

**Hochschule für  
Angewandte Wissenschaften Hamburg**

Fakultät für Soziale Arbeit und Pflege

Studiengang Pflege

**„KUNDENORIENTIERUNG  
IN DER ANGEHÖRIGENARBEIT –  
IMPLIKATIONEN AUS  
ZUFRIEDENHEITSBEFRAGUNGEN  
IN STATIONÄREN ALTENPFLEGE-EINRICHTUNGEN“**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 20. Oktober 2006

Vorgelegt von: Andrea Kaufmann



Betreuende Prüfende: Prof. Dr. S. Busch, HAW Hamburg

Zweiter Prüfer: Prof. P. Stratmeyer, HAW Hamburg

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>3</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>4</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>6</b>
<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>7</b>
<b>1 DIE BEDEUTUNG DER KUNDENORIENTIERUNG IN DER ALTENPFLEGEPRAXIS .....</b>	<b>10</b>
1.1 Definition der Kundenorientierung .....	10
1.2 Altenpflege als soziale Dienstleistung.....	14
1.3 Kundenorientierung in der Altenpflege .....	18
1.4 Konsequenzen für die Umsetzung von Kundenorientierung .....	25
<b>2 KUNDENORIENTIERUNG DURCH ANGEHÖRIGENARBEIT IN STATIONÄREN ALTENPFLEGE-EINRICHTUNGEN .....</b>	<b>30</b>
2.1 Soziale Beziehungen im Alter .....	30
2.2 Die Bedeutung der Angehörigen und der Angehörigenarbeit .....	34
2.3 Angehörigenarbeit in stationären Altenpflegeeinrichtungen.....	37
2.3.1 Definitionen und Grundlagen .....	37
2.3.2 Möglichkeiten der Angehörigenarbeit.....	42
2.3.3 Information und Kommunikation in der Angehörigenarbeit.....	47
2.4 Kooperation als Basis für erfolgreiche Angehörigenarbeit .....	51
<b>3 DAS KONSTRUKT DER „KUNDENZUFRIEDENHEIT“ .....</b>	<b>55</b>
3.1 Konzeptualisierung der „Kundenzufriedenheit“ .....	55
3.2 Zufriedenheitsbefragungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen .....	58
3.2.1 Rahmenbedingungen .....	58
3.2.2 Die Bedeutung der Kundenperspektive .....	60
3.2.3 Problemstellungen bei Zufriedenheitsbefragungen.....	63
3.3 Folgen von Kundenzufriedenheit und Kundenorientierung.....	68

---

<b>4</b>	<b>AUSWERTUNG DER ZUFRIEDENHEIT VON ANGEHÖRIGEN DER BEWOHNER IN STATIONÄREN ALTENPFLEGE-EINRICHTUNGEN .....</b>	<b>72</b>
<b>4.1</b>	<b>Der ZuBA - Datensatz.....</b>	<b>72</b>
4.1.1	Randbedingungen und Verfahren.....	72
4.1.2	Zusammensetzung der Stichproben.....	75
<b>4.2</b>	<b>Untersuchungsfragestellung und Aufbereitung der Daten .....</b>	<b>78</b>
<b>4.3</b>	<b>Ergebnisdarstellung.....</b>	<b>79</b>
4.3.1	Angehörigenbefragung .....	79
4.3.1.1	Heimauswahl.....	79
4.3.1.2	Angehörigen- bzw. Kontaktverhältnisse der Heimbewohner.....	81
4.3.1.3	Kontaktverhalten der Angehörigen .....	83
4.3.1.4	Die Zufriedenheit in der Wahrnehmung der Angehörigen .....	88
4.3.1.5	Beschwerde- und Verbesserungsverhalten .....	91
4.3.2	Bewohnerfragebogen .....	93
4.3.2.1	Heimauswahl.....	93
4.3.2.2	Angehörigenverhältnisse der befragten Heimbewohner.....	94
4.3.2.3	Kontaktverhalten und -verhältnisse .....	95
4.3.2.4	Die Zufriedenheit in der Wahrnehmung der Bewohner.....	104
<b>4.4</b>	<b>Beantwortung der Untersuchungsfragestellung .....</b>	<b>108</b>
<b>5</b>	<b>IMPLIKATIONEN BEZÜGLICH KUNDENORIENTIERUNG IN DER ANGEHÖRIGENARBEIT .....</b>	<b>112</b>
<b>5.1</b>	<b>Kundenorientierter Umgang mit Angehörigen in der Praxis.....</b>	<b>112</b>
5.1.1	Das Kontaktverhalten der Angehörigen .....	112
5.1.2	Verbesserungsbedarf in den Zufriedenheitsbereichen .....	116
<b>5.2</b>	<b>Zufriedenheitsuntersuchungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen ...</b>	<b>119</b>
	<b>SCHLUSSBETRACHTUNG .....</b>	<b>122</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>128</b>
	<b>EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG .....</b>	<b>136</b>

---

## **Abkürzungsverzeichnis**

*C/D-Paradigma*: Confirmation/Disconfirmation-Paradigma

*KDA*: Kuratorium Deutsche Altershilfe

*MDK*: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

*PQsG*: Pflege-Qualitätssicherungsgesetz

*ZuBA*: Zufriedenheit von Bewohnern und Angehörigen/Betreuern der stationären Altenpflegeeinrichtungen

---

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Zentrale Aspekte des Kundenbegriffs.....	10
Abbildung 2	Beziehungen unter den Kundenorientierungskonstrukten.....	12
Abbildung 3	Besonderheiten von Dienstleistungen.....	16
Abbildung 4	Phasen- und bereichsspezifische Arbeitsteilung.....	40
Abbildung 5	Formen und Ziele der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Mitarbeitern.....	42
Abbildung 6	Phasen der Angehörigenarbeit.....	43
Abbildung 7	Betätigungsspektrum der Angehörigen .....	46
Abbildung 8	Confirmations-/Disconfirmations Paradigma.....	56
Abbildung 9	Mögliche Erklärungsansätze hoher Zufriedenheitswerte.....	65
Abbildung 10	Mögliche Reaktionen einzelner Kunden auf Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit.....	70
Abbildung 11	Aufteilung der Einrichtungen nach Größe.....	75
Abbildung 12	Angehörige nach Einrichtungsgröße.....	75
Abbildung 13	Bewohner nach Einrichtungsgröße.....	75
Abbildung 14	Stichprobenverteilung nach Alter.....	76
Abbildung 15	Stichprobenverteilung nach Geschlecht.....	77
Abbildung 16	Ablauf der empirischen Auswertung.....	77
Abbildung 17	Entscheidung über Heimeinzug.....	80
Abbildung 18	Verteilung der Angehörigenverhältnisse.....	81
Abbildung 19	Familienstand.....	82
Abbildung 20	Kinderanzahl.....	82
Abbildung 21	Alter der besuchten Personen gruppiert.....	82
Abbildung 22	Besuchshäufigkeit.....	83
Abbildung 23	Besuchshäufigkeit nach Angehörigenverhältnis.....	84
Abbildung 24	Besuchshäufigkeit und Pflegebedürftigkeit.....	85
Abbildung 25	Besuchshäufigkeit und Verweildauer.....	85
Abbildung 26	Besuchshäufigkeit und Alter der Heimbewohner.....	86
Abbildung 27	Besuchshäufigkeit und Gründe für Heimauswahl.....	87
Abbildung 28	Besuchshäufigkeit und Größe der Einrichtung.....	87
Abbildung 29	Gesamtzufriedenheit der Angehörigen.....	90
Abbildung 30	Gesamtzufriedenheit und Besuchshäufigkeit.....	90
Abbildung 31	Beschwerde- und Verbesserungsbereiche.....	91

---

Abbildung 32	Beschwerden und Verbesserungsvorschläge.....	92
Abbildung 33	Häufigkeiten Beschwerden und Verbesserungsvorschläge.....	92
Abbildung 34	Familienverhältnisse.....	94
Abbildung 35	Familienstand.....	94
Abbildung 36	Kinderanzahl.....	94
Abbildung 37	Besuchshäufigkeit.....	95
Abbildung 38	Besuchshäufigkeit nach Angehörigenverhältnis.....	96
Abbildung 39a	Besuchshäufigkeit der Familienangehörigen und Pflegebedürftigkeit.....	97
Abbildung 39b	Besuchshäufigkeit der Bekannten und Pflegebedürftigkeit.....	97
Abbildung 39c	Besuchshäufigkeit gesamt und Pflegebedürftigkeit.....	98
Abbildung 40a	Besuchshäufigkeit der Familienangehörigen und Verweildauer.	99
Abbildung 40b	Besuchshäufigkeit der Bekannten und Verweildauer.....	99
Abbildung 40c	Besuchshäufigkeit gesamt und Verweildauer.....	100
Abbildung 41a	Besuchshäufigkeit der Familienangehörigen und Alter der Heimbewohner.....	100
Abbildung 41b	Besuchshäufigkeit der Bekannten und Alter der Heimbewohner.....	100
Abbildung 41c	Besuchshäufigkeit gesamt und Alter der Heimbewohner.....	101
Abbildung 42	Besuchshäufigkeit und Nähe zu den Angehörigen.....	102
Abbildung 43	Besuchshäufigkeit und Nähe zum Wohnort.....	102
Abbildung 44a	Besuchshäufigkeit der Familienangehörige und Größe der Einrichtung.....	103
Abbildung 44b	Besuchshäufigkeit der Bekannten und Größe der Einrichtung..	103
Abbildung 44c	Besuchshäufigkeit der gesamt und Größe der Einrichtung.....	104
Abbildung 45	Gesamtzufriedenheit der Bewohner.....	105
Abbildung 46	Zufriedenheit der Bewohner mit den sozialen Kontakt.....	105
Abbildung 47a	Zufriedenheit mit persönlichen Kontakten und Besuchshäufigkeit der Familienangehörigen.....	106
Abbildung 47b	Zufriedenheit mit persönlichen Kontakten und Besuchshäufigkeit der Bekannten.....	107
Abbildung 48	Zufriedenheit mit persönlichen Kontakten und Gesamtzufriedenheit der Bewohner.....	108
Abbildung 49	Mittelwerte der Zufriedenheit im Vergleich.....	109
Abbildung 50	Kreislauf der Kundenorientierung.....	126

---

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Fragenkomplexe der Strukturbefragung .....	73
Tabelle 2 Fragenkomplexe der Bewohnerbefragung .....	74
Tabelle 3 Fragenkomplexe der Angehörigenbefragung .....	74
Tabelle 4 Untersuchungshypothesen.....	78
Tabelle 5 Gründe der Angehörigen für die Heimauswahl.....	81
Tabelle 6 „Spitzenreiter“ der Zufriedenheit.....	88
Tabelle 7 „Durchschnittswerte“ der Zufriedenheit .....	89
Tabelle 8 „Schlusslichter“ der Zufriedenheit.....	89
Tabelle 9 Gründe der Bewohner für die Heimauswahl.....	93
Tabelle 10 Vergleichbare Bereichszufriedenheiten der Bewohner.....	105
Tabelle 11 Quartile der Zufriedenheit im Vergleich .....	111
Tabelle 12 Implikationen aus dem Kontaktverhalten.....	116
Tabelle 13 Implikationen aus den Zufriedenheitsbeurteilungen .....	119
Tabelle 14 Implikationen für Zufriedenheitsbefragungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen.....	120

## Einleitung

Arbeit mit Angehörigen oder Angehörigenarbeit – dies ist ein seit Jahren in der Pflege zu beobachtender Konflikt, wobei sich Pflegende<sup>1</sup> und Angehörige eher als Gegner, denn als Partner begriffen haben. In den letzten Jahren ist jedoch auch in der Altenpflege das Bewusstsein herangereift, dass das Verhältnis zwischen Angehörigen und Pflegenden eine wechselseitige Beziehung darstellt – die eine Seite braucht die andere. Aus diesem Grund stand der Altenpflegepreis des Jahres 2004 unter dem **Motto „Miteinander statt Gegeneinander“**. Die beiden ausgezeichneten Einrichtungen, messen der Angehörigenarbeit einen hohen Stellenwert bei. Deutlich wird dies bei der Betrachtung des Pflegeleitbildes, wonach in den Einrichtungen eine Atmosphäre geschaffen werden soll, in der sich Angehörige einbezogen und positiv angenommen fühlen. Des Weiteren bestehen in diesen Häusern klare Konzepte der Angehörigenarbeit, sowie eine kritische Reflexion und kontinuierliche Weiterentwicklung dessen – sie verstehen die Angehörigenarbeit als Teil ihres Qualitätsmanagements.<sup>2</sup>

Gerade in Zeiten des wachsenden Wettbewerbs, die schon mit der Einführung der Pflegeversicherung eingeläutet wurden<sup>3</sup>, müssen sich die Einrichtungen insbesondere der Altenpflege von ihren Konkurrenten abheben, denn immer mehr Einrichtungen konkurrieren um Aufträge, wobei der finanzielle Spielraum immer enger wird. Zudem sehen sich die Anbieter steigenden Erwartungen aller Beteiligten, insbesondere ihrer Kunden, gegenüber, was deren Bedürfnisse und Entscheidungen immer mehr in den Mittelpunkt stellt. Insbesondere die Begrifflichkeiten Kundenorientierung und Kundenzufriedenheit sind in diesem Zusammenhang in den letzten Jahren fast zu Schlagwörtern im Gesundheitswesen geworden, um sich gegenüber den Wettbewerbern abzuheben. „Das Qualitätsmanagement wird zur Unternehmensphilosophie und zur neuen Managementkonzeption, die als zentralen Gegenstand und als zentrales Ziel des Managements die Sicherung von

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Text auf geschlechtsspezifische Endungen verzichtet. Wird im Folgenden von Bewohnern, Kunden und anderen Personengruppen gesprochen, so sind damit stets und explizit Vertreter beiderlei Geschlechts gemeint.

<sup>2</sup> vgl. Jenrich, 2004, S. 36; Urlaub 1995, S. 7

<sup>3</sup> Mit der Durchsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahre 1995 wird der Dienstleistungsgedanke der Pflege formuliert und eingefordert. Infolge dieser Öffnung des Pflegemarktes und den veränderten Finanzierungsstrukturen stieg der Anteil an Selbstzahlern, die jetzt höhere Forderungen an die Qualität der Leistung stellen. (vgl. Anderson; Heinlein, 2004; Mayländer, 2000)

Qualität sieht und dabei die jeweiligen Kunden, ihre Zufriedenheit und die Wahrnehmung und Erfüllung ihrer Wünsche und Erwartungen zum Maßstab macht.<sup>4,5,6</sup> Angehörigenarbeit, Kundenorientierung und Kundenzufriedenheit in stationären Altenpflegeeinrichtungen bilden somit den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Dementsprechend werden mit der vorliegenden Arbeit **drei Ziele** verfolgt. Zum einen sollen die zentralen Begriffe mit dem Fokus auf die Angehörigen dargestellt werden, wobei die Angehörigenarbeit innerhalb der stationären Altenpflege und die Problematik der Kundenorientierung und Kundenzufriedenheit in der Pflege erörtert werden sollen. Zum anderen wird anhand einer Zufriedenheitsbefragung der Blickwinkel von Angehörigen auf den Heimalltag untersucht, um so die Kundenorientierung, insbesondere die Bedeutung der Kundenzufriedenheit, zu untermauern. Des Weiteren sollen auf dieser Basis mögliche Implikationen von Zufriedenheitsbefragungen auf die Kundenorientierung in der Angehörigenarbeit herausgestellt werden. Deshalb wurde folgendes Thema für diese Arbeit gewählt:

**„Kundenorientierung in der Angehörigenarbeit -  
Implikationen aus Zufriedenheitsbefragungen  
in stationären Altenpflegeeinrichtungen“**

Um diesem Thema gerecht zu werden, ist die Arbeit in einen theoretischen und einen empirischen Teil gegliedert. Das *erste Kapitel* basiert auf Ausführungen zur Kundenorientierung in der Altenpflege, was innerhalb der vorliegenden Arbeit als verbindendes Element zwischen Zufriedenheitsbefragungen und Angehörigenarbeit gesehen werden kann. Auf der einen Seite zeigt sie, eröffnet sie einen anderen Blick auf die Bewohner und Angehörigen in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Auf der anderen Seite stellt sie einen Rahmen dar, in dem Angehörigenarbeit stattfinden kann. Dazu wird sich dem Thema „Kundenorientierung“ zunächst theoretisch genähert, indem der Kundenbegriff definiert wird und Grundzüge der Kundenorientierung dargestellt werden, woraufhin die Altenpflege als soziale Dienstleistung dargestellt wird. Darauf folgend werden kurz die Angehörigen und Bewohner als Kunden dargestellt sowie das Thema Kundenorientierung in der Altenpflege erörtert.

---

<sup>4</sup> Igl, G.; Klie, T., 2002, S. 9

<sup>5</sup> vgl. Göpfert-Divivier; Robitzsch, 2002, S. 227

<sup>6</sup> vgl. Thill, K. D., 1995, S. 602 - 605

---

Im zweiten Kapitel folgt die Darstellung der Angehörigenarbeit im Altenheim. Nach der Definition sozialer Beziehungen wird die Bedeutung der Angehörigen und der Angehörigenarbeit im Altenheim ausführlich beschrieben. Es folgt die Darstellung der Angehörigenarbeit, begonnen mit der Darlegung der Begrifflichkeit und der Grundlagen. Im Anschluss werden Möglichkeiten der Angehörigenarbeit aufgezeigt. Besondere Bedeutung erlangt im Zusammenhang mit der Kundenorientierung die Information und Kommunikation, die separat ausgeführt wird. Den Abschluss bildet eine Erörterung der Kooperation als Basis für erfolgreiche Angehörigenarbeit.

Im Vorgriff auf die empirische Untersuchung wird sich im Anschluss der Kundenzufriedenheit in stationären Altenpflegeeinrichtungen gewidmet. Hierzu erfolgt zunächst eine Beschreibung des Kundenzufriedenheitskonstrukts, woraufhin die Darstellung der Zufriedenheitsbefragung in stationären Altenpflegeeinrichtungen folgt. Dieser Gliederungspunkt umfasst zunächst die Einbettung von Zufriedenheitsbefragungen. Im Anschluss wird die Bedeutung der Kundenperspektive erläutert sowie auf eventuelle Problemstellungen bei Zufriedenheitsbefragungen eingegangen. Der letzte Gliederungspunkt stellt die Folgen von Kundenorientierung und somit Kundenzufriedenheit heraus.

Die Auswertung einer Zufriedenheitsbefragung von Heimbewohnern und Angehörigen in stationären Altenpflegeeinrichtungen wird im vierten Kapitel explizit behandelt. Zu Anfang wird der verwendete ZuBA - Datensatz beschrieben, wobei die Randbedingungen, das Verfahren sowie die Zusammensetzung der Stichproben geschildert werden. Nach der Darstellung der zentralen Untersuchungsfragestellung sowie der Aufbereitung der Daten, werden die einzelnen Ergebnisse der statistischen Auswertung dargestellt, wobei anschließend die Untersuchungsfragestellung beantwortet werden kann.

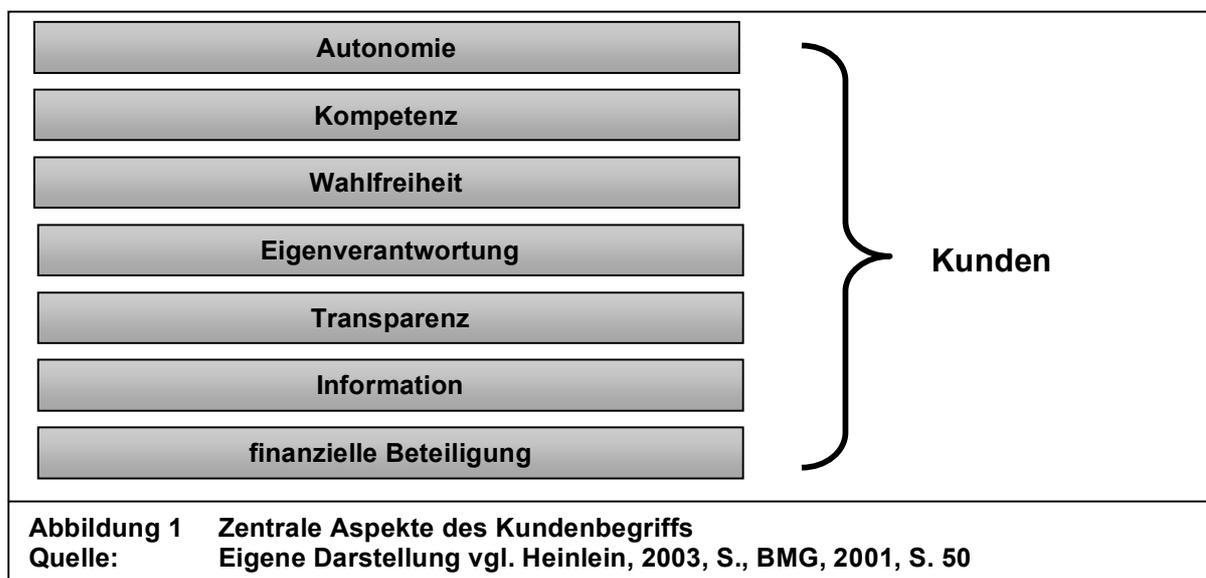
Das folgende Kapitel versucht Implikationen aus der Zufriedenheitsbefragung bezüglich des kundenorientierten Umgangs mit Angehörigen in der Praxis und für zukünftige Zufriedenheitsuntersuchungen herauszustellen.

Den Abschluss der vorliegenden Arbeit bildet eine Schlussbetrachtung, die eine kurze inhaltliche Zusammenfassung sowie ein persönliches Fazit der Autorin enthält. Des Weiteren wird geprüft, inwieweit die gestellten Ziele erreicht werden konnten.

# 1 Die Bedeutung der Kundenorientierung in der Altenpflegepraxis

## 1.1 Definition der Kundenorientierung

Bevor der Begriff der Kundenorientierung definiert werden kann, ist es notwendig den Kundenbegriff näher zu beleuchten. Betrachtet man den Begriff „Kunde“ aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Qualität e.V., so ist ein Kunde nach DIN EN ISO 8402 „ein Empfänger eines von Lieferanten bereitgestellten Produktes oder einer Dienstleistung“<sup>7</sup> Allgemein formuliert ist der Kunde also der Anwender eines Produktes oder Empfänger einer Dienstleistung. Wie in Abbildung 1 dargestellt,



wird der Begriff des Kunden mit **Autonomie**<sup>8</sup> assoziiert, denn ein Kunde kann als eigenwilliger und selbständiger Akteur auf einem Markt verstanden werden. Der im betriebswirtschaftlichen Kontext geprägte Kundenbegriff geht von Akteuren aus, die rational Handeln und Entscheiden. Damit besitzt der Kunde die **Kompetenz**, sich auf einem Markt zu bewegen. Als aktiver Nachfrager von Angeboten hat er dabei die Möglichkeit, zwischen den Angeboten zu **wählen**, wodurch er Einfluss auf den Inhalt und die Qualität des Angebots nimmt. Diese Autonomie geht einher mit **Eigenverantwortung**, die der Kunde übernehmen muss. Um dieser Verantwortung gerecht zu werden, müssen ihm die dafür benötigten **Informationen** zur Verfügung gestellt werden, sodass **Transparenz** auf dem Markt hergestellt ist und

<sup>7</sup> DGQ, 1995, 11

<sup>8</sup> „Unter Autonomie versteht man die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit des Menschen in der Gestaltung des eigenen Lebens. Wo Willens- und Entscheidungsfreiheit von anderen sind, spricht man von einem autonomen Menschen.“(Schopp et al., 2001, S. 14 zitiert in Bartholomeyczik; Schrems, 2004, S. 65)

der Kunde seiner Rolle als aktiver Nachfrager nachkommen kann. Einen weiteren Aspekt bezüglich des Kundenbegriffs stellt die **finanzielle Beteiligung** dar. Es geht im Prinzip um den Kauf von Gütern oder Dienstleistungen gegen Bezahlung, die der Kunde benötigt. Während es laut Hellmann bei einem Käufer primär um die Auswahl und Bezahlung einer Ware geht, ist ein zentraler Bestandteil des Kundenbegriffs die Beziehung und Beratung, die das Verhältnis von Kunde und Personal prägt. Es ist eine im Sinne Max Webers<sup>9</sup> soziale Beziehung, die fest aufeinander eingestellt, oft längerfristig und für beide Seiten von besonderer Bedeutung ist. Es bestehe dabei ein gezieltes Bemühen um die Pflege und den Erhalt einer (letztlich ökonomisch) wertvollen Kundenbeziehung, die die Qualität von Loyalität bzw. Treue besitzt.<sup>10,11,12,13</sup>

Seit einiger Zeit wandelt sich so das Bild vom Kunden, der nicht individuell identifizierbar und ansprechbar ist, hin zu einer sozialen Beziehung. Kunden sehen sich einem immer einheitlicherem Angebot gegenüber, sodass Unternehmen, mit ihren Kunden in Dialog treten müssen, um Informationen über ihre Erwartungen und Forderungen zu erlangen und sie im besten Fall auf lange Sicht emotional an sich zu binden. Ein in diesem Zusammenhang viel diskutiertes Konzept ist die Kundenorientierung. In den einzelnen Disziplinen wie der Betriebswirtschaftslehre existiert jedoch noch keine Einigkeit über das Verständnis von Kundenorientierung. In einer Vielzahl an Arbeiten und Auseinandersetzungen zum Thema Kundenorientierung wird der Begriff daher nicht näher definiert. Eine im Dienstleistungsmanagement etablierte allgemeine Bestimmung von Kundenorientierung ist die Ausrichtung sämtlicher Tätigkeiten und Abläufe auf die Wünsche, Anforderungen und Erwartungen der Kunden. Sie beinhaltet also die *„strategische Ausrichtung einer Organisation an den Interessen und Bedürfnissen aktueller wie potentieller Nachfrager, die durch planvolle Beeinflussung der Unternehmenskultur sowie eine gezielte Marktforschung und daraus abgeleiteten Angebotsspektren und Leistungsprozesse in der Absicht verfolgt wird, eine kurzfristige Kundenzufrie-*

---

<sup>9</sup> Der Begriff der **sozialen Beziehung** geht auf Max Weber zurück: *"Soziale Beziehung soll ein seinem Sinngehalt nach aufeinander gegenseitig eingestelltes und dadurch orientiertes Sichverhalten mehrerer heißen. Die soziale Beziehung besteht also durchaus und ganz ausschließlich: in der Chance, dass in einer (sinnhaft) angebbaren Art sozial gehandelt wird, einerlei zunächst: worauf diese Chance beruht"* (Max Weber, 1980, Kapitel 1, § 3)

<sup>10</sup> vgl. Kamiske; Brauer, 2002, S. 45f

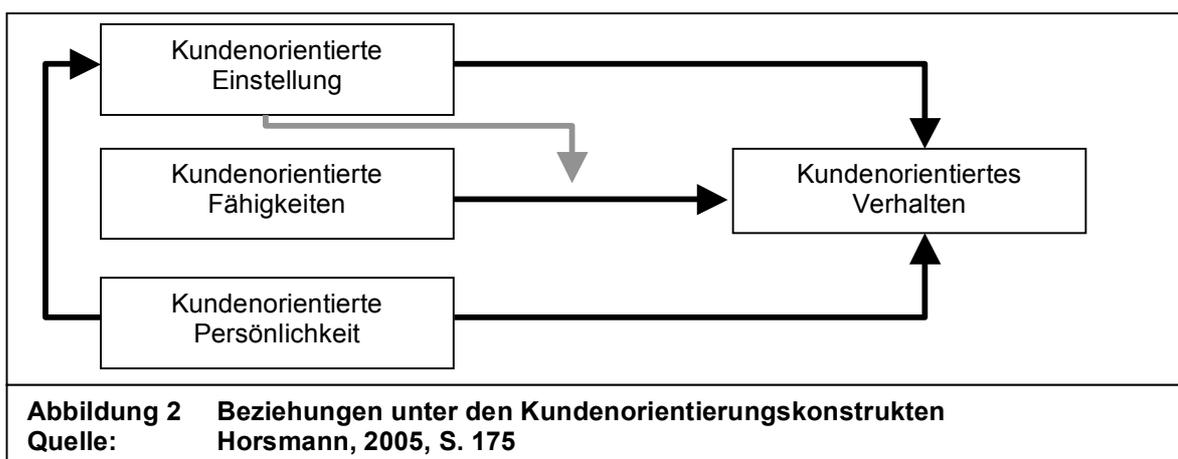
<sup>11</sup> vgl. Heinlein, 2003, S.65ff

<sup>12</sup> vgl. Klie, 1999, S. 9f

<sup>13</sup> vgl. Hellmann, 2005, S. 109

denheit bzw. die langfristige Stabilität der Kundenbeziehungen zu etablieren und auf diesem Wege eine maximale Zielerreichung zu gewährleisten.“<sup>14</sup> Gerade die Anwendung auf die soziale Dienstleistung erfordert eine allgemeine Zielerreichung statt der ausschließlich ökonomisch vorteilhaften Kundenbeziehung.<sup>15,16</sup>

Ein weiterer Aspekt der Kundenorientierung ist die **Grundeinstellung der Mitarbeiter** zu den Kunden und deren Bedürfnissen, denn von ihnen werden erhöhte Kompetenzen abgefordert, da sie schließlich die Kundenorientierung gegenüber den Kunden leben müssen. In der betriebswirtschaftlichen Literatur hat sich diesbezüglich die im Folgenden ausgeführte Klassifizierung herausgebildet. Zum einen wird Kundenorientierung als *Persönlichkeitsmerkmal* gesehen. Die Persönlichkeit eines Menschen steuert sein Verhalten innerhalb der Interaktion mit anderen Menschen. Zum anderen kommen die *Fähigkeiten der Mitarbeiter* im Kundenkontakt hinzu. Bezüglich Kundenorientierung spielen dabei die Gefühlsarbeit, die sich an den Bedürfnissen der Kunden orientiert und sich dem jeweiligen Kontext anpasst sowie die Fähigkeit sich in das Gegenüber hineinzusetzen, um so seine Erwartungen und emotionalen Zustände zu erschließen, eine große Rolle. Dementsprechend kann so das eigene Verhalten an den jeweiligen Kontext angepasst werden. Des Weiteren zeigt sich Kundenorientierung als *Einstellung einer Person*, d.h. ihre innere Haltung. Dahinter verbergen sich kognitive, affektive und motivationale Aspekte der Person. *Kundenorientiertes Verhalten* richtet sich an



<sup>14</sup> Knoke, 2004, S. 61

<sup>15</sup> vgl. Horsmann, 2005, S. 170ff

<sup>16</sup> vgl. Tacke; Wagner, 2005, S. 139ff

den Bedürfnissen der Kunden aus. Es bedeutet, „*die leistungs- und interaktionsbezogenen Bedürfnisse der Kunden systematisch zu erfassen und das eigene Verhalten soweit wie möglich an den erkannten Bedürfnissen auszurichten.*“<sup>17</sup> Dieses Verhalten nehmen die Kunden direkt wahr und ziehen es zur Bewertung heran. Wie in Abbildung 2<sup>18</sup> dargestellt, zeigt sich eine kundenorientierte Persönlichkeit direkt im Verhalten und beeinflusst die Einstellung gegenüber dem Kunden, die direkt auf das kundenorientierte Verhalten einwirkt. Die Fähigkeiten stellen dabei lediglich eine Vorbedingung dar, sagen jedoch nichts darüber aus, ob sich die Mitarbeiter auch kundenorientiert verhalten. Das kundenorientierte Verhalten bildet somit das Ergebnis des Zusammenspiels der verschiedenen Konstrukte.<sup>19,20</sup>

Im kundenorientierten Unternehmen kommt einer qualitativ hochwertigen Leistung eine wichtige Rolle zu. Entscheidend jedoch ist, wie dies der Kunde empfindet. Im Kern geht es um einen Perspektivwechsel von der Anbietersicht auf die Nachfragersicht, was entsprechende Unternehmensstrukturen und -prozesse verbunden mit einer veränderten Denkweise erfordert. In diesem Sinne bedeutet Kundenorientierung nicht nur die Umsetzung kundenfreundlicher Maßnahmen, sondern eine **Grundhaltung**, die sich im Verhalten der Mitarbeiter widerspiegelt. Der Kunde im Konzept der Kundenorientierung liegt demnach nicht in einer direkten Verknüpfung mit Zahlungen, denn in erster Linie verfolgen kundenorientierte Einrichtungen das **Ziel**, das Leistungsangebot sowie die gesamte Organisationskultur auf die Kunden abzustimmen und somit die eigene Stellung in der Konkurrenzsituation am Markt zu verbessern. **Hintergrundmotive** sind dabei die *dauerhafte Kundenbindung* an den jeweiligen Leistungsanbieter, die Vermarktung *zusätzlicher Leistungsangebote* und die *Imagepflege*. Nach Knoke würde das primäre Ziel verfehlt, wenn man das Angebot nicht an denen ausrichtet, die es tatsächlich in Anspruch nehmen. Der Kundenbegriff ist zwar immer auch wirtschaftlich geprägt, der Bezug zum Geld wird jedoch latent gehalten zugunsten nicht-wirtschaftlicher Kriterien, insbesondere der Kommunikation. Die Kundenorientierung kann somit

---

<sup>17</sup> Horsmann, 2005, S. 174

<sup>18</sup> In Anbetracht des aktuellen Forschungsstandes hat die Beschreibung der Zusammenhänge nach Horsmann noch Postulatcharakter.

