



## **„DAS SIND HIER PARADIESISCHE ZUSTÄNDE“**

Eine empirische Erhebung von Faktoren der Zufriedenheit in Zusammenhang mit „Pflege auf kurze Zeit“

Verfasserin

Dr.<sup>in</sup> Sabine Urbanits, MSc.

Zur Erlangung des akademischen Grades  
Master of Arts -  
M.A. (Leadership und Soziales Management)

Department für Psychologie der Sigmund Freud Privat Universität Wien  
Institut ARGE Bildungsmanagement

Studienrichtung:   Universitätslehrgang  
Beratungswissenschaften und Management sozialer Systeme –  
Studienschwerpunkt:  
Leadership und Soziales Management  
Begutachterin:    Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Stefanie Granzner-Stuhr, MA

Wien, im April 2015

### **Abstrakt**

In der vorliegenden Arbeit wird die Bedeutung des Modells „Pfleger auf kurze Zeit“ als Pflegeinstrument evaluiert. Dazu werden positive und motivierende Faktoren im kooperativen Pflegeprozess (Angehörige und professionelle Pflegekräfte) mit adäquaten empirischen Methoden (qualitative Interviews) erhoben, nachdem in einem theoretischen Teil die wesentlichen Erkenntnisse aus der themenspezifischen Fachliteratur zusammenfassend erläutert wurden. Der Fokus gilt jenen Faktoren, die Beteiligte motivieren und Zufriedenheit provozieren, sie wurden in offenen Leitfadenterviews mit Angehörigen, erfahrenen Pflegekräften und Führungskräften eruiert. Zusammenfassend erwiesen sich folgende Faktoren als bestimmende Parameter, die Zufriedenheit generieren: ein zeitnaher Austausch von Informationen, das wohnliche Ambiente der Einrichtung bzw. die Atmosphäre des Hauses, ausreichend Zeit für den Dialog und die Haltung der Pflegekräfte wie Angehörigen. In diesem Zusammenhang wurde das Konzept „Pfleger auf kurze Zeit“ mithilfe der Führungskräfte evaluiert. Das Konzept erhielt viel Zustimmung, in ihrer Kritik äußern die Befragten Anregungen und Ideen, die als wertvolle Hinweise das Projekt sinnvoll ergänzen.

### **Abstract**

The following article will evaluate short time medical care. Importance of this model will be questioned. As this question can be answered from different point of views, the article is structured as follows: Evaluation of literature coming from psychology, nursing and social science is performed. Most important articles will be discussed. The focus is on those factors that motivate the participants and provoke satisfaction, they were identified in semi-structured interviews with family members of dwellers/patients, experienced nurses of short time medical care nursing homes and executives. In summary, the following factors were found as the dominant parameters that generate satisfaction: the timely exchange of information, the cozy ambience of the nursing home respectively the atmosphere of the house, sufficient time to create a dialogue and the attitude of nurses as well as of family members. In this context, the concept of "Care for a short time " was evaluated by executives. The concept received much approval; in her criticism respondents express suggestions and ideas that add useful as valuable information to the project.

## **Dank**

Ich bedanke mich ganz herzlich bei meinem Lebenspartner Franz, er hat nicht locker gelassen, bis ich diese Arbeit fertig hatte, und bei meiner Lektorin Dagmar, welche auch eine willkommene Kritikerin war. Alois Strobl hat mich mit seinen Vorträgen immer wieder inspiriert und wurde ein Begleiter „über die Jahre“, für seine Toleranz und Motivation herzlichen Dank.

Mein besonderer Dank gilt der ARGE und der Sigmund Freud Universität, welche erst durch ihr Konzept eine berufsbegleitende Weiterbildung auch bei einem Beruf mit viel Arbeitseinsatz möglich gemacht haben.

Nicht zuletzt bedanke ich mich bei allen Interviewpartnerinnen, die mir vorbehaltlos ihr Wissen und ihre Erfahrungen zur Verfügung gestellt haben. Einer der Gesprächspartnerinnen verdanke ich auch den Titel zur vorliegenden Arbeit.

## Inhalt

<i>Vorwort</i> .....	6
1 Einleitung .....	8
2 Forschungsfrage .....	12
3 Vorbefunde .....	13
3.1 Bevölkerungsstruktur .....	13
3.2 Der österreichische Pflegefonds .....	15
3.3 Das Bundespflegegeldgesetz .....	18
3.4 Begriffsvielfalt .....	20
3.5 Das Image der Pflege in der Gesellschaft .....	23
3.6 Pflegeeinrichtungen mit Modellcharakter .....	26
4 Anamnese .....	32
4.1 Qualitätskriterien in der Pflege .....	32
4.2 Faktoren der Lebensqualität .....	36
4.2.1 Autonomie vs. Abhängigkeit .....	38
4.2.2 Zufriedenheit vs. Ernüchterung .....	39
4.2.3 Angstfreiheit vs. Entmutigung .....	40
4.2.4 Pflege vs. Versorgung .....	41
4.3 Zufriedenheitsforschung mit Bezug zur Pflege .....	42
5 Differenzialdiagnostik: Das Forschungsdesign .....	47
5.1 Vorüberlegungen .....	47
5.2 Das Konzept „Pflege auf kurze Zeit“ .....	49
5.3 Methodenwahl .....	54
5.3.1 Das Sample .....	55
5.3.2 Interviews .....	57
5.3.3 Datenauswertung .....	59

6	Befund .....	60
6.1	Darstellung der Ergebnisse.....	61
6.1.1	Faktoren der Zufriedenheit.....	61
6.1.2	Konzeptkritik.....	69
6.2	Diskussion der Ergebnisse .....	75
7	Therapieplan – Fazit und Ausblick .....	81
	Abbildungsverzeichnis.....	86
	Abkürzungsverzeichnis .....	86
	Literaturverzeichnis .....	87
	Quellenverzeichnis.....	90
	Anhang.....	93
	Anhang 1: Vorbereitung / Offenes Leitfadeninterview mit Pflegekräften .....	93
	Anhang 2: Vorbereitung / Offenes Leitfadeninterview mit Angehörigen .....	96
	Anhang 3: Vorbereitung / Offenes Leitfadeninterview mit ExpertInnen.....	99

## *Vorwort*

Nachdem ich im Zusammenhang mit meiner Diplomarbeit gemeinsam mit den Verantwortlichen eines Pflegeheims im 10. Wiener Gemeindebezirk Schnittstellen zu SekundärkonsumentInnen für „Pflege auf kurze Zeit“<sup>1</sup> entwickelt habe, hat sich im Verlauf des Projektes eine gezielte Auseinandersetzung mit der Frage, welche Faktoren bestimmend für den Aufenthalt und den positiven Verlauf einer „Pflege auf kurze Zeit“ seien, als dringlich erwiesen. Innerhalb des Forschungsprozesses bestätigte sich immer deutlicher, dass für bestimmte PatientInnen im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt ein befristeter Pflegeaufenthalt notwendig wurde, da sie vorerst in ihrer Kognition und Selbstbestimmung eingeschränkt waren. Das Ziel eines solchen Aufenthaltes ist die Reintegration in die häusliche Umgebung. Da die Angehörigen der PatientInnen als wichtigste Informationsquelle über die aktuelle Situation im geplanten Zuhause fungieren und von ihnen auch die größte Motivation für eine häusliche Unterbringung ausgeht, erweisen sie sich auch als maßgebliche TeampartnerInnen in der remobilisierenden „Pflege auf kurze Zeit“. Daher schien es naheliegend, speziell jene Faktoren, die von Angehörigen in Bezug auf Pflege als positiv bewertet werden, zu identifizieren und ihre Motivation zur Kooperation mit dem professionellen Pflgeteam zu hinterfragen. Gleichzeitig sollte auch die Evaluation der Pflege in Hinblick auf motivierende und demotivierende Faktoren Aufschluss geben.

Für dieses Forschungsvorhaben wurde initiativ in der Nationalbibliothek in Wien anhand der Datenbanken „pubmed“ und „CINAHL“ eine Literaturrecherche durchgeführt. Die wichtigsten Erkenntnisse innerhalb ausgewählter Artikel werden im Verlauf der vorliegenden Arbeit evaluiert und beschrieben. Die Erhebung positiver und motivierender Faktoren im Pflegemodell „Pflege auf kurze Zeit“ sollte mittels gezielter Interviews sowohl mit Angehörigen von KonsumentInnen (PatientInnen) als auch mit professionellen Pflegekräften, die in die „Pflege auf kurze Zeit“ involviert waren, gelingen.

Zusätzlich schien es mir notwendig, das Konzept „Pflege auf kurze Zeit“ einer Kritik durch unbeteiligte Fachkräfte zu unterziehen, dazu wurden PflegedirektorInnen um ihre Stellungnahmen gebeten. Diese Bitte um Unterstützung meines Vorhabens betraf auch

---

<sup>1</sup> Der Begriff wird innerhalb der vorliegenden Arbeit ausgeführt und anderen Pflegemodellen gegenübergestellt.

die Zufriedenheit von Angehörigen. Die externe Perspektive der Führungskräfte, ihre Erfahrungen und Meinungen, schienen mir ebenso für Hinweise auf situationsspezifische Faktoren besonders geeignet wie jene der Angehörigen und Pflegekräfte.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Forschungsarbeit sollen gleichermaßen der Entwicklung dieses Pflegeangebotes als auch der Qualitätssicherung desselben dienen, was in der Diskussion der Forschungsergebnisse möglichst zum Ausdruck kommen möge.

# 1 Einleitung

Die aktuelle Entwicklung nicht nur innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems wird von notwendigen Sparmaßnahmen und Ressourcenkürzungen nahezu beherrscht, lernende Systeme, wie etwa Krankenhäuser und andere Sozialeinrichtungen im öffentlichen Sektor, müssen sich dem Diktat unterordnen und mit entsprechenden Maßnahmen auf den allgegenwärtigen Kostendruck reagieren. Die Effizienz der angebotenen Leistungen muss im Zuge der Adaptierungsmaßnahmen fortwährend den Bedingungen angepasst und durch entsprechende Kennzahlen belegt werden. Aus den gegebenen Bedingungen resultiert u. a. auch eine deutlich erkennbare Veränderung der Arbeitsweise in diesen Systemen. In Krankenhäusern kommt es z. B. zu einer Betonung der Einzelleistungen und krankheitsspezifischer Betreuungsmaßnahmen. Serviceleistungen, die nicht direkt der Diagnostik und der Therapie von Erkrankungen dienen, werden – wie es scheint unabhängig von ihrer Notwendigkeit oder ihrem belegbaren Nutzen für die Erkrankten – daher zunehmend als Schnittstellenproblematik, denn als eine vom Krankenhaus verrechenbare Leistung angesehen. Zu solchen Serviceleistungen zählt zum Beispiel die Remobilisierung<sup>2</sup> nach diagnostischen und/oder nach kurativ oder palliativ interventionellen oder therapeutischen Krankenhausaufenthalten. Diese ursprünglich sehr wohl im System angebotenen Serviceleistungen werden aus oben genannten Gründen im Spitalsalltag deutlich reduziert bzw. auf Kernarbeitsgruppen verschoben, zu deren Arbeitsplatzbeschreibung das Erbringen dieser Leistung nicht gehört bzw. auf Arbeitsgruppen, die de facto personell nicht in der Lage sind, diese Serviceleistungen dem Bedarf entsprechend zu erbringen. Es mangelt aus Kostengründen schlicht und einfach an Personal. PatientInnen, die körperlich oder aufgrund ihrer kognitiven Situation nicht in der Lage sind, ihre Belange selbst zu regeln, müssen aktuell im Krankenhaus aus Sach- und Personalzwängen zunehmend hinsichtlich einer Remobilisierung vernachlässigt werden.

---

<sup>2</sup> Der Begriff beinhaltet die Aufnahme eines Rehabilitanden/einer Rehabilitandin in einer Wohn- und Pflegeeinrichtung nach einem Krankenhausaufenthalt. Sie wird vom Gesetzgeber zeitlich auf derzeit 92 Tage (3 Monate) begrenzt und zielt auf Personen, die voraussichtlich keine dauerhafte Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung benötigen (Fonds Soziales Wien, 2013, S. 30). „Das therapeutische Angebot soll sicherstellen, dass die KundInnen wieder zu Hause leben können. Es umfasst u. a. aktivierende Pflege, Anleitung zur Selbsthilfe, Training in Aktivitäten des täglichen Lebens, Heilgymnastik, Ergotherapie, etc.“ (ebd.)



sigt werden, mithin droht – neben einem Verlust an bislang gültigen Werten – auch ein Qualitätsverlust des Ergebnisses ihres Krankenhausaufenthaltes, sofern keine andere soziale Institution, die etwaige Folgeschäden der Multimorbidität betroffener PatientInnen möglichst verhindert, aktiviert werden kann. Da das Spital aus diversen Zwängen notwendige und sinnvolle Maßnahmen nicht länger als systeminterne Leistungen erbringen kann, sind andere Sozialsysteme aufgerufen, die Lücke zu füllen.

In ihrer Studie zitiert Prof. Seidel (2006, S. 8f) aus ÖBIG<sup>3</sup> 2005, dass 80% aller Pflegeleistungen an pflegebedürftigen Menschen in Österreich von Familienangehörigen erbracht werden, das entsprach 2002 einer Prozentangabe von ca. 6,7 % aller österreichischen Erwachsenen. 70% der Personen dieser Gruppe fühlen sich bezüglich ihrer Pflegeleistung körperlich und psychisch belastet. Pflegende Angehörige beschreiben ihre Situation häufig als labiles Gleichgewicht: Sie erleben sich in der Betreuung subjektiv und objektiv „an der Grenze des gerade noch Machbaren“ (vgl. Seidel et al., 2006, S. 9), nahezu jedes Ereignis außerhalb der täglichen Routine im Pflegegeschehen wird als massive Bedrohung der Balance wahrgenommen. Für die Bewältigung der zusätzlichen Belastung scheinen die physischen und psychischen Ressourcen erschöpft, sodass auch geringste Anlässe zu manifesten Krisen führen können. Ist es hingegen möglich, die Pflegeverantwortung mit professionellen Diensten zumindest zu teilen, kommt es häufig zur Entspannung der häuslichen Pflegesituation, die pflegenden Angehörigen nehmen physisch wie psychisch deutlich Entlastung wahr (ebd.). Diese Entlastung erweist sich als positiv für alle Beteiligten und kann im besten Fall den Rehabilitationsprozess befördern und situative Abhängigkeiten zumindest mildern.

Außerhalb des Krankenhauses haben sich im Bereich der Pflege diverse Sozialsysteme oder Dienstleistungsinstitutionen etabliert, der Bedarf an ihren Angeboten wächst laut

---

<sup>3</sup> „Der Geschäftsbereich **ÖBIG** [Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, ein Geschäftsbereich der GÖG/Gesundheit Österreich GmbH] führt Forschungs- und Planungsarbeiten durch, gestaltet das Berichtswesen und erstellt Grundlagen für die Steuerung des Gesundheitswesens ausschließlich im Auftrag des Bundes.“ (<http://www.goeg.at/de/OEBIG-Aufgaben.html>, am 29.3.2015)

Berufsinformationssystem (BIS)<sup>4</sup> des AMS<sup>5</sup> kontinuierlich (vgl. [http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsfeld.php?id=247&show\\_detail=1&query=Personenbetreuung](http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsfeld.php?id=247&show_detail=1&query=Personenbetreuung), am 30.11.2014). Bei einem erwarteten Anstieg der Zahl der über 60-Jährigen in der österreichischen Bevölkerung um 45% bis zum Jahr 2030 wächst der Bedarf an Pflegekräften, bis 2025 werden zusätzlich (zu den derzeit rund 45000) 22500 notwendige professionelle PflegerInnen prognostiziert (vgl. ebd.).

Während stationäre Pflegeeinrichtungen von Sparmaßnahmen der öffentlichen Hand betroffen sind, wächst der Bereich der extramuralen und mobilen Betreuung: Bei der Verwendung des nunmehr bis 2016 mit zusätzlichen 650 Millionen Euro dotierten Pflegefonds des Sozialministeriums wird der **mobilen Betreuung** eine vorrangige Stellung eingeräumt. (ebd.)

In der mobilen Betreuung werden professionelle Helfer und Helferinnen mit entsprechendem Ausbildungshintergrund tätig, wobei auch im extramuralen Bereich aufgrund knapper Personalressourcen, die auf Kostenzwänge zurückzuführen sind, bedarfsgerechte Modelle entwickelt werden (müssen). Für die Unterstützung pflegender Angehöriger im häuslichen Umfeld kommen stundenweise Betreuungsformen mit bedarfsorientierten Dienstleistungen, ausgeübt von entsprechenden ProfessionistInnen (Heimhilfen, Physio- und ErgotherapeutInnen, PflegerInnen), ebenso in Betracht wie eine 24-Stunden-Pflege durch professionelle Pflegekräfte.

Häufig wird aufgrund der budgetär bedingten Reduktion der Verweildauer im Krankenhaus vorerst eine Übergangslösung für die Zeitspanne zwischen Krankenhausaufenthalt und Rückkehr in die eigenen vier Wände notwendig, sie zielt auf die körperliche Restabilisierung des Patienten/der Patientin. Im Vordergrund einer derartigen Betreuungsleistung steht die Weiterführung der pflegerischen Versorgung. Nach der diagnostizierten

---

<sup>4</sup> „Das AMS-Berufsinformationssystem ist die größte österreichische Online-Datenbank zu Berufen und Qualifikationen. Annähernd 12.000 Berufs- und etwa 10.000 Qualifikationsbezeichnungen sowie ca. 560 Berufe mit Kurzbeschreibungen zu Beschäftigungsmöglichkeiten, Einkommen, Arbeitsumfeld, Ausbildungen u. ä. m. machen das AMS-Berufsinformationssystem zu einem umfassenden Nachschlagewerk [...].“ (<http://www.ams.at/bis/>, am 30.11.2014)

<sup>5</sup> „Das Arbeitsmarktservice - kurz AMS - ist das führende Dienstleistungsunternehmen am Arbeitsmarkt in Österreich. Wir vermitteln Arbeitskräfte auf offene Stellen und unterstützen die Eigeninitiative von Arbeitssuchenden und Unternehmen durch Beratung, Information, Qualifizierung und finanzielle Förderung.“ (<http://www.ams.at/ueber-ams/ueber-ams/daten-fakten>, am 30.11.2014)

Besserung des Zustandsbildes des Patienten/der Patientin ist eine bedarfsorientierte soziale Betreuung in häuslicher Umgebung effizienter und vermutlich kostengünstiger zu gestalten. In diesem Zusammenhang ist anzunehmen, dass im beschriebenen Versorgungsmodell auch Folgekrankenhausaufenthalte reduziert werden können.

Derzeit gibt es für die Serviceleistungen „Kurzzeitpflege“ oder „Übergangspflege“, die ähnliche Betreuungs-, Pflege- und Remobilisationskonzepte anbieten, lange Wartezeiten. Daher würden für PatientInnen, die eine derartige Leistung benötigen, längere Spitalsaufenthalte mit einer höheren Gefahr von nosokomialen Infekten<sup>6</sup>, notwendig. Die Möglichkeiten für den stationären Verbleib betroffener PatientInnen sind aus den oben beschriebenen Gründen allerdings äußerst begrenzt. Aktuell werden die nötigen Serviceleistungen gar nicht beantragt, sondern rasche Lösungen verfügt: Betroffene werden einem Pflegeheim überantwortet oder ohne Remobilisierung mit einer sozialen Betreuung daheim nach Hause entlassen.

Darüber hinaus bieten viele private Pflegeinstitutionen in Wien keine Kurzzeitpflege an, weil der Kostenträger<sup>7</sup> von der anbietenden Institution neben der notwendigen Pflege auch die Versorgung mit regelmäßig durchgeführten physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen fordert. Diese Vorgabe scheint im privaten Bereich kaum kostendeckend finanzierbar.

Die beschriebene aktuelle Situation führte zu Überlegungen bezüglich eines Pflegekonzeptes, das gegenwärtige Bedingungen anerkennt und eine Lösung unter den gegebenen Voraussetzungen im Sinne der Betroffenen anstrebt. Unter Berücksichtigung aller aktuell gültigen Aspekte sollte das Modellkonzept „Pflege auf kurze Zeit“ entwickelt und als Angebot einer privaten Pflegeheimgruppe innerhalb eines Projekts implementiert werden. Das Angebot wurde als Pflege auf explizit *kurze Zeit* konzipiert, um es von

---

<sup>6</sup> „Unter einer nosokomialen Infektion versteht man eine Übertragung von Krankheitserregern in einer medizinischen Einrichtung.“

([https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/lexikon/n/Nosokomiale\\_Infektionen\\_HK.html](https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/lexikon/n/Nosokomiale_Infektionen_HK.html), am 30.11.2014)

<sup>7</sup> Als Kostenträger fungiert der österreichische Gesetzgeber, der im Pflegefondsgesetz (PFG) die Gewährung von Zweckzuschüssen regelt (§1 PFG, i.d.F. v. 1.11.2014, <http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=859&paid=1>, am 30.11.2014). Beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz ist ein Verwaltungsfonds eingerichtet, der vom zuständigen Bundesminister und vom Bundesminister für Finanzen verwaltet wird und allgemein „der Sicherung und Verbesserung der bedarfsgerechten Versorgung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen“ dient (ebd.).

gängigen Pflegemodellen zu unterscheiden. Mit der pflegerischen Remobilisierung und dem Versuch der Reintegration im häuslichen Umfeld auf einem optimierten pflegerischen Niveau innerhalb eines möglichst kurzen Zeitraumes soll es die Modellangebote erweitern, pflegenden Angehörigen soll dabei besondere Aufmerksamkeit gelten.

Im Folgenden wird nach Klärung der Forschungsfrage anhand der Entwicklung und Qualitätsstandards von bestehenden Langzeitpflegeeinrichtungen und der Erfahrungen von ExpertInnen der Bedarf eines solchen Konzeptes aus verschiedenen Blickrichtungen betrachtet, unterstützt von Erkenntnissen aus der Fachliteratur. Vorangestellt werden zusammenfassende Informationen zur österreichischen Rechtslage und Erläuterungen zu den notwendigen begrifflichen Grundlagen, die für den Betreuungs- und Pflegebereich relevant sind. Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit werden die aus den Interviews erhobenen Daten beschrieben und diskursiv interpretiert. Die Gegenüberstellung von Theorie und Erkenntnissen aus dem Datenmaterial mündet in ein Fazit, das einen Ausblick samt Handlungsempfehlungen enthält und die Arbeit beschließt.

## **2 Forschungsfrage**

Bevor die theoretischen Überlegungen und Erläuterungen zu grundlegenden Begriffen in Zusammenhang mit Pflege und Betreuung dargestellt werden und Erkenntnisse aus der Fachliteratur einfließen können, muss die Aufmerksamkeit den forschungsleitenden Interessen und Fragestellungen gelten. Sie initiieren und argumentieren das Forschungsvorhaben gleichermaßen und erweisen sich zu Beginn des Forschungsprozesses als vielfältig und durchaus komplex. Womit bzw. wodurch kann Innovation allgemein argumentiert werden? Wie lässt sich individuelles Befinden über relevante Begriffe definieren? Wodurch bzw. anhand welcher Parameter kann individuelles Befinden qualifiziert werden? Wie lässt es sich quantifizieren? Welche begrifflichen Gegensatzpaare können die Dimensionen individuellen Befindens markieren? Wie wirkt sich professionelle Dienstleistung im Sinne der Pflege und Betreuung auf die Angehörigen Betroffener aus? In welchem Zusammenhang stehen die Befindlichkeiten von Angehörigen und Betroffenen? Welche Bedingungen können in Zusammenhang mit der Thematik Wohlbefinden generieren und sichern? Was ist an Voraussetzungen im Bereich „Pflege und Betreuung“ notwendig, damit Angehörige pflegebedürftiger Menschen eine einigermaßen

ßen stabile Zufriedenheit erleben? Was ist bezüglich der Angehörigen bei Pflege und Betreuung besonders zu beachten, was tunlichst zu vermeiden und warum? – Die Auswahl der Fragestellungen möge den Schwerpunkt des Forschungsinteresses sichtbar machen: Die Forschungsarbeit zielt auf die Befindlichkeit der Angehörigen pflegebedürftiger Personen.

Überlegungen und Fragestellungen sind zu verdichten, das Forschungsvorhaben ist einzugrenzen und auf einen Fokus hin zu zentrieren, sodass die Auswahl an Theorie und das methodische Vorgehen im empirischen Prozess der Forschung stringent begründet und die zentrale forschungsleitende Fragestellung entwickelt werden können.

Für das Forschungsvorhaben erwies sich folgende zentrale Fragestellung als relevant:

**Welche Parameter in der „Pflege auf kurze Zeit“ können bei Angehörigen pflegebedürftiger Menschen Zufriedenheit generieren?**

Für die Beantwortung der Forschungsfrage sind die beiden Schlüsselbegriffe – „Pflege auf kurze Zeit“ und „Zufriedenheit“ – durch entsprechende Fragen zu explorieren:

*Was bedeutet „Pflege auf kurze Zeit“?*

*Was bedeutet „Zufriedenheit“?*

*Woran macht sich Zufriedenheit bemerkbar, wie lässt sie sich erkennen?*

Die Beantwortung der Forschungsfrage ist von der theoretischen Auseinandersetzung mit grundlegenden Begriffen zur Thematik und dem methodischen Ansatz der empirischen Forschungsarbeit abhängig, dementsprechend erfolgt die Auswahl an Themen und die Wahl der Methode, wie sie im Verlauf der vorliegenden Arbeit zur Darstellung kommen.

## 3 Vorbefunde

### 3.1 Bevölkerungsstruktur

2012 wurden in Österreich rund 139.000 Personen im Rahmen mobiler Dienste und 71.800 Personen in stationären Einrichtungen mit finanzieller Unterstützung

der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung der Länder und Gemeinden betreut. 4.900 Personen erhielten eine Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen. Teilstationäre Dienste wurden von 6.000, alternative Wohnformen von 11.100 Personen in Anspruch genommen. 69.400 Personen konnte im Rahmen des Case- und Caremanagements eine Unterstützung gegeben werden.

([http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_landesebene/pflege\\_und\\_betreuungsdienste/](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/pflege_und_betreuungsdienste/), am 1.12.2014)

Die demografische Entwicklung einer Bevölkerung wird von verschiedenen Faktoren angetrieben: von dem sogenannten demografischen Reproduktionsniveau, das Auskunft über die Geburtenrate gibt, von der prognostizierten Lebenserwartung, die in Zusammenhang mit der Mortalitätsrate einer Bevölkerung steht, und von Migrationsbewegungen, die statistisch als Zu- und Abwanderungszahlen erfasst werden (vgl.

[http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen\\_kleine\\_datei.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf), S. 43 ff., am 1.12.2014). Aktuell befindet sich die österreichische Bevölkerung „im letzten Drittel des durch die demografischen Übergänge vorgezeichneten Weges von einer demografisch jungen zu einer demografisch alten Gesellschaft“ (ebd., S. 43). Die Lebenserwartung steigt kontinuierlich<sup>8</sup>, die Entwicklungstrends für die nahe Zukunft stehen in verschiedenen Varianten als Prognosen zur Verfügung, sie zeigen bezüglich der Zunahme älterer und alter Bevölkerungsteile in den kommenden Jahrzehnten Übereinstimmung und unterscheiden sich lediglich im Ausmaß des Anstiegs im Bevölkerungssegment. Eine Vorausberechnung der Bevölkerungsstruktur der Statistik Austria mit Stand vom 20.11.2014 sieht in der österreichischen Bevölkerung 2,17 Mio. Menschen ab 65 Jahren für das Jahr 2030, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird 23,6% betragen. Dieser Anteil wird bis 2050 auf 27,9% ansteigen, während der Anteil der 20- bis 65-Jährigen etwa im gleichen Ausmaß abnimmt (vgl.

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html), am 1.12.2014). Auch wenn die Kategorisierung di-

---

<sup>8</sup> Aktuelle Werte sprechen von 82,2 Jahren für Frauen und 76,6 Jahren für Männer ([http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen\\_kleine\\_datei.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf), S. 44, am 1.12.2014).

verser Lebensabschnitte innerhalb definierter Lebensaltersequenzen kritisch diskutiert wird und es sich bei den angeführten Zahlen um Hochrechnungen und Prognosen handelt, ist anzunehmen, dass die Veränderungen innerhalb der Altersstruktur einer Bevölkerung in Richtung (demografisch) alte Gesellschaft Konsequenzen nach sich ziehen. Mit dem Gewinn an Lebensalter wächst das Risiko, gesundheitsbedingt in Abhängigkeiten zu geraten, gleichzeitig wird auch das Thema der Lebensqualität virulent. Wer auf Hilfe und Pflege angewiesen ist, bleibt davon nicht unberührt.

Die aktuelle Entwicklung betrifft nicht nur das Individuum, sondern die gesamte Gesellschaft, die Bevölkerungsstruktur hat z. B. maßgeblichen Einfluss auf die Erwerbsquote oder auf Pensions- und Vorsorgeregelungen, auf das Abgabensystem, auf Politik und Wirtschaft. Sie betrifft ebenso das Sozialsystem eines Staates, das entsprechend der Bevölkerungsstruktur unter anderem auch finanzielle Mittel zur Sicherung der Versorgung im Alter bereitstellt. In Österreich erfolgt diese Mittelvergabe hinsichtlich einer Versorgung im Alter aus dem sogenannten Pflegefonds, wobei auch Regelungen bezüglich des Anspruches auf sogenanntes Pflegegeld wirksam werden. Pflegefonds und Pflegegeld stehen daher im Mittelpunkt der beiden folgenden Kapitel.

### **3.2 Der österreichische Pflegefonds**

Die Bereitstellung von Zweckzuschüssen an Bund, Länder und Gemeinden „zur Sicherung und zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege“

([http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Pflege\\_und\\_Betreuung/Pflegefonds/](http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/Pflegefonds/), am 4.12.2014) wurde in Österreich innerhalb eines Bundesgesetzes, dem sogenannten Pflegefondsgesetz (PFG)<sup>9</sup>, geregelt. Das PFG ist mit 30.6.2011 für die Jahre 2011 bis 2014 in Kraft getreten und regelt die Verteilung der Mittel aus dem sogenannten Pflegefonds, der im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz eingerichtet wurde. Der Pflegefonds speist sich zu zwei Dritteln aus Mitteln des Bundes und zu einem Drittel aus Mitteln der Länder und Gemeinden. Wie im Stabilitätspakt<sup>10</sup> 2012 vor-

---

<sup>9</sup> Pflegefondsgesetz (PFG), BGBl. I Nr. 57/2011, i.d.F.v.4.12.2014

<sup>10</sup> „Mit dem innerösterreichischen Stabilitätspakt werden die finanzpolitischen Verpflichtungen gegenüber der Europäischen Union zur Erzielung bestimmter Haushaltsergebnisse, insbesondere beim Defizit

bereitet, regelt die Novellierung des Gesetzes 2013 die Dotation der Mittel für die Jahre 2015 und 2016 (ebd.).

