DIN 18025: leicht gängige Türen ohne Schwelle.</p>
<p><b>Ao 7-7 Bewertung Sitzgelegenheiten Lebensraum</b></p> <p>+2 Sitzgelegenheiten Lebensraum vermehrt vorhanden</p> <p>0 Sitzgelegenheiten Lebensraum teilweise vorhanden</p> <p>-2 Sitzgelegenheiten Lebensraum nicht vorhanden</p>	<p>Planungsempfehlung S. Heeg: Sitzgelegenheiten und Sitznischen vermitteln das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit.</p>
<p><b>Ao 7-8 Bewertung Treppe geradläufig</b></p> <p>+2 Treppenlauf geradläufig</p> <p>0 Treppenlauf z.T geradläufig</p> <p>-2 Treppenlauf nicht geradläufig</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte Architektur &amp; KDA : eine geradläufige Treppe ist für alte BW besser zu begehen</p>
<p><b>Ao 7-9 Bewertung Treppe abgesichert</b></p> <p>+2 Treppen abgesichert</p> <p>-2 Treppen nicht abgesichert</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte Architektur &amp; KDA : aufgrund verwirrter BW wird eine Absicherung der Treppe empfohlen.</p>
<p><b>Ao 7-10 Bewertung Aufzugserreichbarkeit</b></p> <p>+2 Aufzug gut erreichbar</p> <p>-2 Aufzug nicht gut erreichbar</p>	<p>Planungsempfehlung für behinderten &amp; altengerechte Architektur &amp; KDA : gute Erreichbarkeit der Haupterschliessung</p>

<b>Ao 7-11 Bewertung Lesbarkeit Aufzugsanzeige</b> +2 Aufzugsanzeige gut lesbar -2 Aufzugsanzeige nicht gut lesbar	Planungsempfehlung KDA : gute Lesbarkeit der Aufzugsanzeige für BW mit Sehschwächen.
<b>Ao 7-12 Bewertung Klappsitz Aufzug</b> +2 Klappsitz Aufzug vorhanden -2 Klappsitz Aufzug nicht vorhanden	Planungsempfehlung KDA : Klappsitz im Aufzug für schwächere BW.
<b>Ao 7-13 Bewertung Fensterabsicherung</b> +2 Fensterabsicherung vorhanden -2 Fensterabsicherung nicht vorhanden	Planungsempfehlung KDA : Fensterabsicherung – Sicherheit für demente BW.
<b>Ao 7-14 Bewertung Badewannentypus</b> +2 medizinische „wohnliche“ Spezialwanne 0 medizinische Spezialwanne vorhanden -2 sehr „technische“ Wanne	laut div. Fachliteratur : Baden soll reinigen und entspannen. Je wohnlicher das Bad, desto angenehmer das Empfinden für die BW.
<b>Ao 7-15 Bewertung Dementenrundgang</b> +2 Dementenrundgang vorhanden – 0 Dementenrundgang teilweise vorhanden -2 Dementenrundgang nicht vorhanden	aufgrund des zu erwartenden hohen Dementenanteils ist ein spez. Rundgang zu empfehlen, um der motorischen Unruhe gerecht zu werden.
<b>Bo 1-1 Bewertung Luftqualität</b> +2 Luftqualität gut 0 Luftqualität mittel -2 Luftqualität schlecht	Expertenwahrnehmung
<b>Bo 1-2 Bewertung Feuchtigkeit</b> +2 Feuchtigkeit 40-60 % 0 Feuchtigkeit 30-40 %, 60-70 %, -2 Feuchtigkeit unter 30 % und über 70 %	österreich. Institut für Baubiologie und Bauen für Betagte und Behinderte“ / 5.5.1 Raumklima empfiehlt 40-60 % relative Luftfeuchtigkeit
<b>Bo 1-3 Bewertung Temperatur</b> +2 Temperatur 24 Grad +1 Temperatur 23 und 25 Grad 0 Temperatur 22 und 26 Grad -1 Temperatur 21 und 27 Grad -2 Temperatur 20 und 28 Grad	Planungsempfehlung KDA : optimaler Wert um die 24 Grad für alte Menschen mit leichter Bekleidung, welche sich wenig bewegen.
<b>Bo 2-1 Bewertung Materialien</b> +2 Materialwahl sehr reizvoll 0 Materialwahl reizvoll -2 Materialwahl unbefriedigend	Planungsempfehlung S. Heeg & „Bauen für Betagte und Behinderte“ / 5.1.2 Kriterien zur Auswahl von Materialien : reizvolle haptische Materialien
<b>Bo 2-3 Bewertung Beleuchtungsstärke</b> +2 Beleuchtungsstärke über 800lx +1 Beleuchtungsstärke 600 bis 800 lx 0 Beleuchtungsstärke 400 bis 600 lx -1 Beleuchtungsstärke 400 bis 200 lx -2 Beleuchtungsstärke unter 200lx	In Loeschke/Pourat wird eine der Verdoppelung der in den Normen vorgegebenen Beleuchtungsstärken angeraten. Ein Wert von 800 lx rät Prof. Mahdavi/TU Wien.
<b>Bo 2-4 Bewertung Ausstattung/Oberflächen</b> +2 Ausstattung/Oberflächen optimal kontrastreich +1 Ausstattung/Oberflächen hell 0 Ausstattung/Oberflächen durchschnittlich -1 Ausstattung/Oberflächen dunkel -2 Ausstattung/Oberflächen sehr dunkel / sehr hell	Expertenwahrnehmung
<b>Bo 2-5 Bewertung Blendungspotential</b> +2 Blendungspotential sehr niedrig +1 Blendungspotential niedrig 0 Blendungspotential durchschnittlich -1 Blendungspotential erhöht -2 Blendungspotential sehr hoch	Planungsempfehlung B. Wikström: empfiehlt blendfreie Beleuchtung

<b>Bo 2-6/1s Bewertung Grösse der Fensterfläche</b> +2 Fensterfläche grösser als 40% Grundfläche +1 Fensterfläche grösser als 30% Grundfläche 0 Fensterfläche grösser als 20% Grundfläche -1 Fensterfläche grösser als 10% Grundfläche -2 Fensterfläche kleiner als 10% Grundfläche	Planungsempfehlung für behinderten & altengerechte Architektur & KDA : grosse Fensterflächen, um einen „Fenster“ zur Aussenwelt gerade für bettlägrige BW zu schaffen .
<b>Bo 2-6/2s Bewertung natürliche Belichtung Stationsbad</b> +2 natürliche Belichtung vorhanden -2 natürliche Belichtung nicht vorhanden	Planungsempfehlung für behinderten & altengerechte Architektur & KDA : natürliche Belichtung wird empfohlen, steigert wohnliche Badatmosphäre.
<b>Bo 2-7s Bewertung Aussicht</b> +2 schöne Natur (mit Leben) +1 Kinderspielplatz 0 andere Häuser -1 Wiese ohne Leben -2 unattraktiver Innenhof (ohne Leben, ohne Grün)	Planungsempfehlung für behinderten & altengerechte Architektur & KDA : attraktive Aussicht ist positiv zu bewerten.
<b>Bo 3-1 Bewertung Hintergrundgeräuschpegel</b> +2 Hintergrundgeräuschpegel um 25 dB(A) +1 Hintergrundgeräuschpegel 25 bis 30 dB(A) 0 Hintergrundgeräuschpegel 30 bis 40 dB(A) -1 Hintergrundgeräuschpegel 40 bis 50 dB(A) -2 Hintergrundgeräuschpegel über 50 dB(A)	Bewertungsgrundlage Prof. Mahdavi/TU Wien.
<b>Bo 3-2 Bewertung Akustischer Eindruck</b> +2 akustischer Eindruck optimal trocken/dumpf +1 akustischer Eindruck trocken/dumpf 0 akustischer Eindruck normal -1 akustischer Eindruck hallig -2 akustischer Eindruck sehr hallig / zu trocken	Expertenwahrnehmung
<b>Co 1-1 Bewertung Arztfrequenz</b> +2 Arztfrequenz ausreichend -2 Arztfrequenz nicht ausreichend	ausreichende Arztfrequenz Grundvoraussetzung
Co 1-2 Pflegemöglichkeit– keine Bewertung möglich	
<b>Co 1-3 Bewertung Pflegeangebot</b> +2 sehr gutes Pflegeangebot (Mischung Böhm, Feil..etc.) 0 ausreichendes Pflegeangebot (Standard + Therapiewahlmöglichkeiten) -2 schlechtes Pflegeangebot ( Minimalangebot )	ausreichendes Pflegeangebot Grundvoraussetzung
<b>Co 1-4 Bewertung Therapieangebot</b> +2 sehr gutes Therapieangebot 0 ausreichendes Therapieangebot -2 schlechtes Therapieangebot	ausreichendes Therapieangebot sollte Grundvoraussetzung sein.
<b>Co 1-5 Bewertung Gruppenbetreuung</b> +2 Gruppenbetreuung vorhanden 0 Gruppenbetreuung teilweise vorhanden -2 Gruppenbetreuung nicht vorhanden	Planungsempfehlung KDA : Gruppenbetreuung positiv
<b>Co 1-6 Bewertung Pflegeeinheitsgrösse</b> +2 Pflegeeinheitsgrösse 8-15 BW 0 Pflegeeinheitsgrösse 15 -25 BW -2 Pflegeeinheitsgrösse über 25 BW	Planungsempfehlung KDA : Pflegeeinheitsgrösse um 15 BW.
<b>Co 1-7 Bewertung Pflegeeinheitszusammensetzung</b> +2 Pflegeeinheitszusammensetzung nicht durchmischt -2 Pflegeeinheitszusammensetzung durchmischt	Bewertung : Experten streiten sich über Durchmischung . Bei einer Durchmischung kann es zu Konflikten von „rüstigen“ BW und dementen BW kommen.

<b>Co 1-8 Bewertung Fixe Betreuungsgruppe</b> +2 fixe Betreuung vorhanden 0 fixe Betreuung teilweise vorhanden -2 fixe Betreuung nicht vorhanden	Planungsempfehlung KDA : Fixe Betreuungsgruppe positiv
<b>Co 1-9 Bewertung Demente BW aller Stadien</b> +2 Demenztauglich -2 nicht Demenztauglich	Expertenwahrnehmung
<b>Co 1-10 Bewertung flexible Mahlzeiteinnahme</b> +2 flexible Mahlzeiteinnahme möglich 0 flexible Mahlzeiteinnahme teilweise möglich -2 flexible Mahlzeiteinnahme nicht möglich	Planungsempfehlung KDA : flexible Mahlzeiteinnahme positiv, da so auf die indiv. Bedürfnisse eingegangen werden kann.
<b>Co 2-1 Bewertung Aktivitätsangebot</b> +2 sehr gutes Aktivitätsangebot 0 ausreichendes Aktivitätsangebot -2 schlechtes Aktivitätsangebot	sehr gutes Aktivitätsangebot ist positiv zu bewerten
<b>Co 2-2 Bewertung Häufigkeit Aktivitäten</b> +2 wöchentlich 0 monatlich -2 weniger als monatlich	häufige Aktivitäten sind positiv zu bewerten
<b>Co 2-3 Besucherfrequenz</b> +2 sehr oft +1 oft 0 durchschnittlich -1 selten -2 nie	
<b>Co 2-4 Kontaktaufnahme Umwelt</b> +2 sehr oft +1 oft 0 durchschnittlich -1 selten -2 nie	
<b>Co 2-5 Tätigkeiten Aufenthaltsraum</b> +2 Aufenthaltsraum ist Lebensmittelpunkt mit zahlr. Aktivitäten 0 durchschnittliches Angebot im Aufenthaltsraum -2 Aufenthaltsraum nur stundenweise genutzt/ kaum Angebot	

## Definition von subjektiven Indikatoren

<p><b>As 2 - 1 Bewertung Pflegezimmer</b></p> <p>+2 Pflegezimmer ausgezeichnet          +1 Pflegezimmer gut          0 Pflegezimmer durchschnittlich          -1 Pflegezimmer nicht so gut          -2 Pflegezimmer schlecht</p>	
<p><b>As 2 - 2 Bewertung Lebensraum BW</b></p> <p>+2 Lebensraum BW ausgezeichnet          +1 Lebensraum BW gut          0 Lebensraum BW durchschnittlich          -1 Lebensraum BW nicht so gut          -2 Lebensraum BW schlecht</p>	
<p><b>As 2-3 Bewertung Lebensraum vom Personal</b></p> <p>+2 Lebensraum vom Personal ausgezeichnet          +1 Lebensraum vom Personal gut          0 Lebensraum vom Personal durchschnittlich          -1 Lebensraum vom Personal nicht so gut          -2 Lebensraum vom Personal schlecht</p>	
<p><b>As 2-4 Bewertung bauliche Mängel</b></p> <p>+2 bauliche Mängel nicht vorhanden          0 bauliche Mängel teilweise vorhanden          -2 bauliche Mängel vorhanden</p>	
<p><b>As 4-1 Bewertung Blickverbindung Schwesternstützpunkt-Aufenthaltsraum</b></p> <p>+2 Blickv. Schwesternst Aufenthalts.ausgezeichnet          +1 Blickv. Schwesternst.-Aufenthaltsraum gut          0 Blickv. Schwesternst.- Aufenthaltsr.durchschnittlich          -1 Blickv. Schwesternst.-Aufenthaltsraum nicht so gut          -2 Blickv. Schwesternst.-Aufenthaltsraum schlecht</p>	
<p><b>As 4-2 Bewertung Orientierung BW</b></p> <p>+2 gute Orientierung          0 zufriedenstellende Orientierung          -2 schlechte Orientierung</p>	
<p><b>As 4-3 Bewertung Orientierung Besucher</b></p> <p>+2 gute Orientierung          0 zufriedenstellende Orientierung          -2 schlechte Orientierung</p>	
<p><b>As 5-1 Bewertung Zufriedenheit Zimmer (Zimmerränge &amp; Belegung)</b></p> <p>+2 Bewertung Zufriedenheit Zimmer ausgezeichnet          +1 Bewertung Zufriedenheit Zimmer gut          0 Bewertung Zufriedenheit Zimmer gut          -1 Bewertung Zufriedenheit Zimmer nicht so gut          -2 Bewertung Zufriedenheit Zimmer schlecht</p>	



<b>As 6-1 Bewertung Lebensraumgestaltungsmöglichkeiten</b> +2 Mitgestaltungsmöglichkeit ausgezeichnet +1 Mitgestaltungsmöglichkeit gut 0 Mitgestaltungsmöglichkeit gut -1 Mitgestaltungsmöglichkeit nicht so gut -2 Mitgestaltungsmöglichkeit schlecht	
<b>As 6-2 Bewertung Persönliche Gegenstände</b> +2 Befürwortung von persönlichen Gegenständen 0 teilweise Befürwortung von pers. Gegenständen -2 keine Befürwortung von pers. Gegenständen .	
<b>As 7-1 Bewertung Barrieren</b> +2 keine Barrieren AH 0 teilweise Barrieren AH -2 Barrieren AH vorhanden	
<b>As 7-2 Bewertung Öffenbarkeit Tür</b> +2 Öffenbarkeit Tür behindertengerecht 0 Öffenbarkeit Tür teilweise behindertengerecht -2 Öffenbarkeit Tür nicht behindertengerecht	
<b>As 7-3 Bewertung Barrieren Flur/Treppenhaus</b> +2 keine Barrieren Flur/Treppenhaus 0 teilweise Barrieren Flur/Treppenhaus -2 Barrieren Flur/Treppenhaus vorhanden	
<b>As 7-4 Bewertung Erreichbarkeit Zimmer</b> +2 Erreichbarkeit im Zimmer behindertengerecht 0 Erreichbarkeit im Zimmer teilweise behindertengerecht -2 Erreichbarkeit im Zimmer nicht vorhanden	
<b>As 7-5 Bewertung Erreichbarkeit Bad</b> +2 Erreichbarkeit im Bad behindertengerecht 0 Erreichbarkeit im Bad teilweise behindertengerecht -2 Erreichbarkeit im Bad nicht vorhanden	
<b>As 7-6 Bewertung Sicherheit im AH</b> +2 Sicherheit im AH vorhanden 0 Sicherheit im AH teilweise vorhanden -2 Sicherheit im AH nicht vorhanden	
<b>As 7-7 Bewertung Sturzgefahr Zimmer</b> +2 Sturzgefahr im Zimmer nicht vorhanden 0 Sturzgefahr im Zimmer teilweise vorhanden -2 Sturzgefahr im Zimmer vorhanden	
<b>Bs 1-1 Bewertung Temperatur</b> +2 Temperatur genau richtig 0 Temperatur zufriedenstellend -2 Temperatur schlecht (zu kalt oder warm)	
<b>Bs 1-2 Bewertung Luftqualität</b> +2 Luftqualität genau richtig 0 Luftqualität ausreichend -2 Luftqualität schlecht (zu kalt oder warm)	
<b>Bs 2-1 Bewertung Tageslichtverhältnisse</b> +2 Tageslichtverhältnisse genau richtig 0 Tageslichtverhältnisse ausreichend vorhanden -2 Tageslichtverhältnisse schlecht	