<sup>19</sup> vgl. Horsmann, 2005, S. 170ff

<sup>20</sup> vgl. Tacke; Wagner, 2005, S. 139ff

als Mittel zur Zielerreichung eingesetzt werden und erhält laut Klie hier ihren pragmatischen Nutzen.<sup>21,22,23,24,25,26</sup>

## 1.2 Altenpflege als soziale Dienstleistung

Wie schon das Gutachten der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen 2001 feststellte, ist die Rolle der Nutzer im Gesundheitswesen im Wandel begriffen. In der Vergangenheit wollten oder mussten sie sich auf die Qualität, die Fürsorge und die Bedarfsgerechtigkeit der Entscheidungen anderer verlassen, während heute die Entwicklung hin zur eigenständigen „dritten Kraft“ geht. Wie einleitend erwähnt, bestehen seit Einführung der Pflegeversicherung auch in der stationären Altenpflege Bestrebungen die Pflege als Markt zu organisieren. Gewünscht ist eine große Anbietervielfalt, wobei die Pflegeeinrichtungen als Wirtschaftsunternehmen agieren und die Heimbewohner und ihre Angehörigen als Kunden, die mit ihren „Sach- und Geldleistungen“ Produkte wie Körperpflege, Tagespflege oder stationäre Pflege zu einem gewünschten Preis-Leistungsverhältnis wählen und einkaufen können. Das Ziel ist den **Dienstleistungsgedanken** in der Altenpflege zu stärken und somit das Problem der „totalen Institution“<sup>27</sup> Altenheim zu lösen. Die fremdbestimmte Pflege soll durch eine kundenorientierte Pflege ersetzt werden. Jedoch erzeugt dieses Bestreben Probleme.<sup>28,29,30</sup>

Angenommen die Selbstversorgungskapazitäten eines älteren Menschen im Alltag lassen langsam nach und er ist auf Hilfe seitens seiner Angehörigen angewiesen. Zusätzlich erhält er Essensdienst und Haushaltshilfe, um so die Angehörigen zu entlasten. Im Laufe der Zeit verschlechtert sich der Zustand des älteren Menschen, was den Ehepartner bzw. die Kinder überfordert. Es wird jetzt ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen. Da sich der Umfang der notwendigen

---

<sup>21</sup> vgl. Kamiske; Brauer, 2002, S. 45f

<sup>22</sup> vgl. Thill, 1999, S. 2f

<sup>23</sup> vgl. Tacke; Wagner, 2005, S. 133f

<sup>24</sup> vgl. Knoke, 2004, S. 106

<sup>25</sup> vgl. Wingenfeld, 2003, S. 5f

<sup>26</sup> vgl. Klie, 1999, S. 9

<sup>27</sup> vgl. Goffman, 1973: Die totale Institution stellt eine Wohn- und Arbeitsstätte dar, in der viele ähnlich gestellt Individuen für eine längere Zeit von der Gesellschaft abgeschnitten sind und ein formal reglementiertes Leben führen. Als Beispiel für „totale Institutionen“ werden die strukturierten Tagesabläufe in den Pflegeheimen genannt, die nur wenig Möglichkeiten bieten autonom zu handeln.

<sup>28</sup> vgl. Kamiske; Brauer, 2002, S. 45f

<sup>29</sup> vgl. Heinlein, 2003, S.63f

<sup>30</sup> vgl. BMG, 2001, S. 144

Unterstützung bald erhöht und es neben den physischen Beeinträchtigungen zu Demenzercheinungen kommt, ist das Verbleiben in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich. Die Familie befürchtet, dass der pflegebedürftige Angehörige im häuslichen Bereich nicht länger ausreichend Betreuung erhalten kann und veranlasst schließlich mit dem Einverständnis des Pflegebedürftigen den Umzug in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung. Im Hinblick auf die Kundenorientierung stellt sich nun die Frage, wer hier als Kunde auftritt – der Pflegebedürftige, seine Verwandten oder die Finanzierungsträger – und an welchen Interessen der Anbieter demzufolge seine Leistungsprozesse ausrichten sollte.

Um sich der Problematik des Kundenbegriffs und der Kundenorientierung an sich in der Pflege und speziell der Altenpflege zu nähern, ist es am sinnvollsten zunächst der Frage nachzugehen, inwieweit sich die Pflege und speziell die Altenpflege von anderen Kontexten unterscheidet. In der Literatur erweist sich eine eindeutige Abgrenzung sozialer Dienstleistungen jedoch als eher schwieriges Unterfangen, da keine der klassischen Dienstleistungsmerkmale eine exklusive Besonderheit darstellt. Laut Knoke handelt es sich dabei um *„personengerichtete Tätigkeiten, die (...) eine Integration und Transformation externer Faktoren vornehmen und zum Ziel haben, gesellschaftlich definierte bzw. subjektiv als existentiell empfundene Hilfebedarfe (...) zu decken, um Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und seelischen Lebens-, Erlebnis- und Sozialfähigkeit der betroffenen Individuen und Gruppen zu verhindern, zu lindern oder zu beheben.“*<sup>31</sup> Gemäß Abbildung 3, geht es um ein Wirtschaftsgut, das weder greifbar noch sichtbar, also immateriell ist. Das Merkmal der **Immaterialität** dient zwar nur eingeschränkt der Abgrenzung zu anderen Kontexten, trägt jedoch zur Beschreibung der Pflege bei, lassen sich doch die Kapazitäten der Anbieter und die Leistungsprozesse für die Betroffenen noch weniger greifen als in anderen Branchen. Aufgrund dieser Immaterialität verfügt die Pflege nicht im eigentlichen Sinne über ein Referenzobjekt, weswegen sie auf einem Vertrauensvorschuss des Kunden beruht und als „Erfahrungsgut“ gesehen werden kann. Der gute Ruf des Unternehmens sowie eine positive Mund-zu-Mund-Propaganda spielen daher eine große Rolle. Gemäß dem *Uno-acto-Prinzip* wird die Dienstleistung Pflege im

---

<sup>31</sup> Knoke, 2004, S. 87

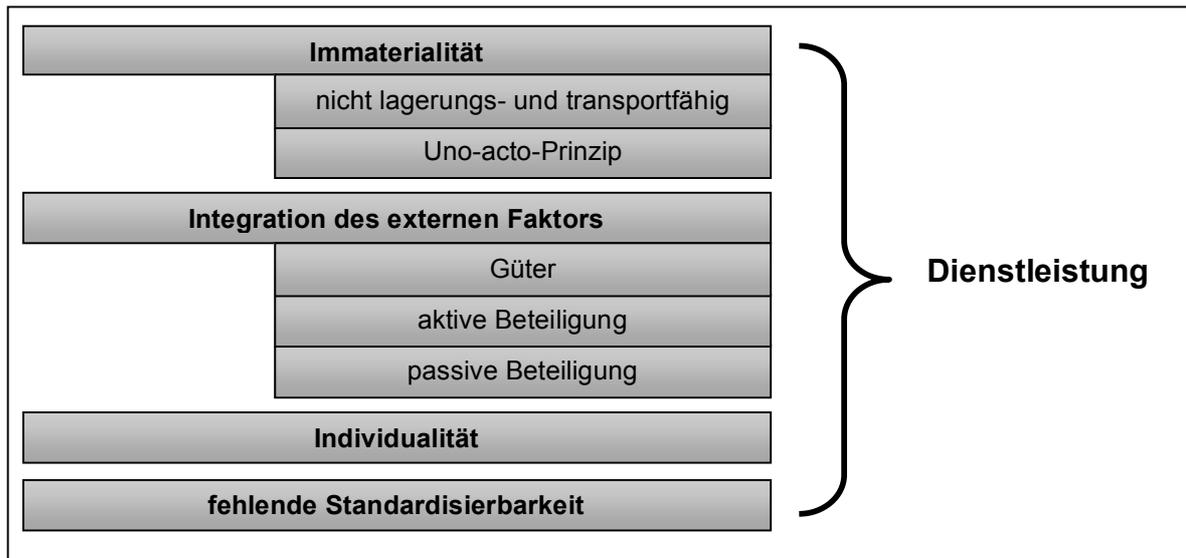


Abbildung 3 Besonderheiten von Dienstleistungen

Quelle: Eigene Darstellung vgl. Meffert; Bruhn, 1997, S. 59ff; Knoke, 2004, S. 90ff

gleichen Moment verbraucht, in dem sie erstellt wird. Soziale Dienstleistungen benötigen demnach einen räumlichen und zeitlichen oder nur zeitlich parallelen Kontakt der Interaktionspartner. Das, was der Kunde vom Dienstleister mitnimmt, ist demzufolge das Ergebnis der Dienstleistung. Die mit der Immaterialität einhergehende fehlende *Lager- und Transportfähigkeit* wird wiederum durch den externen Faktor Mensch bestimmt. Erscheint beispielsweise ein Angehöriger nicht zum Beratungsgespräch, kommt die Leistung nicht zustande, da die soziale Dienstleistung als Leistungsprozess weder transportiert noch gelagert werden kann. Der Angehörige als externer Faktor ist für den Dienstleister daher nicht frei verfügbar, er entzieht sich grundsätzlich seiner autonomen Disposition.<sup>32,33,34</sup>

Zielgruppen einer sozialen Dienstleistung sind neben anderen Gruppen demnach behinderte, kranke, pflegebedürftige und alte Menschen sowie ihre Angehörigen. Sie bringen sich als **externer Faktor** in den Dienstleistungserstellungsprozess ein, mitsamt ihren verschiedenen Fähigkeiten, Motivationen sowie großen Unterschieden hinsichtlich der Unterstützung durch das soziale Umfeld in Form der Familien oder Nachbarschaften. Diese Einbindung externer Faktoren in Form von Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen erfolgt im Spektrum von passiver Beteiligung z.B. in Form von Stillhalten bzw. Hinnahme der Dienstleistung bis hin zur aktiven Beteiligung durch Übernahme von Aktivitäten. Dieser Einbindung kommt eine

<sup>32</sup> vgl. Göpfert-Divier; Robitzsch, 2002, S. 233f

<sup>33</sup> vgl. Klie, 1999, S. 12

<sup>34</sup> vgl. Knoke, 2004, S. 90ff

Schlüsselrolle zu, da der Prozess der Dienstleistungserstellung durch diesen Fremdfaktor mitbestimmt wird und der Kunde in der Pflege sozusagen als „Koproduzent“ gesehen werden kann. Demzufolge hängt die Qualität des Dienstleistungsprozesses davon ab, weil es zu einer zweiseitigen Einwirkung bzw. Beeinflussung kommt. Der Leistungsprozess wirkt auf den Leistungsnehmer ein, der seinerseits den Leistungsprozess beeinflusst. Der Kunde hat sozusagen eine Mitwirkungspflicht. Beteiligt er sich nicht im notwendigen Maß an der Dienstleistung oder verweigert sich sogar, so kann die Leistung nicht in der geforderten Qualität erbracht werden. Die Pflege eines alten Menschen entsteht demzufolge in engem Kontakt zum und unter Mitwirkung des Heimbewohners und hängt deshalb sehr stark von der persönlichen Interaktion zwischen Pflegepersonal und dem Heimbewohner ab. Gleiches gilt für eine gelungene Interaktion mit den Angehörigen.<sup>35,36</sup>

Soziale Dienstleistungen erscheinen auf den ersten Blick durch die unterschiedlichen Bedarfe besonders individuell, nicht umsonst werden in Pflegeheimen individuelle Pflegepläne erstellt. Betrachtet man jedoch das Merkmal **fehlende Standardisierbarkeit**, so wird deutlich, dass Normierungen der Prozesse in Form von Pflegestandards, beim Heimeinzug oder Qualitätsmanagement durchaus in der Pflege existieren. Die **Individualität** der sozialen Dienstleistung Pflege offenbart sich erst in der Anzahl und Vielfalt der Ergebnisse. Gerade weil der externe Faktor Mensch beteiligt ist, der sich dem kontrollierenden Zugriff zu verweigern mag. Bei den Phänomenen der Individualität und Standardisierbarkeit handelt es sich demzufolge um die Entscheidung eines Anbieters, inwieweit Kundenwünsche bearbeitet werden. Je normierter das Vorgehen ist, desto günstiger ist der Prozess und die Erfahrung damit wird kontinuierlich verbessert. Im Gegenzug bietet ein individualisiertes Vorgehen, ein verbessertes Eingehen auf die Kundenerwartungen.<sup>37,38</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Pflege eine *verbraucher- und personenbezogene Humandienstleistung* ist, d.h. sie wird am Leistungsempfänger erbracht und erfordert zwischenmenschliche Interaktion, wobei die Qualität und Quantität der Dienstleistung durch die Beteiligten beeinflusst wird. Für den

---

<sup>35</sup> vgl. Göpfert-Divier; Robitzsch, 2002, S. 233f

<sup>36</sup> vgl. Knoke, 2004, S. 90ff

<sup>37</sup> vgl. Meffert; Bruhn, 1997, S. 59ff

<sup>38</sup> vgl. Knoke, 2004, S. 90ff

Pflegebedürftigen existieren dabei zwei wichtige Charakteristika der professionellen Dienstleistung in der Pflege. Zum einen ist die Beziehung zwischen professionellen Experten und Leistungsempfängern häufig lang andauernd, intensiv und mit Einblicken und Eingriffen in intime Bereiche verbunden. Zum anderen ist diese Beziehung durch Regeln strukturiert, die durch alle Beteiligten entwickelt werden müssen. Diese Regeln müssen zwar professionellen Standards genügen, können aber nicht einseitig durch den professionellen Helfer festgelegt werden. Pflege kann als *Koproduktion* aller Beteiligten verstanden werden, wobei der Pflegebedürftige, die Sorgearbeit der Angehörigen und die Pflegefachkräfte im jeweiligen Maß beteiligt sind. Es ist zu betonen, dass für den Kunden eine *Mitwirkungspflicht* in der Interaktion besteht. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen als externer Faktor werden dabei „produktionsentscheidend“, indem sie durch ihre mehr oder minder ausgeprägte Mitwirkung die Qualität und den Inhalt der Dienstleistung bestimmen.<sup>39,40,41</sup>

### 1.3 Kundenorientierung in der Altenpflege

Die Bezeichnung der Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen erstreckt sich vom **Klienten** über den **Patienten** bis hin zum **Kunden**. Jede dieser Bezeichnungen beinhaltet unterschiedliche Rollenerwartungen. Als das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal kann das Ausmaß an Selbstbestimmung gesehen werden. Während die Dienstleistungsbeziehung der Klienten von einer latenten Abhängigkeit geprägt ist und auch der Patient von der Leistungserbringung abhängig ist, kann der Kunde (vgl. Kapitel 1.1) nach Abwägung von Preis, Leistung und Qualität eine unabhängige Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Dienstleistung treffen. Wie in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben, ist der Begriff des Kunden<sup>42</sup> auch im Pflegewesen immer öfter im Sprachgebrauch zu finden. Diese Entwicklung ist Ausdruck einer veränderten Bewertung der Nutzer von Pflegeeinrichtungen sowie des zunehmenden Verständnisses pflegerischer Versorgung als

---

<sup>39</sup> Kunstmann, 2001, S. 138f

<sup>40</sup> vgl. Göpfert-Divivier; Robitzsch, 2002, S. 234

<sup>41</sup> vgl. Schmidt, 2002, S. 192f

<sup>42</sup> Müller plädiert dafür, den **Kundenbegriff** nur im entsprechenden Kontext zu verwenden. Da es hier um die Interessen der Nutzer, ihr Mitspracherecht und die Gestaltung des Leistungsangebotes im Rahmen der Kundenorientierung geht, wird auch im Folgenden der Begriff des Kunden in der Dienstleistung Pflege verwendet, „weil er durch seine ökonomische Anbindung die Bedeutung der Nutzer hervorhebt und ihre Position stärkt.“ (Müller; Thielhorn, 2000, S. 32)

personenbezogene Dienstleistung. Dies wird durch §7 SGB XI unterstützt, der die Förderung des Wettbewerbs unter den Anbietern forciert und damit die Übernahme von Managementkonzepten impliziert, die die Kundenorientierung als Basis jeglichen Handelns propagieren. Nutzer der Pflegeeinrichtungen avancieren so zu Kunden.<sup>43</sup>

Als Kunden einer stationären Altenpflegeeinrichtung lassen sich vorerst verschiedene Gruppen identifizieren - die Heimbewohner selbst, Angehörige und Besucher, die Mitarbeiter, Kostenträger, die interessierte Öffentlichkeit etc. Angesichts dieser Vielfalt von Ansprüchen sind einige Autoren dazu geneigt, den Kundenbegriff auf die Leistungsempfänger einzugrenzen, was ebenfalls dem in Kapitel 1.1 gemäß der DGQ definierten Kunden als Empfänger einer Dienstleistung entsprechen würde. Als Kundschaft denkbar sind die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen sowie ihr soziales Umfeld. In den meisten Fällen entscheiden sie, vor dem Hintergrund ihrer Qualitätsvorstellungen und Erfahrungen, über Inanspruchnahme bzw. Fortführung der Dienstleistung, wobei sie häufig Kosten anteilig übernehmen. Doch gerade für diese Kundengruppe stellt sich die Frage, inwieweit sie diese Rolle wahrnehmen kann, denn gerade für die Pflegebedürftigen bzw. Heimbewohner selbst wird der Begriff des Kunden vor allem von Seiten des Pflegepersonals als zu anonym und fremd empfunden, um ihn im Pflegealltag zu verwenden. Da die Pflege stark von der persönlichen Interaktion geprägt ist und das Pflegepersonal und die Pflegebedürftigen persönliche Erfahrungen und intimes Wissen verbindet, wird diese Interaktion eher noch als **gewachsene professionelle Beziehung** denn als Dienstleistung am Kunden empfunden wird.<sup>44</sup>

Die Merkmale des Kundenbegriffs erfüllen gerade Kunden vollstationären Einrichtungen nur begrenzt. Einige Kriterien des Kundenbegriffs sind im Folgenden ausgewählt und werden kurz diskutiert. Zwei zentrale Begriffe stehen in diesem Zusammenhang im Vordergrund – die **Autonomie** und die **Bedürftigkeit**. Die Dienstleistung in stationären Altenpflegeeinrichtungen richtet sich an Personen, wie Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, mit mehr oder minder dringenden und elementaren Bedürfnissen, denen es aus diesem Grund oft an der notwendigen

<sup>43</sup> vgl. Müller; Thielhorn, 2000, S. 26ff

<sup>44</sup> vgl. Knoke, 2004, S. 99ff

Autonomie mangelt. Es handelt sich dabei um Situationen, die der Betroffene auch unter Zuhilfenahme seines sozialen Umfeldes nicht bewältigen kann. In der Pflege kann es sich dabei einerseits um einen eher schleichenden Prozess handeln, wo alle Betroffenen sich auf die Heimunterbringung ausreichend vorbereiten können, andererseits können auch schnelle Entscheidungen gefragt sein z.B. nach einem Schlaganfall. Das Maß an Selbstbestimmtheit kann in der Interaktion von Pflegekräften und Angehörigen in drei Ebenen unterteilt werden. Diese erstrecken sich vom Äußern von Wünschen über das Treffen von Entscheidungen und dahingehend informiert zu werden bis hin zu Wahlmöglichkeiten innerhalb der Einrichtung sowie zwischen den Anbietern. Um die Rolle als Nachfrager auf dem Markt und Kunde einer Einrichtung bezüglich dieser **Selbstbestimmtheit** eigenverantwortlich wahrnehmen zu können, benötigen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen *Informationen* über die Angebotsvielfalt und gesetzliche Regelungen sowie *Transparenz* über den Markt und das Angebot, sodass die Entscheidung für ein Heim erleichtert wird. Nach Isenberg stellen sich diese Kundengruppen oft Fragen nach ihren Rechten, Vorgehen bei der Auswahl des richtigen Heimes oder Möglichkeiten für eventuelle Beschwerden. Beispielsweise ist zum einen die Pflegeversicherung gesetzlich laut § 7 SGB XI zur Beratung und Aufklärung, zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach §2 Abs. 2 SGB XI sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots verpflichtet. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass die Pflegeversicherungen nur zögerlich ihrer Pflicht der Beratung nachkommen. Zum anderen ist der Heimvertrag, der das Rechtsverhältnis zwischen Pflegebedürftigem und Anbieter regelt, das einzige Papier voraus für Betroffene und Angehörige ersichtlich ist, welche Einzelleistungen konkret angeboten werden. Doch nach wie vor ist die Transparenz der Angebote und Leistungsentgelte in Heimen äußerst beschränkt, womit das Angebot einer Einrichtung vor Inanspruchnahme wenig durchschaubar ist. Trotz alledem besteht prinzipiell die Möglichkeit zwischen verschiedenen Angeboten wählen zu können. Eingeschränkt wird dies jedoch speziell in stationären Einrichtungen, da nach dem Heimeinzug die Freiheit der Wahl weitestgehend verloren ist.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> vgl. Klie, 1999, S. 10

Ein weiteres Merkmal der Autonomie eines Kunden ist die Möglichkeit direkt für die Leistung bezahlen zu können. Diese **finanzielle Beteiligung** stellt sich in der Pflege nicht linear dar, denn der Leistungsempfänger nach SGB XI oder BSHG zahlt nicht direkt für die erbrachte Dienstleistung, die Finanzierung einer stationären Unterbringung erfolgt zunächst durch die Pflegeversicherung. Es ist jedoch der Pflegebedürftige in Gestalt des Versicherten und seine Angehörigen, der über die Verwendung dieses Budgets entscheidet. Lediglich Entgelte wie die Hotelkosten, die die Pauschalbeträge nach SGB XI übersteigen, zahlt der Leistungsempfänger anteilig oder gesamt. In Ergänzung zur Pflegeversicherung können diese Kosten und ein monatlicher Barbetrag im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach § 27 BSHG übernommen werden. Dies kommt jedoch nur zum Tragen, wenn keine unterhaltspflichtigen Angehörigen für die Kosten der Heimunterbringung und Pflege aufkommen können (vgl. §2 BSHG). Diese wie auch immer geartete Kontrolle über die Finanzierung der Leistung gibt dem Leistungsempfänger eine asymmetrische Macht über die Beziehung. Der Klient wird zum Kunden, der sich jeweils entscheiden kann, eine Dienstleistung nicht mehr in Anspruch zu nehmen. Gerade aus diesem Grund können die Betroffenen als ernstzunehmende Kunden gelten.<sup>46,47,48,49</sup>

Besonders bei personenbezogenen Dienstleistungen wie in Altenpflegeeinrichtungen überträgt der Leistungsnehmer Verfügungsrechte der eigenen Person bis in die Intimsphäre hinein an den Leistungsgeber unter Anerkennung seiner Fachautorität. In der Interaktion zwischen Bewohner und Pflegekraft, aber auch zwischen Angehörigen und Pflegekraft herrscht daher eine **strukturelle Asymmetrie**, da die Fachautoritäten innerhalb der Interaktionsbeziehung bezüglich des Leistungsgeschehens ungleich verteilt sind. Diese strukturelle Asymmetrie der Interaktion kann dabei in Widerspruch zur o.g. Asymmetrie der Finanzierung treten, da in diesem Zusammenhang die Kunden immer noch mehr als beeinflussbare Individuen denn

---

<sup>46</sup> zwar ist seit dem 1. Januar 2002 in § 5 Abs. 3 Satz 3 HeimG geregelt, dass im Heimvertrag die Leistungen des Trägers, insbesondere Art, Inhalt und Umfang der Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich der auf die Unterkunft, Verpflegung und Betreuung entfallenden Entgelte gesondert angegeben werden müssen, um die Transparenz der Heimverträge zu verbessern und den Bewerber um einen Heimplatz Möglichkeiten zu geben, Leistungen und Entgelte der im Wettbewerb miteinander stehenden Heime zu vergleichen. In §87a SGB XI hingegen ist dieser Transparenzgedanke noch nicht aufgenommen worden.

<sup>47</sup> vgl. Verbraucherzentrale Bundesverband, 2006, S. 7

<sup>48</sup> vgl. Kunstmann, 2001, S 138f

<sup>49</sup> vgl. Deutscher Bundestag, 2001, S. 149

als selbstbestimmte Gestalter ihrer Beziehung zur Einrichtung betrachtet werden. Die Selbstbestimmung und Autonomie wird dabei zum Teil übergeben, weshalb von Kundenorientierung nicht viel zu spüren ist. Gerade in stationären Altenpflegeeinrichtungen stellt die Autonomie der Heimbewohner und der Angehörigen eine besondere Herausforderung dar, da sie sich im Vergleich zu Altenheim und Altenwohnheim dadurch auszeichnet, dass sie der umfassenden Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen dienen. Nimmt man das Beispiel der in der vorliegenden Arbeit verwendeten Zufriedenheitsbefragung, so stehen von 777 Befragten sogar 16,7% unter Betreuung, was laut BGB § 1896 Abs. 1 bedeutet, dass der Betroffene aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann. Die befragten Heimbewohner brauchen demzufolge alle mehr oder weniger Betreuung und Unterstützung da nur lediglich 1,8% keine Pflegestufe besitzen. Dies räumt den Angehörigen gerade in stationären Altenpflegeeinrichtungen eine besondere Rolle ein, denn sie treffen häufig auch die Entscheidung über die Inanspruchnahme der Dienstleistung.<sup>50,51,52</sup>

Auch im Pflegesektor wird aufgrund marktförmiger Steuerungsimpulse das Konzept der „Kundenorientierung“ in gewisser Weise forciert. In Grundzügen ist das Prinzip der Kundenorientierung jedoch bei den helfenden Berufen insbesondere der Wohlfahrtsverbände bereits in der Vergangenheit vorzufinden, wenn man Kundenorientierung im Gesundheitswesen als eine Grundhaltung versteht. Indizien für das Prinzip – gemeinsam mit dem Kunden – zeigen sich bereits beispielsweise bei der detaillierten Anamnese bei der Heimaufnahme, die Bedarfe erfasst und die Basis weiterer Maßnahmen wie die individuellen Hilfepläne bildet, welche neben den Heimverträgen eine Möglichkeit bieten die Transparenz in der Einrichtung zu erhöhen. Auch in den Leitbildern, die die Einrichtung prägen und Orientierungspunkte für die Entwicklung geben, wurde schon erkannt wie wichtig das Image einer Einrichtung ist und dabei ideelle Ansprüche zu formulieren und somit ein besonderes Profil darzustellen, was dem Personal und den Kunden nahe gebracht werden muss. Des Weiteren handelt es sich bei der Pflege um eine

---

<sup>50</sup> vgl. BMFSFJ, 2004, S. 9

<sup>51</sup> vgl. Klie, 2002, S. 32

<sup>52</sup> vgl. Horsmann, 2005, S. 170

personenbezogene Dienstleistung, die ein Mitarbeiter im direkten Kontakt mit den Kunden erbringt und schon deshalb spezifisch gestaltet werden muss. Schon bei dieser Besonderheit der Pflegedienstleistung kann Kundenorientierung anknüpfen, da die Pflegebewohner aber auch die Angehörigen in der Interaktion ihre Wünsche und Bedürfnisse äußern und die Mitarbeiter darauf individuell reagieren können.<sup>53,54</sup>

Wie in Kapitel 1.1 dargestellt, verfolgen kundenorientierte Einrichtungen das Ziel das Leistungsangebot sowie die gesamte Organisationskultur auf die Kunden abzustimmen um ihre Stellung am Markt, in erster Linie durch dauerhafte Kundenbindung und Imagepflege, zu verbessern. Eine umfassende Konzeption der Kundenorientierung sollte sich demnach hauptsächlich auf die unmittelbar Betroffenen als Kunden beziehen, wobei auf der Seite der Nachfrager neben den Pflegebedürftigen auch häufig die für sie stellvertretend Handelnden wie die Angehörigen eine bedeutende Rolle spielen. Auch wenn sich in den vorherigen Ausführungen die Autonomie und Freiwilligkeit der Pflegebedürftigen, aber auch ihrer Angehörigen als eingeschränkt erwiesen hat, haben sie die Möglichkeit und die Freiheit, sich der Einbindung zu verweigern, denn nur eine Inanspruchnahme der Dienstleistung bringt den gewünschten Erfolg auf Seiten der Anbieter. Aus diesem Grund fordern Gesetzgeber und ebenso die fachlichen Maßstäbe die unmittelbar Betroffenen an der Entscheidungsfindung bzw. der Gestaltung der Interaktion zu beteiligen, denn durch die Integration dieser Kundengruppe als externer Faktoren sind zumindest im Ansatz alle charakteristischen Merkmale zum Kundenstatus gegeben.<sup>55,56</sup>

Diese Kundenorientierung startet dabei weit vor der eigentlichen Inanspruchnahme, denn gerade der Maßnahmebeginn wie ein Heimeinzug lässt sich nicht immer planen. Tritt ein dringender Bedarf auf, der die Entscheidung für eine Einrichtung bestimmt, so spielen die Zugänglichkeit und die Kommunikationspolitik eine entscheidende Rolle, denn unter Zeitdruck kommt es nur zu einer begrenzten Informationsaufnahme bzw. werden die Alternativen, Informationsquellen und Beurteilungskriterien reduziert. Eine große Bedeutung erfahren somit schon im Vorfeld gezielte Kommunikationsmaßnahmen, entsprechende Zufriedenheitswer-

---

<sup>53</sup> vgl. Göpfert-Divivier; Robitzsch, 2002, S. 235f

<sup>54</sup> vgl. Knoke, 2004, S.143f

<sup>55</sup> vgl. Knoke, 2004, S. 106

<sup>56</sup> vgl. Klie, 1999, S. 9

te, ein entsprechendes Empfehlungsverhalten anderer Kunden sowie intensive Kontakte zu den vermittelnden Instanzen wie Beratungsstellen und Pflegekassen, um Beziehungen auch zu „Noch-Nicht-Kunden“ aufzubauen und so in der Erinnerung der Adressaten, Angehörigen etc. präsent zu sein.<sup>57</sup>

In der Altenpflegepraxis verlangt es demzufolge nach einer Kundenorientierung, die die Autonomie der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen als Kunden respektiert und anerkennt. Ein wesentliches Merkmal der Kundenorientierung im Gesundheitswesen besteht jedoch darin, dass die ökonomische Dimension verdeckt bleibt. Kennzeichnend dafür ist eben die eher zurückhaltende Benutzung des Kundenbegriffs, was sich in Bezeichnungen wie Adressaten- oder Bewohnerorientierung widerspiegelt. Diese Begrifflichkeiten suggerieren verbesserte Partizipationschancen vor allem für die schwachen Adressaten, die sich dadurch eher angesprochen fühlen. Des Weiteren muss die Kundenorientierung auf die Bewohner eingehen lernen, d.h. Pflegekräfte mit kommunikativer und sozialer Kompetenz könnten Wünsche und Ansprüche der Bewohner in Erfahrung bringen. Eine mögliche Ressource stellt dabei das informelle Hilfesystem (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn, Kollegen) dar. Ihr Einfluss zeigt sich meist schon im Vorfeld, da sie in den meisten Fällen den Anstoß zur Inanspruchnahme von Hilfe geben sowie auf die Nachfrageentscheidung einwirken, und erstreckt sich auf den gesamten Integrationsprozess. Einige Autoren gehen sogar von einer Überlegenheit dieser Strukturen aus, da die Angehörigen den Pflegebedürftigen emotional und physisch näher stünden und ihnen dadurch eine angemessene und individuelle Unterstützung möglich ist. Besondere Beachtung gilt den Angehörigen auch aus dem Grund, dass soziale Problemlagen häufig systemischer Natur sind. Der Einzug in eine Altenpflegeeinrichtung beeinflusst die gesamte Umgebung des Pflegebedürftigen, angefangen bei den Angehörigen, die in diesem Sinne selbst „bedürftig“ sind und Unterstützung benötigen. Grundsätzlich gilt für die Kundenorientierung, die subjektiv empfundenen persönlichen Erwartungen und Bedürfnisse der Kunden mit dem Versorgungsbedarf in Einklang zu bringen. Nicht immer wird beides übereinstimmen; es wird dann notwendig, sich an den Erwartungen der Betroffenen zu orientieren, denn in erster Linie sind es die Heimbewohner und

---

<sup>57</sup> vgl. Knoke, 2004, S. 122f

Angehörigen, derentwegen Altenpflegeeinrichtungen betrieben werden. Kundenorientierung muss die Pflegebedürftigen sowie ihre Angehörigen als **Experten ihres eigenen Lebens** verstehen.<sup>58,59,60</sup>

#### 1.4 Konsequenzen für die Umsetzung von Kundenorientierung

Der Kundenbegriff erzeugt bei den Beteiligten den Eindruck, dass Pflege eine anonyme und wirtschaftlich orientierte Dienstleistung sei. Dabei geht es in der Pflege um das interaktive Miteinander und nicht um ein einseitiges Hofieren des „König Kunden“. Dennoch wird von manchen Autoren der Begriff des Kunden ausdrücklich verwendet, denn der Diskurs um den Kundenbegriff fördert einerseits die Diskussion um die Ökonomisierung der Pflege. Andererseits geht es um die Autonomie, das Mitspracherecht sowie die Gestaltungsmöglichkeiten der Heimbewohner und deren Angehörigen. Im Kundenbegriff manifestiert sich sozusagen:

- das Aufbrechen der strukturellen Asymmetrie, wobei sich die Dienstleistung nach den Bedürfnissen der Kunden richten und nicht nach denen der Anbieter,
- professionelle Denk- und Handlungsmuster zu überprüfen und
- die beim Kunden ankommende Qualität und Transparenz der Leistungen zu beachten.