In den ersten vier Jahren ab Einrichtung des Pflegefonds wurden Zuschüsse wie folgt gewährt: 100 Mio. € für 2011, 150 Mio. € für 2012, 200 Mio. € für 2013 und 235 Mio. € für das Jahr 2014. Für die beiden Folgejahre 2015 und 2016 sind 300 Mio. € und 350 Mio. € vorgesehen (vgl. ebd.; PFG §2). Die in den Regelungen vorgesehenen nahezu sprunghaften jährlichen Erhöhungen der Dotierung verweisen auf die Problematik der Finanzierung: Die jeweils zur Verfügung stehenden Mittel können den tatsächlichen Bedarf realistisch nicht abdecken, was sich entsprechend auch auf das Angebot an Pflegemaßnahmen auswirkt. Die durch das Pflegefondsgesetz beabsichtigten Wirkungen sind mit begrenzten Mitteln kaum erreichbar, schon die Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen erweist sich als ideale Intention abseits der Realität, ganz abgesehen von weiteren Gesetzesstellen, die engagiert die Weiterentwicklung des bestehenden Systems beabsichtigen.

Die Novelle des PFG (2013) sieht in §2 für die Jahre 2014 bis 2016 einen Richtversorgungsgrad<sup>11</sup> von 55% vor, er gilt für alle Bundesländer, gleichzeitig wurde die Bereitstellung der Mittel aus dem Pflegefonds flexibler gestaltet. Der Abschnitt „Widmung

---

und beim Schuldenstand, im Verhältnis von Bund, Ländern und Gemeinden umgesetzt.“ (<https://www.bmf.gv.at/budget/finanzbeziehungen-zu-laendern-und-gemeinden/oesterreichischer-stabilitaetspakt-2011-und-2012.html>, am 4.12.2014) Die paktierten Regelungen betreffen daher unter anderem auch den österreichischen Pflegefonds und die Dotierung der bereitzustellenden Mittel. Der ursprünglich bis 2014 befristete Stabilitätspakt 2011 wurde 2012 als neuer Stabilitätspakt definiert. Der Stabilitätspakt 2012 zur Regelung des österreichischen Staatshaushaltes gilt unbefristet (ebd.).

<sup>11</sup> Der sogenannte Richtversorgungsgrad „soll im Betreuungs- und Pflegedienstleistungsbereich eines Bundeslandes der maßgebende Parameter für die Versorgung älterer Menschen sein“ (<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564253&action=b&cacheability=PAGE>, S. 487, am 4.12.2014). Der Richtversorgungsgrad erfasst den Anteil der betreuten Personen eines Bundeslandes an der Anzahl aller Personen mit Anspruch auf Pflegegeld (ebd.; [http://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20130514\\_OTS0101/hundstorfer-pflegefonds-wird-bis-2016-verlaengert-650-mio-euro-mehr-fuer-laender-und-gemeinden](http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20130514_OTS0101/hundstorfer-pflegefonds-wird-bis-2016-verlaengert-650-mio-euro-mehr-fuer-laender-und-gemeinden), am 4.12.2014). Der Anspruch auf Pflegegeld wird im Bundespflegegeldgesetz (BPGG) geregelt. Das BPGG trat mit 1.7.1993 in Kraft und regelt den Rechtsanspruch auf ein siebenstufiges, bedarfsorientiertes Pflegegeld, unabhängig von Einkommen und Vermögen. Derzeit wird eine Novelle des Gesetzes vorbereitet, sie sieht laut Regierungsvorlage u.a. eine Erhöhung der Mittel auf allen Stufen und die Neuregelung der Stufen 1 und 2 (im Sinne einer Erschwerung der Anspruchsvoraussetzungen) vor (<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/module?gentic.am=Content&p.contentid=10007.140947>, am 4.12.2014; [http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I\\_00365/fname\\_373533.pdf](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00365/fname_373533.pdf), am 4.12.2014).



des Zweckzuschusses“ innerhalb des novellierten Gesetzestextes (PFG, §3) verdient in Zusammenhang mit der Thematik der vorliegenden Arbeit besondere Aufmerksamkeit. Ausdrücklich werden darin folgende Widmungen, bezogen auf die finanziellen Mittel des Pflegefonds, festgelegt:

- Sicherung des bestehenden Angebotes an Betreuungs- und Pflegedienstleistungen der Länder im Bereich der Langzeitpflege (wenn der Versorgungsgrad den Richtversorgungsgrad erreicht oder überschreitet) (PFG, §3, Abs. 1 u. 2)
- Aus- und Aufbau des oben genannten Angebotes (wenn der Versorgungsgrad den Richtwert unterschreitet) (ebd.)
- Gewährung von Zuschüssen für begleitende qualitätssichernde Maßnahmen und innovative Projekte (ebd.)
- Erstellung einer Pflegedienstleistungsdatenbank samt entsprechender Statistik (PFG § 5).

Die Zuschüsse sind lt. Gesetzestext vorrangig für Maßnahmen außerhalb des stationären Bereiches (extramurale Angebote) zu verwenden, wenn die Versorgung durch extramurale Angebote im Bundesland in den Jahren 2014-2016 über der Versorgung im Kalenderjahr 2011 liegt<sup>12</sup>. § 3 des PFG definiert die Angebote an Betreuungs- und Pflegedienstleistungen wie folgt (PFG § 3 Abs. 1 Z 1-6):

1. *Mobile Betreuungs- und Pflegedienste*: Dazu zählen Angebote sozialer Betreuung oder Pflege, der Unterstützung bei der Haushaltsführung oder der Hospiz- und Palliativbetreuung.
2. *Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste*: Darunter fallen „die Erbringung von Hotelleistungen (Wohnung und Verpflegung) und Pflege- sowie Betreuungsleistungen (einschließlich tagesstrukturierende Leistungen) für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen in eigens dafür errichteten Einrichtungen (einschließ-

---

<sup>12</sup> „Wird die Vorrangigkeit der nichtstationären Versorgung nicht erfüllt, sind die Zweckzuschüsse unverzüglich dem Bund zurückzuerstatten.“ (PFG § 7, Abs. 7 Z 2).

lich Hausgemeinschaften) mit durchgehender Präsenz von Betreuungs- und Pflegepersonal [...].“ (PFG § 3 Abs. 5)

3. *Teilstationäre Tagesbetreuung* betrifft die ganz oder zumindest halbtägige Betreuung von Menschen, die außerhalb von stationären Einrichtungen leben. Diese Form der Betreuung wird in dafür vorgesehenen Einrichtungen (Tageszentren, Senioreneinrichtungen) erbracht. Teilstationäre Betreuung inkludiert die Bereitstellung von Pflege, sozialer Betreuung, Verpflegung, Aktivierungsangeboten und zumindest einem Therapieangebot sowie die Sicherstellung etwaiger Transportleistungen zwischen Wohnung und Betreuungsangebot.
4. *Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen* ist als eine zeitlich befristete<sup>13</sup> Wohnunterbringung inklusive Verpflegung sowie Betreuung und Pflege (auch aktivierend bzw. reaktivierend) zu verstehen.
5. *Case- und Caremanagement* inkludiert Angebote der bedarfsgerechten wie auch individuellen Sozial-, Betreuungs- und Pflegeplanung, der Organisation der ermittelten Dienstleistungen und des Nahtstellenmanagements.
6. *Alternative Wohnformen*: Als solche gelten Einrichtungen für betreuungs- und pflegebedürftige Menschen (ohne ständige stationäre Betreuung oder Pflege), die aus diversen Gründen nicht mehr alleine wohnen können oder wollen.

### 3.3 Das Bundespflegegeldgesetz

In Österreich wurde im Jahr 1993 mit dem Inkrafttreten des Bundespflegegeldgesetzes<sup>14</sup> (BPGG) ein Pflegevorsorgesystem eingerichtet, das der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit eines wachsenden Bevölkerungssegments Rechnung tragen sollte und eine „völlige Neuordnung der Pflegevorsorge“ brachte (vgl.

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360511.html>, am 31.1.2015). Mithilfe der zweckgebundenen Mittel sind bei Pflegebedarf individuelle Lösungen selbstständig zu organisieren, wobei zumindest ein Teil der Kosten gedeckt

---

<sup>13</sup> In der Regel sind das 3 Monate bzw. 92 Tage.

<sup>14</sup> Vgl.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859>, am 9.2.2015.

sein sollte. Der Kostenbeitrag „ermöglicht den pflegebedürftigen Menschen eine gewisse Unabhängigkeit und einen (längeren) Verbleib in der gewohnten Umgebung (zu Hause)“ (ebd.).

Im Jahresdurchschnitt 2014 bezogen 454.350 Personen Pflegegeld, der Jahresaufwand wird mit rund 2,52 Mrd. Euro (exklusive Verwaltungskosten) beziffert (vgl.

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_bundesebene/bundespflegegeld/](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/), am 31.1.2015).

Ein Anspruch auf Pflegegeld wird anhand des zusätzlichen Aufwandes an Stunden, die sich im Zusammenhang mit der Betreuung einer pflegebedürftigen Person ergeben, festgestellt. Die Zuerkennung und Bemessung des Pflegegeldes erfolgt auf der Grundlage eines Sachverständigengutachtens seitens der zuständigen Sozialversicherungsanstalt. Der Pflegeaufwand bestimmt über die Höhe des Pflegegeldes, das BPGG sieht dafür 7 Pflegegeldstufen vor (vgl. BPGG §5). Ein Rechtsanspruch besteht, wenn die Anspruchsvoraussetzungen lt. Gesetz (vgl. BPGG §4) erfüllt werden. Im Wesentlichen sind das ein ständiger Betreuungsbedarf von mehr als 65 Stunden pro Monat aufgrund einer Erkrankung und/oder Behinderung, die mindestens 6 Monate andauern wird, ein aufrechtes Sozialversicherungsverhältnis und der gewöhnliche Aufenthalt der pflegebedürftigen Person in Österreich (vgl.

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360512.html>, am 9.2.2015). Für den Bezug des Pflegegeldes ist derzeit folgender Stundenaufwand pro

Monat maßgeblich:

Pflegegeldstufe 1: mehr als 65 Stunden (aktuell € 154,20)

Pflegegeldstufe 2: mehr als 95 Stunden (aktuell € 284,30)

Pflegegeldstufe 3: mehr als 120 Stunden (aktuell € 442,90)

Pflegegeldstufe 4: mehr als 160 Stunden (aktuell € 664,30)

Pflegegeldstufe 5: mehr als 180 Stunden und außergewöhnlicher Pflegeaufwand  
(aktuell € 902,30)

Pflegegeldstufe 6: mehr als 180 Stunden und dauernde Anwesenheit (Tag und  
Nacht) einer Pflegeperson (aktuell € 1260,00)

Pflegegeldstufe 7: mehr als 180 Stunden, wenn keine zielgerichteten  
Bewegungen der Extremitäten mit funktioneller Umsetzung  
möglich sind (aktuell € 1655,80)

(vgl. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360516.html>, am 9.2.2015; BPGG §5).

Neben Anspruchsvoraussetzungen, Verfahrens- und Ruhensbestimmungen sowie der Höhe des Pflegegeldes regelt das BPGG u. a. auch die Mindesteinstufung bei ausgewiesenen Erkrankungen (z. B. Querschnittlähmung, Blindheit, Taubblindheit u. a. m.) und definiert den Stundenaufwand für Pflegehandlungen (vgl.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009142&ShowPrintPreview=True>, am 9.2.2015). Darüber hinaus werden in Abschnitt 3a des BPGG, §21 Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds<sup>15</sup> geregelt, §18 enthält Bestimmungen zur Familienhospizkarenz (Sterbebegleitung), §21c (Abschnitt 3b) Bestimmungen zum Pflegekarenzgeld. Das Pflegegeld wird zwölfmal im Jahr ausbezahlt und unterliegt nicht der Einkommenssteuer.

In Österreich hat sich auch in Zusammenhang mit dem Bundespflegegeldgesetz ein breites Angebot an Unterstützungs- und Pflegeangeboten im Sinne der gesetzlich definierten Optionen etabliert, darüber hinaus finden sich für den Bereich „Betreuung und Pflege“ auch weitere Möglichkeiten und eine Begriffsvielfalt, die spezielle Angebote auch außerhalb der oben angeführten Klassifikation betrifft, sodass diese Variationsbreite einer Erläuterung bedarf.

### **3.4 Begriffsvielfalt**

Pflege und Betreuung von bedürftigen Menschen sind mit teilweise erheblichen Kosten, die die finanziellen Möglichkeiten Betroffener übersteigen, verbunden. Im österreichischen Sozialstaat wird der Pflege- und Betreuungsaufwand durch entsprechende Gesetze und Verordnungen geregelt (z. B. Pflegefondsgesetz, Bundespflegegeldgesetz, Sozialgesetzgebung allgemein, Sozialhilfegesetz). Die Uneinheitlichkeit der Kostenübernahme bezüglich verschiedener Pflegeformen und ein beständig wachsendes Spektrum an innovativen Modellen und Konzepten innerhalb der österreichischen Pflegelandschaft machen eine differenzierte Betrachtung der variierenden Begriffe notwendig. Neben den erläuterten Angeboten, wie sie das Pflegefondsgesetz vorsieht, sind auch

---

<sup>15</sup> Der Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung stellt der pflegenden Person „bei Vorliegen einer sozialen Härte“ (vgl. BPGG 3a, §21) finanzielle Mittel zur Verfügung, wobei die pflegebedürftige Person zumindest Pflegegeld der Stufe 3 beziehen muss.

jene Möglichkeiten, die speziell aus medizinisch-diagnostischer Perspektive definiert werden, wie folgt zu unterscheiden.

Die *Geriatrische Rehabilitation* hat die Rückführung geriatrischer PatientInnen<sup>16</sup> in die größtmögliche Selbständigkeit zum Ziel. Dazu ist anzumerken, dass die größtmögliche Selbständigkeit keine komplette Heilung bedeutet (vgl. Pleschberger, 26-27). In einigen Bundesländern kann man diese Zielsetzung der Remobilisierung im Gesamtkonzept großer Spitäler finden, wie das zum Beispiel in Wien der Fall ist. In diesem Fall entspricht der Aufenthalt in einer entsprechenden Station einem Spitalsaufenthalt und ist oft zeitlich begrenzt. In anderen Bundesländern handelt es sich dagegen um einen zeitlich begrenzten Aufenthalt in einer Langzeitpflegeeinrichtung.

Bei der sogenannten *Kurzzeitpflege* handelt es sich um eine vorübergehende stationäre Pflege, die einer pflege- und betreuungsbedürftigen Person, die ansonsten daheim versorgt wird, zukommt. Dieser Begriff scheint auch im Pflegefondsgesetz auf (siehe [Kurzzeitpflege](#)), wird aber in Österreich innerhalb der Bundesländer nicht einheitlich ausgeführt (Pleschberger, 39-40). Das Modell „Kurzzeitpflege“ soll der Sicherstellung der Pflege dienen, wenn pflegende Angehörige ihrer Aufgabe vorübergehend nicht nachkommen können. In einigen Bundesländern kann jedoch beobachtet werden, dass PatientInnen direkt vom Spital in den Rahmen der Kurzzeitpflege transferiert werden. Der Transfer dient dem Versuch, mit dem Patienten/der Patientin die größtmögliche Selbständigkeit zu erarbeiten. Im Verlauf dieser Kurzzeitpflege wird aber auch die Möglichkeit einer im Anschluss geplanten Übersiedlung in ein Pflegeheim zur Dauer evaluiert. Zum Beispiel müssen bei einem Wiener Patienten/einer Wiener Patientin bei Beginn der Kurzzeitpflege alle formalen Voraussetzungen für die Aufnahme in einer Dauerpflegestelle bereits amtlich bekannt sein.

---

<sup>16</sup> Als geriatrische PatientInnen gelten lt. Deutscher Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) Menschen, die ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter) und Geriatrie-typische Multimorbidität und erhöhte Vulnerabilität aufweisen (Sieber, 2007). „Ein geriatrischer Patient [eine geriatrische Patientin; Anm. d. Verf.in] ist grundsätzlich durch sein [ihr; Anm. d. Verf.] biologisches Alter gekennzeichnet; darüber hinaus durch sein [ihr] Leiden an mehreren Krankheiten, eine veränderte oft unspezifische klinische Symptomatik, einen verlängerten Krankheitsverlauf und eine verzögerte Genesung [...]. Charakteristisch für den älteren Patienten [die ältere Patientin] ist auch die veränderte Reaktion auf Medikamente sowie das mögliche Vorliegen von Demobilisierungs- und psychosozialen Symptomen.“ (Lechleitner, 2007, 35)

Der Begriff *Psychobiografisches Pflegemodell* steht in engem Zusammenhang mit dem Begriff *Übergangspflege*. Innerhalb dieses Modells wird die sogenannte Reaktivierende Pflege nach Böhm<sup>17</sup> durchgeführt, sie wurde vor allem für ältere PatientInnen mit Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis entwickelt. Die Übergangspflege soll den Patienten/die Patientin durch assistierende Begleitung bei der Reintegration in sein/ihr primäres soziales Umfeld oder in häusliche Pflege unterstützen (Pleschberger, 50-51).

Unter *teilstationären Angeboten* fungiert ein Übergangsmodell zwischen der Pflege im heimischen Umfeld und der ambulanten Remobilisierung. Zu diesen Angeboten zählen geriatrische Tageskliniken, geriatrische Tageszentren und das Tageshospiz. In den entsprechenden Einrichtungen können verschiedene therapeutische und pflegerische Leistungen untertags in Anspruch genommen werden.

*Überleitungspflege* hat zum Ziel, PatientInnen nach einem Spitalsaufenthalt gezielt in häusliche Pflege überzuleiten. Das Augenmerk liegt dabei auf der Organisation zeit- und bedarfsgerechter Versorgung mit extramuralen Diensten und Hilfsmitteln (siehe [Casemanagement](#)). In vielen Spitalern wird dies vom sogenannten Entlassungsmanagement übernommen.

Obwohl die angeführten Begriffe sinnvoll definiert sind und spontan verständlich erscheinen mögen, kann es in Hinblick auf die Inanspruchnahme verschiedener Dienstleistungen zu Unsicherheiten oder massiven Irritationen kommen, da verschiedene Kostenträger unter ein- und demselben Begriff unterschiedliche Tagessätze verrechnen. Mit diesen Differenzen bezüglich des Aufwandes sind auch unterschiedliche Leistungen für Versicherte bzw. PatientInnen verbunden. Die Vereinheitlichung der Begriffe und eine landesweite verbindliche Regelung bezüglich der Inhalte und Kosten einzelner Modelle

---

<sup>17</sup> Erwin Böhm ist anerkannter Pflegewissenschaftler und Autor zahlreicher Bücher zum Thema „Pflege“. In den 1980er-Jahren entwickelte er das Psychobiografische Pflegemodell, in dem er in Hinblick auf Pflegebedürftige (vor allem im geriatrischen und psychiatrischen Bereich) 7 Erreichbarkeitsstufen definierte. Mit Hilfe der skalierten Merkmale, die sich aus dem Verhalten Betroffener erschließen lassen, können deren Gedächtnis- und Emotionsressourcen eruiert werden. Wird in der Betreuung die Interaktion mit Betroffenen entsprechend ihrer Erreichbarkeit gestaltet, wächst die Zahl an Möglichkeiten zur Remobilisierung (reaktivierende Pflege). Neben der somatischen Pflegedokumentation plädiert Böhm für eine ergänzende seelische Pflegedokumentation, ebenso muss die ärztliche Visite durch die Pflegevisite erweitert werden.

könnte sowohl den Unsicherheiten und Irritationen als auch einem etwaigen Sozialtourismus<sup>18</sup>, der zur Überlastung einiger Bundesländer führt, entgegenwirken.

Unabhängig vom Modell, nach dem sich eine Pflegeeinrichtung ausrichtet, kann die Sozialgesetzgebung auch das Bild der Pflege in einem sozialen System beeinflussen, mangelhafte Vollzugsbestimmungen lösen unter Umständen zusätzlich Unsicherheiten, wenn nicht sogar Ängste unter den Angehörigen des sozialen Systems aus. Eine offene Gesellschaft<sup>19</sup> wählt ihre politische Vertretung auch in Hinblick auf die Legislative, in der gesetzgebenden Gewalt werden die Werte und Normen<sup>20</sup> eines sozialen Systems abgebildet. Die Gesellschaft erarbeitet diese Aspekte in einem beständigen Aushandlungsprozess zwischen allen Beteiligten und übergibt mit der Wahlentscheidung auch Macht und Verantwortung über gültige Werte und Normen. In der Gesetzgebung äußert sich auch die Reputation einer Institution, im Prestige institutionalisierter Handlungsmodelle werden Werthaltungen und Einstellungen eines sozialen Gefüges sichtbar. Die Pflege wird als Institution innerhalb eines sozialen Systems von diesem Wechselwirkungsprozess zwischen Gesellschaft und Legislative nicht ausgenommen.

### **3.5 Das Image der Pflege in der Gesellschaft**

Verschiedene Gesellschaften zeigen in ihren angewandten Pflegemodellen u. a. auch unterschiedliche Einstellungen bezüglich der Wertigkeit der institutionalisierten Pflege und ihrer Stellung innerhalb des sozialen Systems. Der Wert, den eine Gesellschaft einem institutionalisierten Handlungsmodell beimisst, kommt direkt und indirekt zum Ausdruck: indirekt durch Rechtsansprüche, Anspruchsvoraussetzungen und Zugänge zu den Dienstleistungen, aber auch durch die Honorierung des nötigen Personals, direkt in

---

<sup>18</sup> Gemeint ist die Verlegung des Wohnsitzes, d. h., eine zumindest im Meldewesen registrierte Übersiedlung zwischen Bundesländern, die aus finanziellen Überlegungen in Zusammenhang mit Rechtsansprüchen eingeleitet wird.

<sup>19</sup> Der Begriff bezieht sich hier nicht auf die Rechtsform der OG in Zusammenhang mit Unternehmensformen, sondern auf das Gesellschaftsmodell von Karl Popper mit großer Nähe zur Demokratie als Staatsform. In einer offenen Gesellschaft ist die kritische Reflexion bestehender Strukturen nicht nur erlaubt, sondern ausdrücklich erwünscht, und notwendige Veränderungen sind möglich (vgl. Popper, Karl R.: Die offene Gesellschaft und ihre Feinde. Bd. 1 u. 2. UTB f. Wissenschaft, Tübingen: Mohr/Siebeck 1992).

<sup>20</sup> In der Philosophie der Moral werden die beiden Aspekte wie folgt unterschieden: Werte beziehen sich auf Handlungsziele bzw. auf Argumente, die die Wertschätzung von Handlungen, Gegenständen und Anschauungen begründen. (Moralische) Normen bezeichnen Verhaltensregeln, die aus dem Wert des Guten abgeleitet wurden.

definierten Kostenrahmen, die den Wert einer Dienstleistung in der Landeswährung festlegen, und in gesetzlichen Bestimmungen, die die Kostenübernahme regeln.

In der Literatur finden sich zur Kostenübernahme bezüglich Pflege- und Betreuungsdienstleistungen 3 Ansätze von Trägermodellen. Im ersten Modell wird die Familienzuständigkeit gemeinsam mit Non-Profit-Organisationen wirksam, im zweiten ist es der Markt selbst, der die Pflegewertigkeit kontrolliert. Im dritten Modell übernimmt der Staat als Träger den größten Teil der Pflegekosten, wodurch er indirekt auch den Wert der Pflege definiert (vgl. u. a. Arbaje et al., 2008, Hönig-Robier, 2008, Maas et al., 2004, Nam, 2003, Schmid, 2010).

Ein Trägermodell, das die Dominanz von Familie und Non-Profit-Organisationen bevorzugt, orientiert sich an einer Wertigkeit im Sinne von moralischen Verpflichtungen und traditionellen Normen. Reguliert der Markt die Wertigkeit von Pflege, wird diesem Modell eine eher individualistische Orientierung zugeschrieben. Staatlicher Trägerschaft und Kontrolle der Pflege liegt lt. Literatur ein Anspruchsdenken seiner BürgerInnen zugrunde (vgl. ebd.).

Das familiäre Pflegemodell findet sich vor allem im Süden Europas, woraus sich der Beiname „Mediterranes Modell“ erklärt. In diesen geografischen Lagen konnte sich ein sogenannter „grauer Markt“ für Pflegedienstleistungen entwickeln. Gewinnorientierte Unternehmen, die Pflegedienstleistungen anbieten, konnten sich hingegen nur in geringem Maße etablieren (vgl. ebd.).

Das sogenannte „Skandinavische Modell“ bestimmen Betreuungsangebote, die im Wesentlichen vom Staat bereitgestellt werden, über den Schwerpunkt der Trägerschaft (vgl. ebd.).

In Österreich überwiegt ein Trägermodell, das Subsidiaritätsmodell genannt wird. Die Verantwortung für die Pflege von Angehörigen liegt bei der Familie, allerdings wird staatliche Unterstützung bereitgestellt. Zugleich werden unterstützende Dienstleistungssysteme, die von Familien genutzt werden können, staatlich



subventioniert (ebd.).<sup>21</sup>

Die Entscheidung für ein Trägermodell regiert auch die Verantwortung über die Definition der Pflegequalität, je nach Modell verschiebt sich daher diese Definitionsgewalt im System der Pflege. Familie, Markt oder Staat – wer das Sagen hat, bestimmt auch über Angebot, Gütekriterien und Kosten, Haltungen und notwendige Bedingungen. Die Trägerschaft beinhaltet auch Verantwortung über notwendige strukturelle Veränderungen, wie z. B. eine Vereinheitlichung der Pflege- und Unterstützungsangebote oder die Beseitigung bürokratischer Hürden, die den Zugang zu Pflegedienstleistungen erschweren. Im Skandinavischen Modell trägt der Staat diese Verantwortung, im österreichischen System wird sie in hohem Maße den Angehörigen übergeben oder zugeschoben. Da Angehörige – wahrscheinlich aus moralischen Gründen – eher nicht aufbegehren, wird offensichtlich angenommen, dass im Rahmen der familiär organisierten und kontrollierten Versorgung optimale Pflegequalität gegeben ist. Lediglich die Kostenträger, wie z. B. Krankenkassen, machen von der Möglichkeit, die Pflegequalität zu hinterfragen, Gebrauch. Allerdings sind diesbezüglich in Österreich massive regionale Unterschiede evident. Damit ist die regionale Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse von pflegebedürftigen Menschen in einem kleinen Land wie Österreich nicht gegeben. Denn Zugang zu Leistung und deren Qualität ist regional verschieden gestaltet (vgl. Hönig-Robier, 38-42).

Das Image der Pflege innerhalb eines sozialen Systems wird zu einem wesentlichen Teil von den Bedingungen, wie sie in der Trägerschaft und in gesetzlichen Vorgaben zum Ausdruck kommen, bestimmt. Eine Aufwertung der institutionalisierten Handlungsmodelle kann daher erst dann gelingen, wenn in der Gesellschaft die Entwicklung eines entsprechenden Problembewusstseins für bundesweit nötige einheitliche Standards in

---

<sup>21</sup> Das Prinzip der Subsidiarität ist auch „in Artikel 5 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft definiert. Es besagt, dass Entscheidungen auf einer möglichst bürgernahen Ebene zu treffen sind, wobei zu prüfen ist, ob ein gemeinschaftliches Vorgehen angesichts der nationalen, regionalen oder lokalen Handlungsmöglichkeiten wirklich gerechtfertigt ist.“ ([https://www.bka.gv.at/site/Cob\\_29648/6100/DesktopDefault.aspx](https://www.bka.gv.at/site/Cob_29648/6100/DesktopDefault.aspx), am 14.12.2014) Auf bundespolitischer Ebene bedeutet dies, „dass die einzelne, unmittelbarste Gemeinschaft möglichst viel Eigenverantwortung übernehmen soll und nur wenn es Aufgaben alleine nicht mehr erfüllen kann, auf die Hilfe der größeren Gemeinschaft zurückgreifen kann.“ (<http://www.staedtebund.gv.at/services/faq/allgemein.html>, am 14.12.2014) Der Staat wird daher erst dann tätig, wenn die Aufgabenerfüllung auf tieferen politischen Ebenen nicht mehr möglich ist.

Hinblick auf Umfang, Qualität, Kosten und Kontrolle der Pflegedienstleistungen angestoßen werden kann. Die Reputation der Pflege als Ausdruck der Werthaltung einer Gesellschaft wird auch in Zusammenhang mit Pflegeeinrichtungen evident, sie wurden lange Zeit vor allem durch die mediale Aufmerksamkeit für Missstände, die nicht selten in sogenannte Skandale mündeten, wahrgenommen und bewertet. Auch in der Fachliteratur werden Pflegeeinrichtungen eher selten mit wissenschaftlichem Interesse thematisiert, daher scheinen an dieser Stelle einige Erläuterungen notwendig, nicht zuletzt auch mit dem Ziel, damit der Leistung und dem Engagement der Beschäftigten Respekt und Anerkennung zu erweisen.

### **3.6 Pflegeeinrichtungen mit Modellcharakter**

Selten beschäftigen sich AutorInnen mit der historischen Entwicklung von Pflegeeinrichtungen, die in der Tradition unter dem Begriff „Pflegeheim“ firmieren. Eine Ausnahme bilden Ragsdale/McDougal (2008), sie thematisieren in ihrem Artikel Pflegeheime in Zusammenhang mit beginnenden und zukünftigen Problemen der sogenannten Babyboom-Generation in den USA. Die Ausführungen innerhalb dieses Kapitels beziehen sich, soweit nicht durch andere Belege gekennzeichnet, auf den genannten Artikel.

Eine zweifelhafte Tradition des Machtmissbrauchs, die sich im Bereich „Pflegeheim“ lange aufrechterhalten ließ, wurde erst in den letzten 15 bis 20 Jahren durch eine Entwicklung hin zu Aufwertung von Würde, Entscheidungsfreiheit und Individualität des einzelnen Bewohners/der Bewohnerin abgelöst. Initial waren Pflegeheime den Spitälern sehr ähnlich, mit ihren langen Gängen und der funktionellen, aber nicht wohnlichen Einrichtung entsprachen sie lediglich den Anforderungen eines pflegbedürftigen Menschen, aber nicht den Wohnbedürfnissen eines kranken Menschen, der sich nicht mehr alleine daheim versorgen kann. Aber auch Pflegeheime können sich als Institution nicht der Weiterentwicklung entziehen, bei neu erbauten Einrichtungen spiegelt sich die Abkehr vom alten Image bereits in der Bauweise wider. Ausgehend von den USA finden dabei sowohl das Wohngefühl zukünftiger BewohnerInnen als auch Arbeitsplatzbedingungen für MitarbeiterInnen bereits bei der Planung Beachtung.

Auf Organisationsebene entwickelt sich auch die tradierte Entscheidungskultur der Pflegeheime weiter. Die Abkehr von der hierarchischen Top-down-Kultur eines Spitals führt im Veränderungsprozess zu einer kunden- und serviceorientierten integrativen

Entscheidungskultur samt dafür notwendiger Strukturen. Zusätzlich wird versucht, neben den Bedürfnissen der BewohnerInnen auch die Anliegen der Angehörigen in Entscheidungsprozesse zu integrieren. Diese demokratische Entscheidungskultur durchwächst im Laufe der Zeit alle Lebensbereiche des Pflegeheimalltags und stellt einen enormen Wandel dar.