<b>Bs 2-2 Bewertung Aussicht</b> +2 gute Aussicht vom Bett zum Fenster 0 zufriedenstellende Aussicht vom Bett zum Fenster -2 schlechte Aussicht vom Bett	
<b>Bs 3-1 Bewertung Geräuschbelästigung</b> +2 Geräuschbelästigung nicht vorhanden 0 Geräuschbelästigung teilweise vorhanden -2 Geräuschbelästigung vorhanden	
<b>Cs 1-1 Bewertung Pflegeangebot</b> +2 Pflegeangebot gut 0 Pflegeangebot ausreichend -2 Pflegeangebot schlecht	
<b>Cs 1-2 Bewertung ärztliche Versorgung</b> +2 ärztliche Versorgung gut 0 ärztliche Versorgung zufriedenstellend -2 ärztliche Versorgung schlecht	
<b>Cs 1-3 Bewertung Kontakt Pflegestützpunkt</b> +2 guten Kontakt zum Pflegestützpunkt 0 Kontakt zum Pflegestützpunkt teilweise -2 keinen Kontakt zum Pflegestützpunkt	
<b>Cs 1-4 Bewertung Arbeitsbedingung Personal</b> +2 Arbeitsbedingung Personal ausgezeichnet +1 Arbeitsbedingung Personal gut 0 Arbeitsbedingung Personal weiss nicht genau -1 Arbeitsbedingung Personal zufriedenstellend -2 Arbeitsbedingung Personal schlecht	
<b>Cs 2-1 Bewertung Aktivitätsangebot</b> +2 Aktivitätsangebot gut 0 Aktivitätsangebot teilweise genügend -2 Aktivitätsangebot schlecht	
<b>Cs 2-2 Bewertung Kontakte</b> +2 Kontakte gut 0 Kontakte teilweise -2 Kontakte schlecht	
<b>Cs 2-3 Bewertung Besucherfrequenz</b> +2 öfters Besuch ja 0 öfters Besuch teilweise -2 öfters Besuch nein	

## **Anhang B**

---

### **1. Erhebungsbögen**

An dieser Stelle werden die Erhebungsbögen für die objektive und subjektive Befragung angeführt.

1. Allgemeine Information

1.1 Erhebungsdatum & Erhebungsuhrzeit \_\_\_\_\_

1.2 Adresse AH: .....  
.....  
\_\_\_\_\_

1.3 Entstehungsjahr/Datum des Einzugs: \_\_\_\_\_

1.4 Architekt: \_\_\_\_\_

1.5 Anzahl der Betten? \_\_\_\_\_ Betten  
Einzelzimmer  
Doppelzimmer  
Mehrbettzimmer

1.6 Anzahl der momentanen Bewohner: \_\_\_\_\_ Personen  
weibliche Bewohner \_\_\_\_\_  
männliche Bewohner \_\_\_\_\_

1.7 Wieviel BW folgender BW-Gruppen sind im AH ?  
Plegestufe 0 -----  
Plegestufe 1 -----  
Plegestufe 2 -----  
Plegestufe 3 -----  
Plegestufe 4 -----  
Plegestufe 5 -----  
Plegestufe 6 -----  
Plegestufe 7 -----

## 2. Erhebung „Service“ /Heimleitung & Info durch AH-Personal

2.1 Wieviel Personen stehen für folgende Aufgaben zur Verfügung? (bewilligte Stellen)

Mediziner	_____	Personen
Pfleger / Pflegehelfer	_____	Personen
Therapeuten	_____	Personen
Sozialarbeiter	_____	Personen
Wirtschaftszweig	_____	Personen

2.2 Wie hoch ist die Frequenz der Arztbesuche?

Wöchentlich       Vierzehntägig       Monatlich       sonstiges

2.3 Welche Pflegemöglichkeiten gibt es im AH ?

Teilstationäre Pflege- (=Kurzzeitpflege, Tagespflege, Nachtpflege)       Stationäre Pflege

2.4 Welche Pflegekonzept kommt zur Anwendung? (Böhm, Feil...?)

\_\_\_\_\_

2.5 Welche Therapien werden angeboten ?

\_\_\_\_\_

2.6 Wird bei Ihnen in „Gruppen“ ( „Haushalten“, „Familien“ ) betreut ?

Ja       Teilweise       Nein

2.7 Wie gross ist eine Pflegeeinheit?

8 BW und weniger       8-16 BW       16-26 BW       26-36 BW       mehr als 36 BW

2.8 Wie setzt sich eine Pflegeeinheit zusammen?

Durchmischung von verschiedenen Pflegefällen verschiedener Altersstufen  
 Gruppierungen in dement und nicht demente BW  
 Gruppierung nach Alter der BW

2.9 Wird die „Gruppe“ durch sichtbare Merkmale definiert ?

Jede Gruppe eine andere Farbe im Wohnbereich / Andere Möblierung / Durch Symbole/Schilder       Nein       Sonstiges

2.10 Werden die BW von einer fixen Betreuungsgruppe versorgt ?

Ja       Teilweise       Nein

2.11 Ermöglicht ihr AH eine Unterbringung von dementen Bewohnern in allen Stadien?

Ja  Teilweise  Nein

2.12 Können die Mahlzeiten zu flexiblen Zeiten eingenommen werden ?

Ja  Teilweise  Nein

2.13 Welche Aktivitäten werden angeboten?

Sport/Therapien  Ausflüge  Feste  Kochen/Backen  Handarbeiten/Vorlesen  Sonstiges

2.14 Welche Art von Küche gibt es - welches Versorgungssystem ist vorhanden ?

Zentralküche, ( Versorgung durch AH)  
 Vorbereitungsküche (Teilversorgung durch AH)  
 Anlieferung der Mahlzeiten durch eine externe Küche (Versorgung nicht im AH)

2.15 Fragen zur Infrastruktur :

Gibt es folgende Einrichtungen/Institutionen in Ihrem AH?

1.Frisör	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
2.Öffentliches Cafe	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
3.Beratungsstellen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
4.Kapelle/Andachtsraum	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
5.Teeküche für Besucher	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
6.Therapieräume	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
7.Snoezeleraum	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
8.öffentl. Bibliothek	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
9.öffentl. Post	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
10.Kinderbetreuung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
11.Übernachtungsmögl. für Besucher	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
12.Totenraum	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstiges		

---

---

### 3. Erhebung der AH-Räume (Architektur)

#### R3a Eingangsbereich

3.1 Fläche \_\_\_\_\_ qm  
Raummasse (Breite/Länge/Höhe) \_\_\_\_\_

3.2 Material Boden \_\_\_\_\_ Material Decke \_\_\_\_\_ Material Wand \_\_\_\_\_

3.3 Farbe Boden \_\_\_\_\_ Farbe Decke \_\_\_\_\_ Farbe Wand \_\_\_\_\_

3.4 Luftqualität ?  
O Gut O Mittel O Schlecht

3.5 Temperatur ? (messen)  
\_\_\_\_\_ Grad

3.6 Feuchtigkeit ? (messen)  
\_\_\_\_\_ %

3.7 Hintergrundgeräuschpegel ? (messen) \_\_\_\_\_ dB(A)  
Geräteeinstellung FL95 (FSPL um evtl. Spitzen zu messen)

3.8 Akustischer Eindruck ?  
O sehr hallig O hallig O normal O trocken/dumpf O zu trocken/dumpf

3.9 Beleuchtungsstärke \_\_\_\_\_ lx  
Geräteeinstellung LX2000/ gemessen mit eingesch. künstl. Beleuchtung

3.10 Ausstattung/Oberflächen?  
O sehr dunkel O dunkel O durchschnittlich O hell O sehr hell

3.11 Blendungspotential vorhanden?  
O sehr hoch O erhöht O durchschnittlich O niedrig O sehr niedrig

Spezifische Fragen den Raum betreffend

S1 Wie wird der Eingang kontrolliert ? (Gibt es einen Portier/Rezeption ?)  
O Nein OJa O Sonstiges ( Überwachung / Video, Kontrolchip etc.)

S2 Öffnungsmechanismus Tür? (Breiten der Tür\_\_\_\_\_m)  
O automatisch O zweiflügelig O einflügelig



## R3b Flur

3.1 Fläche \_\_\_\_\_qm  
Raummasse (Breite/Länge/Höhe) \_\_\_\_\_

3.2 Material Boden \_\_\_\_\_ Material Decke \_\_\_\_\_ Material Wand \_\_\_\_\_

3.3 Farbe Boden \_\_\_\_\_ Farbe Decke \_\_\_\_\_ Farbe Wand \_\_\_\_\_

3.4 Luftqualität ?  
O Gut O Mittel O Schlecht

3.5 Temperatur ? (messen)  
\_\_\_\_\_ Grad

3.6 Feuchtigkeit ? (messen)  
\_\_\_\_\_ %

3.7 Hintergrundgeräuschpegel ? (messen) \_\_\_\_\_dB(A)  
Geräteeinstellung FL95 (FSPL um evtl. Spitzen zu messen)

3.8 Akustischer Eindruck ?  
O sehr hallig O hallig O normal O trocken/dumpf O zu trocken/dumpf

3.9 Beleuchtungsstärke \_\_\_\_\_lx  
Geräteeinstellung LX2000/ gemessen mit eingesch. künstl. Beleuchtung

3.10 Ausstattung/Oberflächen?  
O sehr dunkel O dunkel O durchschnittlich O hell O sehr hell

3.11 Blendungspotential vorhanden?  
O sehr hoch O erhöht O durchschnittlich O niedrig O sehr niedrig

Spezifische Fragen den Raum betreffend

S3 Durchgehender Handlauf vorhanden  
 Ja  Nein

S4 Handlaufhöhe: \_\_\_\_\_ cm ideal 85 cm !  
Handlaufdurchmesser: \_\_\_\_\_ cm ideal 3,5-4,5 cm Durchmesser !

S5 Institutioneller Flurcharakter durch Aneinanderreihung von gleich gestalteten Türen ?  
 Ja  Teilweise  Nein

S6 Übersichtliche Wegführung ?  
 Ja  Teilweise  Nein

S7 Türen leicht gängig, schwellenlos?  
 Ja  Teilweise  Nein

S8 Sitzgelegenheiten / Sitznischen vorhanden ?  
 Ja  Teilweise  Nein

**Treppen:**

S9 Treppe abgesichert ?  
 Ja  Nein

**Aufzüge:**

S10 Ist der Aufzug stufenlos vom Eingang zu erreichen?  
 Ja  Teilweise  Nein

S11 Ist die optische Anzeige gut ablesbar?  
 Ja  Nein

S12 Klappsitz vorhanden ?  
 Ja  Nein

### R3c Pflegeheimzimmer

3.1 Fläche \_\_\_\_\_ qm  
Raummasse (Breite/Länge/Höhe) \_\_\_\_\_

3.2 Material Boden \_\_\_\_\_ Material Decke \_\_\_\_\_ Material Wand \_\_\_\_\_

3.3 Farbe Boden \_\_\_\_\_ Farbe Decke \_\_\_\_\_ Farbe Wand \_\_\_\_\_

3.4 Luftqualität ?  
 Gut  Mittel  Schlecht

3.5 Temperatur ? (messen)  
\_\_\_\_\_ Grad

3.6 Feuchtigkeit ? (messen)  
\_\_\_\_\_ %

3.7 Hintergrundgeräuschpegel ? (messen) \_\_\_\_\_ dB(A) Geräteeinstellung FL95 (FSPL um evtl. Spitzen zu messen)

3.8 Akustischer Eindruck ?  
 sehr hallig  hallig  normal  trocken/dumpf  zu trocken/dumpf

3.9 Beleuchtungsstärke \_\_\_\_\_ lx Geräteeinstellung LX2000/ gemessen mit eingesch. künstl. Beleuchtung

3.10 Ausstattung/Oberflächen?  
 sehr dunkel  dunkel  durchschnittlich  hell  sehr hell

3.11 Blendungspotential vorhanden?  
 sehr hoch  erhöht  Odurchschnittlich  O niedrig  O sehr niedrig

Spezifische Fragen den Raum betreffend

S13 Wieviel Bettzimmer ?  
\_\_\_\_\_

S14 Wie gross ist die Fensterfläche ?  
\_\_\_\_\_

S15 Welche Aussicht hat der BW?  
 Unatraktiver Innenhof  
 andere Häuser  
 Wiese ohne „Leben“.  
 schöne Natur  
 Kinderspielplatz  
 belebte Zone  
sonstiges \_\_\_\_\_

S16 Sind Fenster nur zum Kippen /abgesichert ?  
 Nein  Ja  Fixverglasung

S17 Ist das Zimmer selbst gestaltet?  
 Ja  Teilweise  Nein

S18 Welche AH typischen Einrichtungsgegenstände enthält das Zimmer?  
 Keine  
 Krankenhaus ähnliches Pflegebett  
 Krankenhaus ähnlicher Schrank  
 Kunststofftisch & Stühle  
 sonstiges

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### R3d Stationsbad

3.1 Fläche \_\_\_\_\_ qm  
Raummasse (Breite/Länge/Höhe) \_\_\_\_\_

3.2 Material Boden \_\_\_\_\_ Material Decke \_\_\_\_\_ Material Wand \_\_\_\_\_

3.3 Farbe Boden \_\_\_\_\_ Farbe Decke \_\_\_\_\_ Farbe Wand \_\_\_\_\_

3.4 Luftqualität ?  
 Gut  Mittel  Schlecht

3.5 Temperatur ? (messen)  
\_\_\_\_\_ Grad

3.6 Feuchtigkeit ? (messen)  
\_\_\_\_\_ %

3.7 Hintergrundgeräuschpegel ? (messen) \_\_\_\_\_ dB(A)  
Geräteeinstellung FL95 (FSPL um evtl. Spitzen zu messen)

3.8 Akustischer Eindruck ?  
 sehr hallig  hallig  normal  trocken/dumpf  zu trocken/dumpf

3.9 Beleuchtungsstärke \_\_\_\_\_ lx  
Geräteeinstellung LX2000/ gemessen mit eingesch. künstl. Beleuchtung

3.10 Ausstattung/Oberflächen?  
 sehr dunkel  dunkel  durchschnittlich  hell  sehr hell

3.11 Blendungspotential vorhanden?  
 sehr hoch  erhöht  Odurchschnittlich  O niedrig  O sehr niedrig

Spezifische Fragen den Raum betreffend

- S19 Badewannentypus ?  
 Hochtechnische Edelstahlhubbadewanne  
 Normale Badewanne mit Haltegriffen  
 Medizinische Spezialwanne  
 Sonstiges.....
- S20 Gibt es Ablageflächen für die persönlichen Badeutensilien der Bewohner ?  
 Ja  Teilweise  Nein
- S21 Gibt es natürliche Belichtung durch ein Fenster ?  
 Ja  Teilweise  Nein