Ähnlich argumentieren die Befürworter der Kundenorientierung, die ebenfalls einen hohen Grad an Souveränität impliziert, indem sie den Kunden einer Einrichtung so weit wie möglich Selbstbestimmung zugesteht und nicht in erster Linie von Bedürftigen ausgeht. Neben betriebswirtschaftlichen werden auch fachliche Perspektiven aufgezeigt, indem durch den Kundenbegriff und durch das Konzept der Kundenorientierung die Beziehung und deren Gestaltung in den Blickpunkt rückt. Dies zeigt sich u.a. durch Anerkennung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen als Subjekte, die durch Akzeptanz und Mündigkeit geprägt ist. Des Weiteren leiten Kunden neue Forderungen und Erwartungen wie verbesserte Beteiligungsmöglichkeiten aus dem Diskurs über Kundenorientierung ab, wobei Professionalität neben der Qualifikation auch an kommunikativen Kompetenzen und strukturellen Abläufen gemessen wird.<sup>61,62,63,64</sup>

---

<sup>58</sup> vgl. Anderson; Heinlein, 2004, S. 33ff

<sup>59</sup> vgl. Heinlein, 2003, S.65ff

<sup>60</sup> vgl. Knoke, 2004, S. 117ff

<sup>61</sup> vgl. Anderson; Heinlein, 2004, S. 43ff

<sup>62</sup> vgl. Knoke, 2004, S. 74f

Schritte in Richtung Kundenorientierung und somit mehr Transparenz sind durch die Novellierung des Heimgesetzes und die Einführung des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG) eingeleitet wie die Stärkung der Interessenvertretung der Heimbewohner durch die Einbeziehung der Angehörigen in den Heimbeirat und die Mitwirkungsrechte bei den Pflegesatzverhandlungen sowie die Stärkung des Verbraucherschutzes. Diese Beteiligung führt nach Wallrafen-Dreisow zu mehr Transparenz und Zufriedenheit, aber auch zu Akzeptanz z.B. der Pflegesätze. Weitere positive Beispiele finden sich beispielsweise in Mönchengladbach. Dort kann sich in Zukunft jeder mittels eines Qualitätsberichts über Einrichtungen der stationären Altenpflege informieren. In der Studie erscheinen die Stärken und Schwächen der Einrichtungen. Aufgelistet sind dabei die Betreuungsstandards, die Freizeit- und Pflegeangebote, die Freundlichkeit und Atmosphäre sowie der Umgang mit Medikamenten, Beschwerden und Verbesserungsvorschlägen. Der Bericht stützt sich auf die Befragung der Mitarbeiter, Bewohner und deren Angehörigen und unterstützt somit die Wahlfreiheit zukünftiger Bewohner und ihrer Angehörige, indem sie anhand des Berichts ein Pflegeheim gezielt auswählen können. Des Weiteren forderte der Verbraucherzentrale Bundesverband im Mai diesen Jahres die Schaffung von mehr Transparenz über bereits vorhandene Informations-, Beratungs- und Hilfestrukturen für Pflegebedürftige und deren Angehörige. Notwendig sei dabei die Entwicklung einer Beratungsdatenbank, da es in Deutschland regional sehr große Unterschiede an Informations- und Beratungsstellen gibt und der Bekanntheitsgrad bei den Betroffenen verbessert werden müsse. Hier bestünde eine Möglichkeit der Beteiligung der Pflegekassen gemäß der „Kann-Vorschrift“ §7 Abs. 4 SGB XI, die vom Verbraucherzentrale Bundesverband gefordert wird.<sup>65,66,67,68</sup>

Diese Entwicklungen haben bisher jedoch nur im Ansatz institutionelle Veränderungen bewirkt, wobei trotz alledem noch ein erhebliches Missverhältnis zwischen dem Partizipationsversprechen der Kundenorientierung und den wirklichen Einfluss- und Entscheidungsmöglichkeiten der Nutzer besteht. Kundenorientierung

---

<sup>63</sup> vgl. Müller; Thielhorn, 2000, S. 31f

<sup>64</sup> vgl. Klie, 1999, S. 12

<sup>65</sup> vgl. Isenberg 2002, S. 65f

<sup>66</sup> vgl. Verbraucherzentrale Bundesverband, 2006, S. 9

<sup>67</sup> vgl. Wallrafen-Dreisow, 2002, S. 306

<sup>68</sup> vgl. Pflegen-online, 2006

wirklich zu leben, sie zur Maxime der täglichen Arbeit zu machen, stößt auf zahlreiche Hindernisse. Zentrale Kritikpunkte und Realisierungsdefizite sind teils objektiver, teils subjektiver Natur und ergeben sich z.B. aus einem Mangel an Kenntnis der Ansprüche und Erwartungen der Kunden, Personalknappheit bei ständigem Zeitdruck, ein Spannungsverhältnis zwischen professionellen Interessen, ökonomischen Interessen der Organisation sowie der Beziehung zwischen den Professionellen und den Kunden, die neue Partizipationschancen bietet, aber auch weiterhin die im Kapitel 1.3 beschriebenen Macht-Asymmetrien beinhaltet. Beispielsweise herrschen zum einen in manchen Einrichtungen Zwänge und Tagesabläufe, die die Freiheit des Einzelnen beschneiden, zum anderen ist das Wissen der Betroffenen über die Qualität der Einrichtung im Normalfall dem der Anbieter unterlegen. Dabei mangelt es teilweise am Willen aber auch der Fähigkeit den Kundenstatus anzunehmen. Der Wille ist nicht immer bei den Adressaten gegeben, denn mehr Autonomie erfordert auch mehr Eigenverantwortung. Wenn dem Kunden für seine Entscheidungsfreiheit nicht die benötigten Informationen in angemessener Form zur Verfügung gestellt werden oder er sie nicht nutzen kann, ist er auch nicht fähig seine Rolle eigenverantwortlich wahrzunehmen. So besteht die Gefahr, dass der Charme der Kundenorientierung nur bestimmten sozialen Gruppen zugänglich ist, wobei sozial privilegierte, junge bildungsnahe Nutzer begünstigt werden.<sup>69,70,71</sup>

Bezüglich dieser Umsetzungsschwierigkeiten aber auch der in Kapitel 1.3 aufgezeigten Besonderheiten der Pflege als personenbezogene Dienstleistung zeigt sich die Wichtigkeit die Leistungserbringung an den Bedürfnissen, Erfordernissen sowie der individuellen Zufriedenheit der Kunden auszurichten. Der betriebswirtschaftliche Kundenbegriff als auch das Konzept der Kundenorientierung kann jedoch nicht unmodifiziert auf den Pflegebereich übertragen werden, denn während das Qualitätsmanagement unter Anpassung akzeptiert ist, steht der Kundenbegriff und die Kundenorientierung immer noch im Grundsatz in Frage, da sie bei unreflektierter Verwendung einen Konflikt zwischen der Wirtschaftlichkeit und der Begleitung von Pflegebedürftigen schaffen. Des Weiteren handelt es sich in der Altenpflege nicht um eine eindimensionale Anbieter-Kunden-Beziehung. Im

---

<sup>69</sup> vgl. Knoke, 2004, S. 72ff

<sup>70</sup> vgl. Kuhlmann, 2005, S. 157ff

<sup>71</sup> vgl. Pongartz, 2005, S. 59ff

Zentrum des Diskurses steht immer noch die Abhängigkeit und somit die schwache Position der Adressaten im sozialrechtlichen Dreieck<sup>72</sup>. Sie brauchen daher Verbraucherschutz. Eine ähnliche Funktion übernimmt derzeit der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK). Gemäß der neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien steht neben der Struktur- und Prozessqualität, jetzt auch die Erfassung der Ergebnisqualität durch Befragungen der Pflegebedürftigen stärker im Mittelpunkt.<sup>73,74,75</sup>

Trotz alledem erweist sich das Konzept der Kundenorientierung als wirksamer Motor für Veränderungen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mit der Nachfragemacht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten reguliert sowie die Qualität und Effizienz gesichert werden soll. Voraussetzungen dafür sind die Transparenz der Angebote, die Information und die Entscheidungsmöglichkeiten der Kunden, was im Gesundheitswesen im Allgemeinen bzw. der Altenpflege im Speziellen bisher nicht zufrieden stellend gelöst ist. Laut Knoke ist ein Perspektivwechsel gefragt, wobei an die Stelle der Definitionsmacht der Fachkräfte die Kooperation mit den Betroffenen tritt. Fachlichkeit verwirkliche sich dabei vordergründig durch die Fähigkeit, die Betroffenen ernst zu nehmen und sie in die Lage zu versetzen, ihre Rechte in der Kundenrolle wahrzunehmen. *„Kundenorientierung bleibt ein Erfolgsfaktor, dessen Bedeutung zwar häufig propagiert, der aber nur selten präzisiert wird und dessen konsequente Umsetzung auf breiter Basis noch aussteht.“*<sup>76</sup> So zeigte auch eine Untersuchung von Bartholomeyczik und Schrems in Frankfurter Altenpflegeheimen, dass u.a. die Angehörigen sich besonders im Hinblick auf die Heimsuche zu wenig informiert fühlten und demzufolge die Kundenorientierung trotz einer professionellen Haltung *„noch kein integraler Bestandteil pflegerischer Qualitätskriterien zu sein scheint“*.<sup>77,78,79</sup>

---

<sup>72</sup> Das sozialrechtliche Dreieck bilden in Deutschland die Anbieter, die Kostenträger sowie die Leistungsempfänger.

<sup>73</sup> vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., 2005, S. 40ff

<sup>74</sup> vgl. Müller; Thielhorn, 2000, S. 72

<sup>75</sup> vgl. Deutscher Bundestag, 2001, S. 147

<sup>76</sup> Knoke, 2004, S. 54

<sup>77</sup> Bartholomeyczik; Schrems, 2004, S. XII

<sup>78</sup> vgl. Knoke, 2004, S. 72ff

<sup>79</sup> vgl. Kuhlmann, 2005, S. 157ff

Damit der Kundenbegriff und die Kundenorientierung zum zentralen Organisationsprinzip einer Einrichtung und zur Verhaltensmaxime der Mitarbeiter werden kann, benötigt es zunächst die Kenntnis der Leistungen und der damit verbundenen Entgelte. Diese **Transparenz** würde zum einen die Pflegekräfte aus ihren Wertekonflikten zwischen den fachlichen Ansprüchen und „grenzenlosen“ Bedürfnissen der Kunden befreien und zum anderen den Betroffenen und ihren Angehörigen das „Maß an Erwartbarem“ näher bringen. Beispielsweise müssten die Kunden wissen, dass im Rahmen des Grundentgeltes nur der definierte Leistungsumfang und somit individuelle Wünsche nicht zum Nulltarif leistbar sind. Des Weiteren ist nach Kunstmann ein **Perspektivwechsel** vom Kunden als geduldgeliebten Leistungsempfänger hin zum aktiven Mitgestalter nötig, der professionell gestaltet werden muss. Möglichkeiten hierzu bieten zum Beispiel eigene Leitbilder, in denen Ziele und Grundsätze festgelegt werden, oder Qualitätszirkel, in denen sich die Mitarbeiter mit Ergebnissen von Kundenbefragungen befassen und Maßnahmen zur Verbesserung entwickeln, die sie bereit sind mitzutragen. Abschließend lässt sich sagen, dass der Pflegemarkt und die verstärkte Konkurrenzsituation es geschafft haben, dass sich immer mehr Heimträger umorientieren und erkennen, dass Kundenorientierung nur aus der **Eigenverantwortung der Einrichtung** heraus entwickelt werden kann.<sup>80,81,82,83</sup>

---

<sup>80</sup> vgl. Wallrafen-Dreisow, 2002, S. 297

<sup>81</sup> vgl. Hastedt, 2000, S. 65ff

<sup>82</sup> vgl. Kunstmann, 2001, S. 138ff

<sup>83</sup> vgl. BMAGS Wien, 1997, S. 17

## 2 Kundenorientierung durch Angehörigenarbeit in stationären Altenpflegeeinrichtungen

### 2.1 Soziale Beziehungen im Alter

Zum Verständnis der Angehörigenarbeit in stationären Altenpflegeeinrichtungen ist es notwendig zu verstehen, welche Formen der sozialen Beziehung Bewohner in Altenpflegeeinrichtungen pflegen. Zur Verdeutlichung werden deshalb das Konzept des sozialen Netzwerks sowie das Konzept der sozialen Unterstützung in Grundzügen vorgestellt. Auf die Beziehungsgeflechte zwischen Personen bezogen, versteht man unter einem **sozialen Netzwerk** „eine von Menschen geschaffene soziale Struktur, ein System sozialer Beziehungen zwischen Individuen.“<sup>84</sup> Diese sozialen Beziehungen werden durch Familienangehörige, Freunde, Nachbarn, Bekannte aber auch die professionellen Helfer gestaltet. Soziale Netzwerke sind sozusagen die Vehikel, innerhalb derer soziale Unterstützung ausgetauscht wird. Dabei wird zum einen nach der Größe des Netzwerks unterschieden. Es stellt sich die Frage wie viele Personen zur sozialen Unterstützung zur Verfügung stehen. Das soziale Netzwerk bietet lediglich das Potential, inwieweit die betroffene Person tatsächlich unterstützt wird, hängt von der Qualität der Beziehung ab. Weitere Kriterien sind die geografische Lage sowie die Mobilität aller Beteiligten. Zum anderen spielt die Dichte des Netzwerks eine Rolle. Sie gibt die Anzahl derjenigen Netzwerkpartner an, die miteinander in Verbindung stehen, was besonders im Fall von Hilfsbedürftigkeit sinnvoll sein kann, um sich die Unterstützung der betroffenen Person aufzuteilen und sich so die Kräfte einteilen zu können.<sup>85</sup>

Im Zusammenhang mit dem Konzept des sozialen Netzwerks wird häufig das Konstrukt der **sozialen Unterstützung** untersucht. In der Literatur ist jedoch keine einheitliche Definition der sozialen Unterstützung zu finden. Laut George und George lautet die Botschaft: „Je umfassender die soziale Unterstützung, desto geschützter ist der Mensch.“<sup>86</sup> Hieraus wird deutlich, dass sich dieses Konstrukt auf die positiven Aspekte familiärer und sozialer Beziehungen konzentriert. Ebenso existiert in der Literatur eine Vielzahl von Vorschlägen zur Unterscheidung

---

<sup>84</sup> Minnemann, 1994, S. 24

<sup>85</sup> vgl. Minnemann, 1994, S. 24ff

<sup>86</sup> vgl. George; George, 2003, S. 31

verschiedener Dimensionen sozialer Unterstützung. Es treten dabei vor allem drei Unterstützungsformen in den Vordergrund:

- Innerhalb der *emotionale Anteilnahme* wird durch eine intime und vertrauensvolle Beziehung das Selbstwertgefühl gestärkt, wobei persönliche Probleme besprochen werden und die Gefühle nachempfunden werden können, was den Anderen entlastet.
- Die *Leistung instrumenteller und materieller Hilfe* und damit die Unterstützung in der Lebensführung, sichert im jeweiligen Rahmen die Unabhängigkeit des Anderen.
- Die *Versorgung mit Information* über die Umwelt durch Ratschläge und die Vermittlung von Wissen trägt zur Sicherung der Souveränität und Würde bei.

Ergebnisse der Untersuchung von Minnemann bestätigen zudem das Verständnis von sozialer Unterstützung, wobei der Kern dieses Konstrukts „*die wahrgenommene emotionale Unterstützung, d.h. das Gefühl gebraucht zu werden, von anderen geliebt und geschätzt zu werden, ist*<sup>87</sup>. Besonders in Untersuchungen zu sozialen Netzwerken älterer Menschen wurde deutlich, dass soziale Kontakte und die damit verbundene Unterstützung eine Ressource ist, auf die in alltäglichen Problemsituationen als auch in Belastungssituationen zurückgegriffen wird. Besonders hier wurde deutlich, dass soziale Unterstützung die körperlichen und seelischen Auswirkungen von Belastungen vermindern kann, wobei bereits die bloße Anwesenheit (emotionale Anteilnahme) eines Angehörigen zur Entlastung beiträgt. Demzufolge kommt sozialen Beziehungen eine große Bedeutung hinsichtlich der Lebensqualität zu. Man unterscheidet dabei zwei positive Wirkungsweisen:

- „*Haupteffekt*“ – eine allgemeine Wirkung auf das Wohlbefinden
- „*Puffereffekt*“ – Wirkungsweise eines Puffers in Belastungssituationen

Zum einen kann soziale Unterstützung demzufolge das Wohlbefinden durch soziale Interaktion wie Entspannung, Humor oder Zuneigung steigern („Companionship“). Allein die Einbettung in ein soziales Netzwerk kann dabei das Eintreten und das Ausmaß von potentiellen Belastungen des Wohlbefindens verhindern oder abmildern. Zum anderen erleichtert sie den Umgang mit bereits eingetretenen Belastungssituationen bzw. kritischen Lebensereignisse wie einen Heimein-

---

<sup>87</sup> Minnemann, 1994, S. 144

zug und hilft das psychische Gleichgewicht wieder herzustellen. Ihre Wirkung ist erst positiv, wenn die Subsysteme der Pflegebedürftigen beachtet werden, da gleichzeitig die Gefahr der sozialen Abhängigkeit besteht.<sup>88,89</sup>

Soziale Unterstützungsnetzwerke sind dabei keine statischen und unveränderlichen Gebilde, sie unterliegen kontinuierlichen strukturellen und inhaltlichen Veränderungen<sup>90</sup>. Gerade die im Alter auftretenden Veränderungen wie der Verlust nahe stehender Menschen oder Pflegebedürftigkeit verbunden mit einem Heimeinzug, bedingen oft eine Modifikation der sozialen Beziehungen sowie die Möglichkeit soziale Kontakte zu pflegen. Gerade bei Hilfsbedürftigkeit stellt sich dann die Frage, wer die betroffene Person am besten unterstützen kann. In der Literatur existieren diesbezüglich mehrere Möglichkeiten. Einerseits werden Familienangehörige, vor allen Nicht-Verwandten, bevorzugt. An erster Stelle stehen die Ehepartner, es folgen die Töchter und Söhne, danach weitläufigere Verwandte. Die Hilfe von Freunden oder Nachbarn werde erst benötigt, wenn keine Familienangehörigen verfügbar sind. Andererseits stehe die individuelle Situation des älteren Menschen im Vordergrund, so dass die Hilfe und Unterstützung eher aufgabenspezifisch gegeben wird, denn jede Beziehung befriedige sozusagen andere Bedürfnisse. Bedingt durch die eingeschränkte Mobilität, sind die Kontakte hilfsbedürftiger Personen aber eher stärker auf Netzwerkpersonen gerichtet, die in geografischer Nähe wohnen.<sup>91</sup>

Eine gewisse Konstanz von lebensbegleitenden Unterstützungsnetzwerken weisen insbesondere **familiäre Beziehungen** auf. Dabei stellt die *Eltern-Kind Beziehung* im Alter die wichtigste dar. Die soziale Unterstützung bei Hilfsbedürftigkeit wird von den Kindern häufig in Form von „Companionship“ geleistet, aber auch als Pflege, Hilfe im Haushalt, sowie als Vermittlungsinstanz zu Behörden (z.B. Pflegekasse) oder Institutionen (z.B. Pflegeeinrichtungen). Besonders hier übernehmen sie eine wichtige Koordinations- und Steuerungsfunktion innerhalb des Gesundheitssystems. Die Kinder beschaffen dabei die notwendigen Informationen und beraten bezüglich eventueller Entscheidungen. Der *Ehe und Partnerschaft* wird ebenfalls eine große Bedeutung im Alter beigemessen. Sie gelten

---

<sup>88</sup> vgl. Minnemann, 1994, S. 31ff

<sup>89</sup> vgl. George; George, 2003, S. 31ff

<sup>90</sup> vgl. das dynamische Modell des „social convoy“ von Kahn & Antonucci (1980)

<sup>91</sup> vgl. Minnemann, 1994, S. 39ff, S. 115

ebenfalls, sofern sie noch vorhanden sind, als Hauptunterstützer. *Kontakte zu Geschwistern* dauern dahingegen potentiell schon ein Leben lang an und gehören zudem derselben Generation an, was sich in gemeinsam erlebten Erinnerungen, z.B. innerhalb der Familiengeschichte, zeigt. Diese Beziehung ist im Alter jedoch eher durch emotionale Unterstützung und Verbundenheit als durch instrumentelle Hilfe geprägt. Gerade bei Verwandten weisen Untersuchungen darauf hin, dass die Qualität der Bindung weniger vom Verwandtschaftsgrad, sondern eher von der individuellen Beziehung abhängt.<sup>92,93,94</sup>

Neben familiären Beziehungen umfassen soziale Netzwerke aber auch nicht-verwandte Personen in Form eines **außerfamiliären Netzwerks**, die ebenfalls wichtige Funktionen erfüllen und einen wesentlichen Beitrag zum Wohlbefinden im Alter leisten können. Hierzu gehören Freunde und Nachbarn. Vor allem *Freundschaftsbeziehungen* weisen einen hohen Stellenwert und eine zentrale Bedeutung für das Wohlbefinden im Alter auf. Sie beruhen auf Freiwilligkeit, gegenseitiger Sympathie und Anerkennung und sind somit wichtige Ergänzung zu den familiären Beziehungen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie mehr Distanz zu alltäglichen Routineabläufen und -problemen haben. Freunde leisten dabei häufiger emotionale Unterstützung und erfüllen vor allem als soziale Kontaktpersonen wichtige Funktionen der sozialen Integration.<sup>95,96</sup>

Soziale Beziehungen sind laut Minnemann gerade im höheren Alter von entscheidender Bedeutung für die Lebenszufriedenheit. Eine größere Anzahl von Netzwerkpersonen verweisen darauf, dass dies mit einem größeren Ausmaß erhaltener Unterstützung einhergeht. Dies kann jedoch nicht gleichzeitig auf die Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung übertragen werden. Personen mit umfangreichen Netzwerken verfügen zwar über mehr Hilfequellen, sie sind aber nicht zufriedener mit der Unterstützung, die sie erhalten, als Personen mit kleinen Netzwerken. Entscheidend ist demnach nicht die Größe des Netzwerks, sondern ob die Bedürfnisse der betroffenen Person in der erforderlichen Situation gestillt werden können. Einen wichtigen Aspekt diesbezüglich stellen die Bezüge

---

<sup>92</sup> vgl. George; George, 2003, S. 25

<sup>93</sup> vgl. Minnemann, 1994, S. 39ff

<sup>94</sup> vgl. BMFSFJ, 2001, S. 225f

<sup>95</sup> vgl. Fooker, 1999, S. 209ff

<sup>96</sup> vgl. Minnemann, 1994, S. 53f

zu den Netzwerkpersonen dar. Sie prägen durch ihren mehr oder weniger normativ festgelegten Charakter die Gestaltung von Beziehungen entscheidend mit. Als Ergebnis des bisherigen Forschungsstandes ist davon auszugehen, dass zwar die familiären Beziehungen mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen, aber auch die außerfamiliären Beziehungen im Alter keineswegs bedeutungslos sind. Die Betrachtung der Bedeutung von familiären und außerfamiliären sozialen Kontakten bringt in diesem Zusammenhang ein erstaunliches Ergebnis, wonach familiäre Beziehungen ob inter- oder intragenerational keinen signifikanten Einfluss auf das Wohlbefinden haben. Der Grund dafür bestehe darin, dass in Familien eine gegenseitige Verpflichtung und gesellschaftliche Norm existiert, die Hilfeleistungen voraussetzt. Freundschaften basieren dagegen auf freiwilliger Wahl und vermitteln so dem hilfsbedürftigen Menschen Wertschätzung und das Gefühl liebenswerte Qualitäten zu haben.<sup>97</sup>

## 2.2 Die Bedeutung der Angehörigen und der Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit ist im Zusammenhang mit der kundenorientierten Ausrichtung einer Einrichtung eine Aufgabe aller Mitarbeiter. Sie stellt einen **interdisziplinären Auftrag** dar. Jeder Teil einer Altenpflegeeinrichtung – angefangen von der Heimleitung, der Pflegedienstleitung, der Verwaltung, den Pflegemitarbeitern bis hin zum hauswirtschaftlichen Personal – kommt mit den Angehörigen der Heimbewohner in mehr oder minder ausgeprägtem Rahmen in Berührung und ist aufgefordert, die Angehörigen in den verschiedenen Informations- und Versorgungsabläufen zu berücksichtigen bzw. sie zu integrieren. Vergleichbar mit der Kundenorientierung muss dementsprechend auch Angehörigenarbeit im gesamten Versorgungsablauf gelebt werden. Um sich der Problematik der Angehörigenarbeit zu stellen, sind Kenntnisse über die Bedeutung der Angehörigen für den Bewohner, aber auch die Pflegekräfte sowie die Möglichkeiten der Angehörigen z.B. im Rahmen der sozialen Unterstützung eine Grundvoraussetzung.<sup>98,99</sup>

Laut George und George gibt es eine Reihe von wissenschaftlichen Befunden, die den Angehörigen der alten Menschen eine zentrale Rolle zukommen lassen. Standen eine Zeit lang die eher problematischen Anteile sozialer Beziehungen im

---

<sup>97</sup> vgl. Minnemann, 1994, S. 54f, S. 82f

<sup>98</sup> vgl. George; George, 2003, S. 12, 223

<sup>99</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 10

Vordergrund, konzentriert man sich in der heutigen Zeit auf deren positiven Einflüsse. Der Angehörige ist für den Pflegebedürftigen Menschen die wichtigste Bezugsperson. Ihre eigentliche Bedeutung liegt im psycho-sozial stabilisierenden Bereich und dient den Pflegebedürftigen sozusagen zur Wahrung von **Alltäglichkeit und Normalität**. Wie schon in Kapitel 2.1 beschrieben, hat ein unterstützendes soziales Umfeld die Wirkung belastende Ereignisse abzumildern. Gerade mit der Übersiedlung ins Heim sind die Angehörigen der kontinuierliche Faktor, der die Verbindung zur früheren vertrauten Lebenswelt herstellt und besonders in Krisen gewahrt werden muss. Zum einen kann der Angehörige wichtige Informationen liefern z.B. im Rahmen der Pflegeplanung und zum anderen kann er bei der Gestaltung der neuen Umgebung mithelfen und so zur Neuorientierung beitragen. Des Weiteren helfen sie durch ihre soziale Unterstützung z.B. die Integrationsphasen zu bewältigen. Demzufolge bietet Angehörigenarbeit die **Chance zur Integration** der Pflegebedürftigen in den Heimalltag.<sup>100,101,102,103</sup>

Auch für die Angehörigen ist der Heimeinzug häufig mit einer Lebenskrise verbunden. Diese ist zunächst von der Art der Beziehung abhängig, die sich im Zuge der Heimunterbringung in vertauschten Rollen widerspiegelt sowie der Qualität der Beziehung, was sich in gleichrangigem oder ungleichrangigem Beziehungsverhalten zeigt. Die daraus resultierenden Probleme, enttäuschten Hoffnungen, Schuldgefühle und unterschiedlichen Ansichten und Meinungen werden somit in den Heimalltag hineingetragen. Diese Problematik kann durch aktive und erfahrene Pflegekräfte im Rahmen der Angehörigenarbeit erkannt und konstruktiver bearbeitet werden. Eine möglichst früh einsetzende Angehörigenarbeit bietet für die Angehörigen die Möglichkeit, das weitere Vorgehen positiv zu beeinflussen und die Arbeit der Einrichtung zu verstehen. Somit kann von vornherein einem **problematischen Miteinander weitestgehend vorgebeugt** werden. Des Weiteren trägt Angehörigenarbeit zu mehr Verständnis für die Probleme und Veränderungen der Bewohner sowie eine verbesserte Atmosphäre im Heim durch einen **entspannteren Umgang** miteinander bei.<sup>104,105</sup>

---

<sup>100</sup> vgl. Koch-Straube, 1999, S. 156f

<sup>101</sup> vgl. George ; George, 2003, S. 22f

<sup>102</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 133

<sup>103</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 9f

<sup>104</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 124

<sup>105</sup> vgl. George; George, 2003, S. 23f

Die Angehörigen sind die Verbindung der Einrichtung nach draußen und nehmen aus diesem Grund eine **Schlüsselposition in Bezug auf das Image** in der Gesellschaft ein. Aus diesem Grund haben sie eine wichtige Bedeutung für die Einrichtung, denn ein Heim arbeitet erst wirtschaftlich, wenn es ausgelastet ist. Angehörige entscheiden zumeist über die Heimunterbringung, geben in diesem Zusammenhang auch Informationen an Bekannte oder Verwandte weiter und tragen so zur **Meinungsbildung der Öffentlichkeit** bei. Des Weiteren stellen die Angehörigen einen bedeutsamen Ansprech- und Handelspartner für die Pflegekräfte dar und unterstützen und entlasten auch in praktischer Hinsicht.<sup>106</sup> Gerade in Zeiten von Personal- und Zeitmangel kommt der **entlastenden Wirkung** von Angehörigenarbeit eine hervorstechende Bedeutung zu. Zum einen können die Angehörigen die Verhaltensweisen des Bewohners erklärbar machen und wichtige Informationen liefern. Zum anderen trägt allein der Besuch der Angehörigen zur Entlastung bei, da sie ihnen die Aufmerksamkeit geben können, die die Pflegekräfte aus Zeitmangel nicht leisten können, aber auch Unterhaltung und beschäftigt sein bieten. Es ist also Zeit, die gewonnen wird, da sich die Mitarbeiter in diesen Stunden nicht so intensiv um den Bewohner kümmern müssen. Des Weiteren kann die Möglichkeit, den Angehörigen soziale und emotionale Anteile in besonders schwierigen Situationen zu überantworten, die Pflegekräfte psycho-sozial entlasten. Weitere Entlastung ist vor allem durch die vielfältigen Formen der Angehörigenintegration innerhalb der Betreuung und Pflege gegeben, die auch das Erkennen problematischer Entwicklungen durch die Angehörigen erlauben. Es besteht jedoch die Gefahr, diese Entlastung als Personalentlastung zu interpretieren. Sie hat eher qualitativen Charakter, denn die Bewohner werden dadurch stabilisiert, die Mitarbeiter in ihrer Verantwortung entlastet und erfahren Rückmeldung. Dieses Mit- und nicht Gegeneinander führt zu einer Steigerung der Zufriedenheit auf allen Seiten, wobei im weitesten Sinne zusätzliche ehrenamtliche Kräfte gewonnen werden können.<sup>107,108,109,110</sup>

---

<sup>106</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 5f

<sup>107</sup> vgl. George; George, 2003, S. 24f

<sup>108</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 15f, 128, 122ff

<sup>109</sup> vgl. George; George, 2003, S. 10ff

<sup>110</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 134

## 2.3 Angehörigenarbeit in stationären Altenpflegeeinrichtungen

### 2.3.1 Definitionen und Grundlagen

Im Folgenden sollen einige Definitionen im Zusammenhang mit Angehörigenarbeit vorgenommen werden, sowie die Grundlagen der Angehörigenarbeit wie Standards oder gesetzliche Regelungen erläutert werden.