In den 1980-iger Jahren startete Dr. Thomas mit seinem Projekt „Eden Alternative“, das als optimale Entwicklung eines kundenorientierten Pflegeheimes beschrieben wird. Die Alternative richtet sich vor allem gegen die damals übliche Strategie, wichtige Alltagsentscheidungen nicht in Absprache mit dem/der BewohnerIn zu treffen, sondern annähernd ausschließlich dem ständig wechselnden Pflegepersonal zu überlassen. Im Konzept von Dr. Thomas wird die Kontrolle über den Alltag dem Heimbewohner/der Bewohnerin wieder zurückgegeben. Die Leitgedanken beinhalten zudem eine wohnliche Ausstattung der Pflegeeinheiten und den Ansatz lösungsorientierter Teamarbeit. Probleme werden entweder vom Bewohner/von der Bewohnerin oder auch von seinen/ihren externen Bezugspersonen im Team angesprochen, an der Problemlösung sind möglichst alle im Pflegeprozess involvierten Personen beteiligt. Die Wohnumgebung wird bewusst gestaltet, unter anderem durch das Einbringen von Grünpflanzen, die Farbe und Atmosphäre in den Alltag bringen sollen. Auch Kinder und Haustiere werden in den Wohnbereichen nicht mehr ausgeschlossen.

Im Jahr 2000 entwickelt sich im Pflegeheim Meadowlark Hills in Manhattan/New York aus diesem Konzept eine neue Wohnbereichsgestaltung: Nach einer Befragung unter den Angestellten, BewohnerInnen und deren Angehörigen wird aus den Ergebnissen ein erneuertes Konzept ausgearbeitet, das allen Veränderungen voran kleinere Wohneinheiten mit maximal 15 BewohnerInnen vorsieht. Für diese voneinander deutlich getrennten Wohneinheiten werden auch spezielle Räumlichkeiten, die z. B. einem Wohnzimmer entsprechen und Assoziationen zu Wohnungen außerhalb von Pflegeeinrichtungen zulassen, vorgesehen. Diesen kleinen Wohneinheiten werden auf Dauer MitarbeiterInnen zugeteilt, Intimität und Kontinuität begünstigen die Gestaltung der Beziehungsebene zwischen BewohnerInnen, Angehörigen und Pflegepersonal.

Eine die Modellintegration synchron begleitende Studie von Richard Rosher und Sherry Robinson hinterfragt die Zufriedenheit der Angehörigen mit dem Modell. Dabei wird besonders auf die Individualität einzelner Familienstrukturen eingegangen. Das „Eden

Modell“ betrachtet die Familie als integralen Bestandteil einer Pflegeheimbetreuung, daher wird auf der Grundlage der Studienergebnisse versucht, die Integration der Familie als Konstante eines allgemeingültigen Konzepts im Modell zu verankern, wozu eine Verlaufsbeobachtung als geeignet erschien.

Den Angehörigen wird im Modell die Rolle der Erhaltungspflege zugeordnet. Diese Zuteilung wird von den Autoren als Erhalt der Identität des Bewohners/der Bewohnerin interpretiert und soll einem würdevollen Altern dienen. Die Einbindung von Angehörigen und Familienmitgliedern in den Betreuungsprozess bedeutet für professionelle MitarbeiterInnen oft einen Mehraufwand bzw. ein Abgehen vom gewohnten Betreuungsprozess und erwies sich daher vorerst als problematisch. Diese Individualisierung ist allerdings eine vom Modell ausdrücklich erwünschte Komponente in der Betreuung, auch wenn sie für die Pflegekraft eine Herausforderung bedeutete. Von der bislang gültigen Norm der Allwissenheit – die Pflegekraft weiß über die Bedürfnisse der Anvertrauten am besten Bescheid – nimmt das Modell deutlich Abstand. Die neue Struktur im Pflegeprozess erfordert vielmehr Empathie für die individuellen Gewohnheiten der BewohnerInnen und gleichzeitig auch ein Eingehen und die Rücksichtnahme auf individuelle familiäre Gegebenheiten. In der wissenschaftlich begleiteten Beobachtung zeigte sich eine Veränderung in der Haltung des Pflegepersonals, sie entwickelte sich aus einer eher autoritär-direktiven Position hin zu einem sichtbar respektvollen Auftreten und Agieren. Die Veränderungen betrafen auch die unmittelbare Umwelt: Viele BewohnerInnen hatten ihre Haustiere bei sich, der Besuch von Kleinkindern war keine Seltenheit mehr. Die Rückmeldungen der Angehörigen reflektieren den individualisierten Wohncharakter des Modells und die dahinter liegende Philosophie der Aufrechterhaltung von Lebenssinn und Lebensqualität. Selbst das Wort „Weisheit“, die nun den älteren BewohnerInnen im Sinne einer Lebenserfahrung zugesprochen wird, findet wieder Raum und Anerkennung.

Im Rahmen des Modells wurde auch sogenannte „Medicare“ implementiert, es betraf KurzzeitpflegepatientInnen, die das Heim aufgrund seiner wohnlichen Atmosphäre gemeinsam mit ihren Angehörigen ausgesucht hatten. Einige dieser PatientInnen hätten in einer anderen Wohneinrichtung keine Kurzzeitpflege beanspruchen können und daher einen Rehabilitationsnachteil gehabt.

Als großer Vorteil des Modells erwies sich der geringe Turn-over des Pflegepersonals, die deutlich reduzierte Fluktuation stellte sich im Vergleich zu anderen Einrichtungen als drastisch vermindert heraus. Im Rahmen der Studie zeigte sich auch ein entlastender Effekt des Modells bezüglich der Angehörigen. Ihr schlechtes Gewissen, bedingt durch den Umstand, dass die Pflege nicht in häuslicher Umgebung daheim stattfinden konnte, hatte laut ihrer Darstellung deutlich weniger Gewicht. Begründet wurde diese Konsequenz mit der sichtbaren Zufriedenheit ihrer Familienmitglieder in der Modelleinrichtung (vgl. Ragsdale/McDougal, 2008, 992-1001).

Das Greenhouse-Modell stellt ein weiteres Pflegeheim-Konzept dar und entwickelte sich aus den Grundideen von Dr. Thomas. Dieses Konzept wurde initial in einer Pflegeeinrichtung in Tupelo im Bundesstaat Mississippi/USA verankert. Das Greenhouse ist ein spezialisiertes Pflegeheim, das unter der Leitung eines medizinischen Zentrums steht. Im Greenhouse wird, wie private Wohneinheiten mit Schlafzimmer und Badezimmer zeigen, sehr stark auf Intimität geachtet, daneben soll die soziale Komponente im Pflegealltag der BewohnerInnen mit einem weiterhin gemeinsamen Speise- und Wohnzimmerbereich gefördert werden. Die Anlage der Greenhouses verweist auf den Namen, sie werden großzügig und überschaubar gestaltet und bieten gemütliche Ruhegelegenheiten und barrierefreie Spazierwege. Vom Wohnbereich aus können diese begrünten Innenhöfe gut kontrolliert und von den betreuenden MitarbeiterInnen eingesehen werden. Pflegestützpunkte im traditionellen Sinn eines Spitals sind nicht mehr vorgesehen. Die Krankengeschichten werden elektronisch dokumentiert, eine Spitalsatmosphäre wird so weit wie möglich vermieden und aus den Wohnbereichen ferngehalten. Ein neuer Qualitätsbegriff entwickelt sich als Gemeinsames zwischen BetreuerInnen und BewohnerInnen. In ihrem Artikel wird von der Autorin angemerkt, dass es bezüglich derart innovativer Pflegeheimmodelle nur wenige wissenschaftliche Studien gibt. Eine Vergleichsstudie zwischen dem Greenhouse-Modell und einem traditionellen Pflegeheim kommt trotz erhobener Datenfülle lediglich zu dem Ergebnis, dass der Turn-over der MitarbeiterInnen im Greenhouse um 10 % reduziert werden konnte, was auf die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen und BewohnerInnen zurückgeführt wird. Zwischen den Einrichtungen konnten keine Unterschiede im Ernährungszustand der Be-

wohnerInnen oder in der durch Demenz bedingten Sarkopenie<sup>22</sup> und Kachexie<sup>23</sup> festgestellt werden. Hingegen zeigte sich im Greenhouse-Modell ein geringerer Rückgang der ADL<sup>24</sup>, ein geringerer Prozentsatz an Depressionen und somit auch ein verminderter Bedarf an antipsychotischer Medikation. Die Lebensqualität, evaluiert anhand von 11 Kriterien, war im Greenhouse Modell besser. Unklar war ein Vergleich der Inkontinenzrate, die im Greenhouse-Modell höher war als im traditionellen Pflegeheim. Die Autoren gelangen in ihrer Darstellung zu dem Fazit, dass in Zukunft schon bei der Planung und Organisation von Pflegeheimen der Lebensqualität der BewohnerInnen mehr Aufmerksamkeit gelten müsse (vgl. Ragsdale/McDougal, 2008, 992-1001; Bowers/Nolet, 2014, 53-64).

Ein Bericht der Grünen Österreich (vgl. Scholta, 2005, 20-23) beleuchtet den Bereich „Pflegeheim“ im Wandel der Zeit aus historischer und sozialpolitischer Sicht. Demnach lassen sich bis dato in Österreich vier Generationen von Heimen unterscheiden:

Das Armenhaus (auch Greisenasyl oder Gemeindehaus) war ein Angebot für jene, die nicht mehr alleine für sich sorgen konnten und keine pflegenden Verwandten hatten. Von den BewohnerInnen des Armenhauses wurde Dankbarkeit für diese Form der Unterstützung gefordert, auch wenn die Qualität der Unterbringung und Versorgung zu wünschen übrig ließ. Für die Nachtruhe waren z. B. große Schlafsäle bestimmt, Privatsphäre und Intimität waren genauso wenig vorgesehen wie Mitbestimmungsmöglichkeiten und individualisierte Betreuung.

Mit den 1960er-Jahren etablierten sich in Österreich perfekte und effiziente Organisationen, die mit ihren Angeboten dem Wohn- und Pflegebedarf des alten Menschen gerecht werden sollten. Die Planung der Einrichtungen orientierte sich an den Kriterien der Funktionalität und der Rationalität. Die Wohnqualität erwies sich in den Institutionen als besser denn daheim. Neben Appartements für mobile BewohnerInnen enthielt

---

<sup>22</sup> Der medizinische Begriff der Sarkopenie bezeichnet einen krankhaft beschleunigten Prozess des Muskelabbaus. Ausgelöst von Bewegungs- und Proteinmangel sind vielfach ältere Menschen davon betroffen (vgl. <http://www.medical-tribune.de/medizin/fokus-medizin/artikeldetail/senioren-vor-muskelschwund-bewahren.html>, am 12.2.2015)

<sup>23</sup> Im medizinischen Vokabular steht Kachexie für Auszehrung bzw. Mangelernährung, die mit einem Verlust an Muskel- und Fettmasse einhergeht (vgl. <http://www.medical-tribune.de/medizin/fokus-medizin/artikeldetail/viele-senioren-sind-mangelernaehrt.html>, am 12.2.2015).

<sup>24</sup> Das Akronym ADL steht für engl. Activities of Daily Living, d. h., für Tätigkeiten des täglichen Lebensvollzugs. Unter anderem werden skalierte ADL auch zur Berechnung von Versicherungsleistungen herangezogen.

das Angebot auch Pflegestationen für pflegebedürftige Personen. Professionalität der DienstleisterInnen wurde zu einem wichtigen Bestandteil der Serviceleistung „Pflegeheim“. Tages- und Arbeitsabläufe waren ähnlich wie im Spital organisiert. Allerdings fehlte den Häusern das „Normale“ oder „Alltägliche“ bzw. die Atmosphäre.

In den 80er-Jahren entstanden die hotelähnlichen Alten- und Pflegeheime der 3. Generation. Ihre Bauweise war bunter und großzügiger als bislang, doch am Servicealltag wurde wenig geändert. Immer noch beherrschten relativ rigide Arbeitspläne und Tagesabläufe den Pflegealltag. Eine Demokratisierung des Pflegeprozesses schien noch in weiter Ferne (vgl. ebd.).

Derzeit verändert sich die Heimlandschaft. Mit neuen Ansätzen wird versucht, auf individuelle Bedürfnisse einzugehen, z. B. auf die Bedürfnisse von dementen pflegebedürftigen Menschen oder jungen pflegebedürftigen Menschen mit Multipler Sklerose. Das Wohngefühl des Individuums und seine Lebensqualität sollen in fortschrittlichen Konzepten mehr in den Vordergrund rücken, auch die Mitbestimmung von BewohnerInnen und Angehörigen wird angedacht, damit der Pflegeheimalltag nicht nur von der Versorgungsqualität dominiert wird (ebd.).

Eine Projektarbeit von Seidl et al. (2009) untersuchte die Erwartungen der pflegenden Angehörigen an die Kurzzeitpflege als entlastende Maßnahme.<sup>25</sup> In den Interviews der qualitativen Studie wurde besonders auf die Erwartungshaltung der pflegenden Angehörigen eingegangen. Dabei stellte sich heraus, dass pflegende Angehörige die Versorgung ihres Familienmitglieds dann als besonders entlastend empfinden, wenn die Kurzzeitpflege dem eigenen Zeitplan sehr ähnlich ist. Der Erstkontakt wurde als diesbezüglich Weichen stellendes Ereignis empfunden. Eine weitere Erkenntnis aus der Studie verweist auf den Zusammenhang zwischen Erwartungen und Dringlichkeit der Unterbringung: je akuter die Notwendigkeit eines Pflegeplatzes, umso geringer die Erwartungshaltung Angehöriger an die Pflege.

---

<sup>25</sup> Dazu ist anzumerken, dass sich die Autorin der Heterogenität der Begrifflichkeiten bewusst ist und sie dezidiert darauf hinweist, dass die angeführte Kurzzeitpflege im Wiener Raum dem Begriff der Urlaubspflege entspricht.

Allgemein lässt sich feststellen, dass die Kurzzeitpflege in Österreich nahezu immer als Zusatzleistung im Bereich der Langzeitpflege anzutreffen ist, daher ist das Angebot dieser Pflegeplätze äußerst variabel.

## **4 Anamnese**

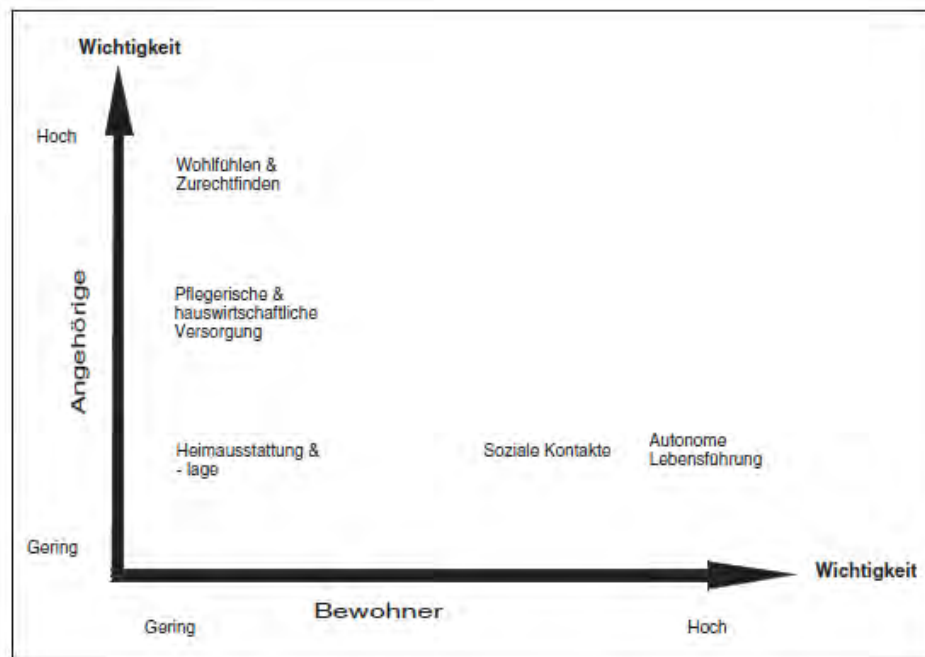
Dieser Abschnitt gilt einer Auseinandersetzung mit einigen Studienergebnissen, die sich auf wesentliche Gütemerkmale der Pflege konzentrieren. Die fachliche Expertise der Pflegekräfte und ihr professionelles Handeln werden dabei vorausgesetzt und von der Darstellung nicht berührt.

In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Studien, eine Auswahl soll exemplarisch die Thematik der Pflegequalität abseits fachlicher Anforderungen beleuchten. Danach widmet sich die Darstellung einigen Aspekten der Lebensqualität, sie scheint auch innerhalb der eingesehenen Literatur als bedeutungsvolles Element der Qualitätsdiskussion auf, selbst wenn sie selten explizit genannt wird. Die Überleitung zum empirischen Teil der vorliegenden Arbeit gelingt durch einen Abriss zur Zufriedenheitsforschung.

### **4.1 Qualitätskriterien in der Pflege**

Josat et al. (2006) nehmen sich in einem Artikel der Zeitschrift „Pflege“ des Qualitätsthemas im Bereich der Altenpflege an. Primär zeigt sich in den Ausführungen, denen eine entsprechende Analyse zugrunde liegt, eine leichte Diskrepanz zwischen den Kriterien der BewohnerInnen und jenen Gütemerkmalen, die ihre Angehörigen für wichtig erachten. Für die unmittelbar Betroffenen sind unter anderem die möglichst autonome Gestaltung ihrer Lebensführung und die möglichst selbstständige Gestaltung ihrer sozialen Kontakte in Bezug auf Pflegequalität ausschlaggebend. Die Angehörigen empfinden die Versorgungsqualität und die Ausstattung des Pflegeheimes als wichtige Qualitätskriterien. In der folgenden Abbildung werden die unterschiedlichen Ansprüche bzw. die Erwartungen sichtbar.





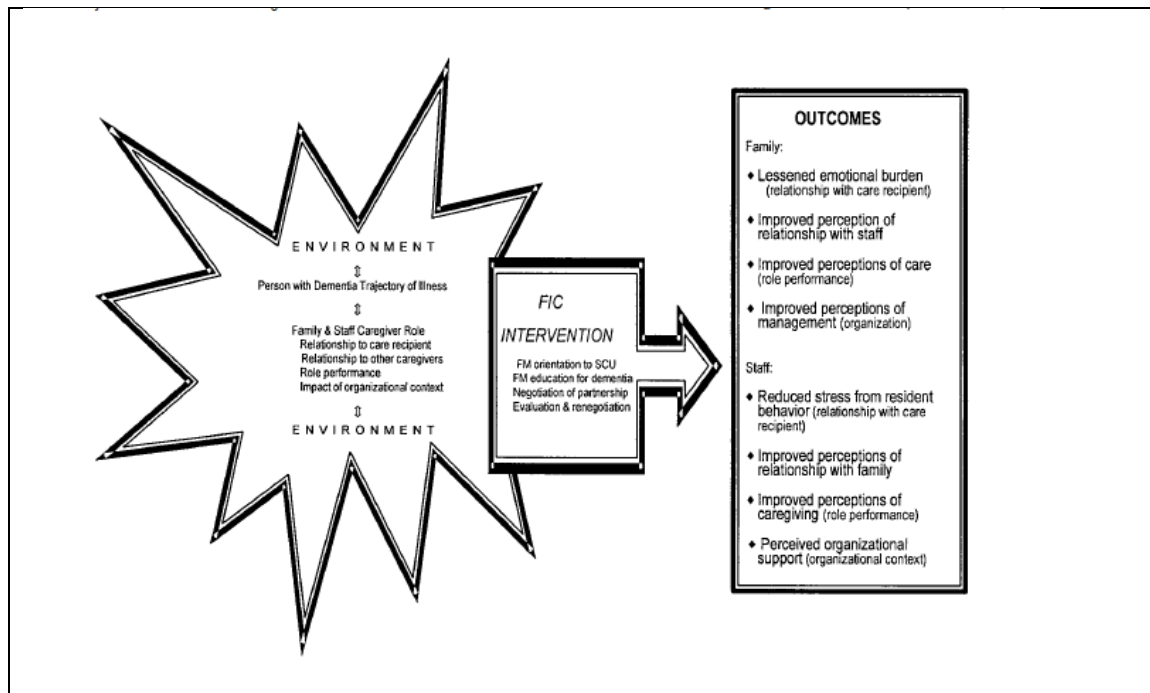
**Abbildung 1:** Qualitätskriterien aus unterschiedlichen Perspektiven  
(Quelle: Josat et al., 2006, 82)

Einige AutorInnen vertreten die Ansicht, dass sowohl BewohnerInnen als auch Angehörige jeweils eine KundInnengruppe einer speziellen Serviceleistung darstellen. Interessanterweise werden der Pflege häufig und übereinstimmend verschiedene Qualitätskriterien zugeordnet, zum Beispiel Empathie, Kontinuität usw., während andere Parameter, wie zum Beispiel die reaktivierende Pflege, bei den Qualitätsansprüchen der Nutzer kaum Beachtung finden (ebd.).

Neben Autonomie und Zufriedenheit bzw. Wohlbefinden gilt auch die Interaktion zwischen Angehörigen und Pflegepersonal als Gütekriterium, sie steht im Mittelpunkt einer von Friedemann 1997 publizierten umfangreichen Studie, in der alle lizenzierten Pflegeheime in Süd-Michigan/USA bezüglich ihrer Personal-Angehörigen-Interaktion befragt wurden. Anhand der Ergebnisse dieser Befragung wurde die Angehörigenorientierung der Heime bewertet. Auch hier zeigt sich der wiederholt ausgedrückte Wunsch von Angehörigen, in die Betreuung des Familienmitglieds involviert und kontinuierlich über besondere Vorkommnisse informiert zu werden. Allerdings wird nach dieser ausgedehnten Befragung und der Heterogenität der Ergebnisse deutlich, dass die optimale Einbindung der Angehörigen in den Pflegealltag noch nicht definiert werden konnte und wohl auch einer gewissen Individualität unterliegt (vgl. Friedmann, 1997, 527-537).

Speziell auf demente BewohnerInnen zielt die Studie von Meridean, die von Josat et al. (2006) zitiert wird. Sie untersucht die Implementierung von Angehörigen in die Pflege der dementen BewohnerInnen. Mit dieser Studie konnte gezeigt werden, dass es bei gezielter Einbindung zu einer Verbesserung in der Interaktion zwischen Pflegepersonal und Angehörigen kommt und keinesfalls zu einer Aggravation von Problemen, wie vor Beginn der Studie befürchtet. Allerdings wurde in der Ergebnisdarstellung auch angemerkt, dass das vorliegende Interaktionsmodell, das Pflegekräfte und Angehörige betrifft, noch verbesserbar sei. Diesbezüglich wird vor allem auch die Bereitschaft des Pflegepersonals, sich in das Modell stärker zu involvieren, angesprochen.

Die nachstehende Abbildung zeigt die Studienergebnisse im Überblick. Seitens der Angehörigen (family) tritt auf emotionaler Ebene Entlastung ein, die auf die Beziehung zwischen Personal und Angehörigen zurückgeführt wird. Diese vertiefte Beziehung führt zu einer Verbesserung der Wahrnehmung aller Beteiligten sowohl in Hinblick auf den Pflegeprozess als auch bezüglich der Organisation und ihrer Strukturen, diese Aufmerksamkeit betrifft auch die Rollengestaltung des Pflegepersonals. Auch bei den professionellen Pflegekräften (staff) ergibt sich durch das Modell eine Entlastung. Die Arbeit mit Demenzkranken führt häufig zu Stress, ausgelöst durch das Verhalten der Erkrankten, das bizarre Formen annehmen kann. Die Einbindung der Angehörigen mindert lt. Studie diesen Stress, auch aufgrund der verbesserten Beziehung zu den dementen BewohnerInnen. Gleichzeitig werden die Angehörigen samt ihrer Anliegen deutlich besser wahrgenommen, ebenso die Unterstützungsangebote seitens des Managements der Einrichtung und auch die eigene Performance, die professionelle Rollengestaltung, wird besser reflektiert.



**Abbildung 2:** Studienergebnisse lt. Meridean  
(eigene Darstellung; vgl. Josat et al., 2006)

So beeindruckend manche Studienergebnisse auch sein mögen, darf ein Faktum nicht unerwähnt bleiben, es wird auch von Nicholas Castle (2008) in seiner Arbeit aufgegriffen: Viele der BewohnerInnen von Pflegeheimen sind kognitiv nicht in der Lage, klar über ihr Wohlbefinden oder ihre Kritik Auskunft zu geben. Die Zufriedenheit von Angehörigen, die häufig stellvertretend als Auskunftspersonen und InterviewpartnerInnen herangezogen werden, stellt eine Außenperspektive dar und bezieht sich oft nicht auf die Umstände und Situationen, die das pflegebedürftige Familienmitglied betreffen, seine emotionale Befindlichkeit kann nicht letztgültig von außen erschlossen werden. Daher wurden in der beschriebenen Studie von Castle et al. Daten von BewohnerInnen und deren Angehörigen in einem Pflegeheim über einen längeren Zeitraum hinweg gesammelt und verglichen. Dabei stellte sich heraus, dass die Zufriedenheit von den Angehörigen generell höher bewertet wurde als von den BewohnerInnen. Zudem zeigten sich bezüglich der Zufriedenheit Unterschiede bei der Ursachenzuschreibung. Die Bewertung von Angehörigen, die gebeten wurden, die Zufriedenheit der BewohnerInnen einzuschätzen, fiel im Vergleich zu den Angaben der pflegebedürftigen Familienmitglieder häufig besser aus. Bezüglich sozialer Aktivitäten war hingegen weitaus mehr

Übereinstimmung feststellbar. Insgesamt belegen die Ergebnisse der Studie deutlich, dass Angaben der Angehörigen nicht als allgemeingültige Aussagen zum Befinden der BewohnerInnen gelten können, vielmehr sind sie kritisch zu beleuchten, insbesondere, was detaillierte Fragen, z. B. bezüglich Raumtemperatur oder Details von Routineabläufen zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen, anbelangt. So wertvoll die Außenperspektive für das Pflegegeschehen auch sein mag, kann sie dennoch nicht die Wahrnehmung der Betroffenen ersetzen.

## 4.2 Faktoren der Lebensqualität

„Lebensqualität ist mehr als Lebensstandard. Sie ist die Bereicherung unseres Lebens über Einkommen und Konsum hinaus.“ (aus der Regierungserklärung des zweiten Kabinetts Brandt/Scheel, 18.1.1973, S. 16; <http://library.fes.de/pdf-files/netzquelle/a88-06578.pdf>, am 9.2.2015)

Der Begriff der Lebensqualität wurde diversen Quellen zufolge im deutschen Sprachraum erstmals von Willy Brandt anlässlich seiner Regierungserklärung 1973 verwendet. Mittlerweile gehört der ursprünglich englische Terminus (Quality of Life) zum alltäglichen Vokabular, in Zusammenhang mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gewinnt er an besonderer Bedeutung. Sowohl individuell als auch gesamtgesellschaftlich wird Lebensqualität in verschiedenen Lebensabschnitten und unter verschiedenen Lebensumständen unterschiedlich gewichtet. Im übergeordneten Kontext einer Gesellschaft wird der Begriff z. B. in Zusammenhang mit Wohlstand gesehen, seine Beschreibung zählt zu den Forschungsbereichen der Soziologie, aber auch andere wissenschaftliche Disziplinen sind an der Diskussion beteiligt: Philosophie, Religion, Psychologie, Medizin, Statistik – jeder Fachbereich erschließt aus der je eigenen Perspektive den Begriffsumfang und diskutiert mögliche Definitionen. Drei maßgebliche Ansätze zur Begriffsklärung haben sich in den 1970er-Jahren durchgesetzt, nachdem ein Jahrhunderte währender philosophischer Diskurs den Weg bereitet hat:

[...] ein objektiverer Ansatz, welcher Lebensqualität unter dem Gesichtspunkt der optimalen Ressourcenausstattung behandelt [...]; ein subjektiverer, individualistischer Ansatz, der das Streben nach individuellem Glück als Ursache und Ziel menschlichen Handelns darstellt und die Beurteilung der Lebensumstände

den Betroffenen zuweist; und eine Mischform bestehend aus guten Lebensbedingungen, für welche Staat, Markt und der sog. 3. Sektor gleichermaßen verantwortlich sind und die mit einem subjektiven Wohlbefinden einhergehen. (<https://soziologieheutenews.wordpress.com/2009/10/18/lebensqualität/>, am 9.2.2015).

In Verbindung mit dem gegenständlichen Thema scheint es angebracht, die besondere Bedeutung des Begriffs auf *individueller* Ebene näher zu betrachten, „das Streben nach individuellem Glück“ (ebd.) auch in Krisenzeiten einer gesundheitlich bedrohten oder eingeschränkten Existenz.

Pflegebedürftigkeit kann subjektives Wohlbefinden massiv irritieren und führt bei Betroffenen häufig zu einer Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen: Was bin ich (noch) wert? Was darf ich mir (noch) erwarten? Wie sieht mich die Umwelt? Wie kann ich (noch) glücklich sein? Wer wird sich um mich sorgen? Was kann mich (noch) erfreuen? Welchen Sinn hat mein Leben? – Antworten auf diese und andere Fragen mehr beinhalten unausgesprochene Ängste und Elemente einer individuell bewerteten Lebensqualität, ganzheitliche Pflege wird sie respektvoll in das gebotene Pflegekonzept einbringen. Wo existenzielle Fragen unausgesprochen bleiben, sollte es möglich sein, ihnen aktiv nachzugehen und die emotionale Beteiligung aller im Pflegeprozess involvierten Personen empathisch zu thematisieren.

Pflegebedürftigkeit impliziert ein System von Abhängigkeiten, dementsprechend sensibel ist auf individuelle Wünsche, Ideen und Anregungen Betroffener zu reagieren. Subjektive Parameter zur Lebensqualität, die individuelles Wohlbefinden konkretisieren, dienen als Orientierungspunkte im pflegerischen Handeln, sie sind nach Möglichkeit zu explorieren und zu berücksichtigen.

Lebensqualität lässt sich kaum anders als im Sinne eines mehrdimensionalen Konstrukts begreifen, sie weist über die Befriedigung von Grundbedürfnissen, wie sie im Modell

von Maslow<sup>26</sup> auf den unteren Stufen der Pyramide angeführt werden (physiologische Bedürfnisse, Bedürfnis nach Sicherheit; vgl. Zimbardo/Gerrig, 1999, 324f.), hinaus und beinhaltet auch zentrale Elemente individueller Lebensführung, die je nach Lebenssituation mehr oder weniger im Bewusstsein präsent sind. Einige wenige Aspekte zur Lebensqualität, denen in Zusammenhang mit dem Forschungsinteresse vermehrt Bedeutung zukommt, sollen im Folgenden näher betrachtet werden. Es sind dies vor allem emotional bedingte Situationsfaktoren, Stimmungen und Tönungen des Bewusstseins, die in verschiedener Ausprägung nicht nur pflegebedürftige Personen, sondern auch deren Angehörige betreffen und in Gegensatzpaaren dargestellt werden. Das verbindende Merkmal der vier Gegensatzpaare ist die Dynamik der Begriffsinhalte, deren Wirkung sich individuell und situationsbezogen jeweils zwischen den beiden Polen, wie sie im Titel zum Ausdruck kommen, entfaltet.

#### **4.2.1 Autonomie vs. Abhängigkeit**

Das Streben nach Autonomie entwickelt sich in der frühen Kindheit und nach der Bindungsphase spätestens dann, wenn das Kleinkind zu laufen beginnt. Aus einer gelungenen Bindungsphase resultiert Sicherheit, die dem Kleinkind erlaubt, die Umwelt aktiv zu erkunden. In der Dynamik der individuellen Entwicklung wird sich dieses Streben nach Selbstbestimmung als variabel gestaltete Balance zwischen Autonomie- und Bindungsbedürfnis äußern, geprägt von individuellen Erfahrungen und Persönlichkeitsmerkmalen (siehe: Die Psychosozialen Entwicklungsstufen nach Erikson; vgl. Zimbardo/Gerrig, 1999, S. 459ff.). Die beiden Tendenzen im menschlichen Verhalten sind nicht unabhängig voneinander zu betrachten, ihre scheinbare Gegensätzlichkeit wird im Sozialisationsprozess immer wieder aufgehoben, weiterentwickelt und neu definiert.