### R3e Aufenthaltsraum (Wohnbereich)

3.1 Fläche \_\_\_\_\_ qm  
Raummasse (Breite/Länge/Höhe) \_\_\_\_\_

3.2 Material Boden \_\_\_\_\_ Material Decke \_\_\_\_\_ Material Wand \_\_\_\_\_

3.3 Farbe Boden \_\_\_\_\_ Farbe Decke \_\_\_\_\_ Farbe Wand \_\_\_\_\_

3.4 Luftqualität ?  
 Gut  Mittel  Schlecht

3.5 Temperatur ? (messen)  
\_\_\_\_\_ Grad

3.6 Feuchtigkeit ? (messen)  
\_\_\_\_\_ %

3.7 Hintergrundgeräuschpegel ? (messen) \_\_\_\_\_ dB(A)  
Geräteeinstellung FL95 (FSPL um evtl. Spitzen zu messen)

3.8 Akustischer Eindruck ?  
 sehr hallig  hallig  normal  trocken/dumpf  zu trocken/dumpf

3.9 Beleuchtungsstärke \_\_\_\_\_ lx  
Geräteeinstellung LX2000/ gemessen mit eingesch. künstl. Beleuchtung

3.10 Ausstattung/Oberflächen?  
 sehr dunkel  dunkel  durchschnittlich  hell  sehr hell

3.11 Blendungspotential vorhanden?  
 sehr hoch  erhöht  durchschnittlich  niedrig  sehr niedrig

Spezifische Fragen den Raum betreffend

- S22 Welche Tätigkeiten sind im Aufenthaltsraum vorgesehen?  
 Essen  Spielen/lesen  Fernsehen  Sonstiges.....
- S23 Anordnung der Tische Variabel ?  
 Nein  Ja
- S24 Rundgang oder ausreichend Gangfläche für demente Bewohner vorhanden?  
 Ja  Teilweise  Nein
- S25 Besteht eine direkte Verbindung zwischen Aufenthaltsraum und Flur?  
 Ja  Teilweise  Nein
- S26 Gibt es eine (Tee)küche, wo die Besucher und Bewohner sich selber bedienen können ?  
 Nein  Ja



# Personalräume

R3f

## Schwesternstützpunkt/Stationszimmer

- 3.1 Fläche \_\_\_\_\_ qm  
Raummasse (Breite/Länge/Höhe) \_\_\_\_\_
- 3.2 Material Boden \_\_\_\_\_ Material Decke \_\_\_\_\_ Material Wand \_\_\_\_\_
- 3.3 Farbe Boden \_\_\_\_\_ Farbe Decke \_\_\_\_\_ Farbe Wand \_\_\_\_\_
- 3.4 Luftqualität ?  
 Gut       Mittel       Schlecht
- 3.5 Temperatur ? (messen)  
\_\_\_\_\_ Grad
- 3.6 Feuchtigkeit ? (messen)  
\_\_\_\_\_ %
- 3.7 Hintergrundgeräuschpegel ? (messen) \_\_\_\_\_ dB(A)      Geräteeinstellung FL95 (FSPL um evtl. Spitzen zu messen)
- 3.8 Akustischer Eindruck ?  
 sehr hallig       hallig       normal       trocken/dumpf       zu trocken/dumpf
- 3.9 Beleuchtungsstärke \_\_\_\_\_ lx      Geräteeinstellung LX2000/ gemessen mit eingesch. künstl. Beleuchtung
- 3.10 Ausstattung/Oberflächen?  
 sehr dunkel       dunkel       durchschnittlich       hell       sehr hell
- 3.11 Blendungspotential vorhanden?  
 sehr hoch       erhöht       durchschnittlich       niedrig       sehr

Spezifische Fragen die Räume betreffend falls vorhanden:

- S27 Welche Räume gibt es für das Personal
- extra Stationszimmer
  - Sozialraum mit Kaffeemaschine
  - Personalaufenthaltsraum
  - Personalraum mit Besprechungstisch
- S28 Gibt es abschliessbare Aufbewahrung von Medikamenten und Behandlungsmaterial
- Ja
  - Nein

## R3j Therapieräume

3.1 Fläche \_\_\_\_\_qm  
Raummasse (Breite/Länge/Höhe) \_\_\_\_\_

3.2 Material Boden \_\_\_\_\_ Material Decke \_\_\_\_\_ Material Wand \_\_\_\_\_

3.3 Farbe Boden \_\_\_\_\_ Farbe Decke \_\_\_\_\_ Farbe Wand \_\_\_\_\_

3.4 Luftqualität ?  
 Gut  Mittel  Schlecht

3.5 Temperatur ? (messen)  
\_\_\_\_\_ Grad

3.6 Feuchtigkeit ? (messen)  
\_\_\_\_\_ %

3.7 Hintergrundgeräuschpegel ? (messen) \_\_\_\_\_dB(A) Geräteeinstellung FL95 (FSPL um evtl. Spitzen zu messen)

3.8 Akustischer Eindruck ?  
 sehr hallig  hallig  normal  trocken/dumpf  zu trocken/dumpf

3.9 Beleuchtungsstärke \_\_\_\_\_lx Geräteeinstellung LX2000/ gemessen mit eingesch. künstl. Beleuchtung

3.10 Ausstattung/Oberflächen?  
 sehr dunkel  dunkel  durchschnittlich  hell  sehr hell

3.11 Blendungspotential vorhanden?  
 sehr hoch  erhöht  durchschnittlich  niedrig  sehr niedrig

# „SUBJEKTIVE“ ERHEBUNGSDATEN :

\_\_\_\_\_ ERHEBUNGSDATUM/UHRZEIT

\_\_\_\_\_ ADRESSE AH

## 1. Befragung der BewohnerInnen

### PERSÖNLICHE DATEN :

1.1 Name:

1.2 Welche Ausbildung haben Sie erhalten? Welchen Beruf haben Sie ausgeübt ?

1.3 Geschlecht:

Männlich

Weiblich

1.4 Alter : \_\_\_\_\_ Jahre

1.5 Wie lange wohnen sie schon im AH ? \_\_\_\_\_ Jahre

Welche Ausbildung haben Sie erhalten? Welchen Beruf haben Sie ausgeübt ?

### PERSÖNLICHE KONTAKTE:

1.6 Wie oft bekommen sie Besuch?

nie

selten

manchmal ( alle 14 Tage)

oft

sehr häufig ( 3 mal in der Woche)

1.7 Wie oft machen sie selber Besuche?

nie

selten

manchmal ( alle 14 Tage)

oft

sehr häufig ( 3 mal in der Woche)

1.8 Hätten sie gerne öfters Besuch?

Ja

Teilweise

Nein

**ZIMMER:**

- 1.9 Bewohnen Sie ein Einbettzimmer oder ein Mehrbettzimmer (wieviel Betten)?  
 Einbettzimmer  Doppelzimmer  Mehrbettzimmer
- 1.10 Wie sind Sie insgesamt mit ihrem Zimmer zufrieden ?  
 Sehr  Teilweise  Nein
- 1.11 Ist Ihr Zimmer gross genug?  
 Ja  Nein
- 1.12 Haben Sie ausreichend Tageslicht?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 1.13 Werden Sie durch Geräusche aus dem Nachbarzimmern gestört ?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 1.14 Haben Sie ihr Zimmer selber mit einrichten dürfen?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 1.15 Können Sie von ihrem Bett das Fenster sehen?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 1.16 Kommen Sie überall gut an ? Erreichen Sie alles ?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 1.17 Kommen Sie im Bad gut zurecht?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 1.18 Sind Sie schon einmal gefallen in ihrem Zimmer ?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 1.19 Ist Ihr Zimmer für Besucher gut zu finden?  
 Ja  Teilweise  Nein

- 1.20 Gibt es einen Besucherstuhl in Ihrem Zimmer?  
 Ja  Nein
- 1.21 Gibt es irgendwas, was es leichter machen würde in ihrem Zimmer zu recht zu kommen?  
 Schönere Inneneinrichtung  Grössere Fenster  Balkon  Einzelzimmer  
 Grösseres Badezimmer  Sonstiges \_\_\_\_\_
- 

**PFLEGE:**

- 1.22 Fühlen Sie sich ausreichend versorgt/gepflegt?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 1.23 Wie oft kommt der Arzt zu ihnen?  
 Nur wenn ich ihn rufe  selten  manchmal  oft  sehr häufig
- 1.24 Haben sie engen Kontakt zum Pflegestützpunkt ?  
 Ja  Teilweise  Nein

**ALTENPFLEGEHEIM (als ganzes):**

- 1.25 Fühlen sie sich in diesem Gebäude wohl ?  
 überhaupt nicht  teilweise  Ja
- 1.26 Fühlen sie sich in diesem Gebäude sicher ?  
 überhaupt nicht  teilweise  Ja
- 1.27 Fühlen sie sich „wie daheim“ ?  
 überhaupt nicht  teilweise  Ja
- 1.28 Ist Ihnen meistens zu warm zu kalt?  
 Sehr kalt  kühl  Genau richtig  etwas warm  Sehr warm
- 1.29 Hat das AH eine gute Luftqualität?  
 Ja  Teilweise  Nein

- 1.30 Sind sie im AH schon einmal gefallen?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 1.31 Finden sie sich im AH gut zurecht?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 1.32 Sind die Wohnung und Haustür gut zu öffnen?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 1.33 Gibt es irgendwelche Barrieren/hindernisse , die Sie stören?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 1.34 Gibt es bauliche Mängel im AH die abgestellt werden sollten?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 1.35 Wie würden Sie das AH insgesamt bewerten ?  
 Ausgezeichnet  Gut  Durchschnittlich  Nicht so gut  Sehr schlecht
- 1.36 Was empfinden Sie als besonders störend - was kann verbessert werden  
 grössere Fenster , bessere Aussicht  
 eigenes Telefon neben dem Bett  
 Mehr Pflanzen im AH & Zimmer  
 Mehr Körperpflege  
 Farbige Decken , Wände und Mobiliar  
 Mehr gemeinsame Aktivitäten(soweit möglich) mit den anderen Bewohnern  
 Mehr Besuch  
 Lieber Teppichboden/Holzboden und Vorhängen  
 Sehnen sich nach mehr persönl. Gegenständen.  
 Besseres Raumklima  
 Mehr Platz  
 Mehr Kontakt zum Pflegepersonal
- \_\_\_\_\_
- die Möglichkeit zu frei formulierten Aussagen zulassen ! \_\_\_\_\_
- 1.37 Gibt es genug angebotene Aktivitäten zur Freizeitgestaltung ?  
 Ja  Teilweise  Nein

**GESUNDHEIT : evtl. Krankenkarte benützen**

1.38 Wie geht es ihnen gesundheitlich?  
O Gut O Normal OSchlecht

1.39 Können sie ihre körperlichen Beschwerden nennen?  
Gehschwierigkeiten 1(minimal) 2 3 4 5 (stark)  
Schwerhörigkeit 1(minimal) 2 3 4 5 (stark)  
Blindheit 1(minimal) 2 3 4 5 (stark)  
Sprachstörungen (nicht abfragen) 1(minimal) 2 3 4 5 (stark)  
Rollstuhlfahren  
Chronisches Leiden welches?  
Diät: welche?  
Bettlägrig?  
Sonstiges?

1.40 Benutzen sie Hilfsmittel?  
O Nein O Manchmal O Ja  
Wenn ja welche ?  
O Stock, Krücke O Rollator, Rollstuhl O Leselupe, Hörgerät, ...



# „SUBJEKTIVE“ ERHEBUNGSDATEN :

\_\_\_\_\_ ERHEBUNGSDATUM

\_\_\_\_\_ ERHEBUNGSUHRZEIT

\_\_\_\_\_ ADRESSE AH

## 2. Befragung des Personals (Experten)

### PERSÖNLICHE DATEN :

- 2.1 Geschlecht:  
 Männlich  Weiblich
- 2.2 Alter : \_\_\_\_\_ Jahre
- 2.3 Wie lange arbeiten Sie schon im AH ? \_\_\_\_\_ Jahre
- 2.4 In welcher Eigenschaft arbeiten Sie im AH?
- 2.5 Welche Pflegeformen haben sie ?
- 2.6 Haben Sie eine besondere Ausbildung erhalten?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 2.7 Haben sie einen abschliessbaren Dienstraum ?  
 Ja  Teilweise  Nein
- 2.8 Wie beurteilen Sie die Blickverbindung vom zentralen Arbeitsplatz zum Bewohner?  
 Nicht wichtig  Teilweise  Sehr wichtig
- 2.9 Wie ist diese Verbindung von ihrem Arbeitsplatz zu den BW für Sie gelöst ?  
 sehr schlecht  weniger befriedigend  befriedigend  gut  ausgezeichnet

2.10 Haben sie die Bewohner schon über bauliche Mängel klagen hören?

Ja  Teilweise  Nein

2.11 Befürworten sie , dass der Bewohner so viel pers. Gegenstände in seinem Zimmer hat wie möglich ?

Ja  Teilweise  Nein

2.12 Wie beurteilen sie die Zweckmässigkeit der Räumlichkeiten für die Bewohner?

schlecht  zufriedenstellend  weiss nicht genau  gut  ausgezeichnet

2.13 Wie beurteilen sie die Arbeitsbedingungen für sich ?

schlecht  zufriedenstellend  weiss nicht genau  gut  ausgezeichnet

2.14 Kann man durch bauliche Massnahmen das AH verbessern?

Ja  Teilweise  Nein

2.15 Welche Vorschläge haben sie dazu ?

Nur Einzelzimmer  
„häuslicher“ / gemütlicher Einrichten  
grössere Aufenthaltsräume  
sonstiges

---

---

2.16 Welche Anregungen würden sie einem Architekten für die Planung eines AH geben?

---

---

## **Anhang C**

---

### **1. EVALUATIONSPROTOKOLL**

An dieser Stelle werden die Evaluationsprotokolle für die sechs erhobenen Altenpflegeheime angeführt.

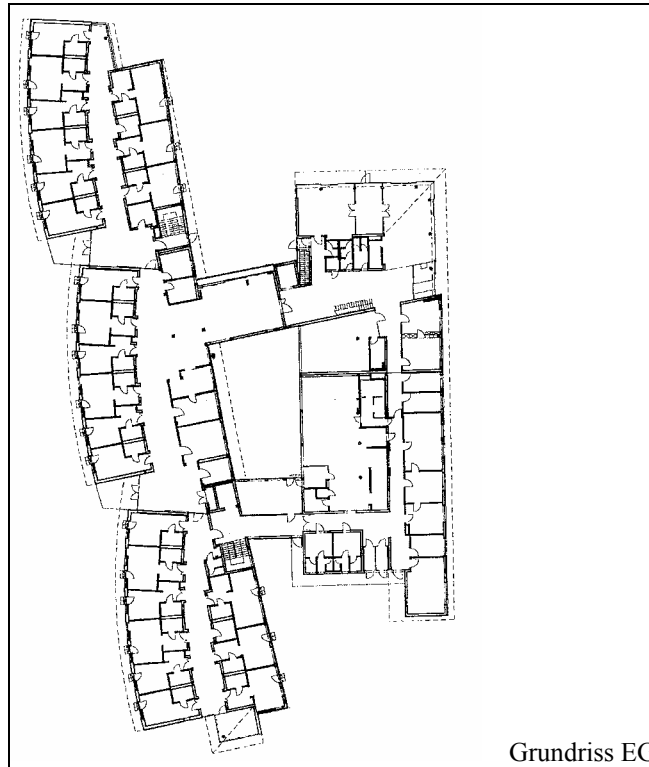
---

# **Evaluationsprotokolle der sechs Einrichtungen**

- 1. Berndorf**
- 2. Hainburg**
- 3. Mödling**
- 4. Neunkirchen**
- 5. St. Pölten**
- 6. Vösendorf**

## EVALUATIONSPROTOKOLL

### 1. ALTENPFLEGEHEIM BERNDORF



#### 1.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Adresse	Leobersdorferstr. 8, 2560 Berndorf
Inbetriebnahme	1998
Architekt	DI Gerhard Lindner
Platzzahl	36 Einzelzimmer , 36 Doppelzimmer
Geschosszahl	Eingeschossig im Eingangsbereich, dreigeschossig im Pflegebereich.
Gebäudetypologie	Der zweihöftige Pflegebereich bildet einen dreigeschossigen Baukörper, eingeschossig liegen Eingang, Cafe, Verwaltung davor. Diese zwei Einheiten sind mit „Verbindungsstegen“ verbunden.

## **1.2 IDEE UND KONZEPTION DER EINRICHTUNG**

Das Altenpflegeheim Berndorf gliedert sich baulich in zwei ablesbare Einheiten. Der Eingangsbereich, der Verwaltungs- und der Versorgungstrakt bilden eine Einheit, die Pflegestationen die zweite Einheit.