George und George fassen den Angehörigenbegriff etwas weiter und zählen neben den Familienangehörigen auch Freunde oder Lebensgefährten dazu. Als **Angehörige** sehen sie „*all diejenigen Personen [...], die sich in einer vertrauten, häufig auch verpflichtenden Nähe [...] befinden*“.<sup>111</sup> Angehörige bringen jedoch unterschiedliche Voraussetzungen hinsichtlich ihres Engagements mit. Es wird dabei unterschieden in **delegierende Angehörige**, die das Heim als Serviceeinrichtung betrachten. Sie sehen sich selbst in einer Kontrollfunktion und kommen in unregelmäßigen Abständen zu Besuch. Eine weitere Gruppe sind die **pflgenden Angehörigen**, die regelmäßig zu Besuch kommen. Sie unterteilen sich wiederum in die *distanzierenden Angehörigen*, die sich mehr um die hauswirtschaftliche Zusatzversorgung kümmern, als um den Pflegebedürftigen selbst sowie die *aktiv pflgenden Angehörigen*, die den Heimbewohner zumeist schon vorher im Rahmen der häuslichen Pflege versorgt haben und dies auch weiterhin tun, da sie Wissen und Erfahrung in dessen Pflege haben. Im Gegensatz zu den distanzierenden Angehörigen übernehmen sie pflegerische Aufgaben und helfen bei aktivierenden Übungen und geben mit ihrer fast täglichen Anwesenheit Orientierung und psychische Unterstützung. Dies birgt jedoch auch die Gefahr, dass sich die Pflegebedürftigen nicht integrieren können, da der Angehörige die primäre Bezugsperson bleibt. Eine dritte Gruppe sind die *psycho-sozial stabilisierenden Angehörigen*. Sie konzentrieren sich vorwiegend auf die psychische Betreuung des Heimbewohners und investieren viel Zeit in ihre Besuche. Diese Gruppe weist die wenigsten Konflikte zu den Beteiligten auf und die Integration der Pflegebedürftigen gelingt leichter.<sup>112,113</sup>

Aufgrund der o.g. Bedeutung der Angehörigen stellt ihre Einbindung in die stationäre Pflege einen Grundpfeiler des Pflegewesens dar. Um im Heimalltag eine individuelle Pflege und Betreuung zu gewährleisten, kommt dem Einbezug der

<sup>111</sup> George; George, 2003, S. 16

<sup>112</sup> vgl. George; George, 2003, S. 10ff

<sup>113</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 79ff

Angehörigen eine zentrale Rolle zu, gerade in Zeiten von Zeit- und Personalmangel. Sie sind somit *„eine Kommunikations- und Motivationsinstanz, ohne deren verständige Einbeziehung die viel beschworene Effizienz und Effektivität [...] schwerlich zu gewährleisten wären.“*<sup>114</sup> Dies legt nahe, dass **Angehörigenarbeit** mehr als die zufällige Begegnung mit Angehörigen ist, nämlich die Arbeit für, an und mit Angehörigen. Sie *„heißt einerseits, dass die Angehörigen (ein) Ziel der Arbeit der Einrichtungsmitarbeiter sind: sie arbeiten für sie und „an“ ihnen. Andererseits arbeiten die Mitarbeiter mit ihnen: ungleiches Wissen, ungleiche Tätigkeiten, ungleiche Rollen, aber gleichrangig und partnerschaftlich und einander unterstützend.“*<sup>115</sup> Das **Angehörigenmanagement** bezieht sich demnach auf ein strukturiertes Vorgehen bezüglich der Arbeit mit Angehörigen, innerhalb dessen Ziele und Anforderungen der Betroffenen und Experten festgelegt werden. Im Rahmen der Angehörigenarbeit findet man die **Angehörigenintegration**, die durch die Einbeziehung der Angehörigen in den Alltag gekennzeichnet ist. Des Weiteren soll in diesem Zusammenhang die **Angehörigenbetreuung** erwähnt werden, die z.B. die Kontaktpflege oder die Unterstützung bei Krisen beinhaltet und somit eng verbunden mit der **Angehörigenbegleitung** ist. Sie vereint jedoch eher die unterstützenden und entlastenden Angebote durch die Mitarbeiter.<sup>116,117,118</sup>

So unterschiedlich die Menschen bzw. die Angehörigen und ihre Beziehung zu dem Bewohner sind, so vielfältig gestaltet sich die Angehörigenarbeit. Da es in der Praxis nicht möglich ist, den Umgang mit Angehörigen auf jeden speziell zuzuschneiden, jedoch die Begegnung zwischen Bewohnern, deren Angehörigen und den Mitarbeitern der Einrichtung trotz alledem keine zufällige ist, ist es wichtig die Zusammenarbeit in einem gewissen Maße institutionalisieren, d.h. ein **Konzept für die Angehörigenarbeit** zu entwickeln. Darin müssen die Ziele, Arbeitsformen (vgl. Abbildung 5) und Zuständigkeiten (siehe Abbildung 4) für die unterschiedlichen Angehörigenformen geklärt sowie die Erwartungen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Einrichtung und Angehörigen beschrieben werden.

<sup>114</sup> George; George, 2003, S. 10

<sup>115</sup> Daneke, 2000, S. 102

<sup>116</sup> vgl. George; George, 2003, S. 10ff

<sup>117</sup> vgl. Igl; Klie, 2002, S. 10

<sup>118</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 87, 101

Des Weiteren müssen Regelungen für die Integration der konzeptionellen Angehörigenarbeit in den Heimalltag gefunden werden. Ein wesentlicher Aspekt ist dabei die **Systematisierung der Angehörigenarbeit**. Sie beinhaltet neben einem intensiven Informationsaustausch, die Entwicklung adressaten- und krisenspezifischer Kooperationsformen. Angehörigenarbeit muss sich demnach an den verschiedenen Angehörigengruppen mitsamt ihren Bedürfnissen, Möglichkeiten und Motiven orientieren und ihnen abgestimmte Rollen anbieten können. Beispielsweise liegt der Schwerpunkt bei pflegenden Angehörigen darin, ihre Gestalterrolle inhaltlich zu füllen, während bei delegierenden Angehörigen versucht werden muss den sporadischen Kontakt zu stabilisieren. Gerade in Krisensituationen wie dem Einzug oder gesundheitlichen Verschlechterungen leistet die Intensivierung der Kooperation mit Angehörigen einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung. Gemeint sind damit z.B. Übernachtungsangebote für Angehörige, eine gezielte Vorbereitung des Heimeinzugs sowie Hilfsangebote für die Angehörigen. Eine hervorzuhebende Rolle hat die Vorphasen- und Übergangsarbeit sowie das Erstgespräch, was in den nachfolgenden Kapiteln näher erläutert wird. Die informelle Seite darf dabei jedoch nicht vernachlässigt werden, weil ein Großteil der Angehörigenarbeit von weniger deutlich erfassten Tätigkeiten getragen wird. Somit ist die informelle Seite durchaus als Teil des Konzepts zu verstehen, da sie die formelle Seite ergänzt.<sup>119</sup>

Eine weitere Möglichkeit bieten Standards, d.h. konkrete Ausführungsbestimmungen der Gesamteinrichtung in einer bestimmten „planbaren“ Situation. **Standards** bilden allgemein gültige Verhaltensregeln und schaffen die Voraussetzung für ein konstruktives Verhältnis, indem vorausschauend, vorbereitet und strukturiert gearbeitet wird. Des Weiteren bilden sie für alle verbindliche Definitionen der Pflege- und Betreuungsqualität, vereinheitlichen die Arbeit und reduzieren so die Arbeitsbelastungen, da gezielt gearbeitet werden kann. Standards leisten ebenso einen Beitrag zu mehr Transparenz, indem sie schriftlich formuliert und für jeden zugänglich gemacht werden und so besonders die Angehörigen wissen und verstehen, was sie erwartet. Pflegekräfte verfügen damit über ein Hilfsmittel, Konflikte zu verstehen und erhalten somit Verhaltenssicherheit. Laut George und George sind Standards Resultate des gemeinsamen Erfahrungs- und Entwick-

---

<sup>119</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 90, 136ff

lungsprozesses, wobei je nach Thema Pflegekräfte, hauswirtschaftliche Kräfte, Leitungskräfte, Angehörige und Bewohner mitwirken. Im Sinne der Kundenorientierung müssen die Standards auf die Kunden abgestimmt werden und gegebenenfalls in regelmäßigen Abständen angepasst werden, damit die Angehörigen sich und ihre Bedürfnisse wahr- und ernstgenommen sehen.<sup>120,121</sup>

In der Praxis werden die Zuständigkeiten innerhalb der Angehörigenarbeit unterschiedlich gehandhabt. Wie in Abbildung 4 dargestellt, gibt es Unterscheidungen innerhalb der verschiedenen Phasen der Versorgung sowie der unterschiedlichen Bereiche und Arbeitsformen. Besonders die Rolle der Pflegekräfte, die laut Daneke die Hauptbeteiligten der Angehörigenarbeit sind, soll besonders im Hinblick auf die Kundenorientierung hervorgehoben werden. Sie haben den

<b>Phasenspezifische Arbeitsteilung</b>	
Übergangsphase:	Sozialdienste, Heimleitung
Aufnahmephase:	Sozialdienste, Pflegedienstmitarbeiter
Heimphase bis Sterbephase:	Pflegemitarbeiter
Tod:	Heimleitung, Sozialdienste
<b>Bereichsspezifische Aufteilung</b>	
informelle Einzelberatung, alltäglicher regelmäßiger Kontakt, psychische Unterstützung:	überwiegend Pflegemitarbeiter
sozialrechtliche Beratung, psychische Unterstützung, formelle und informelle Beratung, Hausbesuche, Erstgespräche:	überwiegend Sozialdienste
Beschwerde, Vorträge, Angehörigentreffen, formelle Einzelberatung, finanzrechtliche Beratung, Informationsveranstaltungen, Einführungsgespräche:	überwiegend Heimleitung

**Abbildung 4 Phasen- und bereichsspezifische Arbeitsteilung**  
**Quelle: vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 110**

häufigsten Kontakt mit den Wünschen, Erwartungen und Beschwerden der Angehörigen, sie sind sozusagen ihr **primärer Ansprechpartner**. Aufgrund dessen ist es sinnvoll schon bei der Einführung der Angehörigenarbeit die Ideen und Erfahrungen der Mitarbeiter zu erfragen und zu berücksichtigen, sowie ihr professionelles Selbstbewusstsein zu fördern z.B. durch Fortbildungen in Kommunikation und Beschwerdemanagement und kontinuierlicher Begleitung, denn das *„Wohlbefinden der Mitarbeiter in der Einrichtung ist [die Basis] fortschrittlicher und*

<sup>120</sup> vgl. George; George, 2003, S. 44

<sup>121</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 102ff

*stabiler Arbeit und damit Erfolg und Misserfolg des Hauses.*<sup>122</sup> Die Aufgaben der Pflegekräfte bestehen darin, die Situation der Bewohner und Angehörigen einzuschätzen, entsprechend darauf zu reagieren sowie Informationen an die entsprechenden Vorgesetzten weiterzuleiten. Die Angehörigen erwarten von ihnen Information, Unterstützung, einen gegenseitigen Austausch sowie Verlässlichkeit und Kontinuität. Erfüllen sich diese Erwartungen entsteht **Orientierung und Verhaltenssicherheit**, was die Hilfe und Unterstützung der Angehörigen erst vollständig wirksam macht. Besteht innerhalb der **unterstützenden Austauschbeziehungen** ein Defizit, so entstehen Konflikte. Um in Zukunft eine die Würde des Menschen schützende Pflege zu gewährleisten, müssen die Einrichtungen berücksichtigen, dass Angehörigenarbeit einen Interaktionsprozess zwischen den Pflegenden, Bewohnern und ihren Angehörigen darstellt und somit der Gestaltung dieser Beziehung eine zentrale Bedeutung bezüglich der Lebensqualität der Heimbewohner zukommt, die der gemeinsame Nenner allen Handelns sind. Jede Seite könnte demzufolge von einer gegenseitigen offenen Begegnung profitieren.<sup>123,124,125</sup>

Angehörigenarbeit wird innerhalb einer stationären Altenpflegeeinrichtung als **freiwillige qualitätssichernde Maßnahme** betrachtet. Da Qualitätssicherung bedeutet, sein eigenes Handeln zu reflektieren, trägt die Angehörigenarbeit sozusagen zur Güte der Einrichtung bei und sichert so letztendlich die Existenz durch einen guten Ruf in der Öffentlichkeit. Zur Umsetzung der Angehörigenarbeit müssen auch im Sinne der Kundenorientierung durch Heimträger oder –leitung die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dem Management kommt daher die Aufgabe zu die Angehörigenarbeit zu konzipieren, zu organisieren und zu unterstützen zum Beispiel durch eine entsprechende Verankerung im Leitbild, was den Mitarbeitern und Kunden einen normativen Werte- und Zielrahmen vorgibt. Weitere Rahmenbedingungen sind die Bereitstellung von Ressourcen wie Zeit, Geld oder Räumlichkeiten, entsprechende Maßnahmen der Personalentwicklung zum Aufbau persönlicher und professioneller Kompetenz sowie geeignete Qualitätsmanagement-Maßnahmen z.B. in Form von regelmäßigen

---

<sup>122</sup> Daneke, 2000, S. 138

<sup>123</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 9, 124, 129f

<sup>124</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 45, 116

<sup>125</sup> vgl. Koch; Straube, 1999, S. 156f

Angehörigenbefragungen. Innerhalb dieses Angehörigenmanagements übernehmen aber auch zunehmend die Wohnbereichsleitungen die Ausarbeitung von Maßnahmen. Sie vermitteln zudem zwischen den Mitarbeitern und der Heimleitung, da für Angehörigenarbeit Freiräume und Möglichkeiten geschaffen werden müssen.<sup>126,127</sup>

### 2.3.2 Möglichkeiten der Angehörigenarbeit

Das Spektrum an Arbeitsformen, Veranstaltungen und damit verbundenen Zielen innerhalb der Angehörigenarbeit ist vielfältig. Wie in Abbildung 5 dargestellt, umfasst es den Informationsaustausch, Hilfen für Angehörige, um sie zu entlasten

<b>Information der Angehörigen</b>	
Arbeitsformen...	Ziele...
➤ Informationsveranstaltungen	➤ die Institution kennenlernen
➤ regelmäßige Sprechstunden	➤ Informationen über den Bewohner
➤ Gesprächsrunden/Angehörigenabende	➤ Gelegenheit für Austausch von Anliegen und Kritik geben
➤ Einzelfallberatung	➤ Verständnis für die Arbeitsweisen des Pflegepersonals zu vermitteln
➤ Einführungsgruppen	
➤ Haus-/Krankenhausbesuche	
<b>Hilfe für Angehörige</b>	
Arbeitsformen...	Ziele...
➤ Gesprächskreise	➤ Angehörige als Partner ernst nehmen
➤ Kontaktpflege nach dem Tod	➤ Hilfe und Unterstützung bei eigenen Problemen
➤ Übernachtungsmöglichkeiten, Besuchszimmer	
<b>Kooperation mit Angehörigen</b>	
Arbeitsformen...	Ziele...
➤ Beteiligung an der Pflege	➤ Entlastung der Mitarbeiter
➤ Beteiligung an aktivierenden Maßnahmen	➤ Gewährleistung einer individuellen Pflege (in biografischer Kontinuität)
➤ Beteiligung an organisatorischer und hauswirtschaftlicher Versorgung	➤ Ermöglichung von Betreuungsformen, die auf spezielle Zielgruppen abgestimmt sind
➤ Beteiligung an der psychosozialen Unterstützung der Bewohner	➤ Einbindung der Angehörigen in die gemeinsame Sorge und Verantwortung

**Abbildung 5** Formen und Ziele der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Mitarbeitern

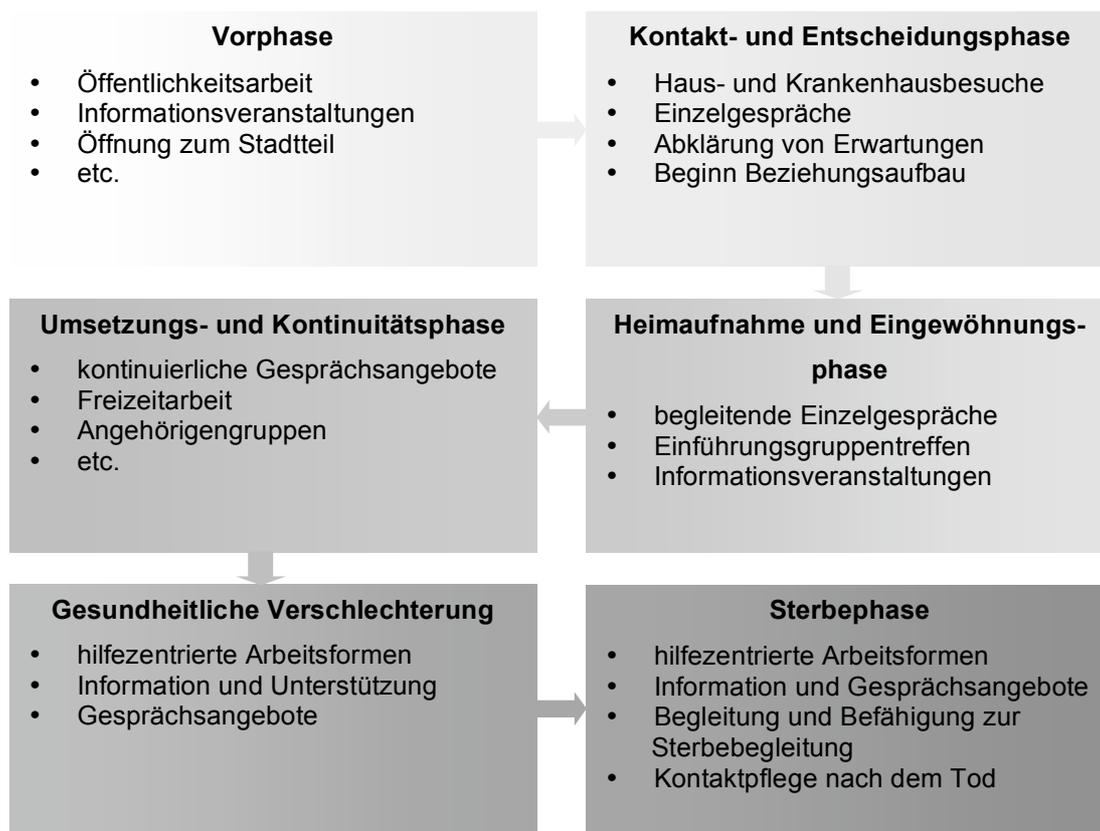
**Quelle:** Eigene Darstellung vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 91

<sup>126</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 80, 131ff

<sup>127</sup> vgl. George; George, 2003, S. 226

sowie konkrete Mitwirkungsmöglichkeiten der Angehörigen an der Betreuung, Versorgung und Pflege des Heimbewohners. Die vorherrschende Form der Angehörigenarbeit stellt jedoch der Informationsaustausch dar, gefolgt von den verschiedenen Kooperationsmöglichkeiten. Der Einsatz dieser Arbeitsformen unterscheidet sich zudem noch von Heim zu Heim und sogar auf den verschiedenen Wohnbereichen. Hervorzuheben sind jedoch die Einzelgespräche und die Zusammenarbeit bei der Einrichtung von Bewohnerzimmern, die im Rahmen der Untersuchung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) als besonders intensiv hervorgehoben werden.<sup>128</sup>

Im Folgenden werden die wichtigsten Etappen, in denen Angehörigenarbeit und damit verbunden Kundenorientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen stattfinden kann, anhand der in Abbildung 6 veranschaulichten Phasen dargestellt, wobei es für jede dieser Phasen Möglichkeiten des Einbezugs der Angehörigen, aber auch typisch auftretende Probleme gibt. Dabei werden der Einzug, der



**Abbildung 6 Phasen der Angehörigenarbeit**  
**Quelle: Eigene Darstellung vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 107, 139**

<sup>128</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 90ff

Übergang und die Eingewöhnung als Integrationsphasen betrachtet, die allgemein anerkannt als Risikosituationen zu sehen sind und daher auch erhöhter Aufmerksamkeit bedürfen. Eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit Angehörigen findet ebenfalls in Zeiten der Gesundheitsverschlechterung des Heimbewohners und im Sterbeprozess statt. In diesen Phasen suchen Angehörige vermehrt Information und Unterstützung durch die Pflegekräfte.<sup>129</sup>

Die Angehörigenarbeit beginnt, auch im Sinne der Kundenorientierung wie in Kapitel 1.3 dargestellt, schon weit vor dem Heimeintritt. Zu dieser **Vorphasenarbeit** gehört eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, die bereits Parallelen zu kundenorientiertem Verhalten aufzeigt. Hierzu gehört die Organisation von Informationsveranstaltungen oder die Öffnung zum Stadtteil z.B. durch öffentliche Feierlichkeiten oder eine öffentliche Cafeteria etc. Es folgt daraufhin die **Kontakt- und Entscheidungsphase**, in der die Einrichtung ausgewählt wird. Menschen, die ihren Haushalt auch mit Unterstützung von Angehörigen nicht mehr selbständig führen können, kommen an den Punkt an dem sie in ein Heim umziehen. Gerade diese Menschen benötigen besonderen Schutz, da sie in den meisten Fällen ihre eigenen Interessen nicht mehr selbständig wahrnehmen können. An dieser Stelle kommt der Beratung und Mitwirkung von Angehörigen eine besondere Bedeutung zu, denn sie spielen eine wichtige organisatorische und vermittelnde Rolle vor dem Heimeintritt. In dieser Phase sind Haus- oder Krankenhausbesuche durch Mitarbeiter der Einrichtung möglich, die zur Abklärung von Erwartungen und zum allgemeinen Beziehungsaufbau beitragen. Diese beiden Vorbereitungsphasen erhöhen die Chancen den Übergang ins Heim konstruktiv zu bewältigen, indem sie das, was auf die zukünftigen Heimbewohner zukommt, antizipierbar machen.<sup>130,131</sup>

Besonders die **Phase des Heimeinzugs und der Eingewöhnung** ist von großer Bedeutung, da spätestens hier der Grundstein für die zukünftige Beziehung gelegt wird. Spätestens jetzt entsteht Kontakt zwischen den Angehörigen und den Mitarbeitern der Einrichtung. Damit das Leben im Heim trotz alledem weitestgehend selbstbestimmt und unter Achtung der Menschenwürde stattfinden kann, sollte der Umzug in ein Heim laut Bartholomeyczik und Schrems unter Einbezie-

---

<sup>129</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 27

<sup>130</sup> vgl. Evers; Rauch, 2000, S. 114ff

<sup>131</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 29, 139

hung der Bedürfnisse der Pflegebedürftigen als auch deren Angehörigen erfolgen. Auf Seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen ergeben sich hierbei Probleme aufgrund der Art und der Qualität der Beziehung, die Probleme wie Schuldgefühle mit sich bringen, was die Pflegekräfte teilweise unbemerkt zu „Sündenböcken“ werden lässt. Hinzu kommt die Frage, ob die Angehörigen vor dem Heimeinzug häusliche Pflege und Betreuung geleistet haben. War das der Fall, sind sie im Laufe der Zeit zu Experten in der Betreuung des Pflegebedürftigen geworden. Empfangen sie aufgrund dessen Kritik durch das Pflegepersonal statt Anerkennung, ist eine konfliktreiche Beziehung das Ergebnis.<sup>132,133</sup>

Damit Angehörige ihrer Funktion als kontinuierlicher Faktor im Leben des Pflegebedürftigen nachkommen können, muss die Auf- und Annahme der Angehörigen in die Einrichtung nach Daneke aktiv und offen gestaltet werden. Des Weiteren müssen eventuelle Problematiken von Anfang an erkannt und konstruktiv bearbeitet werden. Gerade die intensive Zusammenarbeit in der Anfangsphase – vor Heimeintritt und beim Heimeinzug – bildet eine Schlüsselstelle für die zukünftig erfolgreiche Angehörigenarbeit, indem sie die Voraussetzung für eine vertrauensvolle Austauschbeziehung schafft und somit die zukünftige Kooperation zwischen Angehörigen und Mitarbeitern prägt. Sie wirkt sich insbesondere auf die Integration der Bewohner, das Ausmaß der Entlastung der Mitarbeiter und der Mitarbeit der Angehörigen aus. Bewährt haben sich dabei Einzelgespräche, Einführungsgruppentreffen oder Informationsveranstaltungen. Dem Erstgespräch, was im folgenden Kapitel näher erläutert wird, muss daher ein großzügiger zeitlicher Rahmen zur Verfügung stehen. Hier werden die Bedürfnisse der Angehörigen und ihre Einbeziehung geklärt sowie Grundlagen für die individuelle Pflegeplanung gelegt. Aufgrund der Vorerfahrungen der Angehörigen in der häuslichen Pflege sollten ihnen die Möglichkeit gegeben werden, mit dem Einverständnis des Bewohners, wichtige Informationen bezüglich der Pflege und Betreuung des Heimbewohners an die Mitarbeiter weitergeben zu können.<sup>134,135</sup>

Heime stellen einen Lebensraum dar. Aus diesem Grund sollen sie es ermöglichen, dass sich die Heimbewohner zu Hause fühlen. Einen Beitrag dazu leisten

<sup>132</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 3, 10ff, 14

<sup>133</sup> vgl. Bartholomeyczik; Schrems, 2004, S. VII

<sup>134</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 3, 10ff, 14

<sup>135</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 126ff, 138f

Heime, deren Betreuungskonzepte nicht die Pflegebedürftigkeit der Bewohner in den Mittelpunkt stellen, sondern die Förderung ihrer Fähigkeiten, wobei ihre Wünsche hinsichtlich der Lebensgestaltung berücksichtigt werden. Ein wesentli-

<b>Angehörige arbeiten mit bei...</b>	
→ <b>hauswirtschaftlicher Versorgung:</b>	Erladigung von Besorgungen, Behördengänge, Zimmer aufräumen und säubern, Finanzverwaltung, Wäsche in Ordnung halten
→ <b>grundpflegerischer Versorgung:</b>	Essenshilfe, Körperpflege, Begleitung zum Arzt, Betreuung über Nacht
→ <b>medizinischer Behandlungspflege:</b>	Wundversorgung, Einreibungen
→ <b>aktivierenden Maßnahmen:</b>	Bewegungsübungen, Orientierungs- und Gedächtnisübungen
→ <b>psychosoziale Betreuung:</b>	regelmäßige Kontaktpflege, Orientierungshilfen und Mitgestaltung der neuen Umgebung, Informationsvermittlung zur Verbesserung der Pflegeplanung, Unterstützung in Krisen (Sterbebegleitung)

**Abbildung 7** Betätigungsspektrum der Angehörigen  
Quelle: vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 74

cher Faktor, der dazu beiträgt, sind die sozialen Kontakte. Die Angehörigenarbeit hat verschiedene Möglichkeiten diese in der **Umsetzungs- und Kontinuitätsphase** zu gestalten. Man kann dabei zwei Arten unterscheiden. Nach *außen gerichtete Maßnahmen* sind u.a. Tage der offenen Tür, eine öffentliche Cafeteria, die Herausgabe von Broschüren und die Einbindung der Angehörigen in die Erstellung, öffentliche Informationsveranstaltungen sowie Befragungen. Nach *innen gerichtete Angebote* können Angehörigensprechzeiten auf den verschiedenen Einrichtungsebenen, Angehörigenbeiräte oder das Eingehen auf Wünsche, Kritik, Anregungen und Anfragen von Angehörigen sein. Besonders sind laut einer Untersuchung des KDA die Angehörigengruppen hervorzuheben, wobei sich die Angehörigen am ehesten durch Gruppenarbeit aktivieren lassen, z.B. auch im Rahmen der Zusammenarbeit zur Organisation von Freizeitveranstaltungen wie Feste oder Ausfahrten. Gerade für delegierende Angehörige gehören regelmäßige Gesprächsangebote zu einem wichtigen Bestandteil kontinuierlicher Angehörigenarbeit. Je nach Voraussetzungen erstreckt sich das Engagement der Angehörigen neben dem in Abbildung 7 dargestellten Mitwirkungsspektrum im Heimalltag vor allem auf ergänzende hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgungsleistungen. Gemäß KDA ist die regelmäßige Mitwirkung der Angehörigen an der Grund-

und Behandlungspflege als auch therapeutischen Hilfen eher eine Ausnahme. Von hervorzuhobender Bedeutung ist die psycho-soziale Stabilisierung der Heimbewohner wie sie auch schon in Kapitel 2.2 erläutert und in Abbildung 7 veranschaulicht wird.<sup>136,137,138</sup>

Eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit Angehörigen findet ebenfalls in Krisenzeiten statt, die insbesondere die **gesundheitliche Verschlechterung** und die **Sterbephase** umfassen. Angehörige sind hier meist selbst Betroffene, da sie keinen inneren Abstand zum Geschehen haben. Im Vordergrund stehen deshalb eher hilfezentrierte Angebote (siehe Abbildung 5) wie die psychische Betreuung, aber auch Informationen z.B. in Form sozialrechtlicher Beratung. Die Mitarbeiter haben dabei die Aufgabe zu unterstützen, zu informieren und die Angehörigen je nach deren Möglichkeiten und Bedürfnissen zur Sterbebegleitung zu begleiten und zu befähigen. Grundsätzlich bestimmen jedoch die Wünsche und Bedürfnisse der Heimbewohner und Angehörigen diesen Prozess, wobei auch das Angebot der Übernachtungsmöglichkeit und Teilnahme am Essen ausreichend sein kann. Ein bedeutsamer Teil ist zudem die Kontaktpflege nach dem Tod, insbesondere im Rahmen der Trauerbewältigung. Auch wenn Angehörigenarbeit innerhalb der Sterbephase kurzfristig mehr Flexibilität und Personal erfordert, ist es für das Image der Einrichtung lohnend, da die Kunden ihre Erfahrungen der Öffentlichkeit mitteilen und andere Bewohner der Sterbephase weniger ängstlich entgegensehen.<sup>139,140,141</sup>

### **2.3.3 Information und Kommunikation in der Angehörigenarbeit**

Information, Kommunikation und die damit bedingende Transparenz sind zentrale Voraussetzungen überlebensfähiger Organisationen, da sie mit ihren Kunden in einen Dialog treten müssen (vgl. Kapitel 1.1), um Informationen über ihre Erwartungen und Forderungen zu erlangen. Aufgrund dieser Bedeutung innerhalb der Angehörigenarbeit und der kundenorientierten Ausrichtung der Einrichtung sollen speziell die Thematiken Information und damit der Kommunikation im Folgenden gesondert erläutert werden.