Kritische Lebensereignisse wie Krankheit und Pflegebedürftigkeit können die Autonomie eines Menschen gefährden. Die Angst vor einem Verlust an Autonomie und vor

---

<sup>26</sup> Abraham Maslow (1908-1970) gilt als Mitbegründer der Humanistischen Psychologie, die sich durch ihr Menschenbild gegenüber dem Behaviorismus und der Psychoanalyse deutlich abgrenzt. In seinem Streben nach Anerkennung und Selbstentfaltung wird der Mensch von Bedürfnissen geleitet, die Maslow im Modell einer Pyramide anordnet. Das Bild der Pyramide verweist auf die hierarchische Struktur der Bedürfnisse: Die unterste Stufe bilden physiologische Bedürfnisse, darauf aufbauend das Bedürfnis nach Sicherheit, gefolgt von den Bedürfnissen nach Zugehörigkeit und Liebe sowie nach Wertschätzung und Geltung. Die Spitze der Pyramide bilden auf den letzten Stufen die Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung und Transzendenz (vgl. Zimbardo/Gerrig, 1999, 324f.).

Abhängigkeit begleitet Betroffene wie Angehörige. Wenn sich in Pflegekonzepten der Begriff der Remobilisierung findet, verweist das auf das Bemühen, die Autonomie von Pflegebedürftigen nach Möglichkeit auszuweiten oder wiederherzustellen. Selbstständigkeit und Selbstbestimmung entlasten von diffusen Ängsten vor unwiderruflicher Abhängigkeit. Spürbare Entlastung aller Beteiligten kann den Pflege- und Heilungsprozess vorteilhaft beeinflussen, wie die beschriebenen Studien bestätigen.

Das Konzept „Pflege auf kurze Zeit“ zielt auch auf die Autonomie sowohl des/der PatientIn als auch der Angehörigen, in der unterstützenden Begleitung werden individuelle Bedürfnisse wahrgenommen und unter Maßgabe der Möglichkeiten realisiert. Das Thema der Abhängigkeit wird weder negiert noch verschwiegen, sondern empathisch thematisiert und möglichst zum Vorteil und Nutzen aller Beteiligten einer Lösung zugeführt.

#### **4.2.2 Zufriedenheit vs. Ernüchterung**

Im Paradigma einer konstruktivistischen Weltsicht kann Zufriedenheit nicht anders als eine der zahlreichen ideellen Erfindungen eines sozialen Systems gesehen werden, als Konstrukt, das innerhalb einer Gesellschaft mit einem relativ stabilen Maß an Übereinstimmung kommuniziert wird. Zufriedenheit stellt grammatikalisch ein Abstraktum dar, d. h., der Begriff benennt etwas Nichtgegenständliches, das im strengen Sinn empirisch nicht fassbar ist.

In der Konsumentenverhaltenstheorie wird Zufriedenheit „als hypothetisches Konstrukt [...] verwendet, um das Kauf- und Informationsverhalten von Konsumenten zu erklären. Zufriedenheit wird definiert als das Ergebnis eines Vergleichs [...]“ (vgl.

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/zufriedenheit.html>, am 11.2.2015; Kriz, 2006, 89ff). Im Wesentlichen betrifft dieser Vergleich, der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit generiert, auch außerhalb der erwähnten Theorie zumeist Erwartungen, die sich auf Annahmen, Situationen, Menschen und Gegenstände beziehen können, auf Konkretes wie Abstraktes im täglichen Lebensvollzug. Der Grad an Übereinstimmung zwischen Erwartung und tatsächlichem Ereignis bestimmt das Ausmaß der Zufriedenheit. Erwartung wird in Hinblick auf Zufriedenheit daher zum zentralen Begriff, sie kann erfüllt werden, aber auch unerfüllt bleiben, woraus Enttäuschung resultieren kann. Erwartungen sind an individuell maßgeblichen Werten orientiert, unerfüllte Erwartungen können daher das Wertesystem eines Individuums stören, Irritation auslösen und

Enttäuschte verunsichern, verwirren, in Zweifel stürzen. Unerfüllte Erwartungen ernüchtern, wobei sich die emotionale Beteiligung des Individuums als variabel erweist. Im Zusammenhang mit „Pflege auf kurze Zeit“ gilt der Zufriedenheit aller Beteiligten hohe Aufmerksamkeit, sie wird als Qualitätskriterium herangezogen, obwohl sie schwer zu fassen ist. Eine zufriedenstellende Arbeitsumwelt erleichtert den beruflichen Alltag der Pflegekräfte, sie wird durch die Institution gestaltet. Die Institution hat großes Interesse an zufriedenen MitarbeiterInnen, ihre Zufriedenheit beugt z. B. nicht nur übermäßiger Fluktuation der Beschäftigten vor und wirkt dem Burnout entgegen, sondern beeinflusst auch das Organisationsklima. Zufriedene Pflegekräfte wirken auch auf die BewohnerInnen der Einrichtung, deren Wohlbefinden entlastet die Angehörigen, wodurch sich die Pflegesituation für alle Beteiligten entspannt.

Unzufriedenheit führt hingegen zu Unbehagen und Stress, auf lange Sicht kann die Ernüchterung bezüglich unerfüllter Erwartungen Einsamkeit, Resignation und Verzweiflung auslösen. Auch in der Negativspirale bleiben Wechselwirkungen zwischen den Beteiligten, wie oben im positiven Sinn beschrieben, nicht aus. Mit Grund darf angenommen werden, dass Unzufriedenheit, die ein bestimmtes Schwellenmaß übersteigt, auch die Qualität des Pflegeprozesses ungünstig beeinflussen wird.

#### **4.2.3 Angstfreiheit vs. Entmutigung**

Angst zählt neben Freude, Trauer, Wut, Scham und Ekel zu den Grundgefühlen des Menschen. Der Begriff wird etymologisch auf lat. *angustus* zurückgeführt, die lateinische Wurzel steht für Enge, Beklemmung. Im Erleben und Verhalten des Menschen kann nahezu jede Situation und jedes Objekt Angst auslösen, die Grundemotion beeinflusst die Lebensführung, sie verursacht physiologische Reaktionen und nimmt Einfluss auf die Kognition. Angst steht einem Wohlbefinden entgegen, sie beengt uns, physisch wie psychisch, und verhindert Entwicklung.

Auch die Pflegesituation kann bei Betroffenen Angst auslösen, allen voran die Angst vor der Endlichkeit des Lebens. Ängste können die ohnehin eingeschränkte Lebensführung von Pflegebedürftigen massiv beeinträchtigen, sie stören in der Wahrnehmung und verhindern Lebensfreude. Angst vor dem sozialen Tod, vor der Isolation im Pflegeheim, vor Abhängigkeit und Ausweglosigkeit, vor dem Verlust der Selbstständigkeit und des Intellekts, vor Entmündigung und Fremdbestimmung, vor Kontrollverlust über den Körper – das Spektrum der Angst scheint in der außerordentlichen Situation der Pflege



nahezu unbegrenzt. Viele dieser Ängste entstehen aus der Situation, sie sind teilweise durchaus realistisch zu begründen und sollten in der Pflegesituation auch thematisiert werden. Ob diffus oder offen sichtbar – Angst ist eine schlechte Gefährtin im Pflegeprozess. Sie betrifft alle am Prozess Beteiligten und gibt Anlass zur Kommunikation.

Professionelle Pflegekräfte werden sich einer Konfrontation mit der Thematik nicht entziehen, sie sprechen wahrgenommene Ängste an und fördern ermutigend die Entwicklung einer angemessenen Perspektive mit Empathie und kommunikativer Kompetenz.

#### **4.2.4 Pflege vs. Versorgung**

Pflegebedürftigkeit gefährdet die Autonomie eines Menschen, auch wenn sie nicht unmittelbar von physischen Schmerzzuständen begleitet wird. Autonomie bedeutet über die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse hinaus auch eine Freiheit zur Entscheidung. In ihrer autonomen Lebensführung eingeschränkte Menschen leiden zumeist unter den Einbußen an Selbstbestimmung, sie trauern um ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten. Trauer wird in der Fachliteratur als Reaktion auf den Verlust eines geliebten Menschen beschrieben, sie ist einem anerkannten Phasenmodell zufolge<sup>27</sup> zu bewältigen, wenn die einzelnen Phasen entsprechend berücksichtigt werden und die Umwelt den Trauernden mit Verständnis und Respekt begegnet. Phasenmodelle verweisen auf einen Prozess, der von Anfang und Ende gekennzeichnet wird. Subjektives Erleben wie Trauer lässt sich objektiv als eine Abfolge zentraler Themen und Empfindungen zum Geschehen beschreiben. Hilflosigkeit und Einbußen an Autonomie können traurig machen, pflegebedürftige Menschen sind, ähnlich den Phasen des Trauerprozesses, an eine Abfolge verschiedenster Empfindungen und Gedanken gebunden. Dem Nicht-wahrhaben-Wollen folgt eine Phase labiler Emotionen, danach steht eine Auseinandersetzung mit verlorenen Fähigkeiten im Mittelpunkt des Erlebens, bevor eine Akzeptanz des Unveränderlichen entwickelt werden kann, müssen neue Varianten des Lebensvollzugs ange-dacht werden. Manchmal verharren Trauernde in einer der Phasen, sie können sich nicht lösen und kreisen um das zentrale Thema, manchmal verweigern sie die Auseinandersetzung.

---

<sup>27</sup> Vgl. Kast, V. (1990). Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart: Kreuz.

Pflege bedeutet neben vielen anderen Komponenten auch den Respekt vor der notwendigen Trauer. Pflegekräfte, die um die Phasen der Bewältigung des Verlustes an Freiheit wissen, werden mit Empathie und Geduld die Trauerarbeit der Pflegebedürftigen berücksichtigen, begleiten und, wenn nötig, auch anleiten. Auch Angehörigen wird verständnisvoll begegnet, sie sind in individueller Ausprägung auch von Trauer und Verlust betroffen. Pflege geht im Gegensatz zu Versorgung weit über Pflegehandlungen hinaus, sie betrifft immer den ganzen Menschen und fördert durch mutiges Thematisieren die Entwicklung neuer Muster der Lebensführung. Pflege öffnet Perspektiven, Versorgung schließt Lücken, Empathie und Kompetenz versus emotionale Distanz und Administration.

Pflege unterscheidet sich von Versorgung in vielerlei Hinsicht, sie gestattet Beziehung, achtet auf Privatsphäre und Intimität und bemüht sich um Mitgefühl, ohne die professionelle Distanz aufzuheben. Versorgung betrifft die Befriedigung von Grundbedürfnissen – Nahrung, Schlaf, Körperpflege, Sicherheit, alles wird mit emotionaler Distanz organisiert und erledigt. Bürokratismus und Dienstplan benötigen keine sozialen Kompetenzen. Autonomie, Zufriedenheit und Angstfreiheit der Pflegebedürftigen sind im Versorgungskonzept nicht vorgesehen, in der Pflege stehen sie im Mittelpunkt, weil ihre Bedeutung für die Lebensqualität der Betroffenen bedingungslos anerkannt wird.

### **4.3 Zufriedenheitsforschung mit Bezug zur Pflege**

Eine intensive Recherche im Internet zeigt viel Forschungsaktivität im Bereich institutionalisierter Pflege. Standardisierte Fragebögen ermöglichen den Organisationen die Evaluation ihrer Angebote und dienen ebenso der Qualitätssicherung, sie wenden sich mit dem Fokus der Zufriedenheit sowohl an die LeistungsempfängerInnen (PatientInnen, BewohnerInnen) als auch an deren Angehörige und das involvierte Pflegepersonal. Die Thematik der Zufriedenheit wird auch in den Pflegewissenschaften deutlich als Forschungsbereich gewürdigt, die intensive Auseinandersetzung mit dem sozialen Konstrukt der Zufriedenheit wird in der theoretischen Fachliteratur kritisch diskutiert. Ein Segment der Fachliteratur thematisiert auch die Schwierigkeiten bei der Abbildung des genuin subjektiven Parameters „Zufriedenheit“ und daraus resultierende methodische Probleme (vgl. Kriz et al., 2006, S. 89; Jacob & Bengel, 2000). Die Entwicklung geeigneter Erhebungsinstrumente verlangt nach konzeptueller Klarheit und faktorenanalyti-

scher Kompetenz bezüglich der Kriterien zum gegenständlichen Begriff. In vielen Studien wird der grundlegende Begriff – auch als Referenz an die empirischen Forderungen – in Dimensionen differenziert, eine kritische Darstellung gebräuchlicher Fragebögen findet sich bei Schmidt et al. (2011). Theoretische und methodische Mängel in Konzeption und Ausführung der Erhebungen werden u. a. auch von Leimkühler & Müller (1996) ausführlich beleuchtet.

Der größte Teil der Studien betrifft die Zufriedenheit von PatientInnen, Angehörige werden in weitaus geringerem Umfang mit Aufmerksamkeit bedacht. In diesem Zusammenhang wird der KundInnenbegriff in der Fachliteratur kontrovers diskutiert, mehr Konsens besteht hingegen bezüglich einer Erweiterung des Studiensamples auf Angehörige, da Alter und Krankheit die Pflegebedürftigen vielfach in ihren kognitiven und/oder (psycho-) motorischen Fähigkeiten deutlich beschränken (vgl. Kriz, 2006, S. 89).

Die meisten Studien orientieren sich an US-amerikanischen Vorbildern, die ihrerseits Erkenntnisse und Methoden aus der marktwirtschaftlichen KonsumentInnenforschung konsultieren (vgl. Schmidt et al., 2011, S. 461). Die Zufriedenheitsforschung entwickelte sich ausgehend von den USA in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, vorerst vor allem zum Bereich der Privatwirtschaft innerhalb der sogenannten Marketingforschung (vgl. Meffert, 1999, S. 91). Im Mittelpunkt der Marketingforschung steht zu Beginn der Begriff der sogenannten KundInnen- oder KonsumentInnenzufriedenheit, die Termini beziehen sich auf „die Übereinstimmung zwischen den subjektiven Erwartungen und der tatsächlich erlebten Motivbefriedigung bei Produkten oder Dienstleistungen“ (vgl. Meffert, 1999, S. 93). Die Marketingforschung anerkennt zunehmend die Bedeutung von Emotionen im Verhalten der (auch potenziellen) KäuferInnen. Die rege Forschungstätigkeit äußert sich in Konzepten, Theorien, Modellen und Definitionen unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen (Ökonomie, Arbeits- und Organisationspsychologie, Soziologie, Arbeitswissenschaft).

Zufriedenheitsstudien erreichen mittlerweile auch den Gesundheitsbereich in Österreich (vgl. Zufriedenheitsstudie in den niederösterreichischen Pflegeheimen der ARGE Heime NÖ, 2010), sie untersuchen die Arbeitszufriedenheit von MitarbeiterInnen und KundInnen auch in Hinblick auf die Qualitätsentwicklung innerhalb des Unternehmens.

Methodischer Zugang und differenzierte Angaben zum Testverfahren werden in der Regel nicht ausgewiesen, gleiches gilt für theoretische Überlegungen zum beforschten Konstrukt „Zufriedenheit“<sup>28</sup>.

Auch in den Pflegewissenschaften rückt das Thema „PatientInnenzufriedenheit“ deutlich in den Fokus der Forschungstätigkeit. Kranken- und Pflegeinstitutionen wollen zufriedene KundInnen und fragen mittels Feedbackbögen regelmäßig Erfahrungen, aber auch Erwartungen und Anregungen nach, zum Wohle aller Beteiligten werden anhand der Ergebnisse unter anderem auch Pflegequalität und Pflegediagnostik weiterentwickelt.

Müller Staub (2001) stellt die Ergebnisse einer intensiven Literaturrecherche zur Verfügung, sie untersucht, inwieweit in vorliegenden Studien Zusammenhänge zwischen Pflegediagnostik und PatientInnen-Zufriedenheit thematisiert werden. „Die Suche in Medline/CINAHL ergab zum Begriff «nursing diagnoses» total 1979 Titel“ (Müller Staub, 2001, S. 231), daraus extrahiert die Autorin 400 Abstracts, von denen sie 98 nach definierten Kriterien auswählt. Für eine Definition des Konstrukts „PatientInnen-Zufriedenheit“ greift sie auf eine Vorlage zurück: „Patientinnen-Zufriedenheit mit Pflege wird als die subjektive Evaluation der kognitiven/emotionalen Antwort definiert, welche auf die Interaktion der Erwartungen an Pflege und deren Wahrnehmung von aktuellem Verhalten oder Charakteristika der Pflegenden resultiert.“ (Eriksen, 1995, in: Müller Staub, 2001, S. 235) Müller Staub konnte vier Studien, deren Ergebnisse einen evidenten Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und PatientInnenzufriedenheit erbringen, identifizieren. In mehreren Studien erweist sich zudem „die Wichtigkeit der psychosozialen Fähigkeiten“ von Pflegekräften, „Aufmerksamkeit und individuelle

---

<sup>28</sup> Dem zugrundeliegenden Begriff der Zufriedenheit wird selten bis gar nicht die nötige Aufmerksamkeit entgegengebracht, in einigen Studien ist eine Definition lediglich rudimentär vorhanden oder sie fehlt gänzlich. Der OECD-Zufriedenheitsindex (Better Life Index), der seit 2011 einmal jährlich erscheint, misst bezogen auf unterschiedliche Themenbereiche (z. B. Leben allgemein, Arbeitsplatz, Einkommen, Umwelt, Gesundheit) die Zufriedenheit der Menschen in den teilnehmenden OECD-Ländern und erstellt aus den Ergebnissen eine Rangliste der Teilnehmerländer. Bezüglich der Lebenszufriedenheiten wird darin festgehalten: „Der Indikator Lebenszufriedenheit misst nicht so sehr die aktuellen Gefühle der Menschen, sondern wie sie ihr Leben als Ganzes einschätzen.“

(<http://www.oecdbetterlifeindex.org/de/topics/life-satisfaction-de/>, am 20.2.2015).

In der Zufriedenheitsstudie in den niederösterreichischen Pflegeheimen der ARGE Heime NÖ, 2010, fehlt jegliche Definition des Untersuchungsgegenstandes (vgl. Zufriedenheitsstudie [...], 2010).

Pflege werden als Hauptkriterien für einen Zusammenhang mit Patientinnen-Zufriedenheit betrachtet“ (ebd., S. 236).

Eine umfangreiche Studie, die explizit die Zufriedenheit von Angehörigen in den Mittelpunkt stellt und sich der Entwicklung eines diesbezüglichen Messinstrumentes widmet, stellen Kriz et al. (2006) vor. Anhand der theoretischen Ausführungen der Fachliteratur entwickelten die Studienautoren einen Fragebogen, der in der Bundesrepublik Deutschland im gesamten Bundesgebiet in den Jahren 2003 und 2004 von „insgesamt 3581 Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner aus 45 stationären Altenpflegeeinrichtungen beantwortet“ wurde (vgl. Kriz, 2006, S. 88). Die quantitative Erhebung basiert auf einem Fragebogen mit 20 Fragestellungen, die in jeweils 4-stufigen Antwortkategorien bewertet werden konnten. Die Auswertung erfolgte nach faktoren-, skalen- und item-analytischen Kriterien, die Ergebnisse werden in der Studie ausführlich beschrieben und durch Zahlenmaterial zu den diversen Testvariablen und tabellarische Zusammenfassungen belegt. Die Ergebnisse erwiesen sich als konsistent mit den Ergebnissen anderer Zufriedenheitsstudien, sie zeigen „ein hohes Maß an Zufriedenheit mit der Versorgung, wobei möglicherweise auch von einem beachtlichen Anteil sozialer Erwünschtheit bei der Antwortgabe auszugehen ist“ (vgl. ebd., S. 95).

Im Überblick lässt sich zur Zufriedenheitsforschung anmerken, dass sie im Bereich des Gesundheitssystems durchaus stattfindet, ihre Methoden aber nach wie vor umstritten sind. Die Problematik ergibt sich nicht allein aus dem Mangel an Transparenz bezüglich der Erhebungsinstrumente, sie manifestiert sich auch an der Subjektivität sowohl des Untersuchungsgegenstandes „Zufriedenheit“ als auch daraus abgeleiteter Dimensionen. Die Validität eingesetzter Verfahren wird in der Fachliteratur – wie es scheint zurecht – auch thematisiert und kritisch bis kontrovers diskutiert.

In weitaus größerem Umfang scheint Zufriedenheitsforschung in Zusammenhang mit sogenannter Arbeitszufriedenheit zu erfolgen (vgl. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/arbeitszufriedenheit.html>, am 27.2.2015), dabei werden auch die Konstrukte „Motivation“, „Organisationskultur“ und „Betriebsklima“ thematisiert. Auch in diesem Kontext erweisen sich die Ergebnisse als empirisch „kontrovers und unbefriedigend. Dies liegt an der Komplexität des Konstrukts Arbeitszufriedenheit, in dem soziale und psychische Faktoren einen multivariaten Zusammenhang bilden, und an der Schwierigkeit der Messung von Arbeitszufriedenheit“ (ebd.).

Die allgemeine Darstellung der Zufriedenheitsforschung verweist hinlänglich auf die Schwierigkeiten des Forschungsgebietes, dennoch scheint die Dimension „Zufriedenheit“ im Bewusstsein und Erleben aller an Pflegeprozessen beteiligten Menschen gegeben und deren Interaktion zu beeinflussen, ungeachtet der Subjektivität des Begriffs. Der empirische Teil zur vorliegenden Arbeit berücksichtigt die manifeste Problematik, das Forschungsvorhaben, wie im Folgenden dargestellt, konnte letztlich nur mit dem nötigen Respekt vor der Aufgabe gelingen.

## 5 Differenzialdiagnostik: Das Forschungsdesign

Empirische Forschung beginnt mit der Wahrnehmung eines Unterschieds zwischen Erwartung und sogenannter Wirklichkeit. Daraus entwickelt sich entsprechendes Problembewusstsein, das sich mit gesteigerter Aufmerksamkeit einer bestimmten Fragestellung widmet. Das zugrunde liegende Problem wird in seinen Dimensionen analysiert und skizziert, um die Komplexität der Problemstellung möglichst umfänglich zu erfassen. Für die Festlegung des Forschungsbereiches wird diese Komplexität soweit reduziert, bis die Fragestellung eindeutig identifiziert werden kann. Sie wird als Forschungsfrage präzisiert.

Die Vorüberlegungen sind Teil des Forschungsprozesses, der möglichst transparent zu beschreiben ist, ihnen gilt die nachfolgende Darstellung.

### 5.1 Vorüberlegungen

Das Forschungsinteresse zur vorliegenden Arbeit geht auf die Wahrnehmung eines evidenten Mangels an Möglichkeiten zurück. Die Perspektive des ärztlichen Personals beschränkt sich im Spital (hoffentlich) nicht allein auf Diagnosen, Medikation und Therapiepläne, sondern muss auch den gesamten stationären Pflegebereich einbeziehen, das Individuum wie die Gruppe, sowohl in Bezug auf Pflegekräfte als auch auf PatientInnen und deren Angehörige.

Die anhaltend knappen Ressourcen betreffen die soziale Wirklichkeit „Spital“ in zunehmend höherem Ausmaß, der Pflegebereich stellt nur eine Ebene unter vielen dar. Das Spital selbst, so scheint es, bedarf dringend einer Therapie, als solche bietet sich, allgemein ausgedrückt, Entlastung an, wenn die Befreiung vom Mangel an Möglichkeiten nicht absehbar ist. Finanzielle, personelle und strukturelle Ressourcen des Spitals stoßen an ihre Grenzen, im Pflegebereich wird der Mangel an Möglichkeiten evident, wenn PatientInnen ein notwendiges Maß an Raum und Zeit samt professioneller Betreuung für die Remobilisierung vorenthalten werden muss. Komprimierte und damit Zeit- und Ressourcen sparende Heilungs- und Rehabilitationsprozesse existieren nicht, daher könnten sich, so die Überlegung, kreative Wege, die ein Mehr an Möglichkeiten anbieten, als notwendig und im Sinne der Therapie „Entlastung“ als zielführend erweisen.

Wie die Ausführungen der vorliegenden Arbeit zeigen, ist in Österreich eine Vielzahl an extramuralen Pflegeangeboten gegeben. Der Zugang zu diesen Angeboten ist reich an Hindernissen, institutionalisierte Pflegeplätze können nicht entsprechend der Nachfrage angeboten werden, zudem ist die Inanspruchnahme durch viel bürokratischen Aufwand erschwert. Einige Pflegemodelle werden innerhalb eines sehr engen Rahmens definiert, sodass nicht jeder/jede PatientIn zur Zielgruppe passt. Zum Spitalsaufenthalt zeitnahe Aufnahmen scheinen nahezu unmöglich. Das Gesundheitssystem ist überlastet, die Pflegekräfte im Spital sind überlastet, PatientInnen und ihre Angehörigen sind zumindest belastet – der Druck des Systems zeigt mehr als nur unangenehme Nebenwirkungen.

Eine „Pflege auf kurze Zeit“, wie im Modell angedacht, sollte zumindest einen Teil der Entlastung ermöglichen können und damit auch das Ziel der Remobilisierung unterstützen. Entlastung muss noch lange nicht glücklich machen, aber vielleicht kann sie Zufriedenheit bewirken und damit jene Ruhe einleiten, die Pflegebedürftige nach einem längeren Spitalsaufenthalt dringend benötigen. Entlastung anbieten und neben vielen anderen Parametern Zufriedenheit initiieren – aber wie? Und wo ansetzen bei der Entlastung? – Mit Grund darf angenommen werden, dass sich Entlastung auf *einer* Ebene auch auf die jeweils *anderen* Ebenen auswirkt, in den angeführten Studienergebnissen zeigen sich diesbezüglich Hinweise. Das System zu verändern, schien als Aufgabe vorerst zu weit gegriffen, dazu bedarf es auch eines politischen Willens und gezielten Lobbyings, im behäbigen Gesundheitssystem muss zudem von einem längeren Zeitraum für den Erfolg gezielter Veränderungen ausgegangen werden. Im Spital steht der/die Erkrankte im Mittelpunkt, daher erhielt dieser Ansatz den Vorzug. PatientInnen sind aber speziell im neurologischen und geriatrischen Bereich unter Umständen nur bedingt auskunftsfähig, sich daher an den Angehörigen zu orientieren, schien zweckmäßig. „Sie verfügen in der Regel über einen beträchtlichen Einblick in die Einrichtung und haben dabei, da sie von offenen und latenten Abhängigkeiten des Alltags weniger betroffen sind, einen deutlich distanzierteren Blickwinkel als die Beschäftigten und die Bewohner.“ (Kriz, 2006, S. 89) Angehörige können die Erkrankung eines Familienmitglieds im Sinne einer Krise erleben, ihnen Entlastung in einer ohnehin angespannten Situation zu ermöglichen, sollte auch bei PatientInnen und nicht zuletzt bei Pflegekräften und im System Bedingungen erleichtern können. Professionelle Pflegekräfte tragen zum Wohl-



befinden von PatientInnen und Angehörigen wesentlich bei, auch sie schienen geeignete Gesprächspartner in Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand „Zufriedenheit“. Die Zufriedenheit der Angehörigen ist an situative Parameter geknüpft, diese gilt es auch in Zusammenhang mit der Dienstleistung des Pflegepersonals zu eruieren. Die Identifikation situationsspezifischer Faktoren könnte im besten Fall auch Hinweise auf notwendige Qualitätskriterien der professionellen Pflege ermöglichen.

Das besondere Forschungsinteresse an der Zufriedenheit entspringt der Entwicklung eines Pflegekonzeptes zur Remobilisierung von PatientInnen, deren evidenzbasierte Pflegediagnose entsprechende Möglichkeiten erkennt. Zur Realisierung des Projektes „Pflege auf kurze Zeit“ schien unter anderem auch eine Evaluation des Konzeptes sinnvoll, für diese Kritik sollten im Sinne des Themas erfahrene Personen um ihre Stellungnahme gebeten. Pflegekräfte sind ExpertInnen der Praxis, ihre Verdienste seien unbestritten wie ihre Erfahrungen. Ohne ihren Erfahrungsreichtum abwerten zu wollen, schien es dennoch angebracht, sich bezüglich einer Konzeptkritik an der Führungsebene von Pflegeeinrichtungen zu orientieren, Führungskräfte im Pflegebereich verfügen auch über Erfahrungen zu bürokratischen und strukturellen Bedingungen, die für die Implementierung eines Modells unerlässlich sind. Daher sollten für die Konzeptkritik PflegedirektorInnen ausgewählt und um eine Stellungnahme gebeten werden. Gleichzeitig schien in Zusammenhang mit einer Konzept-Kritik durch die Gruppe der ExpertInnen auch eine zusätzliche Möglichkeit gegeben, eine weitere Perspektive auf Faktoren der Zufriedenheit zu erheben.

An dieser Stelle scheint daher die Vorstellung des Konzeptes geboten, bevor die Forschungsarbeit eingehend beschrieben wird.

## **5.2 Das Konzept „Pflege auf kurze Zeit“**

Pflege wird als professioneller Handlungsbereich durch die Pflegewissenschaften in Theorie und Praxis detailliert beschrieben und erläutert, sie ist kontinuierlich auch Gegenstand gezielter Forschungsarbeit, die in einem breiten Angebot an Fachliteratur differenziert dokumentiert wird. Die Ausbildung von Pflegekräften greift auf die Ergebnisse der Forschung und auf ihre theoretischen Modelle zurück. Die Dynamik gesellschaft-

lich und politisch vorgegebener Bedingungen findet ihren Niederschlag in der Vitalität der Pflegewissenschaften und der Praxis professioneller Pflege.

Die österreichische Pflegelandschaft gedeiht üppig und wird im Sozialstaat durch umfangreiche Gesetze geregelt. In staatlicher und privater Trägerschaft haben sich zahlreiche Modelle etabliert, die sich der Gesunden-, Kranken- und Altenpflege widmen. Hinzu kommen individuelle Pflegeangebote für den privaten Bedarf, die hinsichtlich des Umfangs der Serviceleistung und der Qualität der Dienstleistung erheblich variieren können. Private Pflege wird in Österreich auch als gewerbliche Dienstleistung angeboten und durch die Gewerbeordnung gesetzlich geregelt (vgl. §159 GewO Personenbetreuung, [http://www.jusline.at/159\\_Personenbetreuung\\_GewO.html](http://www.jusline.at/159_Personenbetreuung_GewO.html), am 27.2.2015; WKO, 2015). Aktuell ist die Qualität der 24-Stunden-Betreuung Teil der Koalitionsvereinbarung der österreichischen Regierung und soll noch in diesem Jahr (2015) durch entsprechende Maßnahmen verbessert werden (vgl. Springer, 2015)<sup>29</sup>. Die selbstständige oder unselbstständige Erwerbsarbeit als PersonenbetreuerIn wurde 2007 legalisiert, nachdem sie in den vorangegangenen Jahren in illegaler Form als Ersatz oder Ergänzung der Angehörigenpflege zunehmend nachgefragt worden war. Der Gesetzgeber reagierte damit auf einen offensichtlichen Bedarf an Pflegekräften, dem seitens staatlicher Einrichtungen und Angebote allein nicht mehr entsprochen werden konnte. Speziell die privat mithilfe privatwirtschaftlicher Pflegeagenturen organisierte Hauskrankenpflege (24-Stunden-Betreuung) entwickelt sich in Österreich zu einem kontinuierlich wachsenden Marktbereich und verweist damit auf einen akuten Mangel. Diese Marktentwicklung wird durchaus kritisch betrachtet, zur Debatte stehen nicht nur die Angebote, ihre gesetzlichen Voraussetzungen und die Qualität der Dienstleistung, sondern auch generell das zugrunde liegende Gesellschaftsmodell. Skandinavische Länder kommen z. B. „ganz ohne 24-Stunden-Betreuung“ aus (vgl. Springer, 2015, 19. Februar, 9). Lt.