Für die Einrichtung wurde folgende Angebotsstruktur konzipiert:

- 108 Pflegeplätze für Seniorinnen & Senioren
- ein öffentliches Cafe
- Beratungsstellen
- Kapelle/Andachtsraum
- Therapieräume
- Frisör

## **1.3 ORGANISATION DER PFLEGERISCHEN UND BETREUERISCHEN VERSORGUNG**

### **1.3.1 Pflege- und Therapiekonzept**

Das Altenpflegeheim mit 108 Pflegeplätzen ist baulich und organisatorisch in drei Abteilungen unterteilt. Eine Durchmischung von verschiedenen Pflegefällen verschiedener Altersstufen findet in diesen drei Abteilungen statt.

Pflegeangebot	teilstationäre und stationäre Pflege
Betreuungseinheiten	Stationär, es wird nicht in Gruppen betreut in fixen Betreuungsgruppen für die BW
Pflegeeinheitgrösse	Gruppe 4 (26-36 BW)
Pflegekonzepte	bzw. Pflegekonzeptteile nach Krohwinkel, Oron, Böhm, Validation und basale Stimulation
Therapieangebot	Physiotherapie, Musik- und Tanztherapie, Psychotherapie

### **1.3.2 Personalausstattung und Personaleinsatz**

Folgende bewilligte Stellen stehen für folgende Aufgaben zur Verfügung:

Mediziner	1	Person
Pfleger/Pflegehelfer	43	Personen
Therapeuten	1	Person
Sozialarbeiter	1	Person
Wirtschaftszweig/Verwaltung	16,5	Personen

## **1.4 BAUBESCHREIBUNG, QUALITÄT UND NUTZUNG**

### **1.4.1 Umgebung**

Das Altenpflegeheim grenzt an den zentrumsnahen Theaterpark. Viel Grün, Wasser und eine fussläufige Verbindung zum Ortskern zeichnen die Umgebung aus. Eine optimale Lage für die BewohnerInnen und die Besucher des Heims. Ein therapeutisch angelegter Garten bietet viel Anregung für demente Bewohner. Eine gut durchdachte Freiraumgestaltung.

Foto 1 Pflegetrakt gartenseitig



### **1.4.2 Struktur des Gebäudes**

Zwei riegelförmige Bauteile durch „Brücken“ miteinander verbunden, bilden die Grundstruktur. Verwaltung, Versorgung, Cafe, Frisör und Kapelle befinden sich in dem kompakten vorgelagerten Eingangs-Trakt, die div. Pflegebereiche sind fingerförmig um eine Mitte angeordnet und befinden sich in zweitem dahinter liegendem Pflegetrakt Baukörper. Dieser Pflegetrakt ist in drei

Bereichen um eine gemeinsame Mitte herum gegliedert. Diese „gemeinsame Mitte“ beinhalten den Schwesternstützpunkt und den zentralen Aufenthaltsbereich für eine Station. Leider liegen die Randbereiche weit von dieser „Mitte“ entfernt, so dass lange Wege für die Schwestern entstehen. Die Pflegezimmer sind zweihüftig angelegt, so dass eine künstl. Beleuchtung die Gänge erhellen muss und Ausblicke vom Gang in den Aussenbereich nicht möglich sind.

### 1.4.3 Eingangsbereich und Halle

Der Eingang liegt zentral am angrenzenden Parkgelände und ist gleichzeitig Eingang zum Cafe. Der unspektakulär gestaltete Eingang besitzt keinen institutionellen Charakter und wirkt daher einladend. Die Ver- und Entsorgung findet zwischen den beiden Riegeln statt und „belastet“ den Eingangsbereich nicht. Nach dem Betreten des Gebäudes gelangt man in eine Eingangshalle/Foyer, von der aus die wesentlichen Gebäudeteile erschlossen werden. In ihrer Gestaltung und Grösse vermittelt die Halle eine angenehme Atmosphäre. Dies ist bedingt durch einen hellen Boden, den Holzverkleidungen und viel Licht, welches durch die runden Oberlichter fällt. Zusätzlich führt aus der Halle zur Erschliessung der Pflegegeschosse eine offene Treppe nach oben.

Foto 2 & 3 Eingang & Foyer





#### 1.4.4 Allgemeine Gemeinschaftsbereiche

Ein öffentliches Cafe mit div. angrenzenden Veranstaltungsräumen kann vielfältig genutzt werden. Kappelle/Andachtsraum bieten Räume zur Besinnung.

Foto 4 & 5 Cafe



#### 1.4.5 Pflegebereiche

##### Individualbereich

Das Pflegezimmer ist gegliedert durch einen Vorraum inkl. Schrank, ein eigenes kl. Badezimmer und den indiv. Wohnraum, in welchem sich ein Bett, Nachtkasten, Regal, Tisch und Stuhl als Grundausstattung befindet (Standardausstattung). Der Zuschnitt der Zimmer ist rechteckig. Der Sanitärbereich liegt jeweils neben dem Eingang und wird von einem Vorflur aus erschlossen. Grosszügige Fensterflächen lassen einen Ausblick ins Grüne zu und versorgen den Raum mit ausreichend Tageslicht. Auffällig ist eine freundliche und farbenfrohe Gestaltung. Auch die Möglichkeit indiv. Möbel (allerdings nur kleiner Objekte) im kl. Zimmer oder vor der Zimmertür zu platzieren, fällt positiv auf.

Foto 6 & 7 Pflegezimmer



### **Flure und halböffentlicher Bereich**

Die zweispännig angeordneten Räume im Pflegetrakt lassen leider lange z. T. tageslichtarme Gänge entstehen. Auch die z. T. sehr motivierte Gestaltung dieser Bereiche können dieses Manko nur schwer „vertuschen“.

Positiv fällt die Vielfalt der diversen Aufenthaltsbereiche an diesen langen Gängen auf. Gerade zwischen den einzelnen baulichen Einheiten bieten diese Bereiche viel Ausblick ins Grüne.

Foto 8 & 9 Sitzmöglichkeiten im Flur



### **Aufenthaltsbereiche**

Mehrere freundliche, helle Aufenthaltsbereiche mit guter Aussicht in die Umgebung schaffen angenehme Bereiche für die BW. Das Personal versucht mit vielen Ideen (Erinnerungswand, Lehnssessel, Ahnengalerie etc.) die Bereiche noch wertvoller d.h. wohnlicher und anregender zu gestalten.

Foto 10, 11, 12, diverse Aufenthaltsbereiche



#### 1.4.6 Betriebsräume

Das Dienstzimmer des Pflegepersonals liegt zentral in der „Mitte“. Neben dem Stützpunkt gibt es ein Personaldienstzimmer und Pflegearbeitsraum.

Der Pflegestützpunkt ist offen und raumübergreifend konzipiert. Problematisch ist die „Übergriffsmöglichkeit“ durch demente BewohnerInnen. Ein verschliessen von wichtigen Unterlagen sollte gewährleistet sein.

Foto 14 Dienstzimmer und "Personalaufenthalt"



Foto 15 & 16 Schwesternstützpunkt



## **2. BEWERTUNG UND ANREGUNG**

### **2.1 ALLGEMEIN**

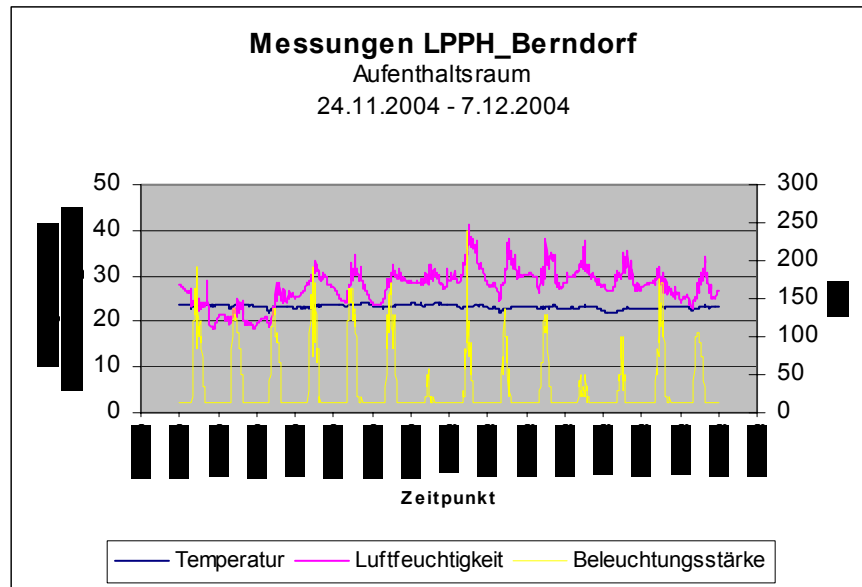
Die Einrichtung zeichnet sich durch eine optimale Lage und einen positiven Gesamteindruck aus. Die Differenzierung zwischen Eingangszone, Versorgungs- & Entsorgungszone zwischen den Baukörpern und dem Pflgetrakt ist ein konzeptionell überzeugender Lösungsvorschlag. Das neben dem Eingang gelegene Cafe ist mehrfach zu nutzen und trägt wesentlich zur angenehmen uninstitutionellen Eingangssituation des gesamten AH bei. Positiv fällt die motivierte Gestaltung der „öffentlichen Bereiche“ (Gang) auf, eine zugleich problematische Zone des Altenpflegeheims.

„Erinnerungsgegenstände“ laden die Bewohner ein sich mit der Gestaltung zu beschäftigen und geben Orientierungshilfen. Die langen Arbeitswege für das Personal sind jedoch beschwerlich. Auch die Lichtqualität der Gänge könnte besser gelöst sein. Auf blendfreie, gleichmässige und schattenarme Ausleuchtung ist zu achten.

## 2.2 DARSTELLUNG DER MESSERGEBNISSE

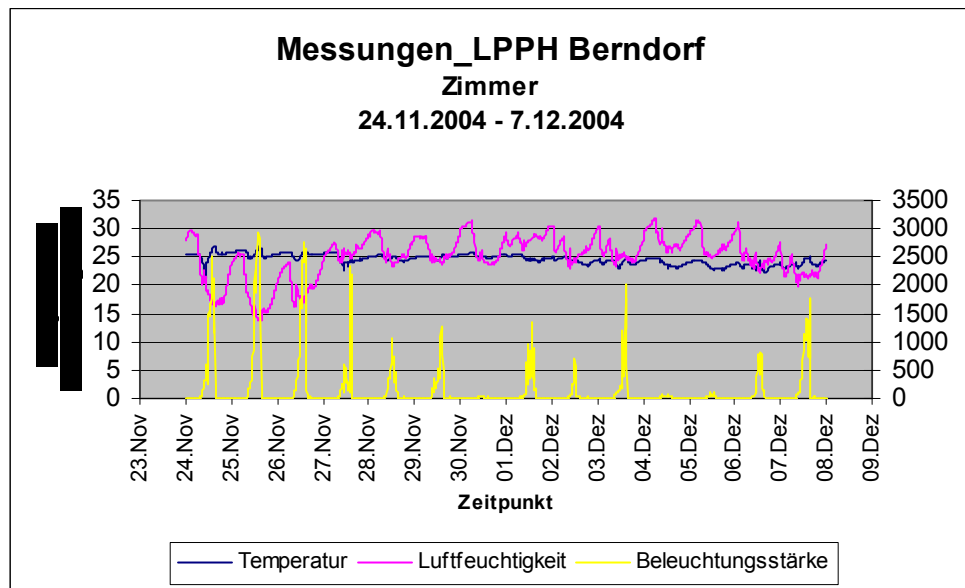
In jedem Raum wurden Temperatur, Feuchtigkeit und Hintergrundgeräuschpegel über einen längeren Zeitraum gemessen. Einen Überblick der Messergebnisse wird in Abb. 17 dargestellt.

Abb. 17 Messung Aufenthaltsraum Berndorf



Auffällig ist die stark differenzierte Luftfeuchtigkeit im Aufenthaltsbereich. generell sollte die Luftfeuchtigkeit im Aufenthaltsbereich erhöht werden. Die Temperatur bewegt sich im empfohlenen Bereich. Die Beleuchtungsstärke mit Werten von 100 bis 200 Lux liegt im unteren Bereich und ist zu erhöhen.

Abb. 18 Messung Pflegezimmer Berndorf



Die Temperatur mit durchschnittlich 25 °C ist zu hoch. Die Beleuchtungsmessung sehr stark von der Sonneneinstrahlung beeinflusst und die Luftfeuchtigkeit mit Werten zwischen 25 und 30% zu erhöhen.

### 2.3 PASSUNG ZWISCHEN GEBÄUDE UND DEN ANFORDERUNGEN DER BEWOHNERINNEN

Die BewohnerInnen identifizieren z.T. sehr mit der Einrichtung. Vorteilhaft für sie sind z.B. die grosszügigen diversen Aufenthaltsbereiche, der Bewegungsraum innerhalb der Pflegeräumlichkeiten. Alle befragten BewohnerInnen fühlen sich in diesem Gebäude wohl, 2 Personen sogar wie „daheim“. Die Mischung aus neuen heimeigenen Möbeln und den alten gebrauchten Bewohnermöbeln trägt zum Wohlbefinden der BW bei.

Die Gestaltung des baulichen Milieus bietet den BewohnerInnen insgesamt viele Anregungen, so dass sich die BewohnerInnen auch bevorzugt ausserhalb der Zimmer aufhalten. (Ofenbank, Wandgestaltung, Tiere)

Kritisch sind die z. T. langen nicht optimal ausgeleuchteten Gänge. Die Fenster und die Stiegenaufgänge sollten versperrbar ausgestattet werden, so dass

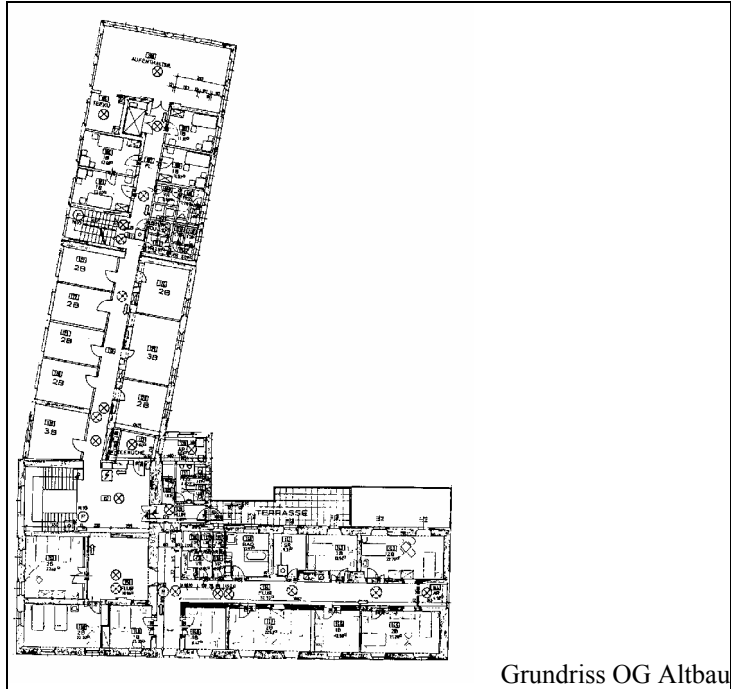
demente BewohnerInnen nicht zu Schaden kommen können. BW im Rollstuhl ist aufgrund der Ausstattung eine Benützung der Stationsküche nicht möglich. Das Pflegebad ist ohne Aufbewahrungsmöglichkeit für Bewohnerutensilien ausgestattet und könnte wesentlich wohnlicher gestaltet werden, um den BW ein „entspannendes Baden“ zu ermöglichen, gerade für unruhige demente BW wäre dies eine deutliche Qualitätsverbesserung.

#### **2.4 PASSUNG ZWISCHEN GEBÄUDE UND DEN ANFORDERUNGEN DER MITARBEITERINNEN**

Bei der Planung des Gebäudes wurden die Belange des Pflegepersonals in einigen Punkten unzureichend bedacht. Die Struktur des Gebäudes erschwert die Arbeitsabläufe z.T. deutlich. So fallen für das Personal sehr lange Wege an, die Stationsküche wird als zu klein bemängelt. Vom zentral gelegenen Schwesternstützpunkt können die langen Gänge, die diversen Aufenthaltsbereiche und die Vorzone der Bewohnerzimmer nicht beobachtet werden, so dass eine optimale Betreuung personalintensiv wird.