---

<sup>136</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004. Seite 11f.

<sup>137</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 128ff

<sup>138</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 101

<sup>139</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 107

<sup>140</sup> vgl. Bartholomeyczik; Schrems, 2004, S. XIII

<sup>141</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 107ff

Viele Konflikte zwischen Angehörigen und Pflegeeinrichtung basieren auf einem **Mangel an Informationen**. Einerseits können Angehörige aufgrund dessen die Arbeitsinhalte und –abläufe teilweise nicht richtig nachvollziehen und dementsprechend auch die Erfüllbarkeit ihrer Wünsche und Erwartungen nicht richtig einschätzen. Andererseits hängt die Integration und Neustrukturierung des Bewohners davon ab, wie viel über seinen biografischen Hintergrund und seine Bedürfnisse bekannt ist. Information ist demnach ein **gegenseitiger Prozess** – jeder Beteiligte ist verpflichtet Informationen zu liefern. Angehörige können vielfältige Informationen zum zukünftigen Bewohner liefern, was jedoch dessen Zustimmung benötigt. Diese reichen von den bloßen Personalien über die gesundheitliche Entwicklung bis hin zu biografischen Angaben. Im Gegenzug benötigen die Angehörigen Informationen von der Einrichtung zum Heimvertrag, den finanziellen Bedingungen, den Heimleistungen, was von ihnen erwartet wird und Informationen zu sonstigen organisatorischen Fragen. Die Bedeutung des Informationsaustauschs liegt demnach in *„der wechselseitigen Verständigung von Mitarbeitern und Angehörigen über ihre jeweiligen Anliegen und Handlungsweisen ebenso wie der Verständigung über Befinden und Hilfebedarf des Bewohners“*<sup>142</sup> und verfolgt damit die in Abbildung 5 dargestellten Ziele. Der Austausch von Informationen ist als **kontinuierlicher Prozess** zu sehen, der je nach Phase unterschiedliche Intensität hat, der strukturellen Asymmetrie entgegenwirkt und Transparenz schafft.<sup>143,144,145</sup>

Die Basis der Begegnung von Menschen und somit des Informationsaustausches bildet die Kommunikation. Ohne Austausch kann es zu keinem Miteinander kommen, da alle Beteiligten – vom Bewohner und seinen Angehörigen bis hin zu den Pflege- und Leitungskräften – ihre eigenen Interessen verfolgen. Kommunikation kann dementsprechend als Hilfsmittel gesehen werden, mit dem die Beziehungen in Altenpflegeeinrichtungen gestaltet werden können. Wichtig ist das Kommunikationsverhalten im Alltag wahrzunehmen, zu reflektieren und angemessen zu reagieren. *„Förderlich für ein gutes, konstruktives Verhältnis zueinander ist, dass man die Möglichkeiten sowie die Bedürfnisse des anderen erkennt und*

---

<sup>142</sup> Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 93

<sup>143</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 59f, 135

<sup>144</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 93f

<sup>145</sup> vgl. George; George, 2003, S. 64, 72

*anerkennt*.<sup>146</sup> Aus einer offenen Begegnung profitieren somit alle, ist die Kommunikation jedoch vorbehaltbelastet, resultiert daraus eine schwierige konflikthafte Kommunikation, die zu Arbeits- und Kundenunzufriedenheit oder auch weniger Auslastung der Einrichtung führen kann. Das **Ziel der Kommunikation** besteht in einem konstruktiven Miteinander, in dem alle Beteiligten im Sinne der Kundenorientierung gleich behandelt werden.<sup>147</sup>

Die Kommunikation unterliegt verschiedenen Einflussfaktoren wie den Befugnissen und Kompetenzen, den persönlichen Erfahrungen, der Persönlichkeit, dem Gesundheitszustand oder auch der Sozialisation der Beteiligten. Ist der Angehörige z.B. nicht in der Lage, mit dem Bewohner eine positive Beziehung zu pflegen, wirkt sich dies auf Gespräche mit den Pflegekräften aus, indem er beispielsweise Desinteresse zeigt. Kommunikationsprobleme können ebenso auf Seiten der Mitarbeiter begründet sein. Zeigt ein Mitarbeiter z.B. kein Interesse an den Angehörigenbelangen oder fehlt ihm einfach die Zeit sich dem Angehörigen zu widmen, so kommt es infolgedessen zu Missstimmigkeiten und Unzufriedenheit auf beiden Seiten. Da im Sinne der Kundenorientierung sich nicht der Angehörige den Möglichkeiten der Mitarbeiter anpassen soll, da er neben einem Partner auch der Kunde der Einrichtung ist, liegt es an den Mitarbeiter, ihre Handlungen anzupassen. Einerseits müssen sie versuchen positiv-unterstützenden Einfluss zu nehmen z.B. das Gespräch mit den Angehörigen suchen, Grundregeln der Kommunikation berücksichtigen und den Angehörigen entsprechend seiner Grenzen nicht überfordern. Andererseits müssen die Vorgesetzten das Verhalten ihrer Mitarbeiter, ihre Bedürfnisse und Probleme bemerken und danach handeln.<sup>148</sup>

Der kontinuierliche Prozess des Informationsaustauschs kann durch verschiedene Arbeitsformen angeregt werden. Neben Informationsveranstaltungen und Angehörigenabenden sind die Gespräche zu betonen. Diese können unter vier Augen, in Gruppen, spontan oder geplant sowie problem- oder konsensorientiert sein. Miteinander Sprechen bietet die Möglichkeit aufeinander zuzugehen und Kom-

---

<sup>146</sup> Daneke, 2000, S. 32

<sup>147</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 18, 51ff

<sup>148</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 26ff

promise zu finden. Das direkte und offene Gespräch ist daher von zentraler Bedeutung für ein konstruktives Verhältnis. Jedes Gespräch enthält dabei *verbale* – das gesprochene Wort – und *nonverbale* – Mimik, Gestik, Körperhaltung, Tonfall - Komponenten. Jede dieser Komponenten gibt Auskunft über die Einstellung zum Gegenüber innerhalb eines Gesprächs oder auch nur im Vorbeilaufen.<sup>149</sup>

Die wichtigste Form des Informationsaustausches besteht daher im **Einzelgespräch** oder der Einzelberatung, was besonders bei Sachanliegen oder seelisch und gesundheitlichen Veränderungen des Bewohners von den Angehörigen gesucht wird. Einzelgespräche erfolgen zum größten Teil informell, da formelle Sprechstunden durch den zeitlich festgelegten Rahmen eher Barrieren darstellen. Diese informellen Einzelgespräche ergeben sich zum Teil spontan, im telefonischen Kontakt oder in individuell vereinbarten Sprechstunden. Trotz der Berechtigung von spontanen Gesprächen, fehlt häufig der zeitliche Spielraum, sie sind weniger ungestört und zielgerichtet. Es ist daher ratsam, wichtige Gespräche in einem geschützten Rahmen durchzuführen z.B. durch individuelle Sprechzeiten. Dem *Erstgespräch* kommt dabei eine Schlüsselstellung zu, da es laut Urlaub als „*strategische Basis in der Angehörigenarbeit*“ zu sehen ist und die weitere Zusammenarbeit prägt. Ziel solcher Erstgespräche ist, Angehörige in ein Kooperationsgefüge einzubinden. In erster Linie kommt es dabei zum *gegenseitigen Informationsaustausch*. Neben Sachinformationen zu Verwaltung und Finanzen werden, unter Umständen auch mit dem Bewohner zusammen, Hintergrundinformationen zu dessen biografischer Identität und bisherigen Lebenswelt gesammelt. Des Weiteren werden die Angehörigen mit den Arbeitsformen der Einrichtung vertraut gemacht und Absprachen analog der verschiedenen Angehörigenformen getroffen z.B. welche Rolle sie künftig einnehmen wollen. Dies stellt somit die ersten Schritte zum Aufbau einer *vertrauensvollen Beziehung* zwischen Mitarbeitern und Angehörigen dar, mit der Intention die Angehörigen in ein „**Konzept der gemeinsamen Sorge und Verantwortung**“ einzubinden. Ebenso beeinflussen die ersten Gespräche mit der Heimleitung, der Verwaltung und der Pflegedienstleitung das Sicherheitsgefühl des Angehörigen innerhalb der Einrichtung.<sup>150,151,152</sup>

---

<sup>149</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 22ff

<sup>150</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 61

<sup>151</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 105ff

<sup>152</sup> vgl. Urlaub, 1995, S. 32ff, 51

Im Rahmen der Systematisierung der Angehörigenarbeit stellen die Intensivierung des Informationsaustausches und entsprechende arbeitsorganisatorische Strukturen einen wichtigen Bestandteil dar. Hervorzuheben ist zunächst die **strukturierte Informationsweitergabe** z.B. durch Informationsveranstaltungen, eine angehörigorientierte Informationsbroschüre oder Heimzeitung, Initiierung und Begleitung von Angehörigenbeiräten oder entsprechende Fortbildungsangebote für Angehörige. **Individuelle Kontaktmöglichkeiten** können besonders durch regelmäßige und zeitlich ausreichende informelle Gespräche geleistet werden. Ein wichtiger Aspekt ist die Bestimmung einer Bezugsperson als Ansprechpartner, um die Kontinuität des Kontakts zu bewahren und eine vertrauensvolle Austauschbeziehung zu entwickeln.<sup>153</sup>

#### **2.4 Kooperation als Basis für erfolgreiche Angehörigenarbeit**

Aus fachlicher Perspektive steht fest, dass Angehörige im qualitativen Sinne potentielle Dienstleistungserbringer aber auch –empfänger sind, sofern sie als Kunden wahrgenommen und ernstgenommen werden. Sie sind somit Partner im Sinne der Einbindung in die Versorgung ihrer Angehörigen und gleichzeitig Kunden der Einrichtung. Die Arbeit einer Altenpflegeeinrichtung ist durch die **zwei Grundziele – zufriedene Kunden und wirtschaftlich effiziente Arbeit** – geprägt. Der Ruf und damit der Erfolg der Einrichtung hängen entscheidend vom Umgang mit den Kunden, d.h. den Bewohnern und Angehörigen, ab. Wie in den vorangegangenen Ausführungen, besonders Kapitel 2.2, erläutert, sind die Angehörigen eine wichtige Ressource, werden jedoch oft als „Störfaktor“ gesehen. Als primäre Ursache werden die **unterschiedlichen Einstellungen und Erwartungen** zwischen Angehörigen und Mitarbeitern gesehen. Sie betreffen die *Pflege, Versorgung und Betreuung* des Heimbewohners, wobei der Schwerpunkt bei der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung liegt. Hier kommt es eher zu Konflikten, Kritik und Unzufriedenheit, weil ein Vergleichsstandard mit dem häuslichen Arrangement vorhanden ist sowie eine eher unklare Rolle der Angehörigen im Arbeitsablauf der Einrichtung besteht. Eine weitere Ursache stellen **strukturelle Defizite** dar, die neben *den Kosten, die mangelnde personelle Ausstattung* anführen, verbunden mit dem daraus resultierenden Zeitmangel im pflegerischen

---

<sup>153</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 136f

Alltag. Eine Vielzahl weiterer Ursachen wird in der Literatur beschrieben. Um nur noch einige zu nennen, gehören dazu fehlende Konzepte, unzureichende Information, wenn die Bedürfnisse der Angehörigen nicht aufgenommen werden, unklare Rollenzuweisungen an Angehörige oder mangelnde Orientierungs- und Unterstützungsangebote, die die Unsicherheit bei den Angehörigen verstärken.<sup>154,155,156,157</sup>

In den letzten Jahren ist nach Angaben des KDA auf die konflikthafter Beziehungen zwischen Angehörigen und Einrichtung reagiert worden. Den Hintergrund könnten die Konkurrenzsituation und der damit verbundene Druck in Richtung Qualitätssteigerung bilden. Vorrangig handele es sich dabei um institutionelle Veränderungen. So hat sich die personale Betreuungssituation hinsichtlich eines neuen Personaleinsatzes als auch Qualifikationsniveaus verändert und in den Betreuungsangeboten wurden neue Wege betreten wie Angehörigenachmittage, Gruppenarbeit und Begleitangebote. Empfohlen wird ebenfalls eine Flexibilisierung des Hilfeangebotes durch Kundenorientierung. Diese äußert sich in Freiräumen für individuelle Pflegekonzepte z.B. Aufhebung der festen Besuchszeiten oder Ausprobieren neuer Angebote wie Besuchercafés. Die Möglichkeiten der Flexibilisierung müssen dabei im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Angehörigen ausgelotet werden. Es geht im Grunde um die Entwicklung einer **Partnerschaft des gegenseitigen voneinander Lernens**, wozu auch, entsprechend der Bedürfnisse und Möglichkeiten aller Beteiligten, die Erarbeitung gemeinsamer Pflegepläne und Ziele gehört.<sup>158</sup>

Erfolgreiche Angehörigenarbeit betreiben gemäß einer Untersuchung des KDA Einrichtungen mit einer systematischen Angehörigenarbeit – konzeptionsgeleitet und fest strukturierte Angebote der Zusammenarbeit. Zunächst fördert eine transparente und gelingende Rollenbeziehung den Prozess der Integration der Pflegebedürftigen, was wesentlich zu einer selbständigen Lebensführung in der stationären Altenpflegeeinrichtung beiträgt. Des Weiteren verbessern klare Absprachen zur Regelung der Zusammenarbeit durch konzeptgeleitetes Arbeiten das Klima in den Wohnbereichen. Zudem führt es dazu, dass die Angehörigen

---

<sup>154</sup> vgl. George; George, 2003, S. 78ff

<sup>155</sup> vgl. Jenrich, 2004, S. 36

<sup>156</sup> vgl. Daneke, 2000, S. 127

<sup>157</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 84ff, 120, 133ff

<sup>158</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 87ff

sich aktiver am Einrichtungsgeschehen beteiligen. Diese positiven Effekte können als Kennzeichen erfolgreicher Angehörigenarbeit gesehen werden. Konflikte werden dadurch jedoch nicht gänzlich vermieden, da die Interaktionspartner dennoch verschiedene Ansprüche haben. Konflikte entstehen dabei im Zuge der Klärung der verschiedenen Ansprüche und entstehen durch die höhere Intensität der Zusammenarbeit. Systematische Angehörigenarbeit macht Konflikte jedoch einer konstruktiven Bearbeitung zugänglich. Auch soll dadurch das Verhältnis zwischen allen Beteiligten eher durch gegenseitiges Verständnis und Hilfsbereitschaft geprägt sein. Wie auch schon in Kapitel 2.2 erwähnt, kann Angehörigenarbeit die personellen und zeitlichen Defizite der stationären Altenhilfe nicht kompensieren. Erfolgreiche Angehörigenarbeit braucht teilweise sogar eigene personelle Ressourcen, um sich intensiv mit den Angehörigen zu befassen, sodass diese einen Beitrag zur individuellen Pflege der Heimbewohner in einer Einrichtung leisten können. *„Die Mitarbeiter werden in ihrer Sorgenrolle entlastet, erfahren positive Rückmeldungen, die Konflikte werden weniger, der Streß reduziert sich: die Berufszufriedenheit erhöht sich.“*<sup>159</sup> Dieser Nutzen der Angehörigen kommt jedoch erst zum Tragen, wenn dem Angehörigen gemäß seiner individuelle Art eine Möglichkeit der Mitwirkung geschaffen wird.<sup>160,161</sup>

Zusammenfassend kann man sagen, dass Angehörige nicht nur Aufwand bedeuten, sondern in erster Linie wertvolle Information und Unterstützung bei der Pflege und Betreuung der Bewohner. Grundlegend ist eine offene positive Grundhaltung aller Beteiligten. Eine große Bedeutung kommt auch der Information und Kommunikation zu, ohne die erfolgreiche Angehörigenarbeit nicht leistbar ist. Eine Messgröße für gelungene Angehörigenarbeit ist die Zufriedenheit der Angehörigen, die zu einem Grundziel von Altenpflegeeinrichtungen zählt. Zufriedenheitsbefragungen zeigen in diesem Zusammenhang Verbesserungsmöglichkeiten auf und dienen der kontinuierlichen Angehörigenorientierung, da zufriedene Kunden besonders im Hinblick auf den Ruf der Einrichtung von enormer Bedeutung sind. Vergleichbar mit der personenbezogenen Dienstleistung Pflege, lässt auch die Angehörigenarbeit eine Vielzahl von Parallelen zur Kundenorientierung erkennen, wenn man Kundenorientierung als eine Grundhaltung und dem Prinzip „Gemein-

---

<sup>159</sup> Urlaub, 1995, S. 57

<sup>160</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 84, 112ff, 139f

<sup>161</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 119ff, S. 134ff

sam mit dem Kunden“ versteht. Kundenorientierung als auch Angehörigenarbeit tragen wesentlich zur Kundenzufriedenheit und somit zu einem besseren Image der Einrichtung bei, indem sie der Berücksichtigung der Bedürfnisse der Angehörigen dienen. Beide Konzepte müssen dementsprechend im gesamten Unternehmen gelebt werden. Zudem basieren sie auf einem gegenseitigen Austausch von Informationen, was zum einen eine höhere Transparenz des Leistungsgeschehens zur Folge hat und zum anderen erst die Orientierung an den Möglichkeiten und Wünschen der Angehörigen ermöglicht. Kundenorientierung und Angehörigenarbeit setzen dazu schon vor Inanspruchnahme der Leistung ein, um von vorn herein Erwartungen zu klären und eine Basis für die künftige Zusammenarbeit zu schaffen.<sup>162</sup>

---

<sup>162</sup> vgl. George; George, 2003, S. 46

### 3 Das Konstrukt der „Kundenzufriedenheit“

#### 3.1 Konzeptualisierung der „Kundenzufriedenheit“

Zufriedenheit ist im Allgemeinen ein affirmativer emotionaler Zustand des Menschen. *„Die meisten Autoren gehen davon aus, dass Zufriedenheit beziehungsweise Unzufriedenheit aus einem Abgleich von Erwartungen mit Erlebtem, einem Vergleich von Ansprüchen und Überzeugungen mit wahrgenommenen Ereignissen entsteht.“*<sup>163</sup> Es existiert eine Vielzahl von Modellen, die die Entstehung von Kundenzufriedenheit zu erklären versuchen. Eine umfassende Darlegung theoretischer Überlegungen zu Kundenzufriedenheit kann daher im Rahmen dieser Arbeit nicht erfolgen. Zu den bekanntesten Erklärungsmodellen zählen das Confirmations-/Disconfirmations-Paradigma (C/D-Paradigma), die Assimilations-Kontrast-Theorie, die „Equity Theorie“, die Attributionstheorie sowie das auf Herzberg zurückgehende Zwei-Faktoren-Modell (1966). Da ersteres in der wissenschaftlichen Literatur die bedeutendste Rolle einnimmt und als Basismodell gesehen werden kann, in das speziellere Ansätze eingeordnet werden können, soll im Folgenden das C/D-Paradigma exemplarisch als Modell der Kundenzufriedenheitsforschung in Grundzügen erläutert werden.<sup>164</sup>

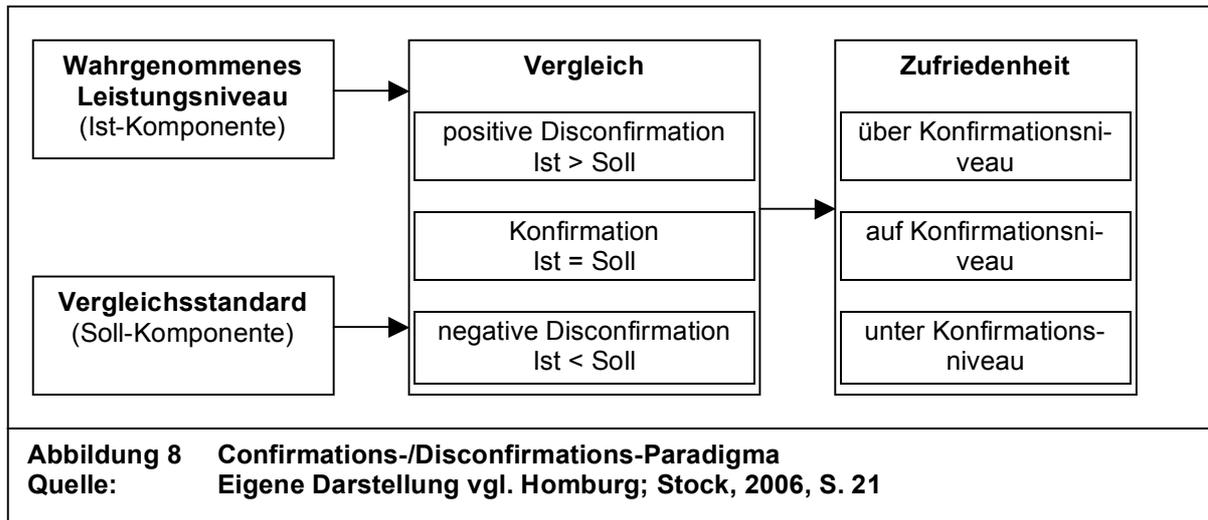
Unter Betonung der Dauerhaftigkeit von Geschäftsbeziehungen und nicht einzelner Transaktionen ist die Kundenzufriedenheit nach Homburg *„[...] das Ergebnis eines kognitiven und affektiven Evaluierungsprozesses in dessen Rahmen eine geforderte oder gewünschte Soll-Leistung mit der tatsächlich wahrgenommenen Ist-Leistung verglichen wird.“*<sup>165</sup> Dieser Prozess wird als **Confirmations-/Disconfirmations-Paradigma** bezeichnet. Wie in Abbildung 8 veranschaulicht, spielen dabei vier Komponenten eine entscheidende Rolle. Der *Vergleichsstandard* ist dabei schon vorher bekannt und bezeichnet die Soll-Komponente, die eine Dienstleistung erfüllen soll. Es herrscht jedoch noch keine Klarheit, anhand welcher Kriterien ein Individuum diesen Vergleichsstandard bildet. Mögliche Quellen wären nach Homburg und Stock Erwartungen, Erfahrungen mit ähnlichen Situationen und Dienstleistungen oder Ideale der Kunden, die durchaus auch kombiniert auftreten können. Dahingegen stellt die tatsächlich *wahrgenommene*

<sup>163</sup> Müller; Thielhorn, 2000, S. 74

<sup>164</sup> vgl. Homburg ; et al. 1998, S. 84

<sup>165</sup> vgl. Homburg; Bruhn, 2003, S. 9.

*Leistung* die Ist-Komponente dar. Hierbei kann zwischen der objektiven und der subjektiven Leistung differenziert. Während die objektive Leistung der tatsächlichen entspricht, wird die subjektive Leistung vom Kunden individuell unterschiedlich wahrgenommen. Im Hinblick auf die Messung der Kundenzufriedenheit herrscht weitestgehend Einigkeit darüber, dass die subjektive und nicht die



objektive Leistung eines Produktes oder einer Dienstleistung für die Zufriedenheit eines Kunden verantwortlich ist. Im Rahmen eines *Vergleichsprozesses*, der eine zentrale Variable darstellt, werden Soll- und Ist-Leistung einander gegenübergestellt, wobei drei Konstellationen möglich sind. Kommt es zu einer Bestätigung der Soll-Leistung durch die Ist-Leistung, bezeichnet man dies als *Konfirmation*. Eine Nicht-Bestätigung entspricht demzufolge einer Diskonfirmation. Eine *positive Diskonfirmation* liegt vor, wenn die Ist-Leistung die Erwartung übertrifft. Im Gegenzug liegt eine *negative Diskonfirmation* vor, wenn die Ist-Leistung die Erwartung nicht erfüllt. Die *Kundenzufriedenheit* als vierte Komponente resultiert gemäß dem C/D-Paradigma aus dem Ergebnis des kognitiven Vergleichs eines Individuums, wobei neuere Studien auch affektiven Komponenten innerhalb des Vergleichs eine Rolle zugestehen. Von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit ist erst dann zu sprechen, wenn der Kunde das Ergebnis des Vergleichsprozesses bewertet. Die (Un)Zufriedenheit ist somit eine direkte und automatische Reaktion auf das Ergebnis des Vergleichsprozesses. Eine negative Diskonfirmation wird dabei als Unzufriedenheit empfunden. Dagegen führt die Bestätigung oder das Übertreffen

---

der Soll-Leistung nicht automatisch zu Zufriedenheit, sondern ist noch von weiteren emotionalen Komponenten abhängig.<sup>166</sup>

Das Konstrukt Zufriedenheit wirft bei allen Versuchen der Konzeption immer noch Fragen auf, denn so eingängig sich die Zufriedenheit im Alltagsverständnis darstellt, so wenig geklärt sind die zahlreichen Probleme, die sich mit ihrer Verwendung verbinden. Diesbezüglich existieren unterschiedlichste Auffassungen darüber, wie Zufriedenheit entsteht, welche Kriterien dabei eine Rolle spielen. Die Bedeutung von Zufriedenheit als Managementinstrument sowie ihre Aussagekraft und Messbarkeit sind weitere Fragestellungen, die noch näherer Klärung bedürfen. Auch neben der regen Debatte um den Kundenbegriff wird das Konzept der Kundenzufriedenheit kaum näher hinterfragt. Laut Wingenfeld ist die Frage der Angemessenheit des Konzeptes Zufriedenheit innerhalb der Leistungen in der Gesundheitsversorgung von grundlegender Bedeutung, d.h. was unterscheidet die Gesundheitsversorgung von anderen Kontexten und worüber soll die Zufriedenheit im Leistungsgeschehen Aufschluss geben.<sup>167,168</sup>

Ein entscheidendes Merkmal der Kundenzufriedenheit stellen die *Erwartungen* der Kunden dar, die gleichzeitig aber wiederum die Aussagekraft von Zufriedenheitsbefragungen einschränken. Zum einen ist der Begriff der Erwartung sehr diffus, denn er kann Annahmen ausdrücken über mögliche Ereignisse oder kann sich auch auf unterschiedliche Struktur-, Prozess- und Ergebnisbereiche richten. Zum anderen ist fraglich, wie sich Erwartungen bilden und inwiefern Erwartungen bei eintretender Pflegebedürftigkeit und der daraus resultierenden fehlenden Erfahrung überhaupt existieren. Ein Aspekt der in diesem Zusammenhang zum Tragen kommt, ist die Widersprüchlichkeit von fachlichen Ansprüchen z.B. in Form von Standards und den Erwartungen der Kunden, wobei eine Qualitätssteigerung aus fachlicher Sicht nicht zwingend auch zu Kundenzufriedenheit führt. Diese entgegengesetzten Qualitätsvorstellungen machen deutlich, dass nur reflektiert ein Rückschluss von geäußerter Zufriedenheit auf die Qualität möglich ist und dabei

---

<sup>166</sup> vgl. Homburg; Stock, 2006, S. 20f

<sup>167</sup> vgl. Wingenfeld, 2003, S. 11ff

<sup>168</sup> vgl. Müller; Thielhorn, 2000, S. 73ff

Kundenzufriedenheit nicht unabhängig vom individuellen sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Kontext des Einzelnen zu betrachten ist.<sup>169</sup>

### **3.2 Zufriedenheitsbefragungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen**

#### **3.2.1 Rahmenbedingungen**

Ausgelöst durch das In-Kraft-Treten des Pflegeversicherungsgesetzes insbesondere §80 SGB XI und des PQsG, die Einführung des Total Quality Managements (TQM)<sup>170</sup> sowie der Zertifizierungsverfahren wurden Anbieter von Pflegedienstleistungen, wie einleitend erwähnt, vor neue Herausforderungen in Bezug auf ihre Wettbewerbsfähigkeit sowie ihr Qualitätsmanagement gestellt. Die Übertragung des Qualitätsmanagements auf den Pflegedienstleistungsbereich ist dabei mit der Übernahme von Managementkonzepten verbunden, die der Kundenorientierung als Leitlinie des organisatorischen Handelns eine große Rolle zuschreiben. Dies stellt somit einen Kontext dar, der zu der Erkenntnis führte, dass sich die berufliche Pflege ein Bild über die Kundenbedürfnisse, ihre Zufriedenheit und ihr Qualitätsverständnis machen muss, um keine einseitige Pflegequalität zu beschreiben. Die Kundenperspektive wird somit verstärkt in die Qualitätsentwicklung mit einbezogen, wobei die Kundenwünsche bzw. die Kundenzufriedenheit wichtige Qualitätskriterien darstellen. Wichtig hierbei ist, dass Kundenzufriedenheit nicht mit Qualität gleichgesetzt werden kann, da die Zufriedenheit sich an allem orientieren kann, was dem Kunden wichtig ist, unabhängig von dessen Qualität. Unter diesem Blickwinkel definieren die Kunden über ihre Erwartungen, Wünsche und Zufriedenheit die Qualität einer Einrichtung. Folglich bildet die Kundenorientierung die wichtigste Grundlage des Qualitätsmanagements. Laut Göpfert-Divivier garantiert dies eine ständige Beschäftigung mit den Bedürfnissen der Kunden und der Qualität z.B. durch kontinuierliche Soll-Ist-Vergleiche.<sup>171,172,173,174,175,176</sup>