---

<sup>29</sup> Laut Der Standard (vgl. Springer, 2015, 19. Februar, 9) soll ein Kriterienkatalog für den gegenständlichen Bereich erstellt werden. Der zuständige Bundesminister Mitterlehner beantwortet eine parlamentarische Anfrage der Grünen mit dem Hinweis auf geplante Gespräche mit dem Sozialministerium im ersten Quartal 2015. Die zuständige ExpertInnengruppe wird nicht näher erläutert. Sozialminister Hundstorfer sieht „„dringenden Handlungsbedarf bei der Qualität der Pflegevermittlungsagenturen““ (ebd.) „Man müsse durch Änderungen im Gewerbeamt konkrete Qualitätsstandards schaffen“. (ebd.) Lt. Auskunft des Wirtschaftsministers waren 2014 „knapp 70 000 selbstständige Personenbetreuerinnen in Österreich“ (vgl. ebd.) beschäftigt. 44,71% (31 300 Personen) dieser Erwerbstätigen kommen aus der Slowakei, aus Österreich sind 2,29% im selbstständigen Pflegedienst tätig.

Grünen-Abgeordneter Schwentner existierten dort „viel mehr Angebote zwischen voller stationärer Pflege und extramuraler Betreuung“ (vgl. ebd.).

Aus der einleitenden Beschreibung der Ist-Situation in Österreich sollten deutliche Hinweise auf die Notwendigkeit von Lösungsansätzen für den gesamten Bereich der Pflege erkennbar werden, die kontinuierliche Verknappung der Ressourcen im öffentlichen Gesundheitswesen macht kreative Möglichkeiten als Lösungen für eine unbefriedigende Situation unumgänglich. Es mangelt generell an extramuralen Einrichtungen, im Besonderen auch an individuellen Modellen, die kurzfristige Optionen zur Unterbringung pflegebedürftiger Menschen zeitnah zum tatsächlichen Bedarf anbieten. Die Analyse der aktuellen Situation führte zur Entwicklung eines Konzeptes, das sich als „Pflege auf kurze Zeit“ von der angebotenen Kurzzeitpflege unterscheidet. Die Kurzzeitpflege wird von anerkannten Einrichtungen staatlicher oder privater Trägerschaft organisiert, das Angebot entwickelte sich an definierten Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen. Die Individualisierung des Pflegeprozesses mit dem Ziel einer Remobilisierung ist innerhalb der Kurzzeitpflege nur bedingt möglich, die Unterbringung scheitert zudem oft an der Verfügbarkeit des Angebotes.

Im Spitalsalltag zeigt sich wiederholt eine Gruppe von PatientInnen, die nach einem stationären Aufenthalt gezielter Pflegemaßnahmen bedarf, um möglichst rasch wieder in die Selbstständigkeit zurückfinden zu können. Ihre Chancen auf eine Rückkehr in die gewohnte häusliche Umgebung werden in der Pflegediagnostik deutlich erkannt, sofern es gelingt, die notwendigen unterstützenden Maßnahmen ohne Verzögerungen einzuleiten. Der Verbleib auf der Station ist aus den beschriebenen Umständen erschwert oder auf die übliche stationäre Pflege beschränkt, extramurale Pflegeangebote sind knapp, ihr Zugang ist durch Bedingungen erschwert. Wartelisten beschneiden das zur Verfügung stehende Zeitfenster zur Remobilisierung weniger durch Ungeduld der betroffenen Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, als vielmehr durch psychodynamische Effekte, die sich aus dem Mangel an Möglichkeiten und gezielter Betreuung ergeben. Nicht selten führt die Situation bei den Pflegebedürftigen zu Depression und Resignation, sie verhindern Heilungs- und Gestaltungsmöglichkeiten in nicht zu unterschätzendem Ausmaß.

Das Konzept „Pflege auf kurze Zeit“ sieht eine Ergänzung zu bestehenden Pflegeangeboten vor, es richtet sich an PatientInnen, für die aus pflegediagnostischer Sicht berechnete Hoffnung besteht, dass sie ihr Leben auch weiterhin einigermaßen selbstständig gestalten können. Dazu werden in bestehenden Pflegeeinrichtungen bestimmte Kontingente zur Unterbringung reserviert.

Um die finanziellen Ressourcen optimal zu verwalten, soll im vorgestellten Modell versucht werden, im Bemühen um Remobilisierung allein mit reaktivierender Pflege auszukommen und finanziell aufwendige Therapien auszusparen. Dieses Modell orientiert sich vor allem an der großen Gruppe von PatientInnen, die entweder nach längerer Krankheit noch dringend einer Phase der Erholung und Pflege bedarf oder nach einer Erholungsphase lediglich eine rückführende Pflege und Begleitung in den Alltag benötigt. Das Konzept sieht vor, dass die pflegerische Betreuung nicht nur den Arbeitsbereich „Pflege“, sondern auch den Arbeitsbereich „Rückführung in die Alltagsfähigkeiten“ beinhaltet, wofür diplomiertes Pflegepersonal grundsätzlich ausgebildet und befähigt ist. Die PatientInnen werden im Alltag im Rahmen einer Pflegeeinrichtung begleitet und bei allen Alltagstätigkeiten im Sinne einer Aktivierung unterstützt, im Verlauf des Aufenthaltes wird die tatkräftige Unterstützung schrittweise reduziert und auf eine Anleitung beschränkt, bis der Alltag mit sozialer Versorgung daheim wieder sicher und überwiegend selbstständig gelebt werden kann. In diesen Prozess der Rückführung in die Selbstständigkeit werden nach Möglichkeit auch ungelernete Haushälterinnen sowie PflegehelferInnen eingebunden, sie unterstützen z. B. bei den Alltagsleistungen „Kochen“ und „Haushaltspflege“ und werden durch Supervision begleitet.

Zusätzlich organisieren Sozialarbeiterinnen mit den Bezugspersonen der PatientInnen nach Einschätzung der ADL-Fähigkeit (Activities of Daily Living) durch die diplomierten Pflegekräfte notwendige Adaptierungsmaßnahmen der Wohnumgebung und bereiten auch soziale Unterstützungen für daheim vor. So die innerhalb des Modells erworbenen ADL nicht ausreichen, um alleine daheim zu leben, sollte durch die Sozialarbeiterinnen und ihr Netzwerk rasch ein Pflegeplatz organisiert werden können.

Ärztliche Betreuung erfolgt im Modell nur im Bedarfsfall, entweder im Rahmen eines Besuches beim Hausarzt in Begleitung oder als Hausbesuch.

Das Konzept zielt darauf ab, ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt wieder fit für daheim zu machen, ihre Selbstständigkeit so weit wie möglich wieder herzu-

stellen und ihnen ein überwiegend selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Wohnumgebung zu ermöglichen. Ein Vorteil des Konzepts besteht auch im ausgedehnten Beobachtungszeitraum, der mithilfe aller beteiligten ProfessionistInnen eine detaillierte Pflege- und Sozialdiagnose ermöglicht, sodass benötigte Sozialhilfeleistungen gezielt organisiert werden können. Ein weiterer Vorteil betrifft die unter Umständen notwendige Übersiedlung in ein Pflegeheim oder Seniorenappartement, sie lässt sich durch die vielfältigen Interaktionsmöglichkeiten und unterschiedlichen Perspektiven der Pflegekräfte im Modell besser vorbereiten, da individuelle Fähigkeiten und Möglichkeiten der zukünftigen BewohnerInnen auch besser wahrgenommen werden.

Ein wesentliches Detail des Modells betrifft die durch Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten: PatientInnen, die aufgrund des fehlenden Angebotes an freien Pflegeplätzen in den Stationen eines Spitals betreut werden, bedeuten für den Spitalsträger einen erheblichen Kostenaufwand. Aktuell beträgt die Pflegegebühr für einen Patienten/eine Patientin pro Tag z. B. im Wiener AKH € 1094,- (vgl. <http://www.akhwien.at/default.aspx?pid=789>, am 10.3.2015). PatientInnen, die über einen längeren Zeitraum hinweg ohne zwingend medizinischen Grund stationär versorgt werden, verursachen daher eine regelrechte Kostenlawine, dieser finanzielle Aufwand kann mit einem Aufenthalt in einem dezidierten Pflegebereich deutlich verringert werden. Selbst bei einer prognostizierten Kostenzunahme für extramurale Pflegeplätze ergibt sich im Modell pekuniär ein deutlicher Vorteil gegenüber den Kosten für ein Spitalsbett.

Der finanzielle Aufwand für die Pflege kann noch weiter reduziert werden, wenn die Zielgruppe auch in Zusammenhang mit etwaigem Bedarf an zusätzlichen therapeutischen Maßnahmen definiert wird. Im Konzept ist explizit und wohlüberlegt kein körpertherapeutisches Angebot (Physio-, Ergo- und Logotherapie) vorgesehen, das Modell „Pflege auf kurze Zeit“ soll und will nicht die Rehabilitation ersetzen, sondern wird für eine bestimmte Zielgruppe angedacht. Es steht jenen Menschen zur Verfügung, für die eine Rehabilitation weder medizinisch indiziert ist noch psychosozial als primäre Maßnahme für sinnvoll erachtet wird, dazu zählen

- demente Menschen,
- nach einem Spitalsaufenthalt stationär versorgte Menschen, die auf einen Pflegeheimplatz warten, und

- PatientInnen, die ihre Alltagskompetenzen durch den langen Spitalsaufenthalt vorübergehend verloren haben oder darin Unsicherheiten zeigen.

Für die gesamte Zielgruppe gilt, dass die individuelle Pflegediagnose entsprechend den Möglichkeiten des Modells auch ausreichend Optionen für eine erfolgreiche Remobilisierung der potenziellen KundInnen zuerkennt. Der Aufenthalt im Bereich „Pfleger auf kurze Zeit“ beinhaltet durch die Fokussierung auf Routinen im täglichen Lebensvollzug situative Elemente, die der Praxis einzeltherapeutischer Übungen in Physio-, Ergo- und Logotherapie zumindest sehr nahe kommen. Die Distanz des therapeutischen Rahmens wird zugunsten einer Normalität im Tagesablauf aufgehoben, anstelle von angeleiteter Übung im Zweiersetting tritt Anwendung im sozialen Gefüge, Lebenspraxis, die vorübergehend nicht verfügbare Fähigkeiten (ADL) wiederentdeckt und im besten Fall sogar weiterentwickelt.

### **5.3 Methodenwahl**

Für die vorliegende Untersuchung wurde eine qualitative Befragung als Forschungsinstrument gewählt. Da zum Thema „Zufriedenheit“ individuelle Erfahrungen und subjektive Befindlichkeiten im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen, schien eine offene Forschungsmethode, die Erzählfluss zu generieren imstande ist, als besonders geeignet. Der individuellen Wahrnehmung sollte mit der gewählten qualitativen Methode möglichst viel Raum gegeben werden. Die Befragung der Angehörigen und der Pflegeträfte hat eine durch wenige Leitgedanken bzw. durch den einleitenden Impuls initiierte Reflexion einer sozialen Situation zum Ziel. Das besondere Interesse der Befragung gilt möglichen Variablen innerhalb der Pflegesituation, die bei Angehörigen Zufriedenheit auslösen können. Die durchgeführte Studie ist explorativ angelegt und sollte im besten Fall die Argumentation eines Konzepts „Pfleger auf kurze Zeit“ unterstützen können. Die Datenlage empirischer Studien zum Thema „Zufriedenheit im Kontext der Pflege“ in Österreich ist sehr gering.

Bezüglich einer Konzeptkritik wurde das ExpertInnen-Interview als geeignete Methode ausgewählt, es kommt im Kontext der Wissenschaft zum Einsatz, wenn das Forschungsfeld eingegrenzt werden soll, dient aber auch dazu, Hypothesen zu überprüfen und zu belegen. Da es sich bei einem Konzept um ein hypothetisches Konstrukt handelt, schien

das ExpertInnen-Interview besonders dafür geeignet, die Konzeptvorlage kritisch zu beleuchten. Angenommen wurde, dass sich aus der Konzept-Kritik auch Hinweise auf Parameter der Zufriedenheit erschließen lassen bzw. die ExpertInnen diesem Aspekt im Konzept auch entsprechend Aufmerksamkeit widmen würden.

### 5.3.1 Das Sample

Ausgehend von den oben angeführten Vorüberlegungen und der Konzeptidee schien die gezielte Auswahl eines geeigneten Samples nicht weiter schwierig. Aus der langjährigen ärztlichen Praxis in neurologischen Stationen und Ambulanzen öffentlicher Krankenhäuser resultiert nicht nur ein Fundus an Erfahrungen, sondern auch ein beachtlich angewachsenes Netzwerk, dem neben BerufskollegInnen auch VertreterInnen anderer sozialer Professionen in großer Zahl angehören. Dieses Netzwerk erwies sich als außerordentlich hilfreich, sodass das Sample rasch fixiert werden konnte.

Für die Auswahl von Angehörigen als potenzielle InterviewpartnerInnen wurde vorerst ein möglichst umfangreiches und heterogenes Sample als Ideal angedacht. Die InterviewpartnerInnen sollten sich in Bezug auf Alter, Bildungsstand, Beruf und Verwandtschaftsgrad zur pflegebedürftigen Person möglichst voneinander unterscheiden. Ebenso schien eine ausgewogene Geschlechterbilanz als sinnvoll sowie ein breites Spektrum in den Anamnesen und Diagnosen zu den Pflegebedürftigen. Ein heterogenes Sample sollte möglichst unterschiedliche Perspektiven zum Forschungsobjekt „Zufriedenheit“ ergeben, aus der Subjektivität individueller Wahrnehmung und Empfindung sollten Umfang und Inhalt der Zufriedenheit erschlossen werden und Zufriedenheit generierende Faktoren identifiziert werden können.

Auch in der Auswahl von Pflegekräften als InterviewpartnerInnen schien ein möglichst heterogenes Sample in Bezug auf Lebens- und Dienstalder sinnvoll, zusätzlich sollte sich zumindest *eine* männliche Perspektive im Datenmaterial abzeichnen können.

Der Kontakt zu Angehörigen wie Pflegekräfte erfolgte über die Pflegedirektion einer Langzeitpflegeeinrichtung, die auch Kurzzeitpflegeplätze anbietet. Das ideal angedachte Sample ließ sich für die Gruppe der Angehörigen als InterviewpartnerInnen nur teilweise realisieren, vor allem der ideal größer angedachte Umfang des Samples war durch das kontingentierte Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen nicht erreichbar. Da das Angebot an Pflegeplätzen deutlich begrenzt ist und für die Unterbringung ein enger Rahmen an

Voraussetzungen definiert wird, zeigt die Gruppe der Pflegebedürftigen viele Gemeinsamkeiten, die im Verlauf der Ergebnisdarstellung als A1 und A2 bezeichneten Angehörigen unterschieden sich bereits durch das Verwandtschaftsverhältnis zur Bewohnerin.

Bei A1 handelte es sich um die Tochter, bei A2 um die Schwester der Bewohnerin.

A1 ist zum Zeitpunkt des Interviews 51 Jahre alt, geschieden, Alleinerzieherin von zwei Kindern, lebt in Lebensgemeinschaft und gibt eine berufliche Tätigkeit als Assistenz an.

A2 ist als ehemalige Einkaufsberaterin bereits in Pension, sie lebt alleine und bislang immer in gutem Kontakt zur aktuell pflegebedürftigen Schwester.

Die Pflegekräfte zeigten sich zwar als Angehörige derselben Berufsgruppe, aber dennoch in ihren Persönlichkeiten und im Alter verschieden. Eine männliche Pflegekraft war allerdings nicht verfügbar. Insgesamt standen 3 Pflegekräfte für ein Interview zur Verfügung, sie werden in den Ausführungen durch den Buchstaben P und eine fortlaufende Nummer gekennzeichnet.

Nach Kontaktaufnahme mit den Angehörigen als InterviewpartnerInnen wurden diese vorerst über das Projekt informiert und um Mitarbeit gebeten. Wenn sie mit einem Interview einverstanden waren, wurde ein Termin für das Gespräch vereinbart, dabei erfolgte auch der Hinweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme. Alle angesprochenen GesprächspartnerInnen waren sehr erfreut über eine Möglichkeit, ihre Erfahrungen teilen und einer empirischen Arbeit zur Verfügung stellen zu können.

Die InterviewpartnerInnen aus dem Pflorgeteam sollten vor allem aus dem Bereich der Kurzzeitpflege kommen, sie konnten sich nach einer umfassenden Information über das Forschungsvorhaben im Teamgespräch freiwillig zur Teilnahme anmelden, danach wurde ein Interviewtermin vereinbart. Auch die Teilnehmerinnen aus dem Bereich der Pflege gaben ihre Freude über das Interesse an ihren Erfahrungen und Haltungen deutlich zu erkennen.

Der Schwerpunkt der Befragung galt für beide Gruppen von Gesprächspartnerinnen und lag bei situativen Faktoren, die bei Angehörigen wie Pflegekräften aus ihrer Erfahrung zum Empfinden einer Zufriedenheit mit der Gesamtsituation geführt hatten, sie sollten frei über ihre Wahrnehmungen sprechen können. Auch jenen Bedingungen, die eher Unzufriedenheit hervorgerufen hatten, wurde innerhalb der Interviews Aufmerksamkeit und Raum gegeben.



Vier Interviews fanden in einem Untersuchungsraum der Pflegeeinrichtung statt, ein fünftes auf Wunsch der Angehörigen im Zimmer der anwesenden Bewohnerin. Die Gespräche konnten jeweils ohne Unterbrechung durchgeführt werden und dauerten zwischen 25 und 45 Minuten. Insgesamt standen 2 Angehörige und 3 Pflegekräfte als Interviewpartnerinnen zur Verfügung, ein umfangreicheres Sample war aufgrund der Bedingungen in der Kurzzeitpflege nicht möglich, entsprechend eingeschränkt ist die Anzahl der Angehörigen als Interviewpartnerinnen. Bezogen auf das biologische Geschlecht handelt es sich um ein ausschließlich weibliches Sample. Allen Interviewpartnerinnen wurde die Anonymisierung ihrer Daten und Angaben zugesichert.

Das Sample der ExpertInnen besteht aus 7 PflegedirektorInnen bestehender Pflegeeinrichtungen, ihre Auswahl erfolgte auf der Grundlage des oben angeführten Netzwerkes. Das Vorhaben, der Autorin unbekanntes DirektorInnen anzusprechen, ließ sich aufgrund langjähriger beruflicher Tätigkeit, die unweigerlich zu umfassenden Kontakten führt, nicht verwirklichen. Dem Umstand der Bekanntschaft mit InterviewpartnerInnen wurde durch das methodische Vorgehen Rechnung getragen, die Interviews sollten von einer ausgewählten Person durchgeführt werden. Potenzielle InterviewpartnerInnen wurden telefonisch kontaktiert, vom Forschungsvorhaben informiert und um ihre Mitarbeit gebeten. Interesse und Bereitschaft von 7 AnsprechpartnerInnen waren rasch gegeben, sodass das Sample fixiert werden konnte. Mit der Methodik erklärten sich alle InterviewpartnerInnen einverstanden, die Anonymisierung ihrer Daten wurde zugesagt, wobei auf Bitte einiger TeilnehmerInnen auch die geschlechtliche Zuordnung entfallen sollte.

Die Interviews wurden aufgrund der beschriebenen Umstände von einer ausgewählten Person durchgeführt, dabei handelte es sich um eine Psychologiestudentin, die entsprechend vorbereitet und instruiert wurde. Sie arrangierte die Interviewtermine und erledigte die Durchführung. Alle Interviews konnten in den jeweiligen Büroräumlichkeiten der PflegedirektorInnen störungsfrei durchgeführt werden und dauerten zwischen 30 und 50 Minuten.

### **5.3.2 Interviews**

Forschungsschwerpunkt und Vorüberlegungen führten zur Entwicklung eines Leitfadens, der in synaptischer Form die wesentlichen Aspekte des Untersuchungsgegenstandes

des enthält. Dazu schien eine Definition zum Begriff der Zufriedenheit unerlässlich, sie wurde zu Beginn der Interviews auch angemerkt. Als Zufriedenheit wurde ein relativ überdauernder Gefühlszustand, der von überwiegend positiven Empfindungen begleitet wird, dargelegt, hervorgerufen durch situationsspezifische Erwartungen, die in der Pflegesituation bestätigt wurden. Entsprechend dieser Definition orientiert sich der Leitfaden an der Exploration individueller Erwartungen.

Der synaptische Leitfaden sollte sicherstellen, dass in den Interviews mit Angehörigen und Pflegekräften wesentliche Aspekte der Pflege in Hinblick auf Zufriedenheit angesprochen werden, und die Vergleichbarkeit des Datenmaterials gewährleisten. Für jede Interviewgruppe (Angehörige, Pflegekräfte, PflegedirektorInnen) wurde ein gesonderter Leitfaden entwickelt, er wurde jeweils bewusst synaptisch gehalten und sollte während der Interviews lediglich als Gedächtnisstütze dienen. Um die Offenheit der Methode nicht zu beeinträchtigen und den Erzählfluss nicht zu stören oder zu unterbrechen, wurde auf ausformulierte Fragen verzichtet. Die Methode erwies sich für die Gesprächsatmosphäre als deutlich begünstigend.

Die Interviews mit Angehörigen und Pflegekräften begannen mit der Vorstellung und der Erläuterung des Forschungsvorhabens. Dem Dank für die Teilnahme folgte die Präzisierung des zentralen Begriffs, danach wurde auf die persönliche Geschichte der Interviewpartnerin übergeleitet. Im weiteren Verlauf der Interviews waren lediglich kurze und vor allem offene Fragen zu situationsspezifischen Aspekten notwendig, sie sollten zur Vertiefung anregen und/oder die Inhalte des Erzählten zusammenfassen und/oder klärend nachfragen. Die Einleitung zum Interview wurde schriftlich fixiert und jeweils verlesen, danach wurde um die Ausführung der Erfahrungen gebeten, seitens der Fragestellerin sollte soweit wie möglich auf Unterbrechungen verzichtet werden.

Alle Gesprächspartnerinnen wurden als Expertinnen für die Situation, ihre Erfahrungen und für ihr Empfinden angesehen, ihre Beiträge wurden weder kommentiert noch bewertet, als Ausdruck des teilnehmenden Interesses wurden überwiegend Füllwörter wie „Aha!“, „mhm“, „ja“ etc. benützt, dem Erzählfluss wurde größtmöglicher Raum gegeben. Am Ende der Interviews stand jeweils die Frage nach vergessenen Inhalten: „Gibt es noch ein Thema, das in Zusammenhang mit Pflege noch nicht erwähnt wurde und das

Sie noch ergänzen wollen?“ oder „Wollen Sie vielleicht noch ein Thema, das Ihnen in Zusammenhang mit Pflege am Herzen liegt, noch ergänzen?“

Für die Interviews mit den PflegedirektorInnen wurde die Fragestellerin entsprechend instruiert, in einer ausführlichen Vorbereitung der Interviews erhielt sie umfassenden Einblick in das Konzept. Die wesentlichen Aspekte wurden gemeinsam erarbeitet und als synaptischer Leitfaden formuliert, er sollte während der Interviews der Orientierung dienen und die Vergleichbarkeit der Interviews gewährleisten können. Der Ablauf des Interviews wurde gemeinsam festgelegt: Nach der Vorstellung und dem Dank für die Mitarbeit referiert die Fragestellerin anhand eines schriftlichen Überblicks die wesentlichen Aspekte zum Konzept „Pflege auf kurze Zeit“, dazu stellt sie dem/der GesprächspartnerIn eine Kopie zur Verfügung (siehe Anhang). Danach erfolgt die Bitte um Stellungnahme, wie sie als Impulsfrage im Leitfaden dokumentiert wird. Im Verlauf des Interviews markiert die Fragestellerin genannte Aspekte im Leitfaden, unerwähnte Gesichtspunkte werden mit offenen Fragestellungen nachgefragt. Das Ende des Interviews bestimmt der/die InterviewpartnerIn, an dieser Stelle sollte ein Nachfragen von vergessenen Inhalten wie oben angemerkt erfolgen.

Mit dem Einverständnis aller InterviewpartnerInnen wurden die Gespräche aufgezeichnet, sie liegen anonymisiert in transkribierter Form vor. Die einleitenden Gesprächsteile wurden in der Transkription nicht berücksichtigt.

### **5.3.3 Datenauswertung**

Im Sinne des Forschungsinteresses schien es, wie ausführlich dargelegt, notwendig und sinnvoll, Angehörigen und Pflegekräfte als PflegepartnerInnen in den Mittelpunkt zu stellen und die subjektiven Parameter der Zufriedenheit dieser Partner zu evaluieren. Die Erhebung sollte individuelle Gesichtspunkte und Meinungen in Hinblick auf die Empfindung „Zufriedenheit“ evaluieren. Für die Datenanalyse wurde das Verfahren der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010 a, b) herangezogen. Auch in der Auswertung der ExpertInnen-Interviews zur Konzeptidee kam dieses Verfahren wie folgt zur Anwendung.

Als Analyseeinheit für die zusammenfassende Inhaltsanalyse wurden Sinneinheiten, die auch als Absatz oder Erzähleinheit definiert werden können, bestimmt, dabei handelt es sich zumeist um mehr als einen Satz bzw. um inhaltlich geschlossene Satzgefüge. The-

menrelevante Inhalte wurden im ersten Schritt der Analyse paraphrasiert, sodass annähernd idente Gesprächsinhalte gestrichen werden konnten. Das Datenmaterial wurde in dieser ersten Reduktion selektiv geordnet und inhaltlich strukturiert, der Paraphrase folgte eine Kurzform des Inhalts. In einer zweiten Phase wurden diese Kurzformen auf höherem Abstraktionsniveau nochmals reduziert. Der Analyseprozess ergab für jedes Interview eine zusammenfassende Kurzform der themenrelevanten Inhalte in sprachlich einheitlicher Form.

Markante Beschreibungen und Aussagen der Interviewpartnerinnen wurden während des Analyseprozesses farblich markiert, eine Auswahl wird in die Darstellung der Ergebnisse einfließen und möge die Ausführungen illustrieren.

## 6 Befund

Aus allen Interviews wird direkt wie indirekt ersichtlich, dass Angehörige und professionelle Pflegekräfte im Pflegebereich wichtige PartnerInnen und Indikatoren für die Zufriedenheit der BewohnerInnen bzw. KundInnen der Einrichtung sind. Systemisch betrachtet darf davon ausgegangen werden, dass sich Zufriedenheit *eines* Systemelementes auch auf andere SystempartnerInnen auswirkt. Das emotionale Befinden der KundInnen wird von Angehörigen und Pflegekräften wahrgenommen und beeinflusst die je eigene Gefühlslage, die dann wieder Einfluss auf das gesamte System nimmt, wie die Interviews bestätigen.

Da der Pflegeheimbereich für seine KundInnen einen *Wohnbereich* darstellt, kann im Gegensatz zum Krankenhausaufenthalt nicht die Krankheitsverminderung oder Heilung das Maß der Betreuungsqualität darstellen. Im Pflegeheim sind Lebensqualität und Zufriedenheit als wichtige Faktoren für eine Evaluierung der Qualität der Serviceleistung von Bedeutung, subjektiv gefärbte Schemata der Bewertung, hervorgerufen durch den Vergleich zwischen individuellen Erwartungen und realer Situation.

Als Zielparameter im Konzept „Pflege auf kurze Zeit“ wird eine Rückführung des Patienten/der Patientin in das häusliche Umfeld, die Remobilisierung, definiert. Angehörige der PatientInnen sind daher auch wichtige InformationspartnerInnen in Bezug auf die Lebensumstände der BewohnerInnen. Von BewohnerInnen und Angehörigen kommen Informationen über die Ausstattung der gewohnten Wohnumgebung und ermöglichen

eine Entscheidung über den Bedarf an Wohnungsadaptierung und Konsum einzelner Sozialdienstleistungen (genügend Raum, genügend finanzielle Ressourcen usw.). Dieser Bedarf wird auch durch die Pflegediagnose der ProfessionistInnen ergänzend eruiert. Die professionelle Pflegekraft wird auf der Grundlage aller Informationen und der Pflegediagnose die aktivierende remobilisierende Pflege auf die anzustrebende Selbständigkeit ausrichten. An der Reintegration des Bewohners/der Bewohnerinnen in die häusliche Umgebung lässt sich der Erfolg der gemeinsamen Bemühungen ablesen. Muss während der remobilisierenden Pflege in einer gemeinsamen Entscheidung vom Ziel einer Rückkehr der Kundin/des Kunden in die eigenen vier Wände abgesehen werden, stellt auch eine rasche Lösung einen gemeinsam erreichten Erfolg dar.

## 6.1 Darstellung der Ergebnisse

### 6.1.1 Faktoren der Zufriedenheit

Aus dem Datenmaterial wird allen voran ein größtmögliches Ausmaß an **Information** als wesentlicher Faktor für die Zufriedenheit aller Beteiligten ersichtlich. Angeführt werden zahlreiche Beispiele gelungener Informationsweitergabe, aber auch Situationen, die als Informationsnotstand zusammengefasst werden können.

Angehörigen ist sowohl in administrativen als auch in medizinischen Belangen gezielte Information ein wichtiges Anliegen. Sie wollen von einem Entlassungsmanagement im Spital nicht nur hören, sondern vor allem ausreichend informiert und angeleitet werden, wobei individuelle Ansprüche und Erwartungen berücksichtigt werden sollten. Im gesamten Prozess der Entlassung und Überstellung der Patientin in eine Pflegeeinrichtung wird lt. den Erfahrungen der Angehörigen der psychischen Komponente im Erleben der PatientInnen zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Beide Angehörigen beschreiben die Zeit zwischen Entlassung und Ankommen im Pflegeheim als eine anstrengende Periode in der Betreuung, in der sie vor allem auf sich selbst gestellt waren.

*Aber der Weg bis daher, der war eigentlich selbst erarbeitet. (A1)<sup>30</sup>*

---

<sup>30</sup> Zitate aus den Transkriptionen werden eingerückt und kursiv angeführt. Der Quellenverweis erfolgt in Kurzform durch Angabe des Transkript-Kürzels. Die Transkripte wurden mit Buchstaben und fortlaufenden Nummern gekennzeichnet, A verweist auf Angehörige, P auf Pflegekräfte.

Speziell im Spital scheint eine zufriedenstellende medizinische Information zur aktuellen Situation der Patientin/des Patienten und zu etwaigen Möglichkeiten der Remobilisierung nur bedingt gegeben.