## EVALUATIONSPROTOKOLL

### 2. ALTENPFLEGEHEIM HAINBURG



Grundriss OG Altbau

#### 1.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Adresse	Ulrichsheim, Landstrasse 20, 2410 Hainburg
Inbetriebnahme	ca. 1900 als Armenhaus /Zubau 1992
Architekt	Zubau DI W. Haderer
Platzzahl	43 Einzelzimmer , 15 Doppelzimmer, 10 Mehrbettzimmer
Geschosszahl	Dreigeschossig
Gebäudetypologie	Ein durch viele Umbauten unstrukturiertes aneinander und nebeneinander div. Räume verwirren Besucher und Bewohner



## **1.2 IDEE UND KONZEPTION DER EINRICHTUNG**

Das Altenpflegeheim Hainburg lässt keine grundlegende Idee erkennen.

Der Altbau und der Neubau haben sehr unterschiedliche Qualitäten.

Für die Einrichtung wurde folgende Angebotsstruktur konzipiert:

- 102 Pflegeplätze für Seniorinnen & Senioren
- ein Cafe
- Therapieräume
- Frisör

## **1.3 ORGANISATION DER PFLEGERISCHEN UND BETREUERISCHEN VERSORGUNG**

### **1.3.1 Pflege- und Therapiekonzept**

Das Altenpflegeheim ist so konzipiert, dass eine Durchmischung von verschiedenen Pflegefällen verschiedener Altersstufen in den Abteilungen stattfindet.

Pflegeangebot	teilstationäre und stationäre Pflege
Betreuungseinheiten	es wird teilweise in Gruppen betreut in fixen Betreuungsgruppen für die BW
Pflegeeinheitgrösse	Gruppe 4 (26-36 BW)
Pflegekonzepte	bzw. Pflegekonzeptteile nach Roper, Therapieangebot ,Physiotherapie

### **1.3.2 Personalausstattung und Personaleinsatz**

Folgende bewilligte Stellen stehen für folgende Aufgaben zur Verfügung:

Mediziner	0	Person
Pfleger/Pflegehelfer	32,5	Personen
Therapeuten	0,5	Person
Sozialarbeiter	1	Person
Wirtschaftszweig/Verwaltung	18,5	Personen

## **1.4 BAUBESCHREIBUNG, QUALITÄT UND NUTZUNG**

### **1.4.1 Umgebung**

Das Altenpflegeheim liegt an einer befahrenen Hauptstrasse. Das Zentrum ist in der Nähe, das AH zieht aufgrund seiner Lage und Gestalt jedoch keine heimfremden Besucher an:

Foto 1 Pflegetrakt- Altbau strassenseitig



Foto 2 Gartenseitig



### **1.4.2 Struktur des Gebäudes**

Der Altbau ist dreigeschossig und liegt an einer steil abfallenden Strasse.

Durch die zahlreichen Umbauten innerhalb des alten Traktes konnte keine überzeugende Neustrukturierung erfolgen. Der neue Zubau befindet sich am Ende der abfallenden Strasse und ist mit einem architektonischen Verbindungselement mit dem Altbau verbunden. Eine durchgehende Struktur ist nicht erkennbar.

### **1.4.3 Eingangsbereich und Halle**

Die Eingänge in Altbau und in Neubau zeichnen sich durch eine ungünstige Lage, einer nicht behindertengerechten und sehr unscheinbaren Gestaltung aus.

Foto 3 Eingang-Ausgang



### **1.4.4 Allgemeine Gemeinschaftsbereiche**

Diverse kleinere Räume/Flächen stehen zur Verfügung.

### **1.4.5 Pflegebereiche**

#### **Individualbereich**

Die Pflegezimmer im alten Trakt sind viel zu klein, die Möblierung ist veraltet und das sanitäre Konzept entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand der Technik.

Foto 4 Pflegezimmer, alter Trakt



### **Flure und halböffentlicher Bereich**

Das AH zeichnet sich durch lange unattraktive Gangsituationen aus. Die minimale Gangbreite erschwert die Arbeit des Pflegepersonals.

Foto 5 Flursituation, alter Trakt



### **Aufenthaltsbereiche**

Die Aufenthaltsbereiche sind zum Teil lichtarm und befinden sich am Gangende, sind unglücklich situiert.

Foto 6 Aufenthaltsraum neuer Trakt



#### **1.4.6 Betriebsräume**

Die div. Dienstzimmer des Pflegepersonals liegen in einzelnen Räumen und bilden keine deutlich erkennbare Mitte.

## 2. BEWERTUNG UND ANREGUNG

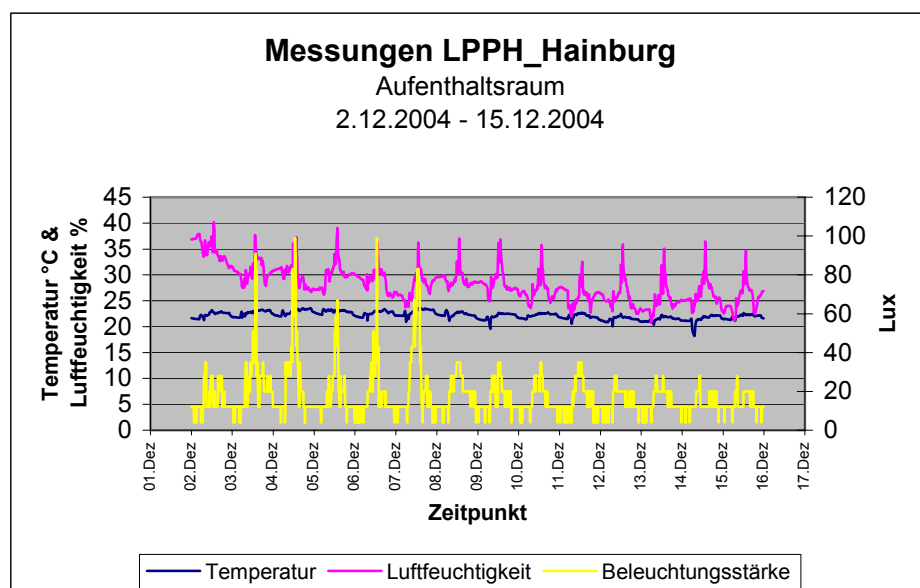
### 2.1 ALLGEMEIN

In der Einrichtung bestimmen zahlreiche problematische Zonen das Erscheinungsbild. Mehrere nicht behindertengerechte Zugänge erschweren den Alltag der BW. Kleine Zimmer, enge Gänge und unattraktive Aufenthaltsbereiche sind weitere Problempunkte des Altenpflegeheims Hainburg.

### 2.2 DARSTELLUNG DER MESSERGEBNISSE

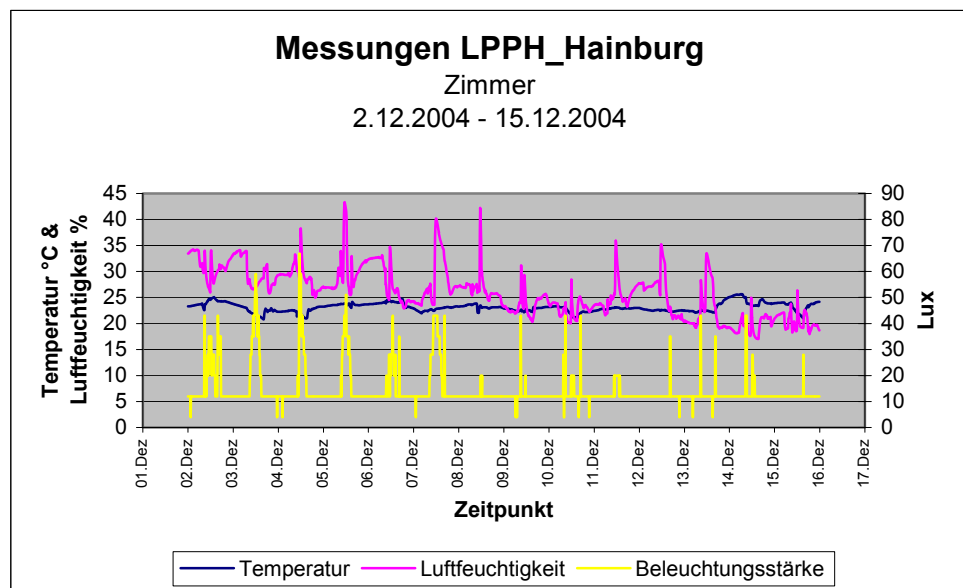
In jedem Raum wurden Temperatur, Feuchtigkeit und Hintergrundgeräuschpegel über einen längeren Zeitraum gemessen. Einen Überblick der Messergebnisse wird in Abb. 7 dargestellt.

Abb. 7 Messung Aufenthaltsraum Hainburg



Die Temperatur bewegt sich im empfohlenen Bereich. Die Beleuchtungsstärke ist generell zu wenig und zu erhöhen. Auch die Luftfeuchtigkeit sollte im Aufenthaltsbereich in Hainburg erhöht werden.

Abb. 8 Messung Pflegezimmer Hainburg



Die Luftfeuchtigkeit schwankt sehr stark, und sollte einen konstanteren Wert, unabhängiger von dem Aussenklima haben. Ausserdem ist festzustellen, dass je heizintensiver die Jahreszeit wird, desto geringer Luftfeuchtigkeit herrscht im Zimmer. Auch in den AH Zimmern des Heimes Hainburg liegen die LUX-Werte im indiskutablen Bereich.

### 2.3 PASSUNG ZWISCHEN GEBÄUDE UND DEN ANFORDERUNGEN DER BEWOHNERINNEN

Die Interviewer haben bei der Durchführung der Befragung den Eindruck gewonnen, dass die Bewohner des Altenpflegeheimes Hainburg sehr genügsam sind. Gerade die kleinen Mehrbettzimmer im alten Trakt wurden als nicht so störend empfunden, wie sie den Anschein haben. Die BW des neuen Trakts sind durchwegs zufrieden, wie daheim fühlt sich jedoch keiner der BW.

## **2.4 PASSUNG ZWISCHEN GEBÄUDE UND DEN ANFORDERUNGEN DER MITARBEITERINNEN**

Das Pflegepersonal nimmt die bestehenden Mängel des AH wahr und kann diese auch formulieren. Fehlende Aufenthaltsflächen, fehlende Gemeinschaftsräume, Bad und WC in den Zimmern, breitere Gänge und Türen, Lift für Bettentransport, behindertengerechte Zugänge und ein behindertenfreundlich gestalteter Garten sind die Hauptkritikpunkte.



## EVALUATIONSPROTOKOLL

### 3. ALTENPFLEGEHEIM MÖDLING



AH Mödling

#### 1.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Adresse	Ferdinand Buchbergerstr. 4, 2340 Mödling
Inbetriebnahme	3 Bauteile 1971/1981/1993
Architekt	E. Süss (1993)
Platzzahl	61 Einzelzimmer , 41 Doppelzimmer, 19 Mehrbettzimmer, Appartements mit je 2 Betten
Geschosszahl	Das Altenpflegeheim besteht aus 3 Geschossen. Eine geschossweise Strukturierung ist nicht vorhanden. Gebäudetypologie nicht erkennbar

## **1.2 IDEE UND KONZEPTION DER EINRICHTUNG**

Das LPPH Mödling lässt keine klare Konzeption erkennen

Für die Einrichtung wurde folgende Angebotsstruktur konzipiert:

- 233 Pflegeplätze für Seniorinnen & Senioren
- ein Cafe
- Teeküche für Besucher
- Kapelle/Andachtsraum
- Therapieräume
- Frisör

## **1.3 ORGANISATION DER PFLEGERISCHEN UND BETREUERISCHEN VERSORGUNG**

### **1.3.1 Pflege- und Therapiekonzept**

Eine Durchmischung von verschiedenen Pflegefällen verschiedener Altersstufen findet in den Abteilungen statt.

Pflegeangebot	teilstationäre und stationäre Pflege
Betreuungseinheiten	es wird teilweise in Gruppen betreut in teilweise fixen Betreuungsgruppen für die BW
Pflegeeinheitgrösse	Gruppe 2 (8-16 BW)
Pflegekonzepte	undefinierbar- Mischung aus vielem
Therapieangebot	Physiotherapie

### **1.3.2 Personalausstattung und Personaleinsatz**

Folgende bewilligte Stellen stehen für folgende Aufgaben zur Verfügung:

Mediziner	1	Person
Pfleger/Pflegehelfer	77	Personen
Therapeuten	1,5	Person
Sozialarbeiter	0	Person
Wirtschaftszweig/Verwaltung	26,5	Personen

## **1.4 BAUBESCHREIBUNG, QUALITÄT UND NUTZUNG**

### **1.4.1 Umgebung**

Das Altenpflegeheim grenzt an eine Wohngegend am Rande von Mödling. Die Anbindung an den Ort könnte besser gelöst sein.

Foto 1 & 2 AH & Umgebung



### **1.4.2 Struktur des Gebäudes**

Ein durch mehrer Bauabschnitte unstrukturierter Baukörper bildet die Grundstruktur des Altenpflegeheims. Die Orientierung innerhalb des AH wird dadurch erschwert.

### **1.4.3 Eingangsbereich und Halle**

Der Eingangsbereich wird durch eine grosszügige Zufahrt dominiert, und ähnelt in der Gestaltung einem Krankenseingang. Das hallenartige Foyer unterstützt diesen Eindruck.

Foto 3 & 4 Eingang



### **1.4.4 Allgemeine Gemeinschaftsbereiche**

Das in das AH integrierte Cafe, kann der Funktion einer belebenden Infrastruktur nicht gerecht werden.

### **1.4.5 Pflegebereiche**

#### **Individualbereich**

Auch die Gestaltung der Pflegezimmer hat einen Krankenhauscharakter. Sehr problematisch sind die Fünfbettzimmer des AH.

Foto 5 Pflegezimmer



### **Flure und halböffentlicher Bereich**

Die tageslichtarmen Flure haben wenig wohnliche Qualitäten. Bodenbeschaffenheit und Ausleuchtung schaffen zusätzliche Probleme für die Bewohner.

Foto 6 Flur



### **Aufenthaltsbereiche**

Die diversen Aufenthaltsbereiche haben einen starken Heimcharakter und sind kaum an die öffentlichen Bereiche direkt angeschlossen.

Foto 7 Aufenthaltsraum



### **1.4.6 Betriebsräume**

Die Dienstzimmer sind klein und tageslichtarm, man hat wenig Einblick in die Station.