---

<sup>169</sup> vgl. Müller; Thielhorn, 2000, S. 75ff

<sup>170</sup> TQM ist eine Managementmethode, die auf der Mitwirkung aller basiert, die die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch zufriedene Kunden den langfristigen Geschäftserfolg sichert. vgl. Wallrafen-Dreisow, 2002, S. 294

<sup>171</sup> vgl. Göpfert-Divivier; Robitzsch, 2002, S. 234

<sup>172</sup> vgl. Matiaske, 2004, S. 2f

<sup>173</sup> vgl. Klie, 1999, S. 8f

<sup>174</sup> vgl. Kelle; Niggemann, 2002, S. 99, S. 106f

<sup>175</sup> vgl. Applebaum et al., 2004, S. 38f

<sup>176</sup> vgl. Wingenfeld, 2003, S.1

Als eine wichtige Variable die Kundensicht in die Evaluation und Qualitätsentwicklung mit einzubeziehen, bildete sich die empirische Untersuchung der Zufriedenheit der pflegebedürftigen Person sowie der beteiligten Angehörigen heraus. Die Analyse der Kundenzufriedenheit kann dabei als Informationsbeschaffung gesehen werden und bildet die Grundlage für die Entwicklung kundenorientierter Maßnahmen. Instrumente zur Ermittlung und Umsetzung von Kundenforderungen kommen u.a. aus dem Bereich des Marketings. Kundenzufriedenheitsbefragungen dienen dabei als Instrument zur Informationsbeschaffung bezüglich der Einstellungen, Wünsche und Kritik der Kunden. Methoden der sozialwissenschaftlichen Befragung wie die direkte Befragung von pflegebedürftigen Personen nach deren subjektiver Zufriedenheit und Wohlbefinden sind dabei eine Möglichkeit, zu gewährleisten, dass sich Anbieter von Pflegedienstleistungen an den Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen orientieren und somit Fehlentwicklungen aufgrund mangelnder Artikulationsmöglichkeiten vorgebeugt werden kann. Nach Göpfert-Divivier sollte die systematische Abfrage der Kundenzufriedenheit als Instrument des Qualitätsmanagements sogar zur Pflicht pflegerischer Einrichtungen gehören.<sup>177,178,179,180,181</sup>

Die Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen und dem damit verbundenen Prozess dürfen nicht zum Selbstzweck verkommen. Nutzen wird daraus erst gezogen, wenn aus ihren Ergebnissen praktische Erkenntnisse gewonnen werden können, um daraus wiederum konkrete Handlungen und Verbesserungen abzuleiten. Die Ergebnisse einer Zufriedenheitsbefragung können sowohl als Grundlage für **kontinuierliche Verbesserungen** der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse dienen, als auch für das **Marketing** z.B. für das Zusammenstellen des Leistungsangebots und für die externe Kommunikation mit Kunden und der **Gestaltung der Personalpolitik** wie z.B. in Form von Personalentwicklung. Dieser Bereich spielt bei der Kundenorientierung gerade in der Altenpflege eine große Rolle und setzt gleichzeitig die größten Grenzen. Die von Pflegebedürftigen und Angehörigen wahrgenommene Qualität eines Anbieters wird durch die Mitarbeiter geprägt. Als

---

<sup>177</sup> vgl. Matiaske, 2004, S. 2f

<sup>178</sup> vgl. Göpfert-Divivier; Robitzsch, 2002, S. 238f

<sup>179</sup> vgl. Thill, 1999, S. 94f

<sup>180</sup> vgl. Bendel; et al., 2000, S. 6

<sup>181</sup> vgl. Kelle; Niggemann, 2002, S. 99, S. 106f

wesentlich stellen sich dabei die „Nebenleistungen“ wie Freundlichkeit, Einfühlungsvermögen oder das Eingehen auf Probleme der Pflegebedürftigen als auch ihrer Angehörigen heraus. Somit schlagen jegliche Verbesserungsbemühungen fehl, wenn das Personal innerlich nicht bereit ist sein Verhalten zu ändern. Deshalb müssen die Befragungsergebnisse vor allem an jene zurückgemeldet werden, deren Tätigkeitsfeld sie betreffen und die daraus Konsequenzen ziehen sollen. Adressaten der Auswertungsberichte sind also primär die jeweils betroffenen Organisationseinheiten wie die Wohnbereiche, die Küche, Reinigungsdienste, die Verwaltung und oberste Leitung des Hauses. Erst die praktische Verarbeitung der Ergebnisse durch die Adressaten rechtfertigt letztendlich das Befragungsprojekt.<sup>182</sup>

### **3.2.2 Die Bedeutung der Kundenperspektive**

Wenn Kundenorientierung heißt, das tägliche Geschehen an den Kunden einer Einrichtung auszurichten, dann muss man wissen was deren Erwartungen und Erfahrungen sind. Da Befragungen ein Instrument der Kundenorientierung sind, stellt sich die Frage wozu Einrichtungen ihnen einen festen Platz einräumen sollten. In der Literatur finden sich diverse Ausführungen, die für die Kundenorientierung und Kundenbefragungen als spezifisches Instrument im Gesundheitswesen allgemein und im Pflegewesen im Speziellen argumentieren. Im Folgenden werden einige ausgewählte Aspekte kurz dargestellt.

Anfangen auf der **gesellschaftlichen Ebene** kann dadurch die Seite der Laien gegenüber der der Professionen gestärkt werden. Aufgrund des strukturellen Machtgefälles (vgl. Kap. 1.3) innerhalb der Interaktion mit den Pflegekräften sowie innerhalb des sozialrechtlichen Dreiecks, hat der Kunde nur beschränkt Möglichkeiten seine Bedürfnisse über das Nachfrageverhalten auszudrücken, sei es durch mangelnde Alternativen oder Transparenz oder aufgrund des Abhängigkeitsverhältnisses innerhalb der Kundenbeziehung. Laut Wingefeld haben die Kunden eine ultimative Definitionshoheit, die sich von den Kriterien professioneller Akteure unterscheidet, denn nur sie wissen, inwieweit die Dienstleistung ihren Erwartungen entspricht.<sup>183,184,185</sup>

---

<sup>182</sup> vgl. Matiaske, 2004, S. 2f

<sup>183</sup> vgl. Matiaske, 2004, S. 2f

Auf der **Ebene der Organisation** finden sich drei wesentliche Aspekte, die die Bedeutung der Kundensicht verdeutlichen. Kundenzufriedenheitsanalysen dienen auf der einen Seite dem *Abgleich von Fremd- und Selbstbild*. Gerade die unterschiedlichen Auffassungen zwischen dem Bild der Kunden und dem Selbstbild der Mitarbeiter werden als Grund für die Probleme im Alltag angeführt. Kunden können in diesem Zusammenhang als *Prozessoptimierer* gesehen werden. Da jeder Mitarbeiter nur Teilabschnitte des Leistungsprozesses in der Einrichtung erlebt, kann das Wissen der Kunden genutzt werden, um Schwächen, Stärken und Verbesserungspotentiale zu identifizieren und somit die Organisation, den Ablauf und insbesondere die Kommunikation zu verbessern. Dies bildet die Grundlage für die Entwicklung einer kundenorientierten Unternehmenskultur u.a. durch Mitarbeiterentwicklung, was zum dritten Aspekt auf der Ebene der Organisation führt. Der Einbezug der Kundensicht im Rahmen von Kundenzufriedenheitsanalysen birgt gleichzeitig ein Instrument zur Sicherung der *Mitarbeiterzufriedenheit*, da sie hierbei Rückmeldungen zu ihrer Arbeit bekommen. Gerade die Pflegekräfte sind in ständigem Kundenkontakt und leisten somit einen wesentlichen Beitrag zur Gestaltung der Kundenorientierung. Im Rahmen der so genannten „Erfolgskaskade“ resultiert aus zufriedenen Mitarbeitern Kundenzufriedenheit. Dessen Rückmeldung im Rahmen einer Befragung zeigt den Mitarbeitern wiederum, dass ihre Arbeit sinnvoll ist.<sup>186,187,188</sup>

Auf der **ethischen Ebene** fördern Kundenbefragungen durch die Möglichkeit der Meinungsäußerung Beteiligung und Selbstbestimmtheit und vermitteln so den Pflegebedürftigen aber auch ihren Angehörigen Wertschätzung, die zeigt, dass ihre Meinung wichtig ist und ernstgenommen wird. Besonders durch den Einbezug der Angehörigen in Kundenbefragungen kann nach außen hin Kundenorientierung gezeigt werden, besonders im Hinblick auf die Bedeutung der Mund-zu-Mund-Propaganda für den langfristigen Erfolg der Einrichtung. Laut Trojan besteht hier der ausschlaggebende Grund für Anbieter kundenorientiert zu handeln und die Kundenperspektive z.B. durch Zufriedenheitsbefragungen mit einzubeziehen, was den Anbietern auf der **Ebene des Wettbewerbs** Vorteile im Vergleich zur Konkur-

---

<sup>184</sup> vgl. Wingenfeld, 2003, S. 3

<sup>185</sup> vgl. Kelle; Niggemann, 2002, S. 99, S. 106f

<sup>186</sup> vgl. Göpfert-Divivier; Robitzsch, 2002, S. 239

<sup>187</sup> vgl. Thill, 1999, S. 115f

<sup>188</sup> vgl. Thill, 1999, S. 95f

renz auf dem Markt schafft. Besondere Aufmerksamkeit findet die Kundensicht in den Marketinginteressen der Leistungsanbieter, denn *„in einem zunehmend wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystem sind zufriedene Kunden nicht nur im Rahmen der medizinischen Ergebnisqualität erwünscht, sondern werden aufgrund ihres Multiplikatoreffektes zu einem entscheidenden Kriterium für die Wettbewerbsfähigkeit von Leistungsanbietern“*.<sup>189,190,191,192</sup>

Ein weiterer Grund der Einbeziehung der Kundenperspektive liegt in der Spezifika der Pflegedienstleistungen (vgl. Kapitel 1.2). Aufgrund des Uno-acto-Prinzips entzieht sich der konkrete Leistungsprozess der unmittelbaren Beurteilung durch Außenstehende. Will man sich nicht ausschließlich auf die Selbstevaluation der professionellen Akteure oder die schriftliche Dokumentation verlassen, ist die Kundenperspektive unerlässlich. In diesem Zusammenhang steht auch Donabedi-ans Begriff des Kunden als *„Koproduzenten“*. Der Kunde beeinflusst durch seine Kooperation die Qualität der Dienstleistung, wobei es bei der Kundensicht diesbezüglich neben der Qualitätsbeurteilung, auch um die Verständigung über die Gestaltung der Interaktion geht, verbunden mit einer stärkeren Anpassung des Leistungsangebotes an Bedarf und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Innerhalb dieser **interaktiven Ebene** kommt der Mitwirkungsbereitschaft eine bedeutende Rolle zu. In der Medizin zeigte sich, dass zufriedene Patienten eher bereit sind z.B. bei der Medikamenteneinnahme zu kooperieren als unzufriedene. Bezogen auf die Interaktion zwischen Pflegekraft, Pflegebedürftigen und Angehörigen hätte demnach die Zufriedenheit der Kunden einen positiven Einfluss auf deren Kooperation bzw. Mitwirkung. Hierbei wird jedoch in der Literatur kritisch angemerkt, dass die Gefahr einer Funktionalisierung der Kundenzufriedenheit besteht, d.h. zum Nutzen der professionellen Akteure, die ihre angestrebten Ziele besser erreichen könnten.<sup>193,194</sup>

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Einbezug der Kundensicht insbesondere durch Kundenzufriedenheitsanalysen die Grundlage für die Orientierung an deren Bedürfnissen und Wünschen bildet. Somit kann der Einbezug der

---

<sup>189</sup> Perschke-Hartmann, 2000, S. 18

<sup>190</sup> vgl. Schupeta; Hildebrandt, 1999, S. 14ff

<sup>191</sup> vgl. Trojan, 1998, S. 18ff

<sup>192</sup> vgl. Thill, 1999, S. 100f

<sup>193</sup> vgl. Wingenfeld, 2003, S. 3f

<sup>194</sup> vgl. Schupeta; Hildebrandt, 1999, S. 14ff

Kundensicht zu einem gewissen Teil die Defizite der Kundenrolle besonders in stationären Altenpflegeeinrichtungen egalisieren und somit ansatzweise den Interessenkonflikt von Ökonomie und Humanität in der Pflege überbrücken, denn eine humane Pflege heißt, dass die unmittelbar Betroffenen im Mittelpunkt stehen. Dennoch sind Befragungen ein notwendiger aber nicht hinreichender Ansatz, um Kundenorientierung in der Pflege zu verwirklichen. Demzufolge sind sie durch andere Ansätze wie das Beschwerdemanagement oder auch, in Anbetracht der Anzahl an Demenzerkrankten in stationären Alteneinrichtungen, durch Dementia Care Mapping zu ergänzen.<sup>195</sup>

### 3.2.3 **Problemstellungen bei Zufriedenheitsbefragungen**

Bei Befragungen an sich handelt es sich um einen interaktiven Prozess zwischen Interviewer und Befragten, wobei es z.B. zu Missverständnissen kommen kann. Ein Einfluss auf die Antwortreaktionen kann demzufolge durch die Befragtenmerkmale, die Art und Weise der Konstruktion des Fragebogens selbst, die Interviewsituation und das Interviewerverhalten gegeben sein. Des Weiteren kann gerade bei institutionalisierten Befragten nicht davon ausgegangen werden, dass sie ihre Wünsche, Bedürfnisse sowie ihre subjektiven Urteile frei äußern. **Interaktionsprobleme** stellen sich u.a. in Form des *Nonresponse* dar, durch Nichterreichbarkeit, Nichtbefragbarkeit oder durch Verweigerung, was im Endeffekt zu Stichprobenverzerrungen führen kann. Besonders in stationären Altenpflegeeinrichtungen steht dabei die Nichtbefragbarkeit aus physischen oder psychischen Gründen im Vordergrund, aber auch zunehmend kognitiven und sensorischen Beeinträchtigungen. Beispielsweise können sich ältere Menschen vorgegebene Antwortalternativen schlechter merken, was zu Verzerrungen im Antwortverhalten führen kann. Eine grundsätzliche Verweigerung kommt in Altenpflegeeinrichtungen insofern zum Tragen, als das Sanktionen seitens der Einrichtung befürchtet werden. Dieses Phänomen wird durch die Anwesenheit Dritter wie etwa Pflegekräften beim Interview noch verstärkt.<sup>196,197</sup>

---

<sup>195</sup> vgl. Schupeta; Hildebrandt, 1999, S. 14ff

<sup>196</sup> vgl. Blumenstock, 1998, S. 112

<sup>197</sup> vgl. Kelle; Niggemann, 2002, S. 101

Falls die Zufriedenheitsbefragung nicht durch die Einrichtung selbst im Rahmen des internen Qualitätsmanagements vorgenommen wird, fungieren die Träger, die Einrichtungsleiter und das Pflegepersonal als so genannte „*gatekeeper*“, auf deren Kooperation der Untersucher angewiesen ist. Auf Seiten des Trägers besteht die Gefahr, dass der Zugang zu allen Einrichtungen verwehrt bleibt durch eigene Befragungen oder auch die zeitliche Belastung des Personals. Ebenso können die Einrichtungsleitung selbst sowie das Pflegepersonal die Kooperation blockieren, indem allgemeine Angaben zur Bewohnerstruktur zurückgehalten werden oder das Pflegepersonal die Interviewfähigkeit der Bewohner nicht richtig einschätzt bzw. „Vorzeigebewohner“ ausgewählt werden. Bei gelungener Kooperation bietet das „gatekeeping“ aber die Chance, die Bewohner und ggf. seine Angehörigen vorzubereiten und deren Verunsicherung zu reduzieren.<sup>198</sup>

Eine weitere Beeinflussung der Antwortreaktionen stellt die in der Literatur oft diskutierte Tendenz zur *sozialen Erwünschtheit* dar. Dabei präsentiert sich der Befragte in einer Weise, in der seines Erachtens ein möglichst positives Bild vermittelt wird. Besonders bei allgemein formulierten Fragen zur Zufriedenheit kommt dies zum Tragen (z.B. „Wie zufrieden sind sie mit der Pflege?“). Insbesondere ältere Menschen tendieren dazu, negative oder extreme Antworten zu vermeiden. Vor allem in stationären Einrichtungen reagieren ältere Menschen oft angepasst und bescheiden. Laut Kelle und Niggemann ist es für sie besonders schwierig Kritik zu äußern. Gründe dafür liegen in ihrer Abhängigkeit von der Institution und wiederum ihrer Befürchtung vor negativen Sanktionen.<sup>199,200,201</sup>

Diese Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten leistet demzufolge einen nicht unerheblichen Beitrag zu einem Grundproblem der Zufriedenheitsmessung – **hohe Zufriedenheitswerte**. Während vermehrt über zum Teil weit reichende Mängel in der pflegerischen Versorgung berichtet wird, dokumentieren verschiedene Kundenbefragungen einen hohen Grad der Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung. Teilweise liegt die Zufriedenheit mit Einzelaspekten auch unter 90%, was jedoch an der Diskrepanz zur Diskussion um die Qualitätsprobleme nichts ändert. Besonders im Hinblick auf die angestrebte Qualitätsentwicklung sind solche Ergebnisse eher ernüchternd, da sie keine Anhaltspunkte für Verbesse-

---

<sup>198</sup> vgl. Kelle; Niggemann, 2002, S. 101ff

<sup>199</sup> vgl. Blumenstock, 1998, S. 11

<sup>200</sup> vgl. Wingenfeld, 2003, S. 21

<sup>201</sup> vgl. Kelle; Niggemann, 2002, S. 101ff

ungsmaßnahmen geben. Insbesondere in quantitativen Befragungen von institutionalisierten Befragten werden regelmäßig hohe Zufriedenheiten gemessen, wobei in vielen Studien eine Diskrepanz zwischen objektiven Gegebenheiten und subjektiver Wahrnehmung nachgewiesen werden konnte. Beispielsweise würden demnach objektiv gute Bedingungen nicht automatisch zu hoher Zufriedenheit führen.<sup>202</sup>

In der Literatur werden unterschiedliche Ursachen für dieses Phänomen diskutiert. Neben der *sozialen Erwünschtheit* und *Nonresponse Bias* wird in diesem Zusammenhang auf die *Unspezifität* der Fragestellung zur Erklärung der hohen Zufriedenheit zurückgegriffen, wie in Abbildung 9 veranschaulicht. Differenziertere Antworten erhält man demnach eher durch detaillierte Fragestellungen als globale



**Abbildung 9** Mögliche Erklärungsansätze hoher Zufriedenheitswerte  
Quelle: Eigene Darstellung vgl. Blumenstock, 1998, S. 112

Zufriedenheitsfragen, d.h. je allgemeiner nach Zufriedenheit gefragt wird, umso besser fällt das Ergebnis aus. Eine allgemeine Zufriedenheit schließt somit Kritik an einzelnen Dimensionen der Zufriedenheit nicht aus. Das in den vorhergehenden Kapiteln beschriebene *Abhängigkeitsverhältnis* in Altenpflegeeinrichtungen sowie das zumeist noch *fehlende kritische Kundenbewusstsein* in der älteren Generation leisten ebenfalls ihren Beitrag. Hohe Zufriedenheitswerte lassen sich jedoch auch auf Faktoren zurückführen, die keine oder nur eine lose Beziehung zur eigentlichen Dienstleistung aufweisen. Unter anderem hat sich gezeigt, dass die allgemeine Zufriedenheit mit zunehmendem Alter steigt, da die Erwartungshaltung Älterer häufig weniger ausgeprägt ist. Man muss davon ausgehen, dass erst kurz zurück liegende Ereignisse häufig das Antwortverhalten der Befragten

<sup>202</sup> vgl. Aust, 1994, S. 36

bezüglich ihrer Zufriedenheit stark beeinflussen. Des Weiteren wird Unzufriedenheit vermehrt geäußert je höher der Bildungsstand der Kunden ist. Es zeigte sich ebenfalls, dass die Angehörigen sich häufig kritischer äußern als die Betroffenen selbst.<sup>203,204</sup>

Zudem wird zur Erklärung häufig auf das Phänomen der *kognitive Dissonanz* zurückgegriffen. Es beschreibt einen Spannungszustand bzw. eine Diskrepanz zwischen Erwartetem und der Realität, was sich in Form einer Übererfüllung aber auch Untererfüllung der Erwartung zeigen kann. Die Theorie geht davon aus, dass Personen nach einem kognitiven Gleichgewicht streben. Laut Wingenfeld kann ein Individuum nicht dauerhaft mit dem Unzufriedenheitsgefühl leben, insbesondere wenn es um sein Wohlbefinden geht. Demnach passt der Kunde dabei nachträglich seine Erwartung bzw. Wahrnehmung der Leistung an, wenn die Situation nicht geändert werden kann. In erster Linie erfolgt die Absenkung des Anspruchsniveaus. Diese Reduzierung der kognitiven Dissonanz wird auch als Assimilationseffekt bezeichnet. So erlaubt dieser Effekt eine positive Bewertung eigentlich negativ erlebter Ereignisse, was als das so genannte Zufriedenheitsparadoxon bezeichnet wird. Je abhängiger eine Person ist bzw. je weniger sie den Alltag aktiv mitgestalten kann, desto wahrscheinlicher sind solche Dissonanzreduktionen.<sup>205,206,207,208,209</sup>

Diese Auswahl möglicher Einflussfaktoren zeigt, dass hohe Zufriedenheitswerte nicht mit der Abwesenheit negativer Erfahrungen gleichzusetzen sind und aus diesem Grund nur „*als individueller Ausdruck subjektiver Bewertungen gesehen werden kann.*“<sup>210</sup> Besonders die Erfassung der Zufriedenheit von Heimbewohnern stellt aufgrund des teilweise asymmetrischen Machtverhältnisses hohe Anforderungen, da sie laut Kelle und Niggemann nicht so selbstverständlich ihre Bedürfnisse oder Kritik äußern wie Kunden auf anderen Märkten.<sup>211,212,213</sup>

---

<sup>203</sup> vgl. Blumenstock, 1998, S. 111f

<sup>204</sup> vgl. Wingenfeld, 2003, S. 9

<sup>205</sup> vgl. Aust, 1994, S. 35

<sup>206</sup> vgl. Müller; Thielhorn, 2000, S. 76f

<sup>207</sup> vgl. Blumenstock, 1998, S. 111f

<sup>208</sup> vgl. Wingenfeld, 2003, S. 28

<sup>209</sup> vgl. Homburg; Stock, 2006, S. 24f

<sup>210</sup> Müller; Thielhorn, 2000, S. 77

<sup>211</sup> vgl. Wingenfeld, 2003, S. 7f

<sup>212</sup> vgl. Kelle; Niggemann, 2002, S. 101ff

<sup>213</sup> vgl. Aust, 1994, S. 33ff

Es stellt sich demnach die Frage, wie Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen zu handhaben sind und ob nun eine 80%ige Zufriedenheit schon wenig ist. Als Faustregel gilt, dass Bereiche der Zufriedenheit unter 75 – 80% der Befragten erhöhter Aufmerksamkeit bedürfen. Der Vergleich der Ergebnisse innerhalb verschiedener Zufriedenheitsdimensionen, Wohnbereichen, Einrichtungen oder auch zwischen Personal- und Bewohnerbefragungen oder Angehörigenbefragungen, um stärkere und schwächere Bereiche zu identifizieren, bietet eine weitere Möglichkeit mit der Zufriedenheitsproblematik umzugehen. Um eventuelle Problemquellen und daraus resultierende Validitätsprobleme zu identifizieren und zu beschreiben, bieten sich Verfahren der interpretativen und qualitativen Sozialforschung an, denn die Befragten haben dabei die Möglichkeit eigene Schwerpunkte zu setzen. Auch in Folge der Reduktion der kognitiven Dissonanz entstandene hohe Zufriedenheitswerte können innerhalb der Schilderungen Unstimmigkeiten gegenüber dem Außenstehenden Beobachter erkennen lassen. Eine qualitative Studie von Kelle und Niggemann zeigte zudem, dass qualitative Interviews innerhalb der Interaktion zwischen Befragten und Interviewer zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses beitragen. Auf dieser Grundlage ist es möglich den Übergang von defensivem und sozial erwünschtem Antwortverhalten hin zu einer offenen Erzählweise zu erleichtern, wobei z.B. auch verstärkt Kritik geäußert wird. Laut Kelle und Niggemann kann die Validität einer quantitativen Untersuchung gesteigert werden, indem der standardisierte Fragebogen in ein qualitatives Interview integriert wird, denn während standardisierte Instrumente eher zur Erhebung des Status quo herangezogen werden können und z.B. Tendenzen zu sozial erwünschtem Antwortverhalten verdeckt bleiben, bieten qualitative Untersuchungen oftmals Hinweise für Fehlerquellen sowie konkrete Anregungen zur Verbesserung.<sup>214,215,216,217,218</sup>

Neben die anfängliche Euphorie bezüglich der Orientierung an der Kundensicht orientierten Qualitätssicherung, trat aufgrund der widersprüchlichen hohen Zufriedenheitswerte allmählich Skepsis um die Frage, inwieweit Kundenbefragungen tatsächlich einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten können. Auf jeden

---

<sup>214</sup> vgl. Diekmann, 2000, S. 382ff

<sup>215</sup> vgl. Trojan, 1998, S. 28

<sup>216</sup> vgl. Aust, 1994, S. 33

<sup>217</sup> vgl. Wingefeld, 2003, S. 28

<sup>218</sup> vgl. Kelle; Niggemann, 2002, S. 105ff

Fall bedürfen die positiven Ergebnisse der Zufriedenheitsmessung in stationären Altenpflegeeinrichtungen einer vorsichtigen und kritischen Interpretation, denn selbst bei einer soeben dargestellten Vorgehensweise werden zahlreiche Befragte äußerst vorsichtig im Hinblick auf die soziale Erwünschtheit antworten. Es ist demzufolge damit zu rechnen, dass lediglich **häufiger** kritische und ehrliche Antworten gegeben werden. Des Weiteren bieten qualitative Methoden die Möglichkeit Validitätsbedrohungen zu erkennen, sodass die Ergebnisse realistischer zu interpretieren sind. Sie ermöglichen weiterhin Informationen bezüglich der Stärken und Schwächen der Einrichtung zu erlangen, denn Anekdoten aus qualitativen Angaben können einen höheren Nutzen haben als quantitative Maßzahlen.<sup>219,220</sup>

### 3.3 Folgen von Kundenzufriedenheit und Kundenorientierung

Auch Anbieter im Pflegebereich wie stationäre Altenpflegeeinrichtungen können am Markt langfristig erfolgreich sein, wenn sie die Wünsche und Erwartungen ihrer Kunden kennen. Dies allein reicht jedoch nicht aus, denn erst die Verarbeitung dieser Erkenntnisse innerhalb einer kundenorientierten Organisation und den daraus resultierenden zufriedenen Kunden kann der Erfolg des Anbieters gesichert werden. *„Effizienz- und Effektivitätssteigerungseffekte durch eine Orientierung am Kunden leiten sich aus der einfachen, aber vielfach empirisch belegten Erkenntnis ab, dass Zufriedenheit von Nachfragern den Unternehmenserfolg durch eine verbesserte Zielerreichung deutlich steigert.“*<sup>221</sup> Die unmittelbarste Folge der Kundenorientierung stellt somit die **Kundenzufriedenheit** dar, wobei diese sich aus der Angehörigenzufriedenheit, der Bewohnerzufriedenheit aber auch der Mitarbeiterzufriedenheit zusammensetzt. Sie kann als wichtige Einflussgröße auf das Kundenverhalten gesehen werden, wobei sie das Bindeglied zwischen Unternehmen und Kundenverhalten darstellt. Umgekehrt spiegelt die Kundenzufriedenheit wider, inwiefern die Einrichtung die Kundenwünsche und ihre Erwartungen aufgreift. Indem Angehörige und Pflegebedürftige als Experten ihres Lebens gesehen werden und ihre Einschätzungen in Form von Zufriedenheitsbefragungen erhoben werden, ist es möglich das Angebot an ihren Bedürfnissen

<sup>219</sup> vgl. Wingenfeld, 2004, S. 1

<sup>220</sup> vgl. Kelle; Niggemann, 2002, S. 128f

<sup>221</sup> Thill, 1999, S. 1

auszurichten. Kundenorientierung muss nach Thill dann auch von der gesamten Einrichtung als Grundhaltung gelebt und nicht als „symbolische Politik“ propagiert werden, damit sie zu Kundenzufriedenheit führen kann.<sup>222,223,224,225,226</sup>

Betriebswirtschaftlich gesehen sind zufriedene Kunden erstrebenswert, weil man sich von ihnen bestimmte Verhaltensweisen erhofft. Sämtlichen Bemühungen um den zufriedenen Kunden liegt zugrunde, dass sie ihrem Anbieter treu bleiben. Laut Hellmann handelt es sich dabei um eine Art **Dreisprung** von der **Orientierung am Kunden** über die **Kundenzufriedenheit** mit dem Leistungsangebot bis hin zu einer **langfristigen Bindung des Kunden** an das Unternehmen. Diese Steigerungslogik zielt letztendlich darauf ab, den Kunden an das Unternehmen zu binden. In der ökonomischen Literatur wird diesbezüglich unterschieden in Gebundenheit und innere Verbundenheit des Kunden gegenüber dem Anbieter. Während Verbundenheit freiwillig motiviert ist („Nicht-Wechseln-Wollen“), steht Gebundenheit im Zusammenhang mit einem Zwang („Nicht-Wechseln-Können“).