*Ich finde, mit ihm hat die Kommunikation funktioniert, weil da Fakten gekommen sind, er war so konkret, das war im Spital davor nicht, da wurde man so als der Laie abgestempelt und ruhiggestellt. (A1)*

Der Pflegeeinrichtung wird hingegen in Bezug auf Information ein gutes Zeugnis ausgestellt, schriftliche Unterlagen in Form einer Informationsmappe wurden als besonders hilfreich empfunden.

*... und die Mappe, die man bekommen hat, die hat alles beinhaltet, da waren alle Informationen drin ... (A1)*

Insgesamt scheinen die Angehörigen überwiegend mit ausreichend Information bezüglich der Organisation und Administration der Aufnahme, aber auch der Routinen in der Pflegeeinrichtung versorgt, wobei sie deutlich zu erkennen geben, dass sie dazu auch initiativ werden müssen, manchmal scheint es angebracht, auch hartnäckig zu insistieren, um profunde Auskunft zu erlangen.

*Wobei ich sagen muss, ich habe auf meine Fragen immer kompetente Antworten bekommen, oder habe nachgehakt, und so haben wir uns durchgewurschtelt, aber man muss dahinter sein. (A2)*

Aus dem Pflegebereich wird deutlich mehr Kritik laut, die Informationsweitergabe wird von den Pflegekräften offen bemängelt, sie verweisen wiederholt und eindringlich auf die unbedingte Notwendigkeit umfassender zeitnaher Informationen.

*Ich weiß nicht einmal, wann wer aufgenommen [wurde]<sup>31</sup>. Z. B.: Ich habe mein Telefon mit, es ruft mich jemand von draußen an und verlangt jemanden und ich weiß nicht einmal, dass der Bewohner da ist ... (P1)*

Informationsdefizite werden in den meisten Gesprächen mit den Pflegekräften als Stressoren beschrieben, sie führen im Bereich der medizinischen oder therapeutischen Versorgung auch zu unnötigem Aufwand des Personals. Insbesondere in Zusammenhang mit einer Haltung der Pflegekräfte, die sich an der Zufriedenheit der Angehörigen orientiert, beeinträchtigt mangelhafte oder fehlende Information das eigene Wohlbefinden

---

<sup>31</sup> Um den Lesefluss zu erleichtern, werden Ergänzungen der transkribierten Interviewfassungen in eckiger Klammer eingefügt.

und die Zufriedenheit mit der eigenen Leistung. Auch den Angehörigen scheint das Informationsdefizit der Pflegekräfte nicht zu entgehen:

*Ich habe manchmal das Gefühl, dass das Personal genau weiß, worum es geht, die aber vor einer Mauer stehen. (A2)*

Ein weiterer Faktor für Zufriedenheit der Angehörigen betrifft die Pflegeeinrichtung in mehrfacher Hinsicht, der Parameter lässt sich am besten durch **Atmosphäre** beschreiben. Wer z. B. aktiv willkommen geheißen wird, spürt augenblicklich Entlastung, so scheint es. Angehörige bekräftigen die Wirkung des ersten Eindrucks auf das Wohlbefinden der BewohnerInnen und begrüßen die Möglichkeit, das vorgesehene Zimmer vorab einsehen zu können.

*Das Haus war ihr sehr vertraut, und wenn sie sich daran erinnert hat, war es immer das „ÄH!“, das ist ein Zeichen, dass sie sich wohlfühlt hat. (A2)*

*Der Einzug war so schön und sie hat sich so über das Zimmer gefreut und ich hätte mir nicht gedacht, dass sie sich so darüber freut, das war für sie fast wie das Paradies auf Erden. (A1)*

Vertrautheit und Atmosphäre ergeben sich auch durch die Mitnahme eigener Möbel oder diverser Raumausstattungs-elemente, Angehörige sehen darin einen Aspekt der Zufriedenheit, eigenes Mobiliar stützt demnach das Wohlbefinden der BewohnerInnen.

*Und das mit den eigenen Möbeln war wichtig, sie sieht entspannt aus ... (A2)*

Pflegekräfte sehen diese Gestaltungsmöglichkeit eher ambivalent und erkennen auch Gefahren, die lt. ihren Angaben von Angehörigen unterschätzt würden. Persönliche Gegenstände geben auch Anlass für Konflikte mit den BewohnerInnen.

*Zum Beispiel die Zimmereinrichtung, Teppiche sind nicht erlaubt, wir kriegen das nicht in den Griff, bei Sturz, ... egal, die Patienten sagen dann, wir hätten es gestohlen. (P2)*

Zufriedenheit der Angehörigen misst sich in Bezug auf Atmosphäre deutlich am Wohlbefinden der BewohnerInnen. Geht es ihnen gut, kommen sie mit den Umgebungsbedingungen zurecht, bewirkt das auch Entspannung bei den Angehörigen.

Pflegekräfte schaffen durch **Haltung und Engagement** die Grundlage für eine lebens- und liebenswerte Atmosphäre. Viele Interviewpassagen zeugen authentisch von ihrem Einsatz für ein Klima, das Wohlbefinden und Zufriedenheit schafft.

*Wenn wir Kurzzeitpflege anbieten, dann muss [das] zumindest 4-Stern sein, ich meine, 5-Stern werden wir nie schaffen, aber 4 Stern muss gehen. (P1)*

*Dass sie sich bei uns wohlfühlt und nicht nur gut aufgehoben, sondern: du bist zu uns gekommen, weil du eine richtige Betreuung mit Herz [erwartest] und bist Familie, und du vertraust uns ... ich würde das geben und beweisen, dass es die richtige Entscheidung [war], dass du zu uns gekommen [bist], willkommen wie daheim. (P3)*

Das Engagement der Pflegekräfte wird seitens der BewohnerInnen auch entsprechend gewürdigt, viele geben laut Auskunft der Pflegerinnen ihre Dankbarkeit und ihre Zufriedenheit zu erkennen.

Die **medizinische Versorgung** der BewohnerInnen scheint ein weiterer wesentlicher Faktor für die Zufriedenheit der Angehörigen, ein Umstand, der auch durch die Erfahrungen der Pflegekräfte bestätigt wird. Sie wird in den Interviews ausführlich beschrieben, vor allem in Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Information zeigen sich im Datenmaterial auch kritische Anmerkungen. Beide Angehörigen lassen deutlich erkennen, dass sie sich anfangs aktiv in die Organisation der medizinischen und therapeutischen Versorgung einbringen mussten. Die Angehörigen beklagen sich nicht offen und zeigen auch viel Nachsicht, aber die Kommunikation mit ÄrztInnen scheint nicht immer reibungslos zu gelingen.

*Also eben wie gesagt, [...] da waren am Anfang auch Probleme, ich bin immer höflich, ich will das auch nicht, z. B. mit dem Dr. F., das hat sich erledigt. Und er hat gemeint, er ist nicht mein Ansprechpartner, er hat gemeint er hat nur einen Vertrag und war sehr unfreundlich, Dr. F. ist sicherlich ein guter Arzt, vielleicht auch ein guter Diagnostiker ... (A2)*

Die Angehörigen „nehmen das in Hand“ (A1) und „haben das Ganze eigentlich gut im Griff“ (A2), in ihren Schilderungen liegt die Betonung deutlich auf der eigenen Leistung. Das Pflegepersonal wird überwiegend von etwaiger Kritik entlastet, die Angehörigen anerkennen die Leistung der Pflegekräfte und nehmen offensichtlich wahr, dass auch PflegerInnen an Systemgrenzen stoßen.

Ein Kritikpunkt betrifft die medizinische Versorgung bei akuten Beschwerden, Angehörige erwarten sich dazu möglichst zeitnahe Information. Sie wollen rechtzeitig von notwendigen medizinischen Maßnahmen verständigt und in die Entscheidungen



einbezogen werden, auch wenn es sich nur um einen Zahnarztbesuch handelt. Besondere Vorkommnisse im Pflegealltag werden laut den Erfahrungen der Angehörigen nicht immer kommuniziert, aus welchen Gründen auch immer.

*Kleines negatives Detail am Rande, von ihrem Sturz bin ich nicht verständigt worden, da bin ich erst später von der Mutti informiert worden. (A1)*

Vonseiten der Pflegekräfte wird die medizinische Versorgung nicht kommentiert, aber sie geben durchaus die immense Bedeutung des Themas für die Angehörigen zu erkennen.

Die Interviews vermitteln den Eindruck, dass in der Wahrnehmung der Angehörigen das **Pflegepersonal** der Einrichtung dominiert. Den Pflegekräften gilt viel Aufmerksamkeit, sie scheinen wesentlich als erste AnsprechpartnerInnen in den Beschreibungen auf, ihre Leistungen werden differenziert wahrgenommen. Für das Wohlbefinden der BewohnerInnen entscheidet in hohem Maße das Engagement der Pflegekräfte über die Zufriedenheit der Angehörigen. Der persönliche Einsatz diverser MitarbeiterInnen wird in den Interviews deutlich positiv markiert, den Angehörigen scheint sehr bewusst, dass die Pflegekräfte unter schwierigen Umständen arbeiten, umso mehr wird ihre Leistung anerkannt.

*... dass das Personal ohne entsprechenden Hintergrund aus der Situation wirklich das Beste macht und dass sich jeder jetzt aufrichtig freut, dass es ihr so gut geht, und dass man versucht, eine sehr persönlich Note hereinzubringen. (A2)*

Zum Vergleich mit einem öffentlichen Pflegeheim stellt eine Angehörige unumwunden fest: „Das sind hier paradiesische Zustände.“ (A1)

Die Pflegekräfte betonen in den Interviews vor allem die Anerkennung und Wertschätzung der BewohnerInnen. Ihrerseits anerkennen sie die Haltung der Angehörigen, die diversen organisatorischen Mängel mit Gelassenheit begegnen können, sodass eine zufriedene Grundhaltung davon nicht irritiert wird. Diese Bereitschaft der Angehörigen, kleinere Missstände auch einmal zu übersehen, wirke deutlich motivierend.

In den Interviews kommt deutlich das Bemühen der Pflegekräfte zum Ausdruck, sie wollen den Wünschen der Angehörigen nachkommen und sind sich dabei bewusst, dass nicht allen Bedürfnissen entsprochen werden kann. Den Pflegekräften ist die Zufriedenheit der BewohnerInnen bzw. die Vision von PatientInnenzufriedenheit allererstes An-

liegen, ihr Wohlbefinden motiviert und entlastet in der Beobachtung der Pflegekräfte auch die Angehörigen. Offene Kritik an den Angehörigen kommt nicht zur Sprache.

Zufriedenheit entsteht durch einen positiven Abgleich zwischen **Erwartungen** und der realen Situation, individuelle Erwartungen sind daher maßgeblich an der Entstehung einer einigermaßen ausgeglichenen Gefühlslage beteiligt. Ihnen entsprechende Aufmerksamkeit zu widmen und eine Exploration der Erwartungen aktiv zu initiieren, erweist sich als notwendig und sinnvoll. Ein Faktum, das von den Pflegekräften bestätigt wird, gleichzeitig weisen sie auch auf die wesentlichen Komponenten für das Vorhaben hin: Eigeninitiative und Zeit für einen Dialog, der sowohl den Angehörigen als auch den BewohnerInnen gilt. Das Gespräch mit den Angehörigen dient auch einer sanften Korrektur überzogener Erwartungen.

*Wie kann man das verbessern, unsere Zeit ist zu knapp, wie kann man die Leute intensiver betreuen, wenn das Personal ist knapp, ich bin nur froh, wenn die zufrieden sind, gut betreut, aber das ist nicht egal, das sind Menschen, die erwarten von uns vieles, aber wir können nicht alles geben ... (P3)*

Angehörige erwarten nicht nur Gesprächsmöglichkeiten, sondern auch einen konkreten Ansprechpartner/eine Ansprechpartnerin, eine Bezugsperson, die ihre Bedürfnisse wahrnimmt und darauf reagiert. Sie wollen eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe, in der sie als KundInnen wahrgenommen werden.

*Im Grunde genommen sind wir Kunden und keine Bittsteller. (A2)*

Die Erwartungen der Pflegekräfte kommen in den Interviews eher indirekt zum Ausdruck: Neben ihrer Pflegearbeit wollen sie Zeit für die Beschäftigung mit den BewohnerInnen und das Gespräch mit den Angehörigen. Pflegekräfte wollen ebenso Bescheid wissen wie Angehörige, sie benötigen Informationen zu vertraglichen und administrativen Belangen genauso wie zu individuellen Merkmalen im Lebensvollzug der BewohnerInnen. Sie interessieren sich für Lebensgeschichten und haben Sinn für Humor, sie sind mitteilend und offen für Anregungen. Die Interviews mit den Pflegekräften machen erkennbar, dass Gespräche motivieren und dem Burnout entgegenwirken.

Aus allen Interviews mit Pflegekräften gehen deutlich ihr Engagement und ihre Empathie hervor. Das betrifft auch das Thema der **Finanzierung**. Pflegekräfte sehen bezogen

auf Angehörige sehr klar einen Anspruch auf entsprechende Leistung, der durch die Kosten der Pflege entsteht.

*Wenn ich zahle für jemanden 5000, dann ich erwarte, dass ich kann spazieren gehen oder am Strand liegen und ihn gut versorgt weiß. (P2)*

Pflegekräfte zeigen sich über die Kosten des Angebotes gut informiert, aus dieser Kenntnis scheint eine moralische Verpflichtung zur persönlichen Leistung zu erwachsen. Das erklärt auch einige Randbemerkungen im Interview, in denen nebenbei Kritik an Strukturen, aber auch an KollegInnen, scheinbar fallengelassen wird. Ohne Zurückhaltung wird hingegen Kritik an der Entlohnung angemerkt, Pflegekräfte sehen ihre Leistung finanziell nicht entsprechend honoriert, bezüglich ihrer Gehälter stimmen sie in ihrer Unzufriedenheit überein.

Im Überblick bestätigt sich durch alle Interviews die Hoffnung, dass in Zusammenhang mit Pflege auch Zufriedenheit erreicht werden kann. Alle Befragten merken diesbezüglich mehrere entscheidende Aspekte an, und dies annähernd übereinstimmend. Erwartungen, die entscheidend auf die Zufriedenheit aller Beteiligten Einfluss nehmen, betreffen den Austausch von Informationen, das Ambiente der Einrichtung bzw. die Atmosphäre des Hauses, ausreichend Zeit für den Dialog und die Haltung der Pflegekräfte wie Angehörigen.

Korrekte Informationsweitergabe erweist sich für Angehörige als überaus wichtiger Faktor und konnte in der gegenständlichen Pflegeeinrichtung auch befriedigend erfahren werden. Allerdings sehen sich die Pflegepersonen nicht ausreichend in den Informationsprozess eingebunden, woraus Unzufriedenheit resultiert. Die Atmosphäre des Hauses wird als förderlich für das Wohlbefinden der BewohnerInnen anerkannt, die Möglichkeit zur individuellen Raumausstattung durch eigenes Mobiliar bestätigt sich als wichtiges Element im Wohlbefinden der BewohnerInnen. Bezüglich der medizinischen Versorgung wollen Angehörigen rechtzeitig eingebunden werden und Entscheidungen mittragen können. Hinsichtlich des Pflegepersonals ist es den Angehörigen sehr wichtig, dass die BewohnerInnen nicht nur definierte und bezahlte Leistungen konsumieren, sondern auch das individuelle Engagement der Pflegekräfte sichtbar wird. Das Pflegepersonal selbst kann sich am besten einbringen, wenn ein sogenanntes Bezugspflegesystem besteht, d. h., jeder Bewohnerin/jedem Bewohner eine bestimmte Ansprechperson

aus dem Pflegebereich zugeordnet wird, ohne dass diese täglich anwesend sein muss. Obwohl die Angehörigen ein beachtliches Ausmaß an Eigeninitiative für die Erfüllung ihrer Erwartungen einbringen müssen, erkennen sie auch Vorteile in der Anstrengung und rekapitulieren die Umstände deutlich positiv. Für die befragten Pflegepersonen steht die PatientInnenzufriedenheit im Vordergrund, sie motiviert selbst als Vision einer optimalen Pflege. Letztendlich machen die Interviews auch die Schwierigkeiten der Situation für alle Beteiligten sichtbar, aber ebenso die Bewältigung der Hindernisse durch viel persönlichen Einsatz, Empathie und Professionalität.

### 6.1.2 Konzeptkritik

Nachdem zu Beginn der ExpertInnen-Interviews das Konzept zur „Pfleger auf kurze Zeit“ eingehend erläutert worden war, wurden die Befragten um eine Stellungnahme gebeten. Ihre Erfahrungen und Meinungen sollten im Sinne einer Kritik zur Evaluierung des Projektes genutzt werden. Alle ExpertInnen erkennen rasch den angestrebten Vorteil der Kostenersparnis im Modell, den sie wiederholt anmerken, ebenso den großen Bedarf an Übergangspflege-Einrichtungen bzw. neuen Modellen. Sie verweisen eindringlich auf die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung der Vor- und Nachteile verschiedener Modelle zur Pflegebetreuung, dabei werden Hauskrankenpflege, Spitalspflege und Übergangspflege erläutert und mit dem vorgelegten Konzept verglichen. Der Vergleich wird zumeist durch eine vertiefte Betrachtung von Einzelaspekten zum Konzept unterbrochen, sodass sich aus allen Interviews ein umfangreiches Datenmaterial ergibt. Es enthält wertvolle Informationen für eine Implementierung des Modells „Pfleger auf kurze Zeit“, wobei auch der Aspekt der Angehörigenzufriedenheit ausführlich zur Darstellung kommt.

Aus den analysierten Daten der Kritik geht deutlich eine Zustimmung zum **Modell-Konzept** hervor. Die ExpertInnen nehmen entsprechend der einleitenden Bitte eine differenzierte Betrachtung des Konzeptes vor, ihr Erfahrungsschatz und eine kritische Wahrnehmung äußern sich in den Interviews in wesentlichen, vor allem wertvollen Aspekten zur Planung und Durchführung. So verweisen einige der Befragten z. B. dringlich auf die Finanzierung des Modells, sie sollte sowohl allgemein als auch für Angehörige vor der Inanspruchnahme rasch geklärt werden können (vgl. I1, I5, I7)<sup>32</sup>.

Als deutlich positiv wird auch gesehen, dass ÄrztInnen im Modell in den Hintergrund rücken (vgl. I2, I6), ihre Bedeutung – auch für die Zufriedenheit der Angehörigen – wird dabei nicht infrage gestellt. Das Fehlen einer körpertherapeutischen Berufsgruppe im Konzept wird von I7 äußerst kritisch betrachtet, die anderen Befragten sehen darin keinen problematischen Umstand, der kostensparende Effekt dieser Maßnahme scheint eher bestätigt.

---

<sup>32</sup> Insgesamt standen 7 InterviewpartnerInnen zur Verfügung, sie werden im Text anhand der Kennzeichnung der Transkripte in Kurzform angeführt. Dabei steht „I“ für InterviewpartnerIn, die Ziffer bezieht sich auf die Nummer des Transkriptes.

Im Konzept zur „Pflege auf kurze Zeit“ wird die Perspektive der Remobilisierung überwiegend positiv bewertet, auch die ExpertInnen erkennen viele Möglichkeiten, die in der stationären Unterbringung nicht genutzt werden können. Ihrer Meinung nach ist der Bedarf aktuell schon gegeben, 3 ExpertInnen sehen ihn sogar als *sehr hoch*<sup>33</sup> (I1, I3, I6), drei weitere Befragte als *hoch* (I2) bzw. *groß* (I7), zumindest aber als *steigend* (I4). Ressourcenorientiertes Arbeiten, wie im Konzept vorgesehen, wird als Vorteil anerkannt (vgl. I1, I5), zusätzlich ließe sich die Fluktuation der Bewohnerinnen zwischen den Institutionen *eindämmen* (I2, I3).

Angehörige werden von den Befragten überwiegend als Ressourcen gesehen, das vorgelegte Modellkonzept, in dem Angehörige in den Pflegeprozess involviert werden und ihre Mitarbeit zur Verfügung stellen, wird daher deutlich begrüßt und von 6 der Befragten als *gutes Modell* (I2, I3) oder *gute Idee* (I5), als *positiv* (I4, I6) und *sehr sinnvoll* (I1) anerkannt. Eine Bewertung enthält ein negatives Urteil, verursacht durch fehlende körpertherapeutische Angebote und eine angenommene Überforderung der Pflegekräfte (vgl. I7). Je mehr Hilfe und Unterstützung, desto einfacher werde lt. I4 die Pflegeversorgung. Diesbezüglich sehen einige der ExpertInnen auch Handlungsbedarf in der Gruppe der Pflegekräfte, die diese Unterstützung durch Angehörige auch zulassen müssen (vgl. I2, I5, I6). Generell, so ein Hinweis, müsse am Image der Pflege, gearbeitet werden, ihre Aufwertung stehe demnach dringend an. Im ländlichen Bereich komme es überwiegend nicht infrage, Pflegebedürftige einer Einrichtung zu überantworten, dies gelte eher als Schande (vgl. I4).

Von den ExpertInnen kommen auch etliche Änderungsideen, die sich auf das Konzept beziehen. Angeregt wird z. B. eine Nachbetreuung der KundInnen als Ergänzung des Modells (vgl. I1), ebenso der Einbezug von ProfessionistInnen aus anderen sozialen Berufen (vgl. I5). Vor allem diplomierte SozialarbeiterInnen werden als wichtige Ressource im Umfeld von Pflegebedürftigen angesehen. Pflegekräfte sollten auch über die Sozialdiagnose der BewohnerInnen gediegene Auskunft erhalten können, SozialarbeiterInnen scheinen in diesem Zusammenhang geeignete Ansprechpersonen, eine Zusammenarbeit scheint besonders wünschenswert (vgl. I3, I5).

---

<sup>33</sup> Kursiv formatierte Textelemente verweisen innerhalb dieses Kapitels auf eine wortgetreue Wiedergabe aus einem Interview.

Bezüglich der räumlichen Bedingungen möchte die Mehrheit der befragten PflegedirektorInnen die Privatsphäre der BewohnerInnen möglichst gewahrt wissen, daher werden im Ideal getrennte Wohneinheiten oder zumindest die Beschränkung auf maximal 2 Betten pro Pflegeeinheit bevorzugt. Das Modell sollte, wenn möglich, für alle Altersgruppen und auch für multimorbide PatientInnen zugänglich sein, sofern die Pflegediagnose Hoffnung auf Remobilisierung zulässt. In diesem Zusammenhang wird auch eine notwendige Entkoppelung der Aufnahme und der Dauer des Aufenthaltes vom Niveau der Pflegestufen angeregt.

Wiederholt kreisen die ExpertInnen um das Thema der Kosten, sie sehen noch weitere Möglichkeiten, die das Modell zusätzlich attraktiv und sparsam machen könnten. Für bestimmte pflegerische Handlungen bedürfe es ihrer Meinung nach nicht unbedingt einer diplomierten Fachkraft, sie könnten auch PflegehelferInnen überlassen werden (vgl. I4, I6). Auch durch verbesserte Kommunikation zwischen den ÄrztInnen ließe sich lt. Befragten Einsparung erreichen, unnötige oder wiederholte Untersuchungen und Befundungen könnten vermieden und damit Kosten minimiert werden (vgl. I2).

Die meisten ExpertInnen scheinen im Modell die Möglichkeit zu intensiver Zusammenarbeit und echter Pflegepartnerschaft zu erkennen und befürworten eine Vision, in der alle Beteiligten zum Wohl der Pflegebedürftigen interagieren und sich an der Zufriedenheit der KundInnen und Angehörigen ausrichten. Dazu regen einige der Befragten auch HelferInnen-Konferenzen an. Angehörige müssten nach dem Ermessen von I2, I4 und I7 im Modell durch direkte Kommunikation zum Miteinander angeregt und in die Pflegebetreuung aktiv einbezogen werden.

**Angehörige** werden in allen Interviews näher analysiert, die Perspektiven sind auf unterschiedliche Merkmale fokussiert und ergeben ein dichtes Bild von augenscheinlichen Merkmalen, die nur bedingt mit einer Sicht von Angehörigen als Ressource korrelieren. Den ExpertInnen zufolge sind Angehörige durch die auslösende Situation der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds *verunsichert* (I7), *ängstlich* (I3, I5, I7) und *überfordert* (I2, I4), ihre Entlastung scheint zumindest einigen der Befragten ein Anliegen. Die Unterbringung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds in einer Pflegeeinrichtung verursache bei vielen Angehörigen *ein schlechtes Gewissen* (I4, I5) und erfolge daher

oft zu einem späten Zeitpunkt. Ihre Ängste überwiegen, werden von ihnen aber nicht wahrgenommen und können in den Einrichtungen zu Konflikten führen (vgl. I3, I5, I7). Angehörige tragen aber auch *Verantwortung* (I1), *haben organisatorischen Aufwand* (I2), *stellen Hilfe zur Verfügung* (I3) und *sind wichtig* (I5). Dass das Konzept insgesamt dennoch deutlich positiv bewertet wird, überrascht in Zusammenhang mit dem nachweislich ambivalenten Blick der ExpertInnen auf Angehörige. In ihrer Grundhaltung scheinen sie einer eher skeptischen, tendenziell einseitigen Perspektive auf Angehörige zuzuneigen, mutmaßlich verursacht durch entsprechende Erfahrungen.

Viele Anmerkungen und Ausführungen der ExpertInnen betreffen die **Berufsgruppe der Pflegekräfte**. Ihrer Haltung und ihrem Arbeitsbereich wird in den Interviews viel Raum gegeben und noch mehr Bedeutung zuerkannt. So finden sich z. B. in Zusammenhang mit den Ausführungen zu Angehörigen latente Hinweise auf eine Sorge der PflegedirektorInnen in Bezug auf Überlastung der Pflegekräfte (vgl. I2, I4, I5), z. B. durch individuelle Ängste und Nöte der Angehörigen. Für die Bewältigung von Problemen Angehöriger sehen die ExpertInnen das Pflegepersonal eher nicht zuständig, dazu regt eine/r der GesprächspartnerInnen externe Hilfestellungen in Form von Coaches oder PsychologInnen an (vgl. I2). Die Anerkennung der fachlichen und sozialen Kompetenz der Pflegekräfte kommt indirekt zum Ausdruck, wenn zur Berufsgruppe angemerkt wird, dass sie aktiv in die Bewertung der Chancen eines Patienten/einer Patientin im Rahmen einer möglichst standardisierten Pflegediagnose einbezogen werden sollten (vgl. I2) oder Angehörige den energieraubenden Aufwand der Pflege unterschätzten (vgl. I4). In der Beschreibung der Pflegekräfte als Berufsgruppe wird aus dem Datenmaterial ein hohes Maß an Übereinstimmung sichtbar, sie lässt sich wie folgt als Ideal zusammenfassen: Pflegekräfte verfügen über Fachwissen und erweisen sich in der Kommunikation nach innen wie außen als kompetente AnsprechpartnerInnen, die mit Expertise und Empathie den Pflegeprozess maßgeblich beleben, organisieren und anleiten. Dazu sollten sie Angehörige wie BewohnerInnen psychologisch stützen, motivieren und begleiten. Darüber hinaus sind Angehörige durch sie *ins Boot zu holen* (I4, I7) und fundiert über Möglichkeiten der Hilfestellung und Finanzierungsmodelle aufzuklären. Sie sollten neben dem ärztlichen Personal über das Für und Wider einer Betreuung entscheiden dürfen und über die Biografie der BewohnerInnen, auch über ihre Vorlieben



und Abneigungen bzw. über ihre emotionale Situation, Bescheid wissen. Eine Entlastung der Pflegekräfte ließe sich durch die Übernahme von Verantwortung durch PflegemitarbeiterInnen bewirken, nicht alle pflegerischen Maßnahmen müssten durch diplomiertes Personal erfolgen (vgl. I5, I6). Trotz der Sorge bezüglich einer Überlastung wird auch die Möglichkeit gesehen, das Arbeitsfeld der Pflegekräfte zu erweitern, wodurch auch Kosten eingespart werden können. Hier beziehen sich zwei befragte ExpertInnen auf den Ansatz im gegenständlichen Konzept, der vorerst keine körpertherapeutischen Angebote vorsieht. Pflegekräfte sollten lt. I1 und I5 auch über ein Grundwissen zu körpertherapeutischen Übungen verfügen, sie könnten von KörpertherapeutInnen lernen und die Übungen in die tägliche Routine einfließen lassen.

Der Blick der PflegedirektorInnen reicht weit über den eigenen Funktionsbereich hinaus, sie sehen den Arbeitsmarkt, der sich in Bezug auf Pflegekräfte kontinuierlich verengt und ein Modell, das Pflegekräfte benötigt. Dazu fallen ihnen Lösungen im Sinne der Etablierung einer neuen Berufsgruppe oder entsprechend adaptierte Ausbildungsinhalte ein. In der Kritik des Konzeptes wird mehrheitlich auf die **Ausbildung** zur diplomierten Pflegekraft hingewiesen und Reformbedarf angemeldet. Inhalte, die sich mit der professionellen Distanz oder Gesprächsführung befassen, scheinen aktuell nicht gegeben, allgemein, so die Darstellung der ExpertInnen, werde die Bedeutung der Kommunikation im Pflegegeschehen in der Theorie der Ausbildung zu wenig berücksichtigt, von entsprechender Übung und Selbsterfahrung ganz zu schweigen. Die Ausbildung sähe auch keine Elemente aus der körpertherapeutischen Praxis vor, obwohl schon Grundlagen aus Physio-, Ergo- und Logopädie die Pflege wesentlich bereichern und die Remobilisierung unterstützen könnten.

Die Bedeutung von Kommunikation und Information wird in den Ausführungen aller ExpertInnen in verschiedenen Zusammenhängen angemerkt. Beide Aspekte der Interaktion scheinen als zentrale Elemente einer von Professionalität getragenen Dienstleistung von den Führungskräften regelrecht eingefordert, die Übereinstimmung mit den Ergebnissen zur **Angehörigenzufriedenheit** ist darüber hinaus noch mehrfach gegeben. Zu positiven wie negativen Einflussfaktoren erweisen sich sechs der sieben befragten PflegedirektorInnen als wertvolle Informationsquelle. Ihre Beiträge belegen und ergänzen

die bereits vorgestellten Ergebnisse und müssen entsprechend gewürdigt werden. Sie dienen auch der Beantwortung der Forschungsfrage, daher erfolgt an dieser Stelle ein Überblick zu den genannten Faktoren. Der Überblick orientiert sich an der zweiten Reduktion der Interviews und wird daher ohne Quellenverweis angeführt.

Angehörigenzufrieden steigt lt. den Ausführungen der ExpertInnen

- ✓ wenn sich die BewohnerInnen sichtbar wohlfühlen
- ✓ wenn den Angehörigen ein Ansprechpartner/eine -partnerin zur Verfügung steht
- ✓ wenn bezüglich der Ansprechpersonen Kontinuität gegeben ist
- ✓ wenn sie frei von Entlassungsdruck sind
- ✓ wenn sie in den Pflegeprozess/in Entscheidungen einbezogen werden
- ✓ wenn ihre Ideen und Anregungen sowie ihre Ängste berücksichtigt werden
- ✓ wenn die Institution an öffentliche Verkehrsmittel angebunden ist
- ✓ wenn sie sich verstanden, ernst- und wahrgenommen fühlen
- ✓ wenn ausreichend Information den Pflegeprozess begleitet
- ✓ wenn partnerschaftliche Zusammenarbeit möglich ist
- ✓ wenn die Gesprächsbasis auf Offenheit und Ehrlichkeit beruht
- ✓ je mehr Empathie und soziale Kompetenz in der Haltung der Pflegekräfte sichtbar wird.