Foto 8 Dienstzimmer und "Personalaufenthalt"



## **2. BEWERTUNG UND ANREGUNG**

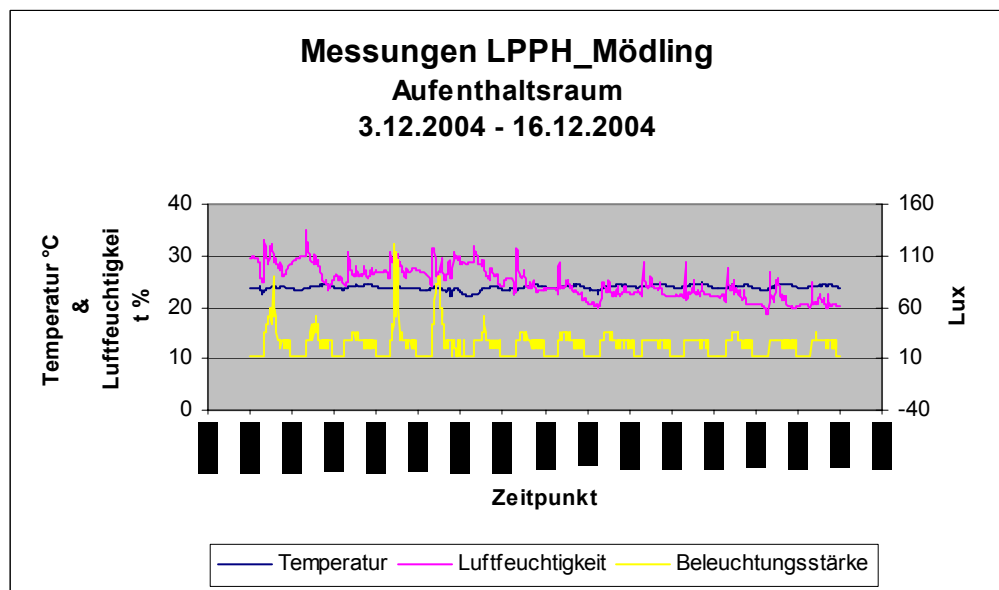
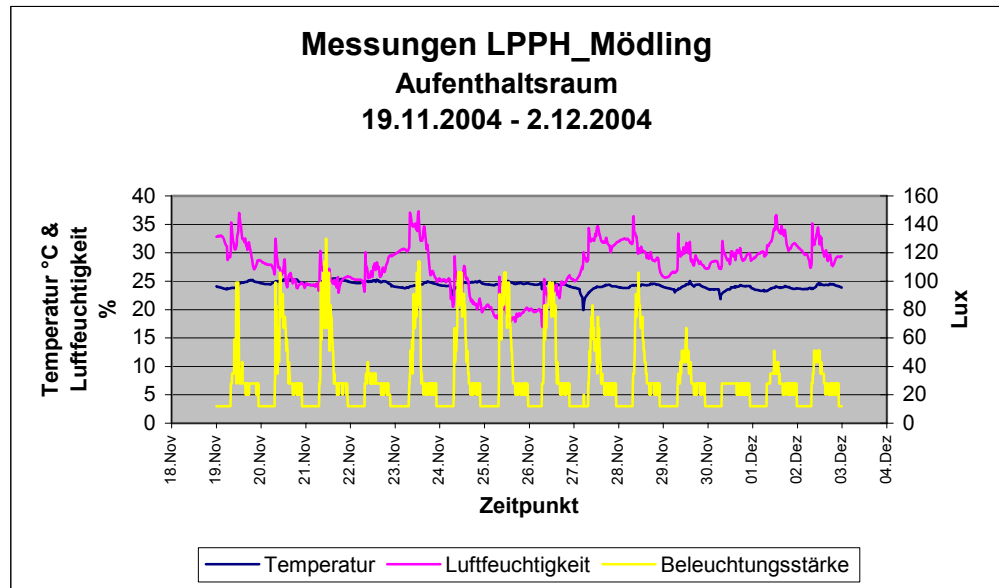
### **2.1 ALLGEMEIN**

Die Einrichtung zeichnet sich durch die Grösse und Unstrukturiertheit aus. Die Eingangszone besitzt einen starken institutionellen Charakter und die innere Struktur erschwert eine einfache Orientierung. Die Gesamtgrösse, die Mehrbeitzimmer (z.T Fünfbettzimmer), schlecht beleuchtete lange Gänge stellen unter einer Reihe von div. Kritikpunkten die grössten Probleme dar .

### **2.2 DARSTELLUNG DER MESSERGEBNISSE**

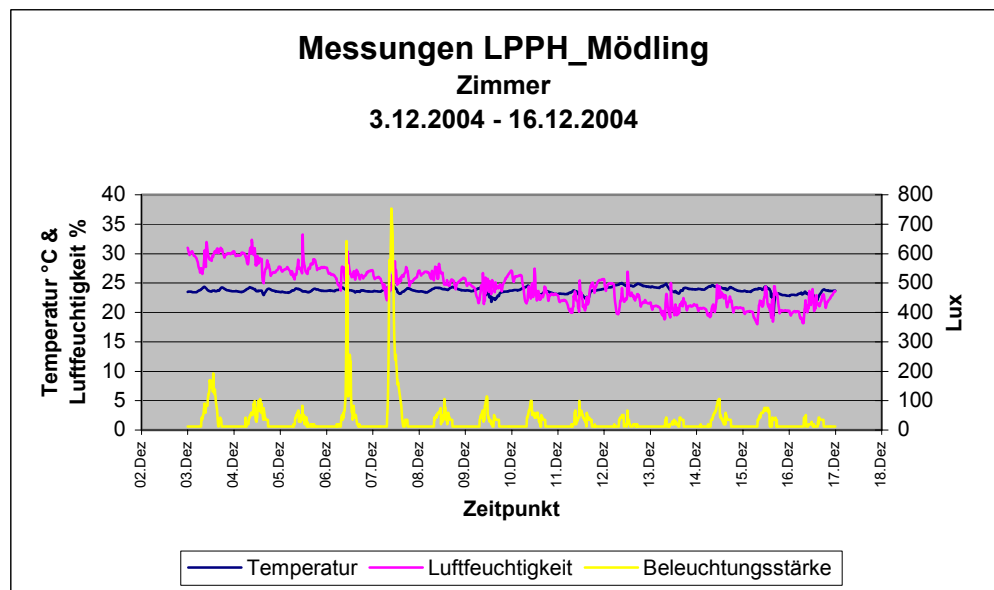
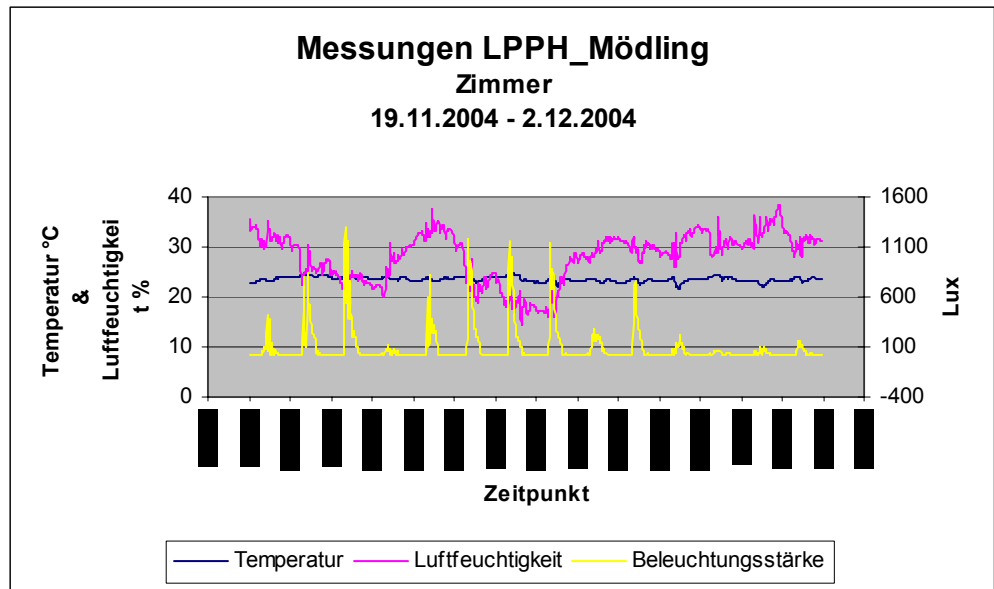
In jedem Raum wurden Temperatur, Feuchtigkeit und Hintergrundgeräuschpegel über einen längeren Zeitraum gemessen. Einen Überblick der Messergebnisse wird in Abb. 9 dargestellt.

Abb. 9 Messung Aufenthaltsraum Mödling



Temperaturmessungen ergaben zufriedenstellende Werte im empfohlenen Bereich. Auffällig sind die starken Schwanken im Bereich der gemessenen Luftfeuchtigkeit, der Gesamtwert ist zu erhöhen. Auch die Messung der Beleuchtungsstärke ergab keinen zufriedenstellenden Wert. Auch hier sollte nachgebessert werden.

Abb. 10 Messung Pflegezimmer Mödling



Auch bei den Langzeitmessungen Messungen im Pflegezimmer wurde festgestellt, dass die Beleuchtungsstärke und die Luftfeuchtigkeit nachzubessern sind.



### **2.3 PASSUNG ZWISCHEN GEBÄUDE UND DEN ANFORDERUNGEN DER BEWOHNERINNEN**

Die nicht überzeugende Gesamtqualität des Altenpflegeheims Mödling wird von den Bewohnern z.T erkannt und auch verbalisiert. Wie „daheim“ fühlt sich keiner der BW. Es wird der Wunsch geäußert das Heim wohnlicher, farbiger einzurichten. Die z.T kleinen Fenster mit wenig Aussicht werden bemängelt. Trotz dieser Mängel wird das Heim mit von allen befragten BW mit „gut“ bewertet, was auf die nicht vorhandene Kritikfähigkeit der BW schliessen lässt.

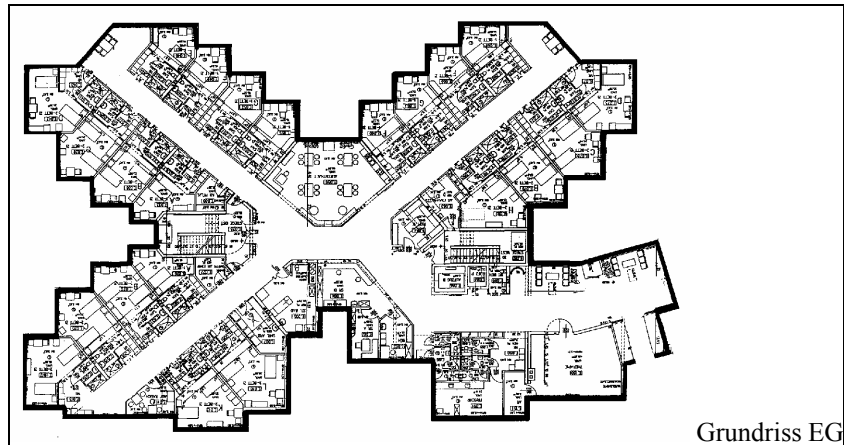
### **2.4 PASSUNG ZWISCHEN GEBÄUDE UND DEN ANFORDERUNGEN DER MITARBEITERINNEN**

Das Pflegepersonal nimmt die bestehenden Mängel des AH war und kann diese auch formulieren. Auch hier wird der Wunsch geäußert das Heim wohnlicher einzurichten. Die Räume für die BW werden von den Experten als „zufriedenstellend“ und „schlecht“ bewertet. Auch die wichtige Verbindung Arbeitsplatz Experten und BW wird von den Experten mit „weniger befriedigend“ bewertet.

Besonders mangelhaft wird auch die Gesamtstruktur bewertet. Das Heim Mödling vermittelt durch das äussere Erscheinungsbild keinen einladenden, positiven Charakter . Um einer Isolation von Menschen in Altenpflegeheimen entgegenzuwirken ist die Akzeptanz der Einrichtung bei freunden und Familienangehörigen besonders gross, ein positiver Gesamteindruck ist diesbezüglich besonders wichtig.

## EVALUATIONSPROTOKOLL

### 4. ALTENPFLEGEHEIM NEUNKIRCHEN



#### 1.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Adresse	Raimundweg 3 a, 2620 Neunkirchen
Inbetriebnahme	1998
Architekt	Ing. Mag. arch. W. Weissenböck
Platzzahl	34 Einzelzimmer , 36 Doppelzimmer,
Geschosszahl	Pflegetrakt dreigeschossig, Verwaltung & Versorgung eingeschossig
Gebäudetypologie	sternförmige Anordnung von Zimmern um eine Mitte.

## **1.2 IDEE UND KONZEPTION DER EINRICHTUNG**

Der Schwesternstützpunkt ist zentral angeordnet. Von dieser zentralen Mitte gehen im Grundriss 4 Gangbereiche in sternförmiger Anordnung. Idee ist die zentrale Einsicht in den Gangbereich für das Pflegepersonal.

Für die Einrichtung wurde folgende Angebotsstruktur konzipiert:

- 106 Pflegeplätze für Seniorinnen & Senioren
- ein Cafe, welches durch seinen Lage jedoch keinen öffentlichen Charakter besitzt.
- Kapelle/Andachtsraum
- Therapieräume
- Frisör

## **1.3 ORGANISATION DER PFLEGERISCHEN UND BETREUERISCHEN VERSORGUNG**

### **1.3.1 Pflege- und Therapiekonzept**

Eine Durchmischung von verschiedenen Pflegefällen verschiedener Altersstufen findet in den Abteilungen statt.

Pflegeangebot	teilstationäre und stationäre Pflege
Betreuungseinheiten	es wird nicht in Gruppen betreut in teilweise fixen Betreuungsgruppen für die BW
Pflegeeinheitgrösse	Gruppe 4 (26-36 BW)
Pflegekonzepte	Roper und Mischformen aus div. Pflegekonzepten
Therapieangebot	Ergotherapie

### **1.3.2 Personalausstattung und Personaleinsatz**

Folgende bewilligte Stellen stehen für folgende Aufgaben zur Verfügung:

Mediziner	0	Person
Pfleger/Pflegehelfer	46	Personen
Therapeuten	1	Person
Sozialarbeiter	1	Person
Wirtschaftszweig/Verwaltung	19	Personen

## **1.4 BAUBESCHREIBUNG, QUALITÄT UND NUTZUNG**

### **1.4.1 Umgebung**

Das Altenpflegeheim liegt zentral in der Nähe der Ortsmitte, und gleichzeitig grenzt ein Park an das AH. Ein optimaler Standort.

Foto 1 & 2 Umgebung



### **1.4.2 Struktur des Gebäudes**

Die dreigeschossige, sternenförmige Anordnung der Pflegezimmer um eine Mitte dominiert die Gebäudestruktur. Versorgungstrakt, Therapieräume, Cafe, Kapelle und Eingang liegen eingeschossig vor diesem Bereich.

### **1.4.3 Eingangsbereich und Halle**

Der Eingang hat einen institutionellen Krankenhauscharakter. Dominiert durch eine überdimensionierte Zufahrt.

Foto 2 & 3 Eingang



### **1.4.4 Allgemeine Gemeinschaftsbereiche**

In dem eingeschossigen dem Pflgetrakt vorgelagerten Bereich sind Gemeinschaft- und Therapieräume angeordnet. Sie könnten besser positioniert sein.

### **1.4.5 Pflegebereiche**

#### **Individualbereich**

Die Pflegezimmer haben z. T. verwinkelte Grundrisse, sind so schlecht zu möblieren. Die Fensteröffnungen könnten grösser und die Belichtung und Aussicht könnte dadurch besser sein.

Foto 5 Pflegezimmer



### **Flure und halböffentlicher Bereich**

Die Flure sind doppelhüftig und somit tageslichtarm. Sie sind unmotiviert gestaltet und besitzen Krankenhauscharakter.

Foto 6 Flur



### **Aufenthaltsbereiche**

Der zentral gelegene Aufenthaltsbereich bietet viel Anregung für die BW, und ist gut für das Personal zu bedienen. Die anderen div. Aufenthaltsbereich dagegen sind unmotiviert gestaltet, und haben Abstellraumcharakter.

Foto 7 Aufenthaltsbereiche



#### **1.4.6 Betriebsräume**

Schwesternstützpunkt und Personalaufenthaltsraum liegen sehr zentral am zentralen Aufenthaltsbereich für die BW:

Foto 8 Schwesternstützpunkt



## 2. BEWERTUNG UND ANREGUNG

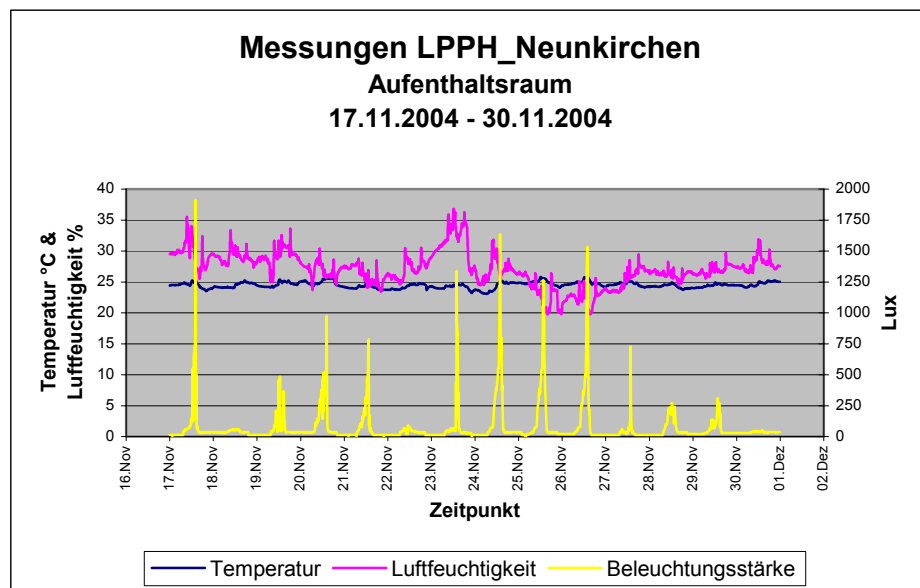
### 2.1 ALLGEMEIN

Die Einrichtung zeichnet sich durch eine zentrumsnahe grünruhelage Lage aus. Leider ist die Zufahrt und der Eingang mit dem Foyerbereich institutionell gestaltet. Die sternförmige architektonische Grundstruktur verkürzt zwar in einigen Bereichen den Wege für das Personal, kann jedoch gesamt gesehen nicht überzeugen. Gangbereiche die einen institutionellen Charakter haben, dominieren im Inneren. Grössere Öffnungen in der Fassade und die Einbindung des nahegelegenen Parks in die arch. Struktur wären von Vorteil gewesen.