Es wurde durch Studien gezeigt, dass Zufriedenheit oft nicht ausreicht, denn auch unzufriedene Kunden können sich dem Anbieter gegenüber loyal verhalten. Es sind andere Motivationsgründe die den Kunden zu einer Bindung führen. Wechselbarrieren können ökonomischer (z.B.: wirtschaftlichen Verlust des Kunden), psychologischer (z.B. durch persönliche Kontakte, so dass er eine vertrauensvolle Beziehung zu dem Kunde aufbaut und folglich der Kunde nicht wechseln „will“) oder sozialer Natur sein, denn im Laufe einer Kundenbeziehung entstehen persönliche Kontakte, Respekt, Freundschaften. Kundenzufriedenheit garantiert zwar keine Kundenbindung, ist aber unbestritten in den meisten Fällen eine zentrale Voraussetzung dafür. Wie in Abbildung 10 veranschaulicht, zeigt sich die Kundenbindung einerseits im reinen **(Wieder-)Kaufverhalten**, andererseits erfasst sie, dies spielt im Pflegebereich unter Umständen eine gewichtigere Rolle, die **positive Einstellung** des Kunden gegenüber dem Anbieter, was sich u.a. in positiver **Mund-zu-Mund-Propaganda** und dem **Weiterempfehlungsverhalten** zeigt. Sie betreiben damit kostenlose Werbung für die Einrichtung, wobei

<sup>222</sup> vgl. Müller; Thielhorn, 2000, S. 56f, 80

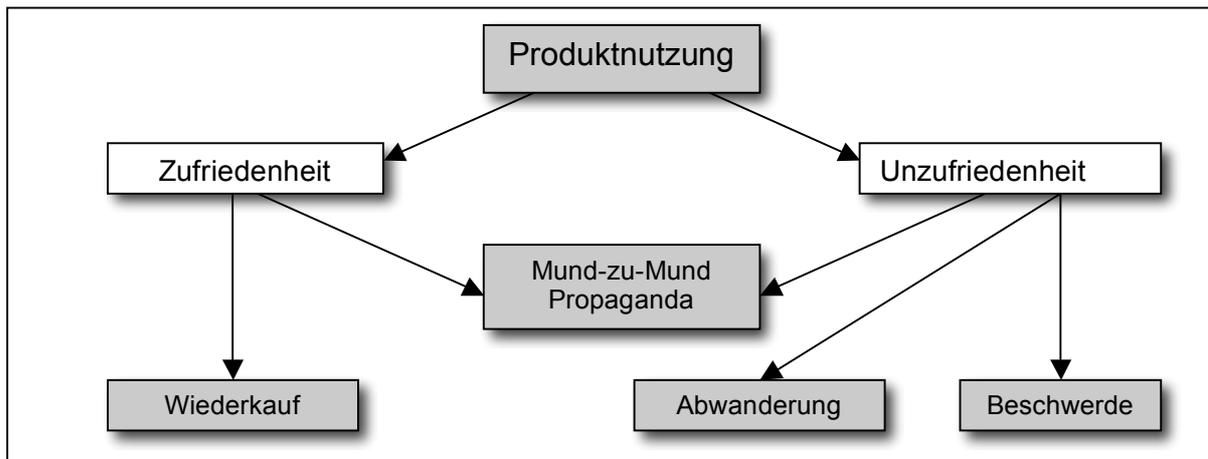
<sup>223</sup> vgl. Homburg; Stock, 2006, S. 19

<sup>224</sup> vgl. Thill, 1999, S. 11

<sup>225</sup> vgl. Rademacher, 2000, S. 24f

<sup>226</sup> vgl. Meister, 1998, S.4ff

neue Kunden an die Einrichtung herangeführt werden und somit der Geschäftserfolg insbesondere von Altenpflegeheimen gesichert wird. Auf nicht zufriedenstellende Erfahrungen können Kunden mit **Abwanderung** reagieren, was sich jedoch in der Altenpflege als eher schwierig erweist, da die Wahl für eine Einrichtung einmal getroffen wird und es in den seltensten Fällen zu einem Wechsel kommt, was der Mund-zu-Mund-Propaganda in der Altenpflege eine besondere Bedeutung zukommen lässt, da sie entscheidende Informationen vor der Entscheidung für ein Heim liefern kann. Im besten Fall könnten sich unzufriedene



**Abbildung 10** Mögliche Reaktionen einzelner Kunden auf Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit

Quelle: Homburg; et al, 2005, S. 98

Kunden beschweren und so zum Lernerfolg beitragen.<sup>227,228,229,230</sup>

Die **Beschwerde** nimmt in der Literatur einen hohen Stellenwert ein. Laut Homburg et al. existiert dabei ein interessanter Zusammenhang zur Kundenbindung, denn indem es gelänge durch eine erfolgreiche Beschwerdehandhabung einen ursprünglich unzufriedenen Kunden zufrieden zu stellen, würde diese Beschwerdezufriedenheit die Bindung des Kunden an das Unternehmen erhöhen. Im ungünstigeren Fall werden die Beschwerden gegenüber anderen Personen wie der Familie oder dem Bekanntenkreis geäußert, was sich über den Multiplikatoreffekt auf das zukünftige Verhalten potentieller oder tatsächlicher Kunden auswirkt. Eine Studie zeigt in diesem Zusammenhang, dass zufriedene Kunden ihre Erfahrungen nur durchschnittlich drei Personen mitteilen und unzufriedene

<sup>227</sup> vgl. TARP, 1986

<sup>228</sup> vgl. Hellman, 2005, S. 114

<sup>229</sup> vgl. Meffert, 2003, S. 129

<sup>230</sup> vgl. Peter, 1999, S. 115-116.

---

Kunden ihren Unmut gegenüber mindestens neun Personen kommunizieren, was zu verheerenden Imageschäden führt.<sup>231</sup>

Gerade die Altenpflege hat von vornherein mit einem eher schlechten Image zu kämpfen, wie der Deutsche Altenpflege-Monitor 2005 zeigt. Demnach verschärfte sich das schlechte Image, denn immer noch hält sich der Eindruck, dass die Pflegekräfte zu wenig Zeit hätten. Am beunruhigendsten ist die Meinung von fast der Hälfte der Befragten, dass die Heimbewohner mit Medikamenten ruhig gestellt werden würden. Ein positiver Trend ist jedoch in der professionellen Organisation der Altenpflege zu erkennen.<sup>232</sup>

---

<sup>231</sup> vgl. Homburg, C.; Becker, A.; Hentschel, F, 2005, S. 98

<sup>232</sup> vgl. Deutscher Altenpflege-Monitor Basisstudie, Vincents Verlag, 2005, S. 14

## **4 Auswertung der Zufriedenheit von Angehörigen der Bewohner in stationären Altenpflegeeinrichtungen**

### **4.1 Der ZuBA - Datensatz**

#### **4.1.1 *Randbedingungen und Verfahren***

Das Datenmaterial wurde im Auftrag der Heimaufsichten der Bezirksämter Hamburg Mitte und Wandsbek im Zeitraum von Mai bis Oktober 2005 durch die Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fakultät Soziale Arbeit und Pflege in einer **Zufriedenheitsbefragung von Bewohnern und Angehörigen in stationären Altenpflegeeinrichtungen (ZuBA)** erhoben. Das Ziel der Befragung war, das Zufriedenheitsniveau der Bewohner und der Angehörigen in verschiedenen Leistungs- und Lebensbereichen zu ermitteln, um sich über die Zufriedenheit, Wünsche, Anregungen und Kritik der Bewohner und der Angehörigen zu informieren und somit Informationen für einen präventiven Beratungsauftrag zu erhalten. Die Ergebnisse sollten handlungsorientiert sein, d.h. die Ergebnisse sollten erkennen lassen, wo Handlungsbedarf besteht.

Die Zufriedenheitsbefragung bestand zunächst aus einem Strukturhebungsbogen, um den subjektiven Zufriedenheitsaussagen objektive Daten gegenüberstellen zu können. Wie schon in Kapitel 3.1 erläutert, beruhen subjektive Beurteilungen wie die Zufriedenheit auf vorhergehenden Erfahrungen oder Vergleichsstandards, wohingegen objektive Aussagen Ereignisse wiedergeben, die stattgefunden haben. Weitere Erhebungen fanden für die Heimbewohner und ihre Angehörigen statt. In vielen Fällen treffen die Angehörigen die wesentlichen Entscheidungen und sind zudem wichtige Werbeträger. Sie gelten demnach als potentielle Kunden und wurden aus diesem Grund auch in dieser Zufriedenheitsbefragung separat und nicht in Stellvertreterpositionen mit einbezogen. Außerdem konzentriert sich die Zufriedenheit Angehöriger teilweise auf andere Faktoren als die des Pflegebedürftigen und ergänzt so die Bewohnerbefragung um eine andere Perspektive. Zudem befanden sich auch innerhalb der Fragebögen der Bewohner und Angehörigen Fragen zu objektiven Gegebenheiten, z.B. „Mit welchen Personen haben Sie persönlichen Kontakt?“, welche die subjektiven Zufriedenheitsurteile ergänzten.<sup>233,234</sup>

---

<sup>233</sup> vgl. Applebaum, 2004, S. 42, 112

Innerhalb des **Strukturerhebungsbogens** wurden Informationen zu den verschiedenen Einrichtungen erhoben. Wie in Tabelle 1 aufgezeigt, umfasst die Strukturbefragung neun Fragenkomplexe. Angefangen bei Informationen zur Einrichtung und Bewohnerstruktur wurden bauliche, bezüglich der Zimmer und organisatorische Aspekte wie Verpflegung, Reinigung und Wäsche sowie Interessenvertretung erhoben.

**Tabelle 1 Fragenkomplexe der Strukturbefragung**

<b>Informationen zur Einrichtung</b>	Bestand, Mitarbeiter, Pflegeplätze, etc.
<b>Bewohnerstruktur</b>	Pflegestufen
<b>Wohnen</b>	Zimmer (Größe, Ausstattung)
<b>Pflege</b>	Pflegebedarf, Pflegeplanung, Evaluation, etc.
<b>Verpflegung</b>	Organisation, Gestaltungsmöglichkeiten
<b>Sauberkeit und Wäsche</b>	Wäscherei, Reinigungsdienst
<b>Freizeit</b>	Freizeitangebote
<b>Beschwerden und Verbesserungen</b>	Beschwerde- und Verbesserungsmanagement
<b>Interessenvertretung</b>	Heimbeirat, Freundeskreis

Die **Bewohnerbefragung** wurde mittels eines persönlichen Interviews durchgeführt, um u.a. Heimbewohner mit eventuellen kognitiven Störungen nicht automatisch aus der Stichprobe auszuschließen, da unklare Fragen wiederholt werden können bzw. der Befragte nachfragen kann. Die Interviews fanden alle in den verschiedenen Einrichtungen statt, teilweise in zur Verfügung gestellten Räumen oder den Zimmern der Bewohner. Der Fragebogen unterteilte sich in Informationen zur Person und zehn weitere Fragenkomplexe im Interviewerfragebogen, wie sie in Tabelle 2 ersichtlich sind. Die Fragen waren zum größten Teil standardisiert. Die Beantwortung erfolgte in den meisten Fällen über eine Likert-Skala von 1 = „sehr zufrieden“ bis 5 = „sehr unzufrieden“ und wurde durch die Möglichkeit der „weiß ich nicht“ Kategorie ergänzt. Der Interviewer hatte dabei in jedem Fragenkomplex die Möglichkeit, die Benotung zu erklären.

<sup>234</sup> vgl. Bartholomeyczik; Schrems, 2004, S.18

**Tabelle 2 Fragenkomplexe der Bewohnerbefragung**

<b>Informationen zur Person</b>	Geburtsjahr, Geschlecht, Familienstand, Kinder, Pflegestufe, Einzugszeitpunkt, etc.
<b>subjektives Befinden</b>	Selbständigkeit, Befinden
<b>Einzug in die Einrichtung</b>	Gründe für Einrichtung
<b>Wohnen und Alltag</b>	Zimmer, Raumangebot der Einrichtung, Abläufe
<b>Pflege</b>	Pflegepersonen, Pflegedurchführung und –umfang, Verhalten der Pflegepersonen, Hilfsmittel
<b>Verpflegung</b>	Essen (Angebot, Frische, Temperatur, etc)
<b>Sauberkeit und Wäsche</b>	Wäscherei, Reinigung
<b>Sozialkontakte</b>	persönliche Kontakte
<b>Freizeit</b>	Freizeitangebote
<b>Wohlfühlaspekte</b>	verschiedene Items
<b>Gesamtzufriedenheit</b>	

Die zur **Angehörigenbefragung** verwendete Untersuchungsmethode war die schriftliche Befragung. Die Kategorien der Angehörigenbefragung gleichen im wesentlichen denen der Bewohnerbefragung, wobei teilweise mehr auf die Belange der Angehörigen und Besucher innerhalb der Bereichszufriedenheiten eingegangen wird und Fragen zum eigenen Befinden sowie zum Einzug in die Einrichtung weggelassen wurden (vgl. Tabelle 3). Analog der Bewohnerbefragung waren die Fragen zum größten Teil standardisiert, wobei die Beantwortung über eine numerische Skala von 1 = „sehr zufrieden“ bis 5 = „sehr unzufrieden“ erfolgte und durch die Kategorie „weiß ich nicht“ ergänzt wurde. Um die Benotung nachvollziehen zu können, bot sich auch hier in fast allen Fragenkomplexen Raum für qualitative Ergänzungen.

**Tabelle 3 Fragenkomplexe der Angehörigenbefragung**

<b>Informationen zur eigenen Person</b>	Geburtsdatum, Geschlecht, Verhältnis
<b>Informationen zur besuchten Person</b>	Geburtsjahr, Geschlecht, Kinder, Pflegestufe, etc.
<b>Wohnen und Alltag</b>	Zimmer, Raumangebot der Einrichtung, Abläufe
<b>Pflege</b>	Pflegepersonen, Verhalten der Pflegepersonen, Hilfsmittel
<b>Verpflegung</b>	Essen Bewohner und Besucher
<b>Sauberkeit und Wäsche</b>	Wäscherei, Reinigung
<b>Freizeit</b>	Freizeitangebote
<b>Beschwerden und Verbesserungen</b>	Beschwerden, Verbesserungen, Bearbeitung
<b>Wohlfühlaspekte</b>	verschiedene Items
<b>Gesamtzufriedenheit</b>	

### 4.1.2 Zusammensetzung der Stichproben

Der Angehörigen- und der Bewohnerfragebogen sind der Mittelpunkt der Untersuchung. Insgesamt gingen 777 Bewohner aus 34 Einrichtungen und 408 Angehörige

aus 32 Einrichtungen der stationären Altenpflege in die Auswertung ein. Die Größe der stationären Einrichtungen reichte dabei vom kleinen 16-Betten-Haus bis zur großen Einrichtung mit 301 Pflegeplätzen, wobei in Abbildung 11 zu sehen ist, dass dabei ein relativ ausgewogenes Verhältnis zwischen den verschiedenen Einrichtungsgrößen

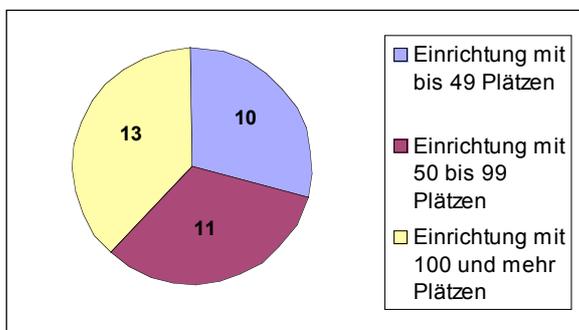


Abbildung 11 Aufteilung der Einrichtungen nach Größe

besteht. Die großen Unterschiede in der Anzahl der Befragten resultieren daraus, dass bei den Angehörigen die Rücklaufquote bei 43,2% und bei der Bewohnerbefragung die Rücklaufquote bei 79% lag. Einerseits resultiert dieses Ergebnis aus den unterschiedlichen Befragungsmethoden, andererseits ist dieses Ergebnis darauf zurückzuführen, dass letztendlich nur die Angehörigen befragt werden konnten, die sich in der Einrichtung engagieren. Es handelt sich bei den Angehörigen somit um einen eher kritischen Datensatz.

### Stichprobenverteilung nach Größe der Einrichtung

Wie in den Abbildungen 12 und 13 veranschaulicht, zeigt die Verteilung der

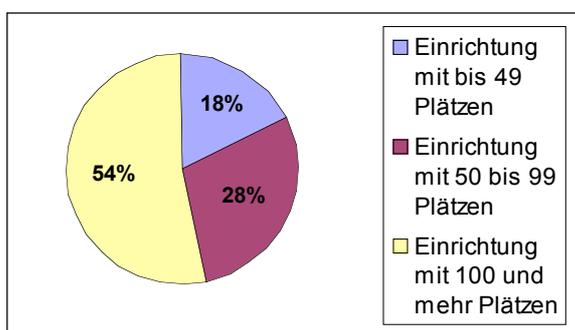


Abbildung 12 Angehörige nach Einrichtungsgröße

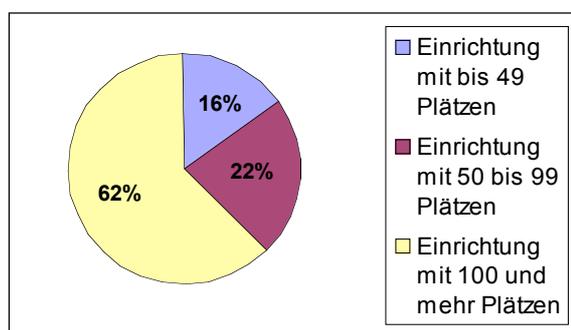


Abbildung 13 Bewohner nach Einrichtungsgröße

Angehörigen- und Bewohnerstichprobe nach Einrichtungsgröße, dass jeweils die größte Anzahl der Befragten aus Einrichtungen mit 100 und mehr Plätzen stammen (54% der Angehörigen und 62% der Bewohner). Im Anschluss sind die

Einrichtungen mit 50 bis 99 Pflegeplätzen aufgeführt, gefolgt von den kleineren Einrichtungen, die mit insgesamt 18% der Angehörigen und 16% der Bewohner am wenigsten vertreten sind.

### Stichprobenverteilung nach Alter

Die Stichprobenverteilung nach Alter umfasst bei den Angehörigen ein Spektrum von 15 bis 95 Jahren, wobei der arithmetische Mittelwert bei ungefähr 61 Jahren liegt. Dementsprechend liegt auch in Abbildung 14 der Schwerpunkt mit 28% und 40,8% im Alter von 51 bis 70 Jahren. Lediglich 15,3% der befragten Angehörigen sind hierbei unter 50 Jahre bzw. 15,9% älter als 70 Jahre. Die Befragung der

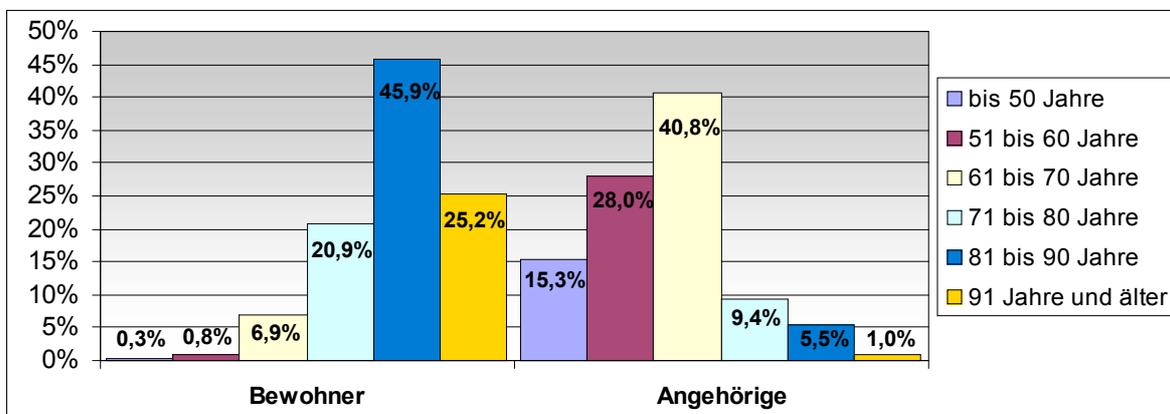


Abbildung 14 Stichprobenverteilung nach Alter

Heimbewohner ergibt ein anderes Bild. Bei einem arithmetischen Mittelwert von ca. 84 Jahren umfasst die Stichprobe ein Spektrum von 41 Jahren bis 103 Jahre. Die Altersverteilung ist im Vergleich zur Angehörigenbefragung fast auf den Kopf gestellt, wobei hier die Bewohner unter 70 Jahre mit insgesamt 8% die geringste Rolle spielen, gefolgt von den Bewohner mit 71 Jahren bis 80 Jahren mit 20,9%. Im Gegensatz zu den Angehörigen, stellt sich in Abbildung 14 bei den Bewohnern heraus, dass die 81jährigen und älter mit jeweils 45,9% und 25,2% klar überwiegen. Diese Altersverteilung spiegelt insbesondere das demografische Phänomen der Hochaltrigkeit<sup>235</sup> wieder, die sich auch in der Heimlandschaft bemerkbar macht.

<sup>235</sup> vgl. BMFSFJ, 2001, S. 14

### Stichprobenverteilung nach Geschlecht

Insbesondere auf der Seite der Heimbewohner ist in Abbildung 15 ein eher typisches Bild im Zuge der Feminisierung<sup>236</sup> im Alter zu erkennen, wobei die

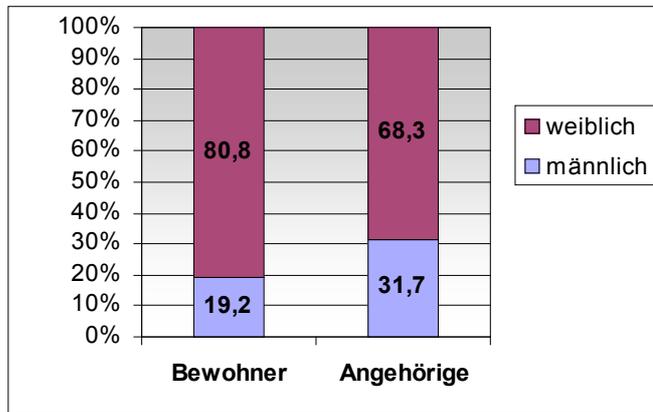


Abbildung 15 Stichprobenverteilung nach Geschlecht

Frauen mit 80,8% in der Mehrzahl sind. Die Geschlechterverteilung bei den Angehörigen zeigt ein ähnliches Bild, wobei 68,3% der antwortenden weiblichen Geschlechts und 31,7% männlichen Geschlechts sind, was wiederum die traditionelle Rollenverteilung bekräftigt, wonach vermehrt immer noch

hauptsächlich die Frauen für Hilfs-, Unterstützungs- und Pflegeleistungen in der Verantwortung sind.<sup>237</sup>

Diesen grundlegenden Aussagen über das Datenmaterial folgt nun die Darstellung der eigentlichen empirischen Auswertung. Wie in Abbildung 16 verbildlicht, erfolgt zunächst die Darstellung der zentralen Untersuchungsfragestellung im Zuge der

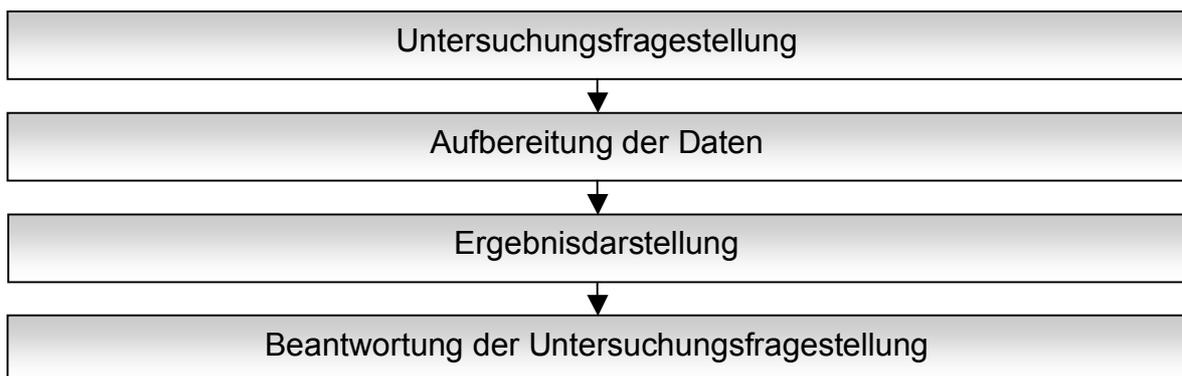


Abbildung 16 Ablauf der empirischen Auswertung

vorliegenden Arbeit, woraufhin die Aufbereitung des Datenmaterials beschrieben wird. Es folgt die Darstellung der Ergebnisse. Anschließend werden Implikationen

<sup>236</sup> weiterführende Literatur: Niederfranke, A.: Das Alter ist weiblich. In: Niederfranke, A.; Naegele, G.; Frahm, E. (Hrsg.): Funkkolleg Altern. Band 2: Lebenslagen und Lebenswelten, Soziale Absicherung und Altenpolitik. Westdeutscher Verlag. Opladen; Wiesbaden: 1999. S. 7-53

<sup>237</sup> vgl. BMFSFJ, 2001, S. 226

bezüglich der Kundenorientierung in der Angehörigenarbeit dargestellt. Dieser Punkt beinhaltet die Beantwortung der Untersuchungsfragestellung sowie mögliche Konsequenzen für die Praxis.

#### **4.2 Untersuchungsfragestellung und Aufbereitung der Daten**

Analog der Zielstellung der ZuBA – Befragung, eine Handlungsorientierung anhand der Zufriedenheit, der Wünsche und der Kritik der Bewohner und der Angehörigen zu erlangen, verfolgt die vorliegende Arbeit das Ziel, mögliche Implikationen der Kundenorientierung verbunden mit Zufriedenheitsbefragungen auf die Altenpflegepraxis herauszustellen. Die Auswertung des Datenmaterials soll ebenfalls handlungsorientiert erfolgen, um mögliche Implikationen für die Kundenorientierung in der Angehörigenarbeit daraus gewinnen zu können. Aus diesem Grund ergab sich für die empirische Datenauswertung folgende grundlegende Fragestellung:

***„Wie stellt sich die Zufriedenheit in den Einrichtungen dar und welche Unterschiede ergeben sich diesbezüglich zwischen den Zufriedenheitsurteilen der Angehörigen und Heimbewohner?“***

(Zentrale Untersuchungsfragestellung)

Ihre Relevanz gewinnt die Fragestellung aus der Tatsache, dass Angehörige eine andere Perspektive einbringen und in zunehmendem Maße als ernstzunehmende Kunden auftreten, aufgrund ihrer Bedeutung als Meinungsbildner in der Öffentlichkeit müssen ihre Meinung und Bedürfnisse mit in die Entwicklung der Einrichtung hin zu mehr Kundenorientierung einfließen.

Die vorgestellte Fragestellung soll im Verlauf der Untersuchung bearbeitet werden, um im letzten Schritt die Beantwortung der Fragen zu ermöglichen und letztendlich Implikationen daraus ableiten zu können. Ein hierzu notwendiger Schritt ist die Umwandlung in Untersuchungshypothesen, die in Tabelle 4 aufgeführt sind.

**Tabelle 4 Untersuchungshypothesen**

<b>Hypothese 1a</b>	<i>Die Zufriedenheitswerte fallen generell hoch aus.</i>
<b>Hypothese 1b</b>	<i>Es gibt Unterschiede zwischen den Zufriedenheitsurteilen der Angehörigen und der der Heimbewohner.</i>

Für die Durchführung der Datenauswertung mit Hilfe des Computers und somit der Anwendung von entsprechender Software müssen die Ausgangsdaten aufbereitet werden. Die meisten Programme arbeiten mit einer Datenmatrix, bei der die Objekte die Zeilen und die Variablen die Spalten bilden. Die empirische Untersuchung der geschlossenen Fragen wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit mit Hilfe des Programmsystems SPSS (Version 11.5) durchgeführt, das mit der erwähnten Datenmatrix arbeitet. SPSS ist das meist verbreitete Programmsystem zur statistischen Datenanalyse und bietet eine Vielzahl von Möglichkeiten statistische Methoden und Verfahren einzusetzen. Zur Anwendung kamen dabei Häufigkeitsauszählungen, Kreuztabellen und deskriptive Statistik mit Berechnung der Mittelwerte und Quartile für die gebildeten Skalen. Die Ergebnisse der einzelnen Analysen wurden in Tabellen oder Grafiken dargestellt, um einen schnelleren Überblick zu ermöglichen. Die Grafiken und Tabellen werden je nach Fragestellung durch eine Beschreibung der Ergebnisse ergänzt. Da die Daten bereits in der entsprechenden Datenmatrix aufgrund vorangegangener Untersuchungen vorlagen, beschränkte sich die Aufbereitung der Daten vor allem auf die Aufbereitung des Angehörigenfragebogens. Aufgrund der in Kapitel 2.3.1 vorgenommenen Arbeitsdefinition von Angehörigen im Sinne von primären Bezugspersonen wurden aus dem Datensatz die Betreuer entfernt, die in keinem Verhältnis zum Bewohner stehen, sondern lediglich gesetzlich bestimmt sind. Bei diesen relevanten Variablen wurden ebenfalls die Objekte mit fehlenden Messwerten entfernt. So standen für die Untersuchung noch 396 Angehörige und 777 Bewohner zur Verfügung. Da die relevanten Variablen alle über dasselbe Skalenniveau von 1 = „sehr zufrieden“ bis 5 = „sehr unzufrieden“ verfügen, waren keine weiteren Schritte bezüglich der Aufbereitung der Daten notwendig.<sup>238,239</sup>

## **4.3 Ergebnisdarstellung**

### **4.3.1 Angehörigenbefragung**

#### **4.3.1.1 Heimauswahl**

Gründe, in ein Heim zu ziehen, sind unter anderem ein eher schlechter Allgemein- und Gesundheitszustand sowie ein Mangel an Möglichkeiten der häuslichen

---

<sup>238</sup> vgl. Bühl; Zöfel, 2002, S. 13ff

<sup>239</sup> vgl. Voß, 2000, S. 2

Versorgung. Doch welche Gründe sprechen für eine bestimmte Heimauswahl und wer entscheidet letztendlich darüber. Bartholomeyczik und Schrems fanden in ihrem Projekt „Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen“ dazu folgende drei Hauptgründe. An erster Stelle stand die Tatsache, dass gerade ein Zimmer frei war, gefolgt von der Nähe zum Wohnort. An dritter Stelle wurde der gute Ruf der Einrichtung als Grund für die Heimauswahl benannt.<sup>240</sup>

Die Auswertung der Angehörigenbefragung kommt zu einem teilweise ähnlichen Ergebnis. Wie in Tabelle 5 ersichtlich, stand bei 64,7% der Befragten die Nähe zu den Angehörigen mit Abstand an erster Stelle. Des Weiteren achteten sie zu 14,4% bei der Auswahl der Einrichtung auf die Ausstattung des Heimes und ebenfalls an dritter Stelle mit 10,6% war der gute Ruf des Hauses ausschlaggebend. Im Hinblick auf ihren Kundenstatus, ist die Frage nach dem Entgelt nicht zu vernachlässigen, was in der vorliegenden Auswertung an vierter Stelle bei 10%

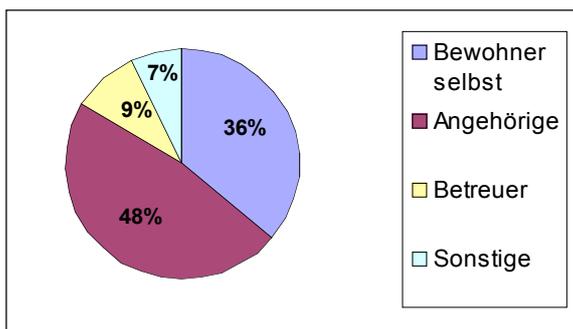


Abbildung 17 Entscheidung zum Heimeinzug

der Angehörigen durchaus ein Kriterium zu sein scheint. Die Angehörigen ergänzten den Fragebogen teilweise noch um einige Kategorien, die ihre Sicht auf die Heimauswahl verdeutlichen und aus diesem Grund der kurzen Erwähnung bedürfen. Dies waren zum einen die vorherige Tätigkeit im Heim

(1,4%) sowie die Kenntnis des Heimleiters (0,3%), was die Bedeutung der Mitarbeiter auch als potentiell zukünftige Kunden herausstellt. Zum anderen achteten die Angehörigen zusätzlich auf freundliches Personal (3,3%), was ebenfalls die wichtige Rolle der Mitarbeiter innerhalb der Angehörigenarbeit vom ersten Kontakt an bekräftigt. Zudem waren ein menschlicher Umgang, ein nettes Ambiente aber auch eine gute Organisation, Einzelzimmer, die Größe der Einrichtung oder großzügige Außenanlagen angegebene Auswahlkriterien. Die Entscheidung zum Heimeinzug haben bei fast der Hälfte der Befragten die Angehörigen (47,4%) selbst getroffen. Wie Abbildung 17 zeigt, entschieden die Bewohner zu 36,2% selbst über den Heimeinzug und Sonstige zu 16,3%.