Hingegen sinkt Angehörigenzufriedenheit

- wenn eine ehrliche Gesprächsbasis zwischen Angehörigen und Pflegekräften fehlt
- wenn sich die BewohnerInnen nicht wohlfühlen
- wenn die Erwartungshaltung der Angehörigen zu hoch ist
- wenn keine Wertschätzung wahrgenommen wird.

Neben den angeführten situativen Faktoren wird vereinzelt auch auf andere Momente im Bereich der Organisation und Administration der Pflege hingewiesen, sie werden als Einflussgrößen im Sinne von positiver oder negativer Konsequenz aber nicht eindeutig bewertet.

In ihren Stellungnahmen bringen die PflegedirektorInnen deutlich die Wichtigkeit des Aspektes der Zufriedenheit aller Beteiligten zum Ausdruck. Sie verweisen auf Möglichkeiten, die im Modell im Sinne der Qualitätsentwicklung genutzt werden könnten, um einen möglichst hohen Grad an Zufriedenheit erreichen zu können. Flexibilität in Angebot und Strukturen könnte sich als hilfreich bei der Zielerreichung erweisen, kontinuierlich eingeholtes Feedback, getrennt nach Personengruppen und mittels qualitativer Mittel erhoben, scheint für den Großteil der Befragten ein probates Mittel, den Anlässen für Unzufriedenheit entgegenzuwirken.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass seitens der ExpertInnen viel Zustimmung zum Konzept vernehmbar ist, die Realisierung des Konzeptes scheint ihnen durchaus wichtig, was sie durch zahlreiche Anregungen und Ergänzungen sichtbar machen. Der Realismus der Befragten zeugt von umfänglichen Erfahrungen und weiten Perspektiven, der Wert ihrer Ausführungen wird sich auch bei der Implementierung des Modells erweisen.

Als Abschluss der Ergebnisdarstellung sei eine Anmerkung zu den Nebenwirkungen der Kritik erlaubt, denn der synergetische Effekt in der Befragung zum Konzept ist nicht zu übersehen und soll auch entsprechend gewürdigt werden: Indirekt ergeben sich aus der gesamten Darstellung der Kritik wesentliche Hinweise auf Faktoren der Zufriedenheit.

## **6.2 Diskussion der Ergebnisse**

Die Auswertung des Datenmaterials erbrachte konkrete Hinweise auf situationsspezifische Parameter, die an Empfindungen wie Unbehagen, Unzufriedenheit oder Zufriedenheit wesentlich beteiligt sind. In allen Interviews mit Angehörigen und Pflegekräften wird auf die Notwendigkeit zeitnaher Information deutlich hingewiesen und ausführlich über Informationsdefizite berichtet. Information wird als wichtiger Faktor für Zufriedenheit angesehen, bleibt sie aus oder erweist sie sich lediglich als rudimentär, resultiert zumindest Unbehagen. Angehörige und Pflegekräfte wollen Bescheid wissen, sie wollen über Diagnosen und Befunde genauso informiert werden wie über das Procedere etwaiger außerordentlicher Umstände. Information ist Angehörigen und Pflegekräften in Zusammenhang mit Zufriedenheit ein wichtiges Anliegen. Fehlende Information führt zumindest zu kleinen Ärgernissen, kumulierte Ärgernisse werden als Stressoren mani-

fest und verhindern Zufriedenheit. Im Wunsch nach Information scheint sich nicht nur ein Bedürfnis zu äußern, sondern vor allem eine unausgesprochene Verpflichtung zum ehrlichen, offenen Dialog. Die Intimität des Pflegeprozesses darf nicht im Sinne einer Verschwiegenheit missverstanden werden, sie entsteht vielmehr durch Anteilnahme im Sinne empathischer Gespräche, die möglichst mit Beteiligung der BewohnerInnen stattfinden. Unausgesprochenes belastet, eine Pflegesituation eignet sich nicht zur Tabuisierung, dazu besteht auch kein Anlass. Betroffenen wie Angehörigen sind Tatsachen nicht vorzuenthalten, ihr Recht auf Wahrheit muss offen in den Haltungen der Pflegekräfte zum Ausdruck kommen. Wahrheit ist zumutbar, sie enthält einen subjektiven Ausschnitt der Wirklichkeit und bildet eine Grundlage für notwendige Entscheidungen.

Information scheint darüber hinaus auch eine andere Funktion zu erfüllen, sie wird zum Anlass für Kommunikation und Interaktion zwischen den PflegepartnerInnen genutzt. Das Bedürfnis nach Information erweist sich in den Interviews als Energiepotenzial, das den Dialog der Beteiligten fördert. Die strukturellen Bedingungen einer Pflegeeinrichtung sollten diesem Bedürfnis entsprechen können und dafür Zeit und Raum zur Verfügung stellen, was angesichts der begrenzten Ressourcen eine Herausforderung darstellt. Die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte scheinen in dieser Hinsicht alles andere als optimal. Die Möglichkeiten zum Informationsaustausch bzw. zum Dialog werden zum Prüfstein für die Qualität des Angebotes und scheinen in Bezug auf Zufriedenheit maßgeblich. Hier zeigt sich ein wichtiges Thema für die Organisationsentwicklung, wobei offenbleibt, inwieweit die finanziellen Ressourcen Entwicklungen zulassen. Die historisch gewachsenen, streng hierarchischen Strukturen von Pflegeeinrichtungen stehen dem Dialog auf Augenhöhe vermutlich hinderlich im Weg, zählen aber zu den Rahmenbedingungen der betreuenden Institutionen. Hierarchien erschweren die Kommunikation zwischen den Ebenen, wenn überhaupt, findet sie innerhalb der verschiedenen Ebenen statt. Wenn Pflegekräfte, wie mehrfach berichtet, über Neuzugänge nicht Bescheid wissen, deutet das auf ein strukturelles Problem hin. Wie die Hektik und Improvisation einer unvorbereiteten Übernahme in den Pflegebereich auf KundInnen und Angehörige wirkt, sei dahingestellt. Wenn Angehörige dennoch feststellen, dass sie im Großen und Ganzen zufrieden und dankbar sind, ist dieses positive Feedback, so der Eindruck aus den Interviews, vor allem dem Pflegepersonal geschuldet. Ihr Engagement

stützt sich auf ein berufliches Ethos, das sich aus den Interviews durch die umfangreichen Beschreibungen zur allgemeinen Situation der Pflege indirekt erschließen lässt.

Strukturelle Bedingungen werden auch in Hinblick auf die medizinische Versorgung wirksam, diesbezüglich erwarten Angehörige die Einbindung in anstehende Entscheidungen. Einmal mehr steht kompetente Information, die auch für Laien nachvollziehbar ist, im Mittelpunkt, dazu bedarf es kommunikativen Geschicks und entsprechender Empathie, die auch die Angehörigen in ihrer Psychodynamik berücksichtigt. Wem Professionalität ein Anliegen ist, der/die wird sich daher einer angeleiteten Reflexion der beruflichen Arbeit nicht entziehen, besonders dann, wenn diese Beratung innerhalb der Arbeitszeit stattfindet. Die Realität sieht derzeit noch anders aus und die Hoffnung auf Veränderung muss sich in Zeiten der Ressourcenverknappung leider noch gedulden. Aber Lösungen sind sichtbar, Teambesprechung und das Gespräch mit Angehörigen stützen die Selbstreflexion, so diese Komponente der auch von Führungskräften geforderten Kommunikation auch wahrgenommen wird. Dass seitens des Pflegepersonals bezüglich der medizinischen Versorgung keine Anmerkungen aufscheinen, lässt mehrere Interpretationen zu. Eine optimistische Variante sieht darin einen Beleg für eine funktionierende Zusammenarbeit von Pflegekräften, ÄrztInnen und TherapeutInnen. Aus etlichen Interviewpassagen geht aber hervor, dass sich die Pflegekräfte zu diesem Thema in Zurückhaltung üben, auch Kritik am eigenen Team wird nicht offen formuliert. Diese Haltung spricht einmal mehr für die Kompetenz der Pflegekräfte, die sich hier der Verschwiegenheit verpflichtet zu fühlen scheinen. Eine realistische Interpretation berührt strukturelle und kommunikative Bereiche, aus Respekt vor der Haltung der Pflegekräfte und ihrer Leistung wird an dieser Stelle von dieser Variante abgesehen.

Zu den Rahmenbedingungen der Pflege zählt auch die Atmosphäre des Hauses und seiner Wohneinheiten. Dem ersten Eindruck wird seitens der Angehörigen viel Bedeutung für die Zufriedenheit zuerkannt, aber auch das Procedere der Aufnahme, das konkrete Ankommen scheint viel Beachtung zu finden. In Spitälern beginnt sich ein strukturiertes Entlassungsmanagement durchzusetzen, analog dazu ist ein Ankunftsmanagement in Pflegeeinrichtungen anzudenken. Das Ankommen, die Aufnahme in ein bestehendes soziales Gefüge, hat, wie es scheint, besondere Nebenwirkungen, es kann als Impuls zu einer allgemeinen Akzeptanz und Zufriedenheit wirken, aber auch Widerstand und

Fluchtgedanken auslösen. Eine Angehörige beschreibt im Interview ihre Eindrücke angesichts eines öffentlichen Pflegeheims<sup>34</sup>, der Vergleich macht sie sicher: Pflege beinhaltet so viel mehr als lediglich Versorgung. Zufriedenheit mit dem Angebot orientiert sich in hohem Maße an individuellen Bedürfnissen, die sich als Erwartung ausdrücken. Die Atmosphäre des Hauses und der Wohneinheit muss stimmig sein, sie wird überwiegend durch die Haltung der Pflegekräfte geprägt und getragen, aber auch von persönlichen Einrichtungsgegenständen in der Betreuungseinheit offenbar wohltuend ergänzt. In diesem Aspekt scheint Zufriedenheit leicht erreichbar, es bedarf seitens der Verantwortlichen der Einrichtung lediglich des guten Willens und der Einladung zur individuellen Gestaltung des eigenen Bereiches. Wohlbefinden und Lebensqualität lassen sich auch ohne viel Aufwand verwirklichen, Therapeut\*innen könnten den Pflegealltag zusätzlich bereichern, sie bringen Abwechslung, Entspannung und Freude, ihrer Wirkung kann sich kaum jemand entziehen. Gleiches gilt für Kinder. Es fällt auf, dass diese Möglichkeiten keine Erwähnung finden – vielleicht ein Indiz für eine allgemeine Zufriedenheit.

Persönliches Engagement der professionellen HelferInnen außerhalb jeglicher Routinen ist keine Selbstverständlichkeit, wird aber im Sinne der Zufriedenheit von den Angehörigen erwartet. Diese Erwartung korreliert auch mit dem expliziten Wunsch der Pflegekräfte nach Zeitressourcen für die Beschäftigung mit den PatientInnen und Gespräche mit deren Angehörigen, die selbst auch als KundInnen wahrgenommen werden möchten. Engagement lässt sich nicht verordnen, es entspricht einer Haltung und zeigt sich in vielen Variationen, deren Bewertung aus subjektiver Perspektive entsteht. Was für die einen Angehörigen engagiert und tatkräftig aussieht, kann für die anderen Angehörigen einer Entmündigung nahekommen, Humor kann angesichts der Umstände deplatziert erscheinen oder als Entlastung begrüßt werden. Individuelle Ausprägungen einer Persönlichkeit treffen auf subjektive Bewertungsmuster einer anderen Persönlichkeit, im besten Fall wird Kommunikation das Mittel für die Vermeidung von Missverständnissen und Unzufriedenheit sein. Eine reflektierte Pflegekraft weiß mit den Erwartungen und Eigenheiten aller Beteiligten umzugehen, sie versteht sich als professionelle Helfe-

---

<sup>34</sup> „Da liegen Welten zwischen öffentlichem Pflegeheim und hier, ich war da mal im Pflegeheim Liesing, und da liegen Welten dazwischen – der Kurzbesuch dort, der war mir eine Lehre, das wollte ich für meine Mutter keinesfalls – das sind hier paradiesische Zustände!“ (A1)

rin, deren Angebot an Unterstützung auch Grenzen hat, einen Rahmen, der die Möglichkeiten definiert. Professionelle Distanz zu individuellen Geschichten und Umständen widerspricht der Forderung nach Herzenswärme und Einfühlungsvermögen *nicht*, ganz im Gegenteil, die Haltung der Pflegekräfte wird zum Gütesiegel der Serviceleistung. Diese Haltung und ein adäquates Selbstverständnis verdienen Anerkennung und Unterstützung. Selbst wenn sich Pflegekräfte dabei überwiegend an der Zufriedenheit der BewohnerInnen orientieren, trägt die Institution auch die Verantwortung, ihre Wertschätzung unaufgefordert zu kommunizieren.

Haltung und Engagement äußern sich auch in der Gruppe der ExpertInnen, sie sind in ihrer Kritik zum vorgelegten Konzept offen und entsprechen damit auch der Forderung nach Ehrlichkeit im Pflegeprozess, die explizit und zwischen den Zeilen in nahezu jedem Interview zum Ausdruck kommt. Mit ihren Ideen, Visionen und Anmerkungen stützen und ergänzen sie das Konzept, sie bringen ihre Anliegen und wichtige Aspekte ein und beweisen eindrucksvoll ihre Kompetenz. Ein klarer Blick auf situative Elemente der Pflege und analytisch fundierte Hinweise belegen ihren Mut zu Veränderungen und einen unbedingten Willen zur Weiterentwicklung. Ihre Ideen und Anregungen gehen weit über die erbetene Stellungnahme hinaus, sie eröffnen auch die Perspektive auf die Pflegeausbildung oder den prognostizierten demografischen Wandel. Laut wird der Wunsch nach Reformen im Curriculum der Ausbildung artikuliert, orientiert an aktuellen Studien und gelebten Erfahrungen. Laut denken sie über die Erweiterung des Handlungsspielraumes der Pflegekräfte nach, auch wenn dies zu mehr Aufwand im Pflegegeschehen führt. Generell scheinen sie sich an der Vision einer idealen Pflege zu orientieren, obwohl alle aktuellen Trends der Ressourcenverteilung gegen einen Aufbruch in diese Richtung sprechen, lassen sie sich nicht entmutigen. Der Verdacht liegt nahe, dass das Interesse an ihren Anregungen nur mangelhaft ausgeprägt ist. Das könnte auch mit der fehlenden Diversität der Geschlechter im Pflegeberuf zusammenhängen, die Pflege ist nicht nur grammatikalisch weiblich, Frauen sind mit großer Mehrheit im Berufssektor vertreten und finden vielleicht auch deshalb wenig Gehör.

Insgesamt erweist sich die Forschungsarbeit hinsichtlich der Faktoren, die Zufriedenheit zumindest stützen, als ergiebig und eindeutig. Zwischen den Gruppen der Befragten ist in der Argumentation viel Übereinstimmung gegeben. Zufriedenheit mag an subjektiven

Mustern und Erwartungen orientiert und schwierig darzustellen sein, sie manifestiert sich dennoch an wenigen Elementen, die den Unterschied ausmachen, und lässt sich auch in scheinbar einfachen Worten ausdrücken. Geht es den BewohnerInnen gut, geht es auch mir gut! – Diese einfache Wahrheit regiert die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte und die Zufriedenheit der Angehörigen. Geht es den Angehörigen gut, sind die Pflegekräfte auch zufrieden. Fühlen sich die Pflegekräfte wohl, können auch die Führungskräfte entspannen. Ein sich selbst erhaltendes System, das von wenigen äußeren Faktoren genährt wird, aber durch Mangelphänomene auch empfindlich gestört werden kann. Aus allen Interviews lässt sich ein deutlicher Hinweis auf *das* probate Mittel für Zufriedenheit filtern, es besteht in sozialer Kompetenz, die sich durch gewaltfreie, offene und ehrliche Kommunikation auszeichnet. Die Voraussetzung für die Wirksamkeit des Mittels besteht in der Fähigkeit zur Selbstreflexion, sie ermöglicht die Anerkennung der eigenen Grenzen und die Wahrnehmung jener Momente und Situationen, in denen Stärken zu Schwächen werden oder Schwächen zu Stärken. Gesprächsführung ist gegenüber Lernprozessen nicht resistent, einige Wissenschaftsdisziplinen verfügen über einen Fundus an Erkenntnissen zum Phänomen der Kommunikation, vielleicht finden sie doch in absehbarer Zeit Eingang in das Curriculum der diversen Ausbildungen im Gesundheitsbereich. Einer Weiterentwicklung steht nichts im Weg, die Trägheit eines Systems kann überwunden, Individuen können ermutigt werden, wie Pflegekräfte in Ausübung ihres Berufes als professionelle HelferInnen respektabel belegen.

Professionelle HelferInnen im sensiblen Bereich einer Pflegeeinrichtungen sind überwiegend mit individuellem Leid konfrontiert, ihre beruflichen Ansprüche sind mit den Ansprüchen der BewohnerInnen, der Angehörigen, des medizinischen Personals und der KollegInnen ebenso zu koordinieren, wie mit den Ansprüchen und Erwartungen der Institution bzw. des Dienstgebers. Im Haus wird gelebt, gelitten und gestorben, die Atmosphäre der Einrichtung entwickelt sich im Rahmen der strukturellen Möglichkeiten zwischen Hoffnung und Enttäuschung, Freude und Leid, Akzeptanz, Resignation und Verzweiflung. Zufriedenheit ist dennoch möglich, sie entsteht in einer gemeinsamen Anstrengung aller Beteiligten. Sie lebt und erfreut sich an den Möglichkeiten, ab und zu kränkt sie, dann wird sie gehegt und gepflegt, Angehörige, Pflege- und Führungskräfte kennen die nötigen Mittel.



In diesem schwierigen Berufsfeld Haltung zu bewahren und neben einer qualitativ hochwertigen Dienstleistung eine lebendige, einladende Atmosphäre zu vermitteln, stellt die tägliche Herausforderung des Pflegepersonals dar, sie wird in der betreffenden Einrichtung eindrucksvoll gemeistert, wie die Interviews mit den Angehörigen beweisen.

## 7 Therapieplan – Fazit und Ausblick

Die forschungsleitende Fragestellung kann anhand der Ergebnisse beantwortet werden. Aus dem Datenmaterial werden deutlich Hinweise auf Parameter, die Angehörigenzufriedenheit generieren können, erkennbar. Zwischen allen drei Gruppen von InterviewpartnerInnen (Angehörige, Pflegekräfte, PflegedirektorInnen) zeigt sich ein hohes Maß an Übereinstimmung bei der Identifikation von Einflussgrößen, die Zufriedenheit bewirken können, im Wesentlichen sind das folgende Faktoren:

- ✓ ein anhaltender Prozess des Informationsaustausches
- ✓ ein wohnliches Ambiente der Einrichtung bzw. eine lebenswerte Atmosphäre des Hauses
- ✓ ausreichend Zeit für den Dialog zwischen Angehörigen und Pflegekräften sowie zwischen Pflegekräften und BewohnerInnen
- ✓ Einstellungen und Haltungen von Pflegekräften und Angehörigen.

Diesen Faktoren wird seitens aller InterviewpartnerInnen wesentliche Bedeutung zuerkannt. Innerhalb der Ergebnisdarstellung wird ein hohes Maß an Übereinstimmung mit Studienergebnissen und wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Fachliteratur sichtbar, die Erwartungen der Angehörigen und die Haltungen der Pflegekräfte verdeutlichen. B. ein Anspruchsdenken aller Beteiligten und eine Entwicklung hin zu einer Aufwertung von Würde, Entscheidungsfreiheit und Individualität (vgl. Ragsdale/McDougal, 2008).

Auf Organisationsebene lässt sich aus den Ergebnissen ein Willen zu KundInnen- und Serviceorientierung unterstellen, der in den Interviews bei Angehörigen und Pflegekräften teilweise indirekt, von den PflegedirektorInnen aber auch explizit in die Ausführungen einfließt (vgl. ebd.).

Unzufriedenheit entsteht auch durch eine Begriffsvielfalt, durch unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen und durch Bürokratismus, der z. B. zeitnahen Informationsfluss

behindert (vgl. Hönig-Robier, 2008), wie aus den Ergebnissen sichtbar wird. Angehörige wollen in Alltagsentscheidungen einbezogen werden und über besondere Vorkommnisse rechtzeitig informiert werden, ein Ergebnis, das den Zielsetzungen des Eden-Alternative-Modells sehr nahe kommt. Die Erwartungen der befragten Angehörigen betreffen in hohem Maß die Zielsetzungen der Modelle „[Eden Alternative](#)“ (siehe S. 29) und „[Greenhouse](#)“ (siehe S. 31), die unter anderem auch dem Dialog zwischen BewohnerInnen, Pflegekräften und Angehörigen gelten.

Die Bedeutung der allgemeinen Atmosphäre des Hauses bzw. des Ambientes der Wohn- oder Pflegeeinheit wird im Greenhouse-Modell anerkannt, Lebenssinn und Lebensqualität werden explizit als Angebote etabliert. Die Intimität kleiner Wohneinheiten und Kontinuität in der Betreuung, wie im Greenhouse-Modell konzipiert (siehe S. 31), wird auch von einigen ExpertInnen als bedeutungsvoll und richtungsweisend angemerkt.

Ein Ergebnis der Studie von Prof. Seidl et al. (2009) verweist auf den Erstkontakt als entscheidendes Ereignis, es wird durch beide Angehörige explizit bestätigt. Auch die Studienergebnisse von Friedmann (1997) zu Qualitätskriterien in der Pflege werden mehr oder weniger durch alle InterviewpartnerInnen bezeugt: Die Interaktion zwischen Angehörigen und Pflegekräften, der gezielte Dialog, fördert den Informationsaustausch und erweist sich solcherart als Gütekriterium. Die Studie von Meridean (zit. n. Josat et al., 2006) zeigt, dass die Implementierung von Angehörigen im Pflegeprozess Erwartungen und Interaktionsmuster korrigiert, Pflegekräfte und Angehörige entlastet und die gegenseitig wertschätzende Wahrnehmung stützt, ein Ergebnis, das die Befragten durch ihre Ausführungen illustrieren.

Bestätigt werden auch die Studienergebnisse von Müller-Staub (2001), aus ihnen erschließt sich die Wichtigkeit psychosozialer Fähigkeiten von professionellen HelferInnen, sie wird von den befragten Pflegekräften deutlich vernehmbar gefordert und in ihrer Bedeutung anerkannt, desgleichen von den ExpertInnen, und betrifft auch einen wesentlichen Aspekt in den Erwartungen der Angehörigen. Müller-Staub verweist auch auf Aufmerksamkeit und Individualität von Pflegekräften als fundamentale Parameter in Zusammenhang mit der Zufriedenheit von BewohnerInnen und Angehörigen.

Anhand der Belege aus der Fachliteratur sowie der Hinweise in den empirischen Ergebnissen auf entscheidende Kriterien, die Zufriedenheit begünstigen, scheint Entlastung als Therapie geeignet. Diese Entlastung kann durch ein besonderes Augenmerk auf die genannten wesentlichen Parameter zur Zufriedenheit eingeleitet und auf nahezu allen Ebenen bewirkt werden. Angehörige wie Pflegekräfte wollen Information, sie kann durch Interaktion und Kommunikation im Dialog gelingen, wenn auf Organisationsebene die entsprechenden strukturellen Veränderungen eingeleitet werden. Das Image der Pflege insgesamt und überinstitutionell aufzuwerten, bedarf aber auch der Mitwirkung der Gesellschaft, die auf politischer Ebene Einfluss nehmen kann.

In Österreich hat sich ein Subsidiaritätsprinzip etabliert, das die Verantwortung bezüglich der Organisation und Administration von Pflege zu einem großen Teil den – vor allem weiblichen – Angehörigen übergibt. Diese Zuständigkeit scheint sich im sozialen System der Gesellschaft zu einer Art Selbstverständlichkeit entwickelt zu haben und wird durch gesellschaftlich anerkannte Werte wie „Familie“, „Gemeinschaftssinn“ oder „Hilfsbereitschaft“ und „Fürsorge“ untermauert. Trotz deutlicher Hinweise auf eine Überforderung, die sich in der Situation pflegender Angehöriger häufig ergibt (vgl. Seidl et al. 2009), scheint die Schwelle zur Annahme etwaiger professioneller Unterstützungsangebote, wie sie auch in staatlicher Trägerschaft angeboten werden, für betroffene Angehörige manchmal kaum überwindbar. Pflegeinstitutionen scheint zudem ein Image anzuhaften, das von historischen Bezügen zu Armenhäusern und sogenannten Versorgungen ausgeht und sich als hartnäckiges Vorurteil ausdauernd hält (vgl. Scholta, 2005, 20-23). Pflegeskandale in jüngster Vergangenheit werden zum Anlass genommen, die Pflege insgesamt zu diskreditieren, selbst wenn es sich dabei um Missstände und Fehlentwicklungen weniger Einzelner handelt. Ein ungerechtfertigter Ruf von Pflegeeinrichtungen hindert nicht nur Angehörige, sich der Angebote zu bedienen, er verhindert auch wirksame, professionelle Pflege und damit das Wohlergehen der Pflegebedürftigen. Wo aus einer Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten Schande für die betroffene Familie resultiert, wird vor allem dem/der Pflegebedürftigen professionelle Hilfe verweigert. Gleichzeitig werden familiäre Ressourcen, die im Rahmen der professionellen Pflege dringend benötigt würden, durch eine fragwürdige Moralität in einem unzumutbaren Maß belastet, wenn nicht sogar erschöpft. Pflegebedarf betrifft daher die gesamte Gesellschaft in ihrer Verantwortung und gleichzeitig das Individuum.

Imagekorrekturen sind in der Öffentlichkeit genauso notwendig wie eine Revision handlungsleitender Werte, beide Forderungen sind nur mit gesamtgesellschaftlicher Beteiligung zu realisieren, ausgehend vom Einzelnen, der die Beweislast infrage stellt. Medien reagieren zurecht auf Missstände, funktionierende Maßnahmen und Angebote scheinen hingegen kaum beachtet, sie entsprechen einer Erwartungsnorm, die scheinbar nicht kommuniziert werden muss.

Der Anspruch der Angehörigen hinsichtlich Qualität und Kontrolle auch in der Pflege scheint groß, aber auch gerechtfertigt, ebenso groß ist das Bemühen der Institutionen und ihrer MitarbeiterInnen, diesem Anspruch nachzukommen, selbst wenn Ressourcen versiegen. Die Arbeit der Pflegekräfte entspricht einer professionellen Dienstleistung, die ihresgleichen sucht. Ihre Anerkennung und die Wertschätzung ihrer Leistungen beginnen in der Institution, durch Team und Vorgesetzte. Sie kommt bei PatientInnen und BewohnerInnen durch Zufriedenheit zum Ausdruck und wird von Angehörigen im Dialog ausgeführt. Für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung in Richtung offener und ehrlicher Pflegepartnerschaft ist auch die Anerkennung durch die Gesellschaft nötig, sie äußert sich in der Abkehr von Vorurteilen, die Barrieren errichten, und aktiver Beteiligung an der Verteidigung einer Profession. Auf politischer Ebene können Anerkennung und Wertschätzung nicht nur durch die Bereitstellung der nötigen Mittel ausgedrückt werden, sondern auch durch ein Problembewusstsein, das Veränderungsmöglichkeiten erkennt und öffentlich thematisiert. Auch ein politischer Willen zur leistungsgerechten Honorierung professioneller Arbeit von Pflegekräften bringt Wertschätzung zum Ausdruck und kann als Nebenwirkung das Prestige der Institutionen befördern.

Insgesamt bin ich mit großem Respekt an diese Arbeit herangegangen, weil es in einem übergeordneten Sinn darin um unser Verhalten gegenüber jener Generation geht, die unser sorgenfreies Leben möglich gemacht hat. Es bestätigt sich nicht nur in den Ergebnissen, dass unsere Generation langsame Fortschritte im respektvollen Umgang mit alten und sehr alten Menschen macht, ihre Frailty<sup>35</sup>, also ihre Gebrechlichkeit, findet zu-

---

<sup>35</sup> Bei Frailty handelt es sich um einen Fachbegriff aus der Geriatrie, er bezeichnet „ein multifaktorielles geriatrisches Syndrom [...] mit progredientem Verlust diverser Funktionen und einem fortschreitenden

nehmend Aufmerksamkeit im Gesundheitssystem. Ihre Bedürfnisse werden vor allem vonseiten der Basispflege, aber auch im Bereich des Pflegemanagements berücksichtigt. Innerhalb der Gesellschaft scheint der Weg noch weit, eine differenzierte Betrachtung, die in Bezug auf ältere Menschen die Unterschiede zwischen Spitalsbehandlung und konsekutiver Remobilisierung oder Übergangspflege anerkennt, lässt noch auf sich warten. Die Bewertungen der Angehörigen stimmen auch nachdenklich, da eine wesentliche Perspektive in Bezug auf die BewohnerInnen keine Erwähnung findet: Ihre Verbesserung in allgemeinen Fähigkeiten oder ihre Fortschritte in Richtung Selbstständigkeit scheinen unter den Faktoren, die Zufriedenheit der Angehörigen bewirken können, nicht auf. Spitalsähnliche Tagesabläufe und Verantwortlichkeiten in solchen remobilisierenden Strukturen verhindern die notwendig differenzierte Wahrnehmung von Unterschieden, sie sind zugunsten einer Art Trivialität des BewohnerInnen-Alltags dringend zu verändern, damit Fortschritte in deren autonomer Lebensführung auch erkannt und für eine altersentsprechende Reintegration in das gewohnte soziale Umfeld genutzt werden können. Die Bewertung eines Erfolgs in der remobilisierenden Pflege muss individuell geschehen, anhand individueller Maßstäbe, mit Sensibilität und Aufmerksamkeit auch für scheinbar kleine Nuancen im Lebensvollzug, die für die Lebensqualität der BewohnerInnen einen großen Unterschied ergeben.

Im Bereich der remobilisierenden Pflege scheint, auch aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Masterthese, noch viel Bedarf an Aufklärungs- und Forschungsarbeit gegeben, für einen nachhaltigen Veränderungsprozess ist entsprechendes Problembewusstsein unumgänglich. Analog zu einer Rehabilitation nach einem Spitalsaufenthalt, die vor allem Erwerbstätigen zugestanden wird, muss auch die Dringlichkeit des Anliegens einer Remobilisierung für alte Menschen Gehör finden. Ihr Anspruch auf Lebensqualität auch im Alter ist im Bewusstsein der Gesellschaft zu etablieren und möge in einer Haltung, die den Stellenwert einer remobilisierenden Struktur anerkennt und fördert, zum Ausdruck kommen.

---

Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko“, gekennzeichnet „durch Schwäche, Abnahme von Gewicht und Muskelmasse sowie Gangunsicherheit“ (vgl. <http://www.springermedizin.at/artikel/12430-frailty-mehr-als-gebrechlichkeit>, am 30.3.2015).