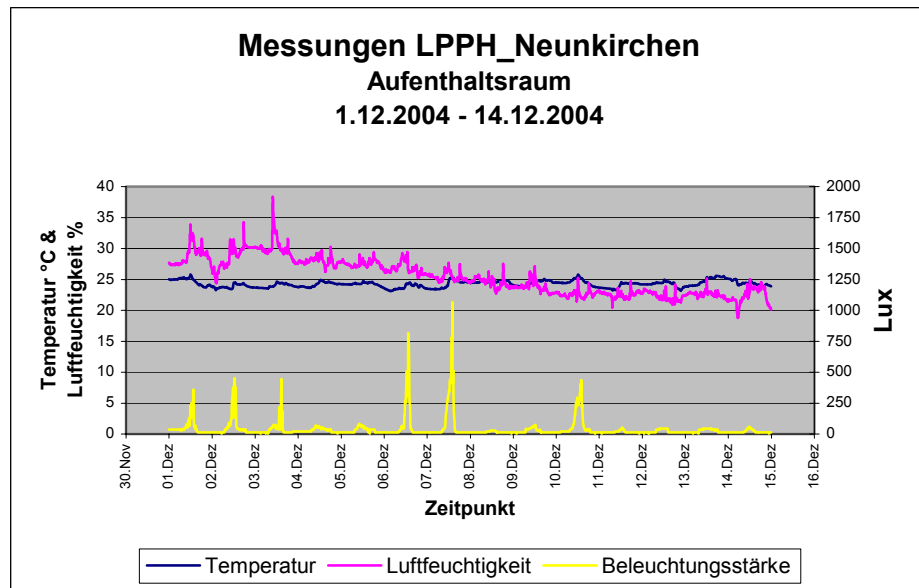
### 2.2 DARSTELLUNG DER MESSERGEBNISSE

In jedem Raum wurden Temperatur, Feuchtigkeit und Hintergrundgeräuschpegel über einen längeren Zeitraum gemessen. Einen Überblick der Messergebnisse wird in Abb. 9 dargestellt.

Abb. 9 Messung Aufenthaltsraum Neunkirchen

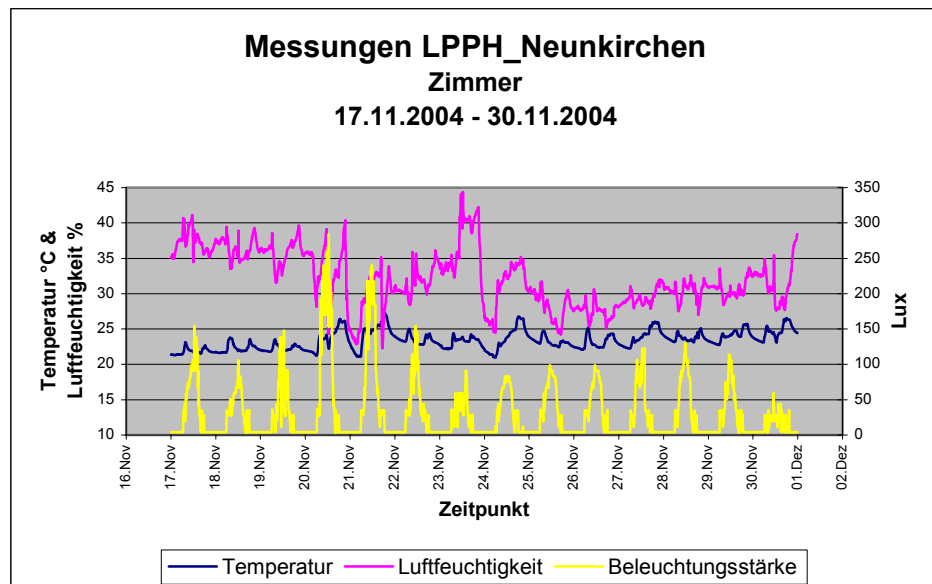


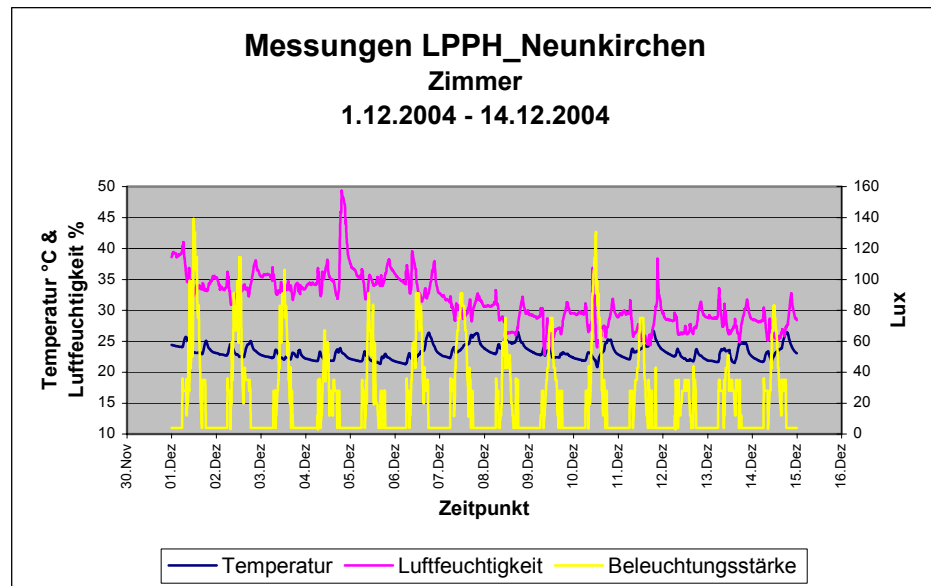




Sehr auffällig sind die grossen Schwankungen in der Beleuchtungsstärke. Das Messgerät hätte vermutlich an einer nicht so tageslichtbeeinflussbaren Stelle plaziert werden sollen. Luftfeuchtigkeit ist zu erhöhen, die Temperaturwerte liegen im empfohlenen Bereich.

Abb. 10 Messung Pflegezimmer Neunkirchen





Die Beleuchtungsstärke mit Werten um 100 Lux und die Luftfeuchtigkeit in den Pflegezimmern sind zu erhöhen.

### **2.3 PASSUNG ZWISCHEN GEBÄUDE UND DEN ANFORDERUNGEN DER BEWOHNERINNEN**

Die BewohnerInnen fühlen sich in diesem Altenpflegeheim wohl, 1 Personen sogar wie „daheim“, 2 Personen „teilweise wie daheim“. Bemängelt werden die zu kleinen Fenster und die damit verbundene eingeschränkte Aussicht.

Kritisch sind die z. T. langen nicht optimal ausgeleuchteten Gänge.

Das Pflegebad ist ohne Aufbewahrungsmöglichkeit für Bewohnerutensilien ausgestattet und könnte wesentlich wohnlicher gestaltet werden, um den BW ein „entspannendes Baden“ zu ermöglichen, gerade für unruhige demente BW wäre dies eine deutliche Qualitätsverbesserung.

## **2.4 PASSUNG ZWISCHEN GEBÄUDE UND DEN ANFORDERUNGEN DER MITARBEITERINNEN**

Die Experten kritisieren vor allem die kleinen Fenster, die Notwendigkeit von grösseren Aufenthaltsbereichen und Essbereichen und die unpersönliche Einrichtung. Die Dominanz der seniorenrechtlichen aber sehr heimbetonen Einrichtung sollte vermindert werden.

Die Therapieräume könnten durch eine bessere Aussicht ins Freie verbessert werden.

## EVALUATIONSPROTOKOLL

### 5. ALTENPFLEGEHEIM ST. PÖLTEN



#### 1.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Adresse	Hermann Gmeiner Str. 4, 3100 St. Pölten
Inbetriebnahme	2000
Architekt	DI G. Reinberg
Platzzahl	48 Einzelzimmer , 38 Doppelzimmer
Geschosszahl	viergeschossig
Gebäudetypologie	Um ein grosszügiges begrüntes Atrium herum sind die Pflegezimmer angeordnet

## **1.2 IDEE UND KONZEPTION DER EINRICHTUNG**

Im Altenpflegeheim St. Pölten wird versucht um eine grüne zentrale lichtdurchflutete Mitte -eine Art „Dorfplatz“ zu installieren, um den ein Rundgang geführt wird. Eine gut durchdachte Grüngestaltung sowie ökologische Aspekte wurden bei der Planung berücksichtigt.

Für die Einrichtung wurde folgende Angebotsstruktur konzipiert:

- 124 Pflegeplätze für Seniorinnen & Senioren
- ein öffentliches Cafe
- Kapelle/Andachtsraum
- Therapieräume
- Frisör

## **1.3 ORGANISATION DER PFLEGERISCHEN UND BETREUERISCHEN VERSORGUNG**

### **1.3.1 Pflege- und Therapiekonzept**

Eine Durchmischung von verschiedenen Pflegefällen verschiedener Altersstufen findet in diesen den Abteilungen statt.

Pflegeangebot	teilstationäre und stationäre Pflege
Betreuungseinheiten	Stationär, es wird in Gruppen betreut und in fixen Betreuungsgruppen für die BW
Pflegeeinheitgrösse	Gruppe 2 (8-16 BW)
Pflegekonzepte	bzw. Pflegekonzeptteile nach Böhm, Roper, Nanda
Therapieangebot	Physiotherapie, Ergotherapie

### **1.3.2 Personalausstattung und Personaleinsatz**

Folgende bewilligte Stellen stehen für folgende Aufgaben zur Verfügung:

Mediziner	3	Person
Pfleger/Pflegehelfer	66	Personen
Therapeuten	4	Person
Sozialarbeiter	0	Person
Wirtschaftszweig/Verwaltung	6	Personen

## **1.4 BAUBESCHREIBUNG, QUALITÄT UND NUTZUNG**

### **1.4.1 Umgebung**

Das Altenpflegeheim grenzt an den Fluss Traisen und ist gut an das Zentrum St. Pöltns angebunden.

### **1.4.2 Struktur des Gebäudes**

Eine über fünf Geschosse geführte Aula bringt Tageslicht in den zentralen Bereich des Heimes und bringt so viel Licht in den kompakten Baukörper. Beidseitig wird diese Aula von einem Rundgang begrenzt, welcher auch die div. Zimmer des Pflgetrakts miteinander verbindet.

### **1.4.3 Eingangsbereich und Halle**

Ein Eingang mit institutionellem Charakter führt in das Gebäude.

Foto 1 & 2 Eingang



#### **1.4.4 Allgemeine Gemeinschaftsbereiche**

Ein Cafe und grosszügige Allgemeinflächen sind an den zentralen Aulabereich angeschlossen.

Foto 3 Grünzone

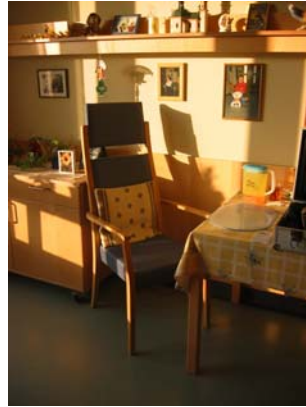


#### **1.4.5 Pflegebereiche**

##### **Individualbereich**

Die Pflegezimmer entsprechen dem niederösterreichischen Standardzimmer. Gliederung in Vorraum, Bad und Wohn/Schlafraum.

Foto 4 & 5 Pflegezimmer



### **Flure und halböffentlicher Bereich**

Die grosszügigen, lichtdurchfluteten Flure sind über mehrere Geschosse miteinander verbunden. Die Gehwege für das Pflegepersonal werden durch die gewählte architektonische Grundstruktur und Anordnung von Flur-Schwesternstützpunkt z.T. sehr lang.

Foto 6 Flur



### **Aufenthaltsbereiche**

Mehrere freundliche, helle Aufenthaltsbereiche mit guter Aussicht in die Umgebung schaffen angenehme Bereiche für die BW.



Foto 7 Aufenthaltsbereich



#### **1.4.6 Betriebsräume**

Schwesternstützpunkt und Personalaufenthaltsraum ordnen sich in die Grundstruktur ein. Ein Überblick für das Personal in die div. Gangbereiche ist gegeben, die Wege für das Personal sind z.T. sehr lang..

Foto13 Schwesternstützpunkt



## **2. BEWERTUNG UND ANREGUNG**

### **2.1 ALLGEMEIN**

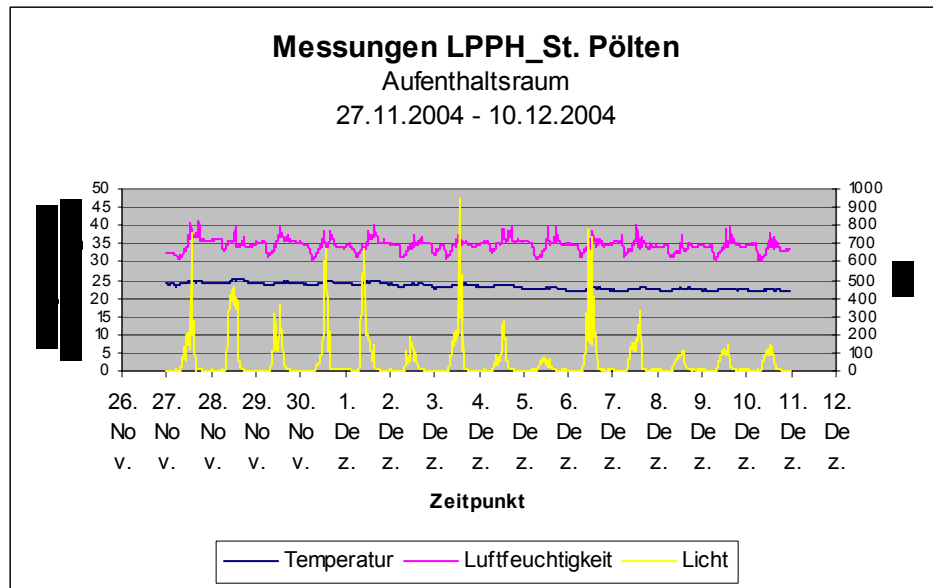
Die Einrichtung zeichnet sich durch einen positiven Gesamteindruck vor allem im Innenbereich aus. Mehr Wert hätte auf die Gestaltung des Eingangsbereichs und die Gesamtgestaltung des Baukörpers gelegt werden sollen. Ein gegliederte Gestaltung und die Verwendung von „wärmeren“ Materialien , hätte die wohnlichen Qualitäten des Baukörpers verstärkt. Der lichtdurchflutete grüne Innenbereich versucht einen Lebensraum ins Innere des Gebäudes zu bringen, der für viele BewohnerInnen des Heims aufgrund des Alters und div. Krankheiten nicht mehr erreicht werden kann. Eine gute Idee, die zum grössten Teil auch gut umgesetzt wurde. Die Unterteilung des grossen Luftraums in kleinere Einheiten wäre zur Bewältigung des Umgangs mit dementen lauten (schreienden) BW von Vorteil gewesen, und hätte bei der Planung berücksichtigt werden können.

### **2.2 DARSTELLUNG DER MESSERGEBNISSE**

In jedem Raum wurden Temperatur, Feuchtigkeit und Hintergrundgeräuschpegel über einen längeren Zeitraum gemessen.

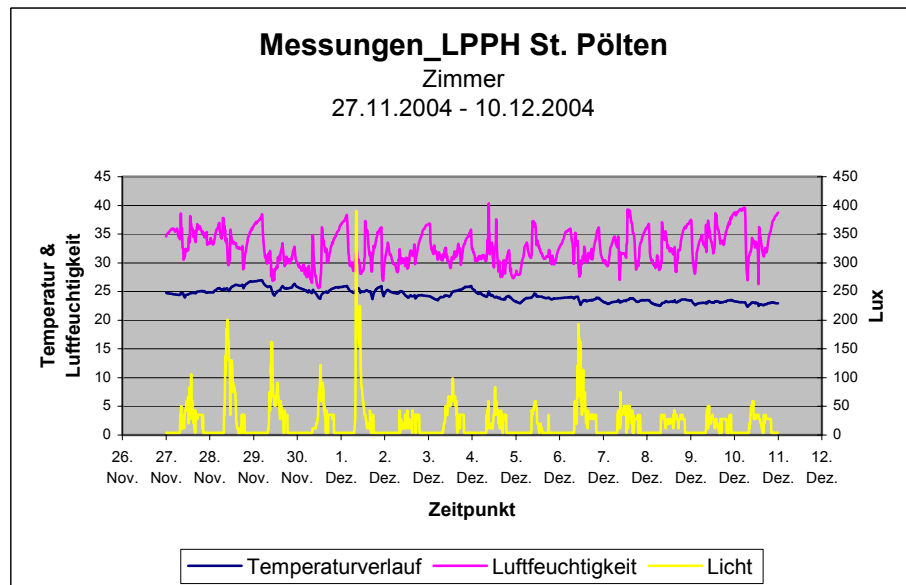
Einen Überblick der Messergebnisse wird in Abb. 14 dargestellt.

Abb. 14 Messung Aufenthaltsraum St. Pölten



Ein Heim in dem im Aufenthaltsbereich die Beleuchtungsstärke sich an den empfohlenen Werten orientiert. Auch Temperatur und Feuchtigkeitswerte sind positiv zu bewerten.

Abb. 15 Messung Pflegezimmer St. Pölten



Im Zimmer allerdings schauen die gemessenen Werte nicht ganz so optimal aus. Die Temperatur ist z.T zu hoch, die Luftfeuchtigkeit schwankt sehr stark und die Beleuchtungsstärke könnte höher sein.

### **2.3 PASSUNG ZWISCHEN GEBÄUDE UND DEN ANFORDERUNGEN DER BEWOHNERINNEN**

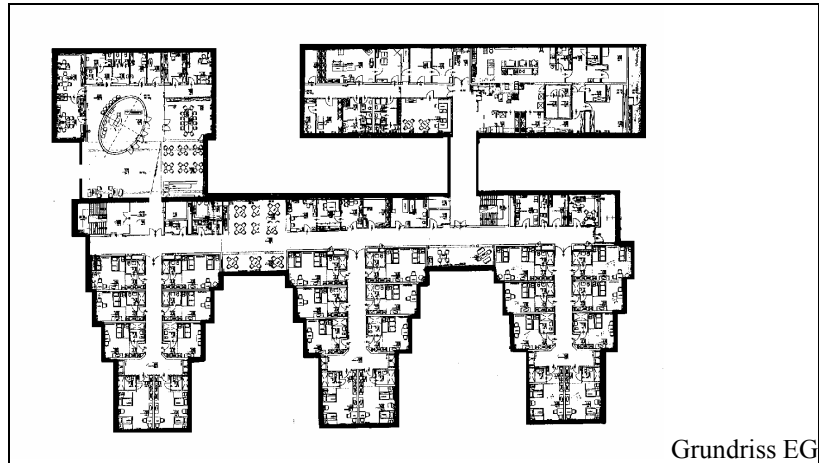
Die Bewohner fühlen sich in diesem Altenpflegeheim wohl, 1 Personen sogar wie „daheim“, 3 Personen „teilweise wie daheim“. Bemängelt werden die Offenheit und die Übertragung aller Geräusche über mehrere Ebenen im Inneren des Heimes. Von den rüstigeren Heimbewohnern wird das Schreien der dementen Bewohner als sehr unangenehm empfunden und erzeugt Agressionen. Von 2 Personen wird ein Detail im Badezimmer (kleine Schwelle) kritisiert. Auf die behindertengerechte Ausstattung in allen Details sollte bei jedem Heim besonderen Wert gelegt werden. Sehr positiv ist die übersichtliche Wegführung und die Orientierungshilfen innerhalb des Heimes für BW und Besucher.

### **2.4 PASSUNG ZWISCHEN GEBÄUDE UND DEN ANFORDERUNGEN DER MITARBEITERINNEN**

Trotz allg. grosser Akzeptanz des Heimes kritisieren die Experten vor allem die Offenheit des Hauses. Spezielle Raumeinheiten für Demenzpatienten werden gefordert. Auch die Wege vom Schwesternstützpunkt zu den einzelnen Zimmern werden als zu lang empfunden.

## EVALUATIONSPROTOKOLL

### 6. ALTENPFLEGEHEIM VÖSENDORF



#### 1.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Adresse	Prof. Peter Jordanstr. 96, 2331 Vösendorf
Inbetriebnahme	1998
Architekt	DI H. Strixner
Platzzahl	36 Einzelzimmer , 36 Doppelzimmer
Geschosszahl	zweigeschossig im Eingangsbereich, dreigeschossig im Pflegebereich.
Gebäudetypologie	Ein kammartig angelegter Pflege traktgrundriss bildet eine dominante Grundstruktur. Eingangs und Versorgungstrakt liegen separat vor diesem Pflegebereich.

## **1.2 IDEE UND KONZEPTION DER EINRICHTUNG**

Das Altenpflegeheim Vösendorf gliedert sich baulich in drei ablesbare Einheiten. In diesen Einheiten sind die div. Pflegestationen untergebracht. An den Elementen zwischen den drei Einheiten befinden sich die div. Aufenthaltsräume.

Für die Einrichtung wurde folgende Angebotsstruktur konzipiert:

- 108 Pflegeplätze für Seniorinnen & Senioren
- ein öffentliches Cafe
- Kapelle/Andachtsraum
- Therapieräume und Snoezeleraum
- Frisör

## **1.3 ORGANISATION DER PFLEGERISCHEN UND BETREUERISCHEN VERSORGUNG**

### **1.3.1 Pflege- und Therapiekonzept**

Das Altenpflegeheim mit 108 Pflegeplätzen ist baulich und organisatorisch in drei Abteilungen unterteilt. Eine Durchmischung von verschiedenen Pflegefällen verschiedener Altersstufen findet in diesen drei Abteilungen statt.

Pflegeangebot	teilstationäre und stationäre Pflege
Betreuungseinheiten	Stationär, es wird nicht in Gruppen betreut in fixen Betreuungsgruppen für die BW
Pflegeeinheitgrösse	Gruppe 4 (26-36 BW)
Pflegekonzepte	Mischformen von Orem, Roper Krohwinkel, Böhm und Feil
Therapieangebot	Physio-, Logo- und Ergotherapie

### **1.3.2 Personalausstattung und Personaleinsatz**

Folgende bewilligte Stellen stehen für folgende Aufgaben zur Verfügung:

Mediziner	1	Person
Pfleger/Pflegehelfer	43	Personen
Therapeuten	1	Person
Sozialarbeiter	1	Person
Wirtschaftszweig/Verwaltung	13,5	Personen

## **1.4 BAUBESCHREIBUNG, QUALITÄT UND NUTZUNG**

### **1.4.1 Umgebung**

Das Altenpflegeheim grenzt an den Schlosspark von Vösendorf und ist vom Ortszentrum gut zu erreichen.

Foto 1 Pflgetrakt gartenseitig



### **1.4.2 Struktur des Gebäudes**

Drei kammartig angelegte Pflgetrakte gliedern das Heim. Eingangsbereich und Versorgungstrakt durchbrechen diese Struktur. Eine etwas „zerfrante“ Grundstruktur und Baukörper werfen allerdings einige Probleme auf.

### **1.4.3 Eingangsbereich und Halle**

Der Eingangsbereich ist als verglastes zweigeschossiges Foyer gestaltet. Das Foyer erzeugt einen Eingangsbereich mit institutionellem Charakter.

Foto 2 & 3 Eingang



### **1.4.4 Allgemeine Gemeinschaftsbereiche**

Ein öffentliches Cafe mit div. angrenzenden Veranstaltungsräumen kann vielfältig genutzt werden. Kappelle/Andachtsraum bieten Räume zur Besinnung.

### **1.4.5 Pflegebereiche**

#### **Individualbereich**

Die Gestaltung des Pflegeheimzimmers ist in gutem Standard (Vorraum, Bad, Zimmer mit allen notwendigen Möbeln) ausgeführt. Die Fensteröffnungen könnten im Wohnbereich des Zimmers grösser sein, um den Bewohnern eine bessere Aussicht zu ermöglichen und eine bessere Belichtung des Zimmers zu erzielen.



Foto 4 & 5 Pflegezimmer



### **Flure und halböffentlicher Bereich**

Recht und links vom Gang befinden sich Pflegezimmer oder Pflegenebenräume. Dadurch wird ein institutioneller Charakter erzeugt, der durch die Materialauswahl (Oberflächen Boden, Wand, Decke) noch verstärkt wird.

Foto 6 Flur



## **Aufenthaltsbereiche**

Mehrere freundliche, helle Aufenthaltsbereiche mit guter Aussicht in die Umgebung schaffen angenehme Bereiche für die BW. Die Verbindung Personalarbeitsplatz/Aufenthaltsraum ist gut gelöst.

Foto 7 & 8 diverse Aufenthaltsbereiche



## **1.4.6 Betriebsräume**

Vom Schwesternstützpunkt ist ein guter Überblick in den Hauptaufenthaltsbereich möglich.

Foto 9 & 10 Schwesternstützpunkt



## 2. BEWERTUNG UND ANREGUNG

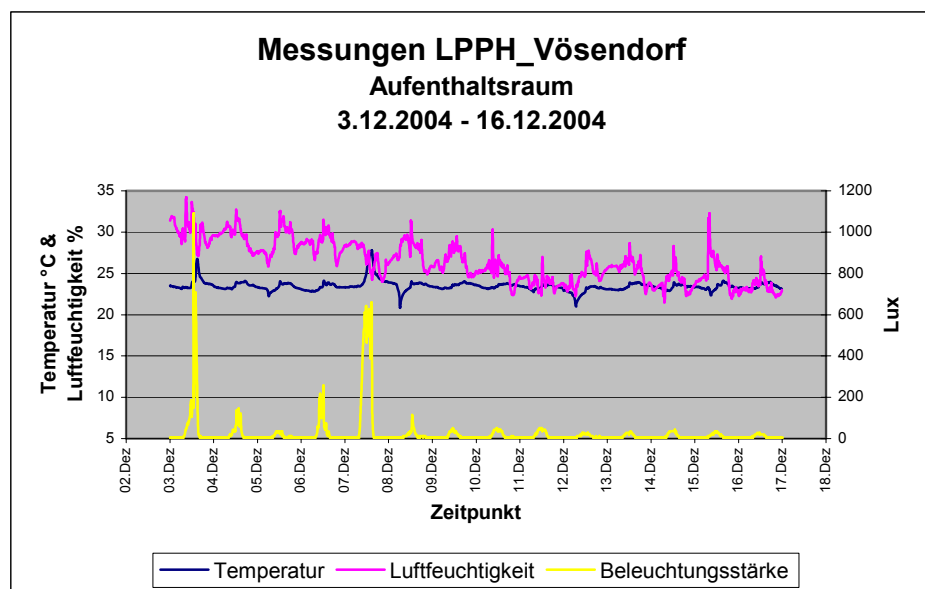
### 2.1 ALLGEMEIN

Eine gute Lage und die positiv gestalteten Aufenthaltsbereiche mit zentral liegenden Personalräumen zeichnen das Heim in Vösendorf aus. Die Grundstruktur kann leider nicht überzeugen, da lange und unübersichtliche Gänge entstehen, und die natürliche Belichtung in vielen Fällen beeinträchtigt wird. Auch die Aussengestaltung des Heimes überzeugt nicht. Eine wohnlichere Fassade hätten den Gesamtkomplex bereichern können, und die Unterscheidung zu einem Verwaltungsbau wäre deutlicher.

### 2.2 DARSTELLUNG DER MESSERGEBNISSE

In jedem Raum wurden Temperatur, Feuchtigkeit und Hintergrundgeräuschpegel über einen längeren Zeitraum gemessen. Einen Überblick der Messergebnisse wird in Abb. 11 dargestellt.

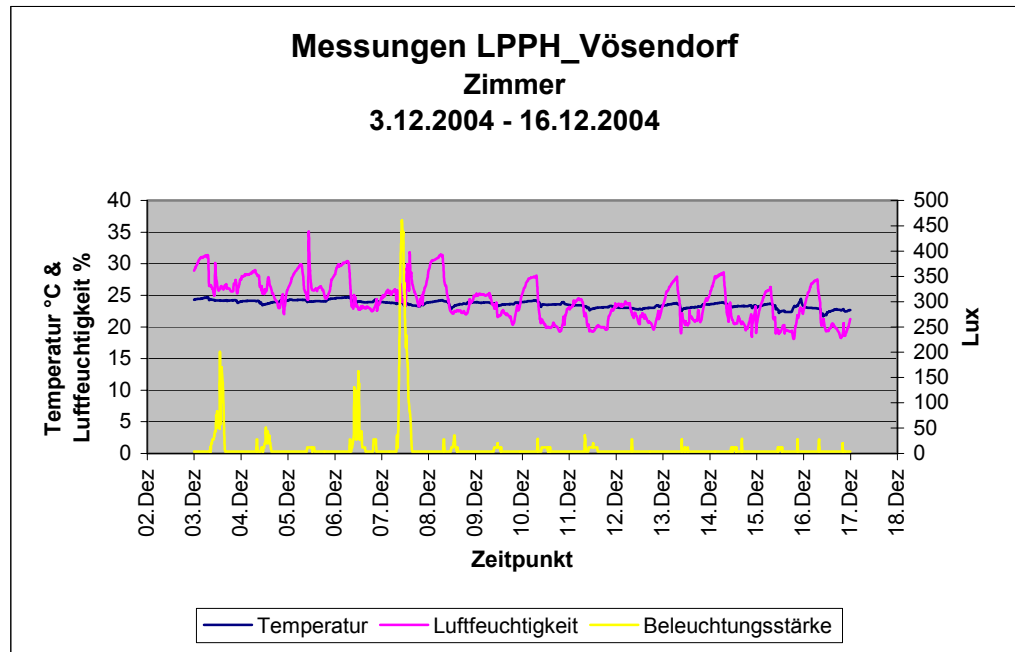
Abb. 11 Messung Aufenthaltsraum Vösendorf



Die Messergebnisse der Beleuchtungsstärke zeigen eine der Grundproblematiken des Hauses auf. Auch in diesem Heim sollte die

Luftfeuchtigkeit erhöht werden. Die Temperatur bewegt sich im empfohlenen Bereich.

Abb. 12 Messung Pflegezimmer Vösendorf



Auch im Zimmer sind Beleuchtungsstärke und Luftfeuchtigkeit zu erhöhen.

### 2.3 PASSUNG ZWISCHEN GEBÄUDE UND DEN ANFORDERUNGEN DER BEWOHNERINNEN

Die BewohnerInnen identifizieren mit der Einrichtung. Vorteilhaft für sie sind die grosszügigen gut angelegten Aufenthaltsbereiche, die engagierte Pflegeleitung und die div. Therapiemöglichkeiten (u.a. Snoezeleraum). Alle befragten BewohnerInnen fühlen sich in diesem Gebäude wohl, jedoch keiner der Befragten fühlt sich wie „daheim“.

Die Grundstruktur des Heimes lässt uneinsichtige Flure entstehen, die nicht optimal von den BW genutzt werden können.

## **2.4 PASSUNG ZWISCHEN GEBÄUDE UND DEN ANFORDERUNGEN DER MITARBEITERINNEN**

Die Experten bewerten das Heim generell positiv . Bemängelt werden die langen dunklen Gänge, die z.T. fehlende Beschattung hinter Glasflächen. Auch die Gestalt und die Lage des Haupteingangs werden kritisiert. bei der Gestaltung von Eingangsbereichen von Heimen sollte auf Grösse und Windschutz/Zugerscheinungen besonderen wert gelegt werden. In Vösendorf ist diesem bereich laut Experten zu wenig Beachtung geschenkt worden.