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Qualitätskriterien aus unterschiedlichen Perspektiven .....	33
Abbildung 2: Studienergebnisse von Meridean.....	35

## Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living
AKH	Wiener allgemeines Krankenhaus
AMS	Arbeitsmarktservice
Anm. d. Verf.in	Anmerkung der Verfasserin
BIS	Berufsinformationssystem
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie
d. h.	das heißt
ebd.	ebenda
GewO	Gewerbeordnung
lt.	laut
Mio.	Million
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
PFG	Pflegefondsgesetz
tw.	teilweise
u. a.	unter anderem/unter anderen
u. ä. m.	und ähnliches mehr
u. a. m.	und andere(s) mehr
v. a.	vor allem
z. B.	zum Beispiel

## Literaturverzeichnis

- Applebaum, R., Straker, J. & Geron, S. (2004). *Patientenzufriedenheit benennen, bestimmen, beurteilen*. Bern: Hans Huber
- Arbaje, A. I., Wolff, J. L., Yu, Q., Powe, N. R., Anderson, G. F. & Boulton, C. (2008). *Postdischarge Environmental and Socioeconomic Factors and the Likelihood of Early Hospital Readmission Among Community-Dwelling Medicare Beneficiaries*. *The Gerontologist*, 48/4, 495-504. URL: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/48/4/495.full.pdf+html>, am 19.2.2015
- Arnetz, J. (2007). *Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home based care and nursing homes*. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 468-481
- Becker, S. (2012). *Demografische Herausforderungen*. In: Bechtel, P. & Smerdka-Arhelger, I. *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe*. Berlin Heidelberg: Springer, S. 15-24
- Böhm, E. (1994). *Pflegediagnose oder Pflegemodell nach Böhm*. *Tagungsmagazin integra*, 94, o. S. URL: <http://www.integra.at/files/Boehm94.pdf>, am 19.2.2015
- Boie, J., Dietsche, S., Lecher, S., Kawski, S. & Koch, U. (2002). *Das Hamburger Verfahren zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen (HVZP)*. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 2002/3, 107-123
- Bowers, B. J. & Nolet, K. (2014). *Developing the Green House Nursing Care Team: Variations on Development and Implementation*. *The Gerontologist*, 54/S1, 53-64. URL: [http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/54/Suppl\\_1/S53.full.pdf+html](http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/54/Suppl_1/S53.full.pdf+html), am 19.2.2015
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (Hrsg.). (2009). *Hochaltrigkeit in Österreich*. Eine Bestandsaufnahme. URL: [http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen\\_kleine\\_datei.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf), am 27.8.2014
- Bundespflegegeldgesetz (BPGG). URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859>, am 4.12.2014
- Castle, N. G. (2006). *Family Members as Proxies for Satisfaction with Nursing Home Care*. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32, 452-458
- Castle, N. & Engberg, J. (2008). *Further Examination of the Influence of Caregiver Staffing Levels on Nursing Home Quality*. *The Gerontologist*, 48, 464-476. URL: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/48/4/464.full.pdf+html?sid=9c19ba68-5716-4dc5-89e4-d3ff0b71a7b1>, am 19.2.2015
- Davidson, H., Folcarelli, P. H., Crawford, S., Duprat, L. & Clifford, J. (1997). *The Effects of Health Care Reforms on Job Satisfaction and Voluntary Turnover Among Hospital-Based Nurses*. *Medical Care*, 35, 634-645
- Engels, D., Pfeuffer, F. (2007). *Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen*. Untersuchung des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. Köln: Otto Blume Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik. URL: <http://www.isg-institut.de/download/MuG3%20ISG-Bericht.pdf>
- Eriksen, L. R. (1995). *Patient Satisfaction With Nursing Care: Concept Clarification*.

- Journal of Nursing Measurement 1995/3 (1), 59–76.
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt
- Fonds Soziales Wien. (Hg.). (2014). *Pflege und Betreuung in Wien*. URL:  
[http://www.fsw.at/downloads/broschueren/pflege\\_betreuung/Pflege.pdf](http://www.fsw.at/downloads/broschueren/pflege_betreuung/Pflege.pdf), am  
 19.2.2015
- Friedemann, M. L., Montgomery, R. J., Maiberger, B. & Smith, A. A. (1997). *Family Involvement in the Nursing Home: Family –Oriented Practices and Staff- Family Relationships*. *Research in Nursing & Health*, 20, 527-537
- Garon, M. & Kohrt-Ringl, K. (2004). *Job satisfaction-based registered nurses*. *Journal of Clinical Innovations*, 7(2), 1-48
- Gräbel, E. & Gräbel, C. (2006). *Grundformen der Pflegeperson-Patient-Beziehung in ausgewählten Pflegemodellen seit Florence Nightingale (1820-1910)*. In: Hupp- mann, G., Fischbeck, S. *Zur Geschichte der Medizinischen Psychologie*. Würz- burg: Königshausen & Neumann, S. 33-41
- Hägström, E., Skovdahl, K., Fläckman, B., Kihlgren, A. & Kihlgren, M. (2005). *Work satisfaction and dissatisfaction – caregivers' experience after a two year in- tervention in a newly opened nursing home*. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 9-19
- Herold, E. (2002). *Ambulante Pflege: Die Pflege gesunder und kranker Menschen*. (2. Aufl.). Hannover: Schlüter
- Hönig-Robier, K. (2008). *15 Jahre Pflegevorsorge. Bilanz und Ausblick im Auftrag des Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz*. URL:  
[https://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/2/2/9/CH2222/CMS1364378075363/bmsk\\_15\\_jahre\\_pflegevorsorge\\_rz\\_web.pdf](https://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/2/2/9/CH2222/CMS1364378075363/bmsk_15_jahre_pflegevorsorge_rz_web.pdf), am 19.2.2015
- Jacob, G. (2002). *Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation*. Regens- burg: Roderer
- Jacob, G. & Bengel, J. (2000). *Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 2000/48, 280–301
- Josat, S., Schuber, H. J., Schnell, M. W. & Köck, C. (2006). *Qualitätskriterien, die Al- tenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind*. *Pflege*, 19, 79-87
- Kast, V. (1990). *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Stuttgart: Kreuz
- Kriz, D., Schmidt, J. & Nübling, R. (2005). *Zufriedenheit von Angehörigen mit der Versorgung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Entwicklung des Screening- Fragebogens ZUF-A-7*. *Pflege* 2006/19, 88-96
- Lamnek, S., Krell, C. (2010). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch*. Weinheim, Basel: Beltz
- Lechleitner, M. (2007). *Der geriatrische Patient*. *Österreichische Ärztezeitung*, 2007/12, 35ff. URL:  
[http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2007\\_Verlinkungen/2007-12\\_DFP\\_DerGeriatrischePatient.pdf](http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2007_Verlinkungen/2007-12_DFP_DerGeriatrischePatient.pdf), am 4.12.2014
- Leimkühler, A. M. & Müller, U. (1996). *Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache?* *Der Nervenarzt*, 1996/ 9, 765–773.



- Lucas, J. A., Avi-Itzhak, T., Robinson, J. P., Morris, C. G., Koren, M. J. & Reinhard, S. C. (2005). *Continuous Quality Improvement as an Innovation: Which Nursing Facilities Adopt It?* *The Gerontologist*, 45/1, 68-77. URL: [http://www.rwjf.org/content/dam/farm/articles/journal\\_articles/2005/rwjf19888](http://www.rwjf.org/content/dam/farm/articles/journal_articles/2005/rwjf19888), am 19.2.2015
- Maas, M. L., Reed, D., Park, M., Specht, J. P., Schuttle, D., Kelley, L. S., Swanson, E. A., Tripp-Reimer, T. & Buckwalter, K. (2004). *Outcomes of Family Involvement in Care Intervention for Caregivers of Individuals with Dementia*. *Nursing Research*, 53/2, 76-86
- Mayring, P. (2010 a). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. (11. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz
- Mayring, P. (2010 b). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz
- Meffert, H. (Hrsg.) (1999). *Marktorientierte Unternehmensführung im Wandel: Retrospektive und Perspektiven des Marketing*. o.O.: Springer Gabler
- Müller Staub, M. (2001). *Qualität der Pflegediagnostik und Patientinnen-Zufriedenheit. Eine Literaturübersicht*. *Pflege*, 2001/14, 230-238
- Nam, H. J., (2003). *Alten- und Pflegeheime in Österreich: Trägerstruktur, Angebotsstruktur und Beschäftigung*. WU Wien/Abteilung für Sozialpolitik. URL: <http://www.lwh-alt.mmf.at/cms/dv/images/nam%20studie%5B1%5D.pdf>, am 21.3.2015
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). (2005). *Situation pflegender Angehöriger Endbericht*. URL: [http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/attachments/7/8/3/CH1690/CMS1308577521270/situation\\_pfleger\\_angehoeriger.pdf](http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/attachments/7/8/3/CH1690/CMS1308577521270/situation_pfleger_angehoeriger.pdf), am 19.2.2015
- Pflegefondsgesetz (PFG). URL: <http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=859&paid=1>, am 30.11.2014
- Piko, B. F. (2006). *Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey*. *Nursing studies*, 43, 311-318
- Pleschberger, S., Reitinger, E., Wegleitner, K., Hornek, A., Heimerl, K. (2009). *Interdisziplinäres Glossar „Geriatric und Gerontologie in Österreich“*. Wien: BMG
- Ragsdale, V. & McDougall, G. J. (2008). *The changing face of long-term care: Looking at the past decade. Issues in Mental Health Nursing*, 29, 992-1001
- Regierungserklärung des zweiten Kabinetts Brandt/Scheel. (1973). URL: <http://library.fes.de/pdf-files/netzquelle/a88-06578.pdf>, am 9.2.2015
- Reuschenbach, B. & Mahler, C. (Hrsg.) (2011). *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis*. Bern: Hans Huber
- Rosher, R.B. & Robinson, S. (2005). *Impact of the Eden Alternative on Family Satisfaction*. *Med Dir Assoc*, 6, 189-193
- Rückriem, G. (2012). *Sinn als Krisis und Kriterium beruflichen Handelns in Heilberufen*. In: Bechtel P., Smerdka-Arhelger I. *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 45-50
- Schmid, T. *Hausbetreuung in Österreich – zwischen Legalisierung und Lösung*. In: Scheiwe, K., Krawietz, J. (Hrsg.) (2010). *Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer, S. 171- 198

- Schmidt, J., Kriz, D. & Nübling, R. (2011). *Patienten-, Bewohner- und Angehörigen-Zufriedenheit*. In: Reuschenbach, B. & Mahler, C. (Hrsg.) (2011). *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis*. Bern: Hans Huber, S. 459-482
- Scholta, M., Die Grünen Linz (Hrsg.). (2005). *Altenpflege anders – Tagungsbericht*. Linz: Edition zudritt, S. 20-23
- Schreiner, K. (2013). *Würde, Respekt, Ehre – Werte als Schlüssel zum Verständnis von anderen Kulturen*. Bern: Hans Huber
- Sieber, C. C. (2007). *Der ältere Patient*. *Der Internist*, 2007, 48, 1190-1194
- Seidl, E., Nagl-Cupal, M., Alder, A., Hinterlehner-Becker, S. & Weberndorfer, E. (2009). *Zu Gast im Pflegeheim: Was erwarten sich pflegende Angehörige von Kurzzeitpflege als entlastende Maßnahme?* URL: <http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/kurzzeitpflege.pdf>, am 6.8.2011
- Springer, G. (2015, 19. Februar). *Graubereich 24-Stunden-Betreuung*. *Der Standard*, 9
- Stevenson, D. G. (2005). *Nursing Home Consumers Complaints and their potential Role in Assessing Quality of Care*. *Medical Care*, 43, 102-111
- WKO Wirtschaftskammern Österreich (2015). *Wirtschaftsrecht. Daheim statt ins Heim. Schritt für Schritt zum Personenbetreuer. Leitfaden. Stand: Jänner 2015*. URL: [https://www.wko.at/Content.Node/Service/Wirtschaftsrecht-und-Gewerberecht/Gewerberecht/Gewerberecht-allgemein/Leitfaden\\_Personenbetreuer.pdf](https://www.wko.at/Content.Node/Service/Wirtschaftsrecht-und-Gewerberecht/Gewerberecht/Gewerberecht-allgemein/Leitfaden_Personenbetreuer.pdf), am 27.2.2015
- Zimbaro, P. G. & Gerrig, R. J. (1999). *Psychologie*. Berlin et. al.: Springer
- Zufriedenheitsstudie in den niederösterreichischen Pflegeheimen der ARGE Heime NÖ. *Endbericht NÖ Gesamt*. (2010). St.Pölten: NÖ Landesakademie. URL: [http://www.noegv.at/bilder/d47/2010-06-26\\_Zuf-NOEges\\_EndBer-Langfassung\\_.pdf?19061](http://www.noegv.at/bilder/d47/2010-06-26_Zuf-NOEges_EndBer-Langfassung_.pdf?19061), am 19.2.2015

## Quellenverzeichnis

- [https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/lexikon/n/Nosokomiale\\_I\\_nfektionen\\_HK.html](https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/lexikon/n/Nosokomiale_I_nfektionen_HK.html), am 30.11.2014
- [http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2007\\_Verlinkungen/2007-12\\_DFP\\_DerGeriatrischePatient.pdf](http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2007_Verlinkungen/2007-12_DFP_DerGeriatrischePatient.pdf), am 4.12.2014
- <http://www.integra.at/files/Boehm94.pdf>, am 9.2.2015
- <http://library.fes.de/pdf-files/netzquelle/a88-06578.pdf>, am 9.2.2015
- <http://www.medical-tribune.de/medizin/fokus-medizin/artikeldetail/senioren-vor-muskelschwund-bewahren.html>, am 12.2.2015
- <http://www.medical-tribune.de/medizin/fokus-medizin/artikeldetail/viele-senioren-sind-mangelernaehrt.html>, am 12.2.2015
- <http://www.oecdbetterlifeindex.org/de/topics/life-satisfaction-de/>, am 20.2.2015

<http://www.akhwien.at/default.aspx?pid=789>, am 10.3.2015

<http://www.springermedizin.at/artikel/12430-frailty-mehr-als-gebrechlichkeit>, am 30.3.2015

*zum AMS:*

<http://www.ams.at/bis/>, am 30.11.2014

<http://www.ams.at/ueber-ams/ueber-ams/daten-fakten>, am 30.11.2014

[http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsfeld.php?id=247&show\\_detail=1&query=Personenbetreuung](http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsfeld.php?id=247&show_detail=1&query=Personenbetreuung), am 30.11.2014

*zum Bundespflegegeldgesetz (BPGG):*

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859>, am 4.12.2014 (Gesetzestext des BPGG)

[http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I\\_00365/fname\\_373533.pdf](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00365/fname_373533.pdf), am 4.12.2014 (Regierungsvorlage zur Änderung des BPGG)

*zu den demografischen Daten und Prognosen:*

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/sozialeleistungen\\_auf\\_landesebene/pflege\\_und\\_betreuungsdienste/](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/pflege_und_betreuungsdienste/), am 1.12.2014

[http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen\\_kleine\\_datei.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf), am 1.12.2014

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html), am 1.12.2014

*zur Gewerbeordnung (GewO) Personenbetreuung:*

[http://www.jusline.at/159\\_Personenbetreuung\\_GewO.html](http://www.jusline.at/159_Personenbetreuung_GewO.html), am 27.2.2015

[https://www.wko.at/Content.Node/Service/Wirtschaftsrecht-und-Gewerberecht/Gewerberecht/Gewerberecht-allgemein/Leitfaden\\_Personenbetreuer.pdf](https://www.wko.at/Content.Node/Service/Wirtschaftsrecht-und-Gewerberecht/Gewerberecht/Gewerberecht-allgemein/Leitfaden_Personenbetreuer.pdf), am 27.2.2015

*zum Pflegefonds:*

<http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=859&paid=1>, am 30.11.2014 (Gesetzestext)

[http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Pflege\\_und\\_Betreuung/Pflegefonds/](http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/Pflegefonds/), am 4.12.2014

<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564253&action=b&cacheability=PAGE>, am 4.12.2014

[http://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20130514\\_OTSO101/hundstorfer-pflegefonds-wird-bis-2016-verlaengert-650-mio-euro-mehr-fuer-laender-und-gemeinden](http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20130514_OTSO101/hundstorfer-pflegefonds-wird-bis-2016-verlaengert-650-mio-euro-mehr-fuer-laender-und-gemeinden), am 14.12.2014

*zum Pflegegeld:*

<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564259&action=b&cacheability=PAGE>, am 4.12.2014

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/module?gentics.am=Content&p.contentid=10007.140947>, 4.12.2014

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/sozialeleistungen\\_auf\\_bundesebene/bundespflegegeld/](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/), am 31.1.2015

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360511.html>, am 31.1.2015

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859>, am 9.2.2015

*zum Subsidiaritätsprinzip:*

[https://www.bka.gv.at/site/Cob\\_\\_29648/6100/DesktopDefault.aspx](https://www.bka.gv.at/site/Cob__29648/6100/DesktopDefault.aspx), am 14.12.2014

<http://www.staedtebund.gv.at/services/faq/allgemein.html>, am 14.12.2014

## Anhang

### Anhang 1: Vorbereitung / Offenes Leitfadeninterview mit Pflegekräften

Das offene Interview wird mit DGKS, die in das Schnittstellenprojekt von der Rehabilitation in die Remobilisierung zur Reintegration in den heimischen Wohnbereich integriert waren, durchgeführt.

Nachdem ich mich vorgestellt habe und die DGKS auch über das Projekt „Pfleger auf kurze Zeit“ und den Anlass für die Interviews informiert wurden, wird zu Beginn jedes Interviews folgender Text verlesen:

*Bei Ihnen wohnen jetzt **einige PatientInnen bzw. BewohnerInnen**, die aus dem Rehabilitationszentrum kommen und noch Pflege brauchen, bis sie nach Hause entlassen werden können. Es kann aber auch sein, dass eine Entlassung nach Hause für sie zu belastend ist, sodass sie im PensionistInnenheim bleiben. **Sie kennen diese PatientInnen ja**, weil sie sie betreuen.*

*Was mich besonders interessiert: **Gibt es bei diesen Patientinnen oder ihren Angehörigen Verhaltensweisen oder Kritiken, die Sie sonst nicht hören? Oder, besser noch: Was trägt zur Verbesserung der Zufriedenheit dieser PatientInnen und ihrer Angehörigen bei?***

*Gibt es da Unterschiede in der Zufriedenheit von PatientInnen und Angehörigen, die Ihnen auffallen?*

***Jede Ihrer Beobachtungen und Erfahrungen interessieren mich**, alles ist wichtig, ich bin auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Ich werde Sie **nicht unterbrechen**, außer Sie wissen nicht weiter oder es entsteht eine längere Pause, dann fasse ich zusammen, was Sie zuletzt gesagt haben.*

*Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie alles gesagt haben, was zu sagen ist, **bitte ich Sie, das Gespräch zu beenden**. Vielleicht habe ich zu diesem Zeitpunkt noch eine oder meh-*

rere Fragen, vielleicht wurde ohnehin alles gesagt. In jedem Fall möchte ich mich schon jetzt ganz herzlich **für Ihre Mitarbeit bedanken**.

Da es in unserem Gespräch um **Zufriedenheit** gehen soll, halte ich es für angebracht, dass wir uns auf eine **Definition** einigen. Was halten Sie davon, trifft das ungefähr auch Ihre Vorstellungen?

**Zufriedenheit ist ein relativ stabiler Zustand, der durch erfüllte Erwartungen entsteht und ein gutes Gefühl auslöst.**

Ich werde das **Gespräch aufnehmen**, wenn Sie damit einverstanden sind, diese Aufzeichnung wird **nicht veröffentlicht**, auch ihr Name wird nirgendwo auftauchen.

Ich habe hier für mich eine **Liste als Gedächtnisstütze** ... sehen Sie bitte selbst ...

Wenn von Ihrer Seite nichts mehr dagegen spricht, dann könnten wir jetzt beginnen. Ich wiederhole am besten noch einmal **die zentrale Frage**:

**Was trägt zur Verbesserung der Zufriedenheit Ihrer PatientInnen und der Angehörigen bei?**

**Gibt es da Unterschiede in der Zufriedenheit von PatientInnen und Angehörigen, die Ihnen auffallen?**

- Institution allgemein
- Strukturelle Bedingungen
- Bürokratie
- Weg in die Einrichtung
- Jobsatisfaction
- Unterstützung
- Erwartungen
- Information
- Zusammenarbeit
- Freude
- Gute Laune
- Hoffnung
- Lebensfreude
- Humor
- Traurigkeit
- Resignation
- Depression
- ÄrztInnen
- KollegInnen
- Motivation
- Stressoren
- Lust
- Unlust
- Entlohnung
- Dienste
- Privatsphäre
- Intimität
- Sorgen
- Schmerzen
- Leid
- Anstrengung
- Hadern
- Interaktion
- Ausstattung Haus/Pflegeeinheit
- Betreuung
- Belastung
- Burnout
- Ressourcen
- Haltung
- Berufsethos
- Medizinische Betreuung
- Andere Berufsgruppen
- Wohlfühlen
- Stimmung allgemein
- Gute Gefühle
- Schlechte Gefühle
- Frustration
- Unbehagen
- Konflikt
- Aggression
- Abhängigkeit
- Angst
- Verzweiflung
- Gespräch
- Geschichten
- Biografien der KundInnen
- Soziale Kompetenzen
- Pflegeleitung
- Hausleitung
- Besondere Fähigkeiten
- Erschwernisse
- Behinderungen
- Erleichterungen
- Mängel
- Defizite
- Pflegediagnose
- Ambiente/Klima

## **Anhang 2: Vorbereitung / Offenes Leitfadenterview mit Angehörigen**

Das offene Interview wird mit Angehörigen der BewohnerInnen durchgeführt.

Nachdem ich mich vorgestellt habe und die Angehörigen auch über das Projekt „Pflege auf kurze Zeit“ und den Anlass für die Interviews informiert wurden, wird zu Beginn jedes Interviews folgender Text verlesen:

*Sie sind **die/der nächste Angehörige** von einer Bewohnerin/einem Bewohner, nämlich ....., die/der nach einem Rehabilitationsaufenthalt zur Pflege auf kurze Zeit hier eingezogen ist. Sie haben wahrscheinlich **viele interessante Beobachtungen und Erfahrungen** gemacht, und genau daran habe ich großes Interesse. Jede Situation und Wahrnehmung, jede Ihrer Erfahrungen ist für mich und meine Forschungsarbeit wichtig, Sie müssen sich nicht zurückhalten, Ihre Ausführungen werden von mir **absolut vertraulich** gehandhabt. Ich möchte dieses **Gespräch aufzeichnen**, wenn Sie einverstanden sind, aber dieses Tonband wird nicht veröffentlicht. Ihr Name wird nicht genannt.*

*Ich werde Sie **nicht unterbrechen**, außer Sie wissen nicht weiter oder es entsteht eine längere Pause, dann fasse ich das zusammen, was Sie zuletzt gesagt haben.*

*Was mich besonders interessiert, lässt sich als folgende Frage zusammenfassen:*

***Gibt es für Sie Verbesserungsvorschläge oder Ereignisse, Momente oder Situationen, die in Ihnen eine besondere Zufriedenheit hervorgerufen haben? Wie sehen diese aus?***

*Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie alles gesagt haben, was zu sagen ist, **bitte ich Sie, das Gespräch zu beenden**. Vielleicht habe ich zu diesem Zeitpunkt noch eine oder mehrere Fragen, vielleicht wurde ohnehin alles gesagt. In jedem Fall möchte ich mich schon jetzt ganz herzlich **für Ihre Mitarbeit bedanken**.*



Da es in unserem Gespräch um **Zufriedenheit** gehen soll, halte ich es für angebracht, dass wir uns auf eine **Definition** einigen. Was halten Sie davon, trifft das ungefähr auch Ihre Vorstellungen?

**Zufriedenheit ist ein relativ stabiler Zustand, der durch erfüllte Erwartungen entsteht und ein gutes Gefühl auslöst.**

Ich habe hier für mich eine kleine **Liste als Gedächtnisstütze** ... sehen Sie bitte selbst ...

Wenn von Ihrer Seite nichts mehr dagegen spricht, dann könnten wir jetzt beginnen. Ich wiederhole am besten noch einmal **die zentrale Frage**:

**Gibt es für Sie Verbesserungsvorschläge oder Ereignisse, Momente oder Situationen, die in Ihnen eine besondere Zufriedenheit hervorgerufen haben? Wie sehen diese aus?**

- Institution allgemein
- Strukturelle Bedingungen
- Bürokratie
- Weg in die Einrichtung
- Unterstützung
- Erwartungen
- Information
- Zusammenarbeit
- Besonderheiten Situation
- Erschwernisse
- Behinderungen
- Erleichterungen
- Mängel
- Defizite
- Pflegediagnose
- Ambiente/Klima
- Aggression
- Freude
- Gute Laune
- Hoffnung
- Lebensfreude
- Humor
- Traurigkeit
- Resignation
- Depression
- Abhängigkeit
- Angst
- Verzweiflung
- Kommunikation
- Geschichten
- Privates
- Soziale Kompetenzen
- Pflegeleitung
- Hausleitung
- ÄrztInnen
- Motivation
- Stressoren
- Lust
- Unlust
- Privatsphäre
- Intimität
- Sorgen
- Schmerzen
- Leid
- Anstrengung
- Hadern
- Beschwerden
- Interaktion
- Ausstattung Haus/Pflegeeinheit
- Betreuung
- Belastung
- Burnout
- Ressourcen
- Haltung DGKS
- Berufsethos DGKS
- Medizinische Betreuung
- Andere Berufsgruppen
- Wohlfühlen
- Stimmung allgemein
- Gute Gefühle
- Schlechte Gefühle
- Frustration
- Unbehagen
- Konflikt

## **Anhang 3: Vorbereitung / Offenes Leitfadeninterview mit ExpertInnen**

Es handelt sich um ein offenes Interview ohne Einschränkungen.

Im Mittelpunkt der Befragung steht das Konzept „Pflege auf kurze Zeit“, es wird zu Beginn durch die Fragestellerin wie folgt erläutert:

*Das Konzept zielt auf eine ganz bestimmte PatientInnen- bzw. BewohnerInnen-Gruppe hin. Es sind jene Menschen, die nach einer Rehabilitation noch nicht alleine oder auch mit sozialer Unterstützung daheim leben können und deren Pflegediagnose entsprechend günstig für einen Erfolg der Remobilisierungsbemühungen ausfällt.*

*Daher wurde in der Forschungsarbeit, die unser Gespräch veranlasst, das Modell „Pflege auf kurze Zeit“ eingeführt, das ich kurz vorstellen möchte:*

*Die BewohnerInnen/PatientInnen sollen nach ihrem Rehabilitationsaufenthalt pflegerisch so weit in die ADLs (Aktivitäten des täglichen Lebens) integriert werden, dass ein weiteres Leben im eigenen Haushalt wieder möglich ist, mit oder ohne soziale Unterstützung. Im Modell übernimmt das Pflegepersonal die Remobilisierung, TherapeutInnen sind nicht vorgesehen und ärztliche Visiten nur bei Bedarf. Die BewohnerInnen werden in die tägliche Routine eingebunden, zu Beginn werden sie bei den Aktivitäten des täglichen Lebens intensiv unterstützt und angeleitet. Die Betreuung wird nach Maßgabe der Pflegekräfte sukzessive zurückgenommen, die Remobilisierung hat größtmögliche Selbstständigkeit zum Ziel. Angehörige werden in den Prozess der Remobilisierung eingebunden. Neben der Qualität der Pflege und dem Ziel der Reintegration in die gewohnte soziale Umgebung der eigenen vier Wände gilt der Zufriedenheit aller Beteiligten große Aufmerksamkeit. Sie wird unter anderem in den vorgesehenen HelferInnen-Konferenzen thematisiert.*

*Mich interessieren Ihre Assoziationen, die Für und Wider zum Projekt:*

***Wie sehen Sie ein solches Projekt, wie bewerten Sie es und inwieweit könnte das Projekt auch die Angehörigenzufriedenheit beeinflussen?***

*Ihrer Erfahrungen und Ihre Bewertung sind für die Forschungsarbeit und das Projekt sicherlich wichtig und hilfreich, bitte halten sie sich daher mit Ihrer Kritik nicht zurück und teilen Sie mir alles mit, was Ihnen in den Sinn kommt. Ihre Ausführungen werden von mir **absolut vertraulich** gehandhabt. Ich möchte dieses **Gespräch aufzeichnen**, wenn Sie einverstanden sind, aber dieses Tonband wird nicht veröffentlicht. Auch Ihr Name wird nicht genannt. Ich werde Ihre Stellungnahme, um die ich Sie bitte, nicht unterbrechen. Wenn es zu einer längeren Pause kommt, werde ich lediglich zusammenfassen, was ich zuletzt gehört habe.*

*Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie alles gesagt haben, was zu sagen ist, **bitte ich Sie, das Gespräch zu beenden**. Vielleicht habe ich zu diesem Zeitpunkt noch eine oder mehrere Fragen, vielleicht wurde ohnehin alles gesagt. In jedem Fall möchte ich mich schon jetzt ganz herzlich **für Ihre Mitarbeit bedanken**.*

*Da es in unserem Gespräch auch um **Zufriedenheit** gehen soll, halte ich es für angebracht, dass wir uns auf eine **Definition** einigen. Was halten Sie davon, trifft das Folgende ungefähr auch Ihre Vorstellungen?*

***Zufriedenheit ist ein relativ stabiler Zustand, der durch erfüllte Erwartungen entsteht und ein gutes Gefühl auslöst.***

*Ich habe hier für mich eine kleine **Liste als Gedächtnisstütze** ... sehen Sie bitte selbst ... Wenn von Ihrer Seite nichts mehr dagegen spricht, dann könnten wir jetzt beginnen. Ich wiederhole am besten noch einmal **die zentrale Frage**:*

***Wie sehen Sie ein solches Projekt, wie bewerten Sie es und inwieweit könnte das Projekt auch die Angehörigenzufriedenheit beeinflussen?***

- Vorteile des Modells
- Nachteile des Modells
- Ergänzungen zum Modell
- Sinnhaftigkeit
- Bedarf
- Unterschiede
- Kostenrahmen
- Finanzierung
- Ressourcen
- Angehörige
- Pflegekräfte
- Andere Berufsgruppen
- Strukturelle Bedingungen
- Bürokratie
- Wege in die Einrichtung
- Unterstützung
- Erwartungen
- Information
- Zusammenarbeit
- Besonderheiten Situation
- Medizinische Betreuung
- Wohlbefinden
- Lebensqualität
- Stimmung allgemein
- Gute Gefühle
- Schlechte Gefühle
- Frustration
- Unbehagen
- Konflikt
- Aggression
- Freude
- Gute Laune
- Hoffnung
- Lebensfreude
- Humor
- Traurigkeit
- Resignation
- Depression
- Abhängigkeit
- Angst
- Verzweiflung
- Kommunikation
- Geschichten
- Privates
- Soziale Kompetenzen
- Pflegeleitung
- ÄrztInnen
- Motivation
- Stressoren
- Lust
- Unlust
- Privatsphäre
- Intimität
- Sorgen
- Erschwernisse
- Behinderungen
- Erleichterungen
- Mängel
- Defizite
- Pflegediagnose
- Ambiente/Klima
- Ausstattung Haus/Pflegeeinheit
- Betreuung
- Belastung
- Burnout
- Ressourcen
- Haltung DGKS
- Berufsethos DGKS

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift, dass ich meine Master Thesis mit dem Titel „Das sind hier paradiesische Zustände“ eigenständig verfasst habe und bin damit einverstanden, dass die Master Thesis auf der Website der ARGE Bildungsmanagement Wien veröffentlicht wird.

Wien, 30.3.2015

Dr.<sup>in</sup> Sabine Urbanits, MSc.

Dr.<sup>in</sup> Sabine Urbanits, MSc.  
Hetzgasse 34, Tür 8  
A-1030 Wien