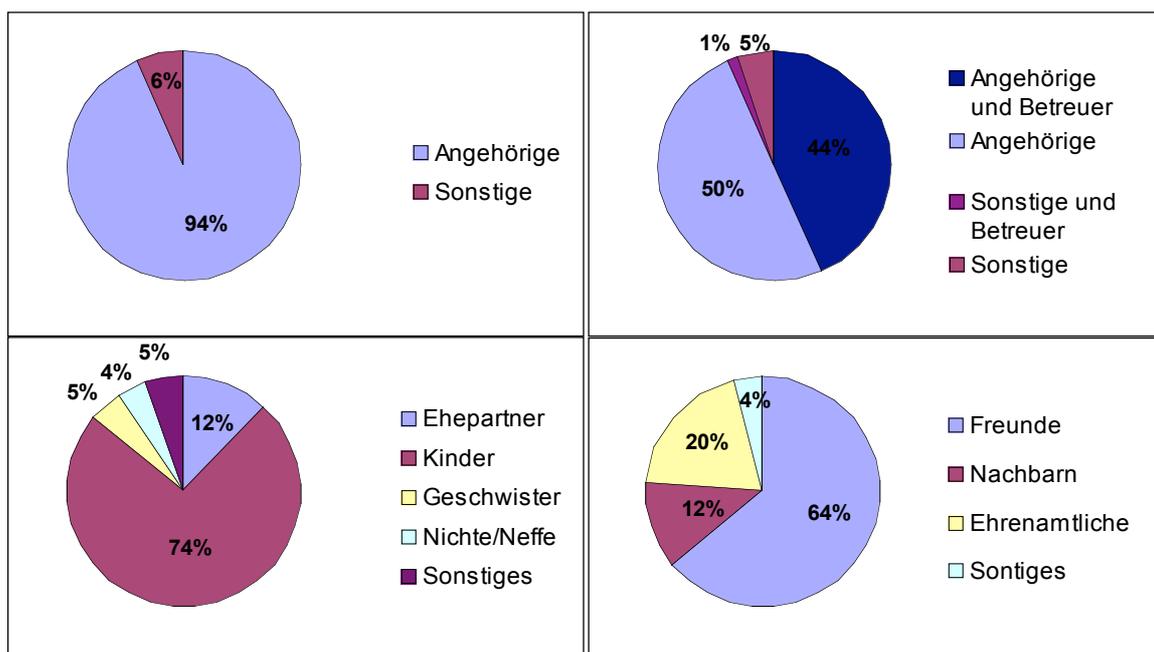
<sup>240</sup> vgl. Bartholomeyczik; Schrems, 2004, S. XIII

**Tabelle 5 Gründe der Angehörigen für die Heimauswahl**

<i><b>Einzugsgründe</b></i>	<i><b>Gültige Prozent</b></i>	<i><b>Häufigkeit</b></i>
1. Nähe Angehörige	64,7	233
2. Ausstattung des Heimes	14,4	52
3. Guter Ruf	10,6	38
4. Entgelt/Preis	10	36
5. Nähe Wohnort	9,2	33
6. Lage	8,9	32
7. Ausstattung Zimmer	8,6	31
8. Erster Eindruck	7,2	26
9. Kenntnis Bewohner	6,7	24
10. Zimmer gerade frei	6,4	23

**4.3.1.2 Angehörigen- bzw. Kontaktverhältnisse der Heimbewohner**

Gemäß der Arbeitsdefinition von Angehörigen der vorliegenden Arbeit wird neben Familienangehörigen auch nach den Kontakten mit Freunden, Nachbarn und



**Abbildung 18 Verteilung der Angehörigenverhältnisse**

ehrenamtlichen Helfer gefragt, die in die Auswertung mit einbezogen werden, obgleich die Familienangehörigen weiterhin als wichtigste Kontaktpersonen gesehen werden, was die Erhebung bestätigte. Im Angehörigenfragebogen stellten sich die Beziehungskonstellationen, wie in Abbildung 18 gezeigt, dar. Danach sind die Angehörigen zu 93,7% diejenigen, die sich am meisten in den Einrichtungen engagieren, wobei circa die Hälfte der Angehörigen (46,6%)

gleichzeitig Betreuer sind. Besonders die **Kinder stehen an erster Stelle** mit 71,3% der Angehörigen, was ebenfalls die Altersverteilung des Angehörigenfragebogens in Abbildung 14 erklärt. In weitem Abstand folgen der Ehepartner mit 11,7%, aber auch die Geschwister mit 4,8%. Andere Verwandte bringen sich zu 8,4% ein. Das Ergebnis wird durch die Kinderanzahl in Abbildung 20 bekräftigt,

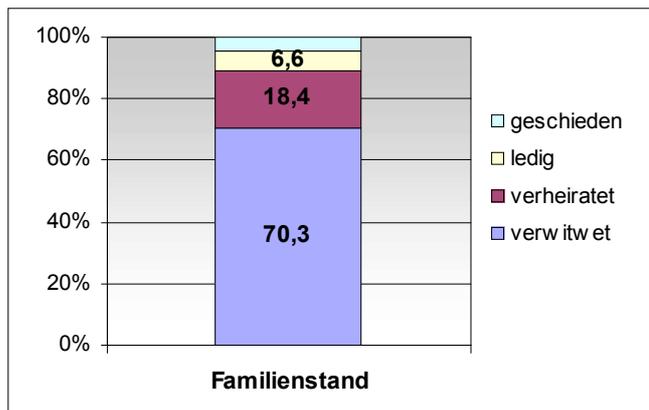


Abbildung 19 Familienstand

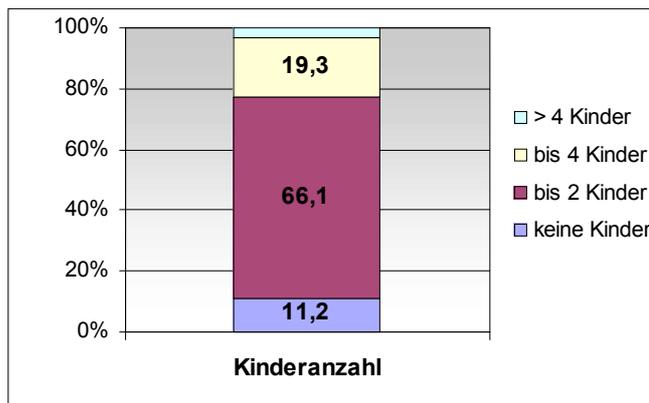


Abbildung 20 Kinderanzahl

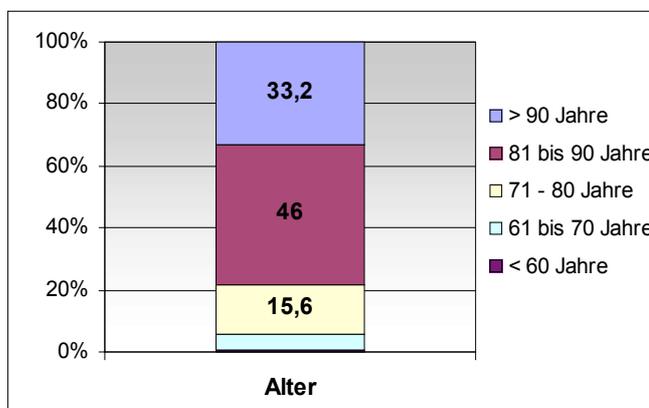


Abbildung 21 Alter der besuchten Personen gruppiert

wonach lediglich 11,2% der besuchten Heimbewohner keine Kinder haben und der Großteil zu 66,1% bis zu zwei Kinder hat. Der relativ geringe Anteil der Ehepartner wird durch Abbildung 19 verdeutlicht, wobei 70,3% der verwitweten Heimbewohner lediglich 18,4% Ehepaare gegenüberstehen. Die in Abbildung 21 dargestellte Altersverteilung entspricht in etwa der der Stichprobe der Bewohnerbefragung. Das Gros der Heimbewohner ist zwischen 81 und 107 Jahren, was infolge der Theorien um die Hochaltrigkeit und Singularisierung im Alter, den hohen Anteil der nicht verheirateten Heimbewohner hervorhebt. Mit dem Heimbewohner nicht verwandt waren laut Abbildung 18 6,3%, die circa zu einem Viertel ebenfalls den Status eines Betreuers haben. Zu 64% stehen bei den sonstigen Bezugspartnern die Freunde im Vordergrund.

### 4.3.1.3 Kontaktverhalten der Angehörigen

Nachdem im vorhergehenden Kapitel bereits die Angehörigen- und somit die Kontaktverhältnisse aufgezeigt wurden, reiht sich in diesen Zusammenhang die

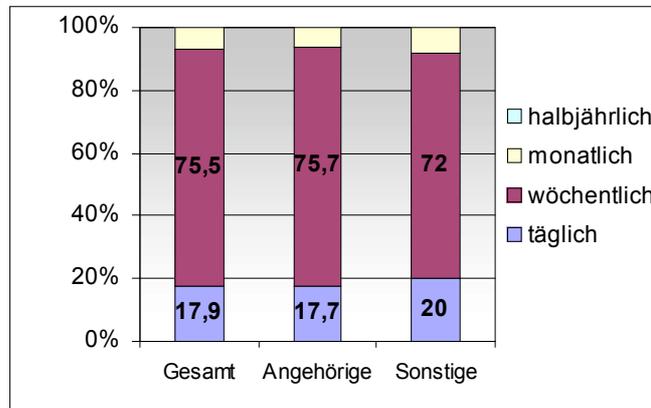


Abbildung 22 Besuchshäufigkeit

Frage nach der **Häufigkeit der Sozialkontakte und ihren Einflussfaktoren** ein, die einen Schwerpunkt der Auswertung darstellt. Laut dem Kuratorium Deutsche Altershilfe, sind regelmäßige Kontakte – mindestens 1x pro Woche - durch Angehörige die Grundlage für eine tragfähige Einbeziehung der

Angehörigen in die Betreuung und Pflege. So zeigte die vorliegende Datenauswertung (vgl. Abbildung 22), dass der Großteil der Angehörigen der Stichprobe zu 17,9% täglich und zumeist zu 75,5% mindestens 1x pro Woche zu Besuch kommt. Somit besuchen 93,4% dieser Stichprobe ihren Angehörigen regelmäßig, was die Aussage des kritischen Datensatzes bestätigt, da dies wie oben beschrieben, die Grundlage für tragfähige Angehörigenarbeit und somit -engagement bildet. Monatliche und halbjährliche Besuche beschränken sich in dieser Stichprobe auf knapp 7%. Der **Vergleich familialer und außerfamilialer Kontakte** zeigt in Abbildung 22 keine eindeutigen Unterschiede. Beide Gruppen besuchen zum Großteil wöchentlich, wobei die sonstigen außerfamilialen Kontakte sogar gering mehr tägliche Besuche aufweisen als die Familienangehörigen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass gemäß der vorliegenden Stichprobe der Angehörigen lediglich jeder 16te Bewohner außerfamiliäre Kontakte hat.<sup>241</sup>

Bei der **Aufschlüsselung der einzelnen Angehörigenverhältnisse nach ihrer Besuchshäufigkeit** eröffnete sich das in Abbildung 23 dargestellte Bild. Interessanterweise sind es die Ehepartner, die zu 76,9% täglich zu Besuch kommen, während die Kinder und Geschwister sich jeweils zu 81,1% und 93,3% auf die wöchentlichen Besuche konzentrieren. Dementsprechend bieten die Ehepartner und die Kinder das größte Potential für Angehörigenarbeit bzw. -mitarbeit, da sie

<sup>241</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2004, S. 59

quantitativ bei ca. 69% der Bewohner am meisten vertreten sind. Anzumerken ist hier jedoch, dass auch die Geschwister, Nichten/Neffen, Enkel, Freunde und Nachbarn für Angehörigenarbeit in Frage kämen, da die Stichprobe in dieser

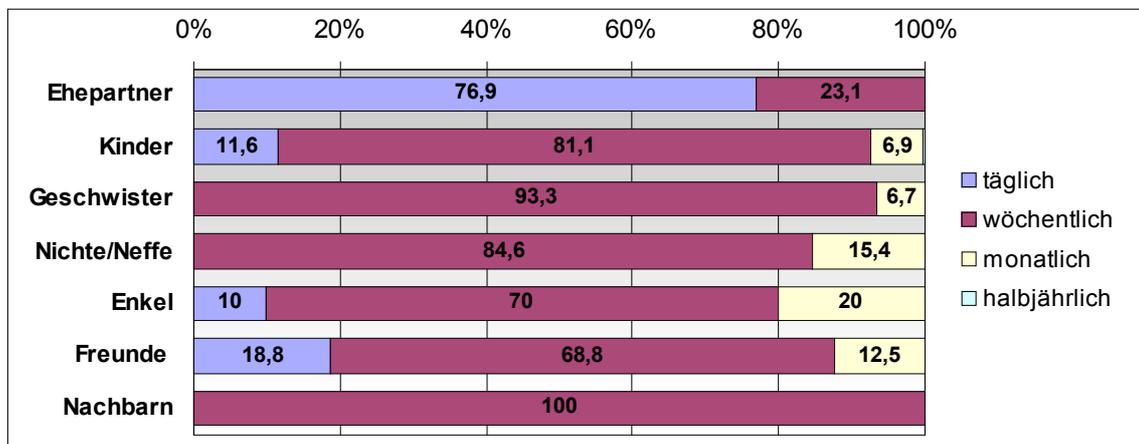


Abbildung 23 Besuchshäufigkeit nach Angehörigenverhältnis

Hinsicht kritisch zu beurteilen ist. Prinzipiell stehen sozusagen bei über der Hälfte der Bewohner Personen zur Verfügung, die sich in den Heimalltag einbringen können, wobei man bedenken muss, dass die Beantwortung des Fragebogens ohnehin eher von Menschen vorgenommen wurde, die sich um den Heimbewohner kümmern bzw. sich in irgendeiner Weise einbringen.

An die allgemeine Darstellung des Besuchsverhaltens schließt sich die Frage an, **welche Aspekte die Kontakthäufigkeit beeinflussen**, da die Annahme zugrunde liegt, dass die Kontakthäufigkeit aufgrund von regelmäßigem Besuch eine strukturierte Angehörigenarbeit erst möglich macht. In Abbildung 23 wurde bereits herausgestellt, dass insbesondere das Eltern-Kind-Verhältnis sowie die Ehepartner am häufigsten regelmäßigen Kontakt pflegen, da sie den Großteil der Sozialkontakte ausmachen. Laut dem Kuratorium Deutsche Altershilfe wirken auch noch andere Faktoren auf den Kontakt ein, die bei der konzeptionellen Entwicklung der Angehörigenarbeit in stationären Altenpflegeeinrichtungen Beachtung finden sollten. Zum einen sind dies *personale Faktoren* wie die Qualität der Beziehung zwischen Bewohner und Angehörigen, der Gesundheitszustand des Heimbewohners sowie die Aufenthaltsdauer in der Einrichtung. Die anderen Faktoren sind eher *strukturell-institutionell* zu sehen, wie die Art und Lage der Einrichtung. Des Weiteren legen sie die Annahme zugrunde, dass örtliche Nähe eine Vorausset-

zung für regelmäßige Besuche und somit eine Grundlage für die Einbindung der Angehörigen darstellt.<sup>242</sup>

Im Folgenden werden in Anlehnung an die Untersuchung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe Aspekte der regelmäßigen (mindestens 1x pro Woche) Kontakthäufigkeit dargestellt. Zunächst werden die möglichen **personalen Zusammenhänge** untersucht, begonnen mit der Pflegestufe, der Verweildauer und dem Alter der besuchten Person in der stationären Altenpflegeeinrichtung. Wie Abbildung 24 zeigt, besuchen die Angehörigen durch alle Pflegestufen hindurch am meisten wöchentlich, wobei eine leichte Veränderung im Verlauf der

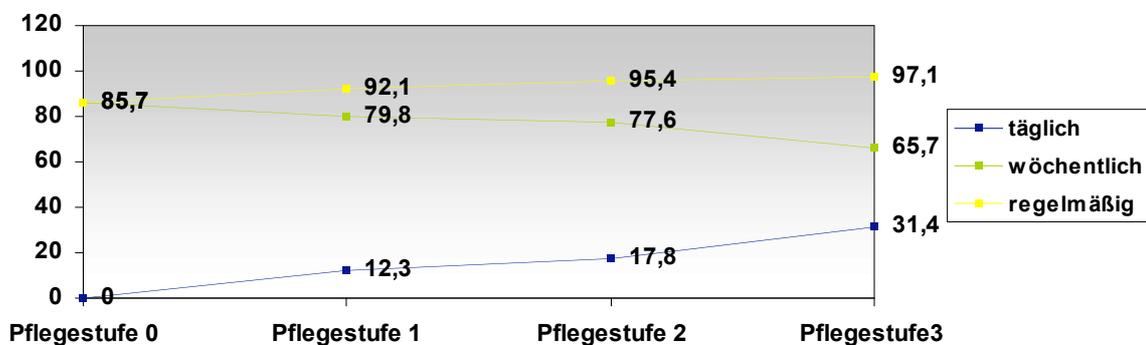


Abbildung 24 Besuchshäufigkeit und Pflegebedürftigkeit

Pflegestufen zu erkennen ist. So nimmt der wöchentliche Besuch mit zunehmender Pflegestufe leicht ab von 85,7% in Pflegestufe 0 auf 65,7% in Pflegestufe 3, wohingegen die täglichen Besuche leicht von keinen täglichen Besuchen in der Pflegestufe 0 in dieser Stichprobe bis hin zu 31,4% in Pflegestufe 3 ansteigen. Dieses Ergebnis könnte darauf zurückzuführen sein, dass mit zunehmendem

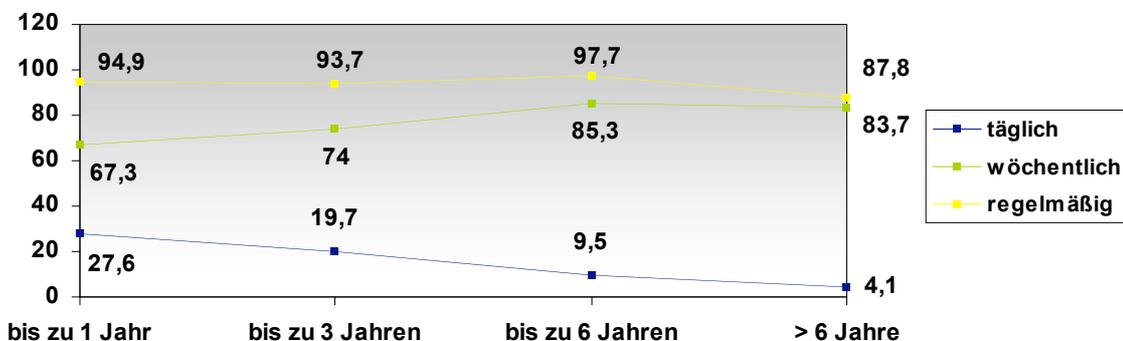


Abbildung 25 Besuchshäufigkeit und Verweildauer

<sup>242</sup>vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 64ff

Hilfebedarf auch die Frequenz der Besuche zunimmt.

Neben dem Gesundheitszustand, gemessen anhand der Pflegestufe, kann die Verweildauer in Abbildung 26 die Kontakthäufigkeit beeinflussen. Die Ergebnisse zeigen einen kontinuierlichen Abfall vor allem der täglichen Besuche mit zuneh-

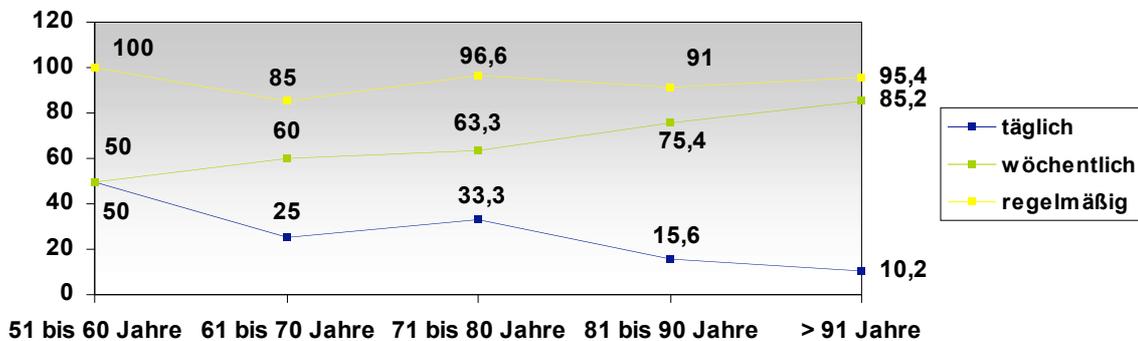


Abbildung 26 Besuchshäufigkeit und Alter der Heimbewohner

mender Verweildauer in der stationären Altenpflegeeinrichtung von 27,6% im ersten Jahr bis hin zu 4,1% nach 6 Jahren. Je länger demzufolge die Bewohner in der Einrichtung verweilen, desto weniger tägliche Besuche von Angehörigen und Freunden sowie Nachbarn außerhalb der Einrichtung sind zu erwarten, was auf einen leichten Rückzug von der anfänglichen Besuchsmotivation der Angehörigen schließen lassen könnte. Insgesamt gesehen, befindet sich der regelmäßige Kontakt auf einem relativ hohen Niveau.

Ein Zusammenhang zwischen der Besuchshäufigkeit und dem Alter der Heimbewohner lässt sich wiederum lediglich anhand der wöchentlichen und täglichen Besuche ausmachen. Die täglichen Besuche nehmen hier von den 71 bis 80jährigen bis hin zu den über 91jährigen ab von 33,3% auf 10,2%, was die wöchentlichen Besuche in diesen Jahren jedoch von 63,3% auf 85,2% ansteigen lässt. Dieses Ergebnis könnte daraus resultieren, dass sich mit zunehmendem Alter das soziale Netzwerk eines Menschen verändert, indem Kontakte aufgrund fehlender Mobilität oder durch den Verlust von Freunden und Angehörigen durch deren Tod immer weniger werden.

Betrachtet man sich diese Aspekte der Kontakthäufigkeit, so zeigen sich nur bedingt Zusammenhänge, vorrangig bei den täglichen und wöchentlichen Besuchen. Der regelmäßige Kontakt scheint dahingegen mit Werten um die 90% insgesamt auf einer sehr tragfähigen Basis im Hinblick auf den Einbezug Angehø-

riger zu stehen, was sich durchaus auch auf diese Stichprobe als kritischen Datensatz zurückführen lassen kann, nachdem sich diese Angehörigen ohnehin schon engagieren. Über die Ursachen der Ergebnisse lässt sich jedoch nur spekulieren, da zum Zeitpunkt der Bearbeitung noch keine qualitativen Daten vorlagen.

Des Weiteren wird versucht Zusammenhänge der Besuchshäufigkeit zu **strukturell-institutionellen Aspekten** herauszustellen, die mit Hilfe des Grundes für den Heimeinzug sowie der Einrichtungsgröße untersucht werden. Der von den Angehörigen an erster Stelle genannte Grund bestand in der örtlichen Nähe zu ihnen, was gemäß KDA zu regelmäßigen Kontakten beitragen sollte. Diese Angehörigen besuchen ihre Nahestehenden zu 20,2% täglich und zu 76% wöchentlich (vgl. Abbildung 27). In diesem Zusammenhang wird ebenfalls

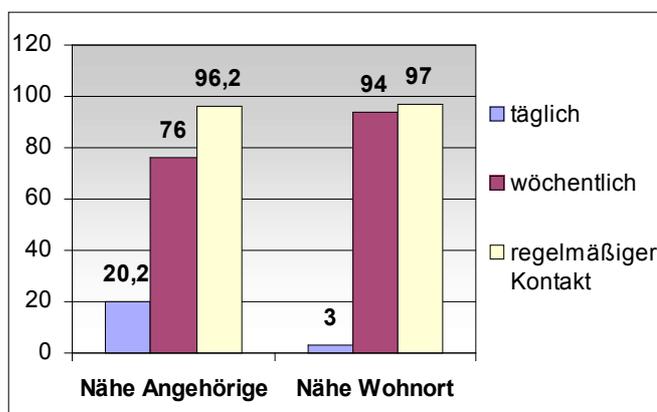


Abbildung 27 Besuchshäufigkeit und Gründe für Heimauswahl

das Auswahlkriterium „Nähe Wohnort“ angeführt. Von dieser Gruppe besuchen sehr wenige täglich ihre Angehörigen (3%), jedoch zu einem beträchtlichen Anteil von 94% wöchentlich. Die genannten Gründe für den Heimeinzug weisen dabei

ein gering höheres regelmäßiges Besuchsverhalten von 96% bzw. 97% auf, als die Gesamtstichprobe, deren regelmäßige Kontakte sich auf ungefähr 93% belaufen.

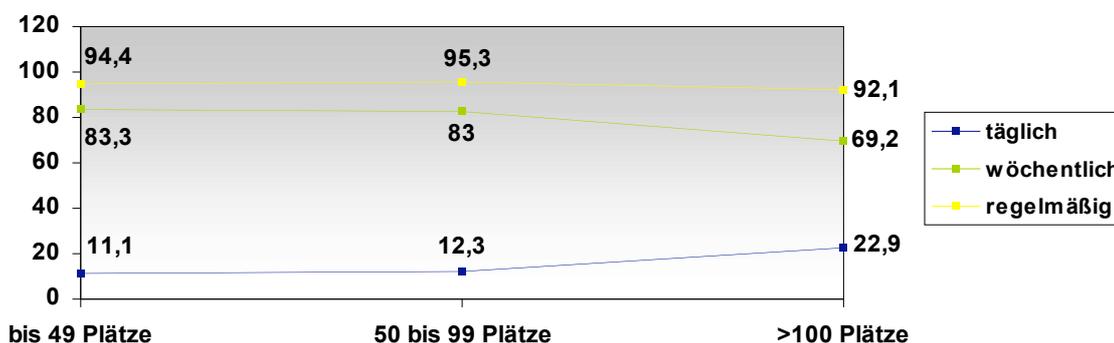


Abbildung 28 Besuchshäufigkeit und Größe der Einrichtung

ein gering höheres regelmäßiges Besuchsverhalten von 96% bzw. 97% auf, als die Gesamtstichprobe, deren regelmäßige Kontakte sich auf ungefähr 93% belaufen.

Von besonderem Interesse bezüglich der Besuchshäufigkeit ist zudem die Einrichtungsgröße. Gemäß dem KDA sind besonders in größeren Einrichtungen Personen zu finden, die selten oder nie Kontakt außerhalb der Einrichtung pflegen. Die in Abbildung 28 dargestellte Verteilung der Besuchshäufigkeiten kann dies nur schwach bestätigen, da in Einrichtungen mit mehr als 100 Plätzen tendenziell mehr tägliche Besuche (22,9%) zu verzeichnen sind, jedoch die regelmäßigen Besuche gering weniger stattfinden (92,1%) als vor allem in mittelgroßen Einrichtungen (95,3%). Dies macht jedoch die Interpretation schwierig, da nur eine sehr geringe Tendenz zu erkennen ist.

#### 4.3.1.4 Die Zufriedenheit in der Wahrnehmung der Angehörigen

In den folgenden Tabellen sind die Ergebnisse der einzelnen Bereichszufriedenheiten wiedergegeben. Für jeden Bereich sind die Anwohnhäufigkeiten in gültigen Prozent und unter „MW“ die arithmetischen Mittelwerte (Skala 1 bis 5) dargestellt. Die Reihenfolge ist dabei der besseren Übersicht wegen zunächst nach den Mittelwerten sortiert, wobei innerhalb gleicher Mittelwerte nach den jeweiligen Zufriedenheitswerten (sehr zufrieden/zufrieden) sortiert wurde. Zu den „**Spitzenreitern**“ der Zufriedenheit in der Tabelle 6 zählen die Hilfeleistungen, die Umgangsformen der Pflegekräfte und die Verfügbarkeit der Hilfsmittel mit Mittelwerten um 1,8 und 1,9, die mit einer durchschnittlichen Zufriedenheit von 85% der Angehörigen eine hohe Zufriedenheit im Vergleich zum durchschnittlichen Zufriedenheitswert aller Bereiche von 71,8% und einem durchschnittlichen Mittelwert von 2,15 aufweisen, wobei die *Verfügbarkeit der Hilfsmittel* die höchste Zufriedenheitsquote (Bewertungen sehr zufrieden/zufrieden) mit 88,8% aufweist.

**Tabelle 6 „Spitzenreiter“ der Zufriedenheit**

<b>Bereichszufriedenheiten</b>	<b>sehr gut</b>	<b>gut</b>	<b>mittelmäßig</b>	<b>schlecht</b>	<b>sehr schlecht</b>	<b>MW</b>
Verfügbarkeit Hilfsmittel	38,8	50	6,7	3	1,5	1,8
Umgangsformen Pflegekräfte	37,5	48,9	12,2	0,8	0,5	1,8
Hilfeleistungen	33,3	47,2	16,1	2,8	0,6	1,9

Innerhalb der „**Durchschnittswerte**“ der Zufriedenheit in Tabelle 7 sind zunächst die Verpflegung für die Besucher, die Sauberkeit sowie das Raumangebot

mit einer durchschnittlichen Zufriedenheitsquote von 76,9% zu finden, gefolgt von der Zimmerausstattung und der Verpflegung für die Bewohner, die gering weniger Zufriedenheit von durchschnittlich 75,7% aufweist.

**Tabelle 7 „Durchschnittswerte“ der Zufriedenheit**

<b>Bereichs- zufriedenheiten</b>	<b>sehr gut</b>	<b>gut</b>	<b>mittel- mäßig</b>	<b>schlecht</b>	<b>sehr schlecht</b>	<b>MW</b>
Verpflegung für Besucher	36,9	40,3	15	4,4	3,4	2
Sauberkeit	29,6	47,2	16,1	5,8	1,3	2
Raumangebot	33,9	42,8	18	3,9	1,3	2
Zimmerausstattung	34	41,8	18,9	3,8	1,6	2
Verpflegung für Bewohner	28,2	47,3	18,2	4,9	1,4	2

Tabelle 8 zeigt die „**Schlusslichter**“ der Zufriedenheitswerte der Angehörigenbefragung. Mit einer durchschnittlichen Zufriedenheit von 70,7% sind hier die alltäglichen Abläufe, die Freizeitangebote und die Wäscheversorgung beurteilt worden. Mit großem Abstand herrscht bei dem *Beschwerde- und Verbesserungsmanagement die höchste Unzufriedenheit*, wobei der Umgang mit Verbesserungsvorschlägen mit einer Zufriedenheit von 37% der Angehörigen von allen Zufriedenheitsbereichen am schlechtesten beurteilt wurde. Diese Bereiche scheinen somit aus Sicht der Angehörigen das größte Potential zur Weiterentwicklung zu enthalten, da laut Aust Ergebnisse von Zufriedenheitsuntersuchungen, bei denen, die „gut/sehr gut“ Antworten unter 75% liegen, als erhebliches Konfliktpotential zu werten sind.<sup>243</sup>

**Tabelle 8 „Schlusslichter“ der Zufriedenheit**

<b>Bereichs- zufriedenheiten</b>	<b>sehr gut</b>	<b>gut</b>	<b>mittel- mäßig</b>	<b>schlecht</b>	<b>sehr schlecht</b>	<b>MW</b>
Alltägliche Abläufe	22,9	48,3	20	6,6	2,3	2,2
Freizeitangebote	30	41	16,3	8,5	4,2	2,2
Wäscheversorgung	32,7	37,2	20,1	6,2	3,8	2,1
Beschwerdeumgang	15,2	31,5	25	17,4	10,9	2,8
Verbesserungsvorschläge	3,7	33,3	22,2	29,6	11,1	3,1

<sup>243</sup> vgl. Aust, 1994, S. 33ff

Die in der Abbildung 29 dargestellte Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Gesamtzufriedenheit weist für allgemeine Zufriedenheitsfragen ein eher charakteristisches Bild auf. Die Verteilung dieses Indikators zeigt, dass 78,5%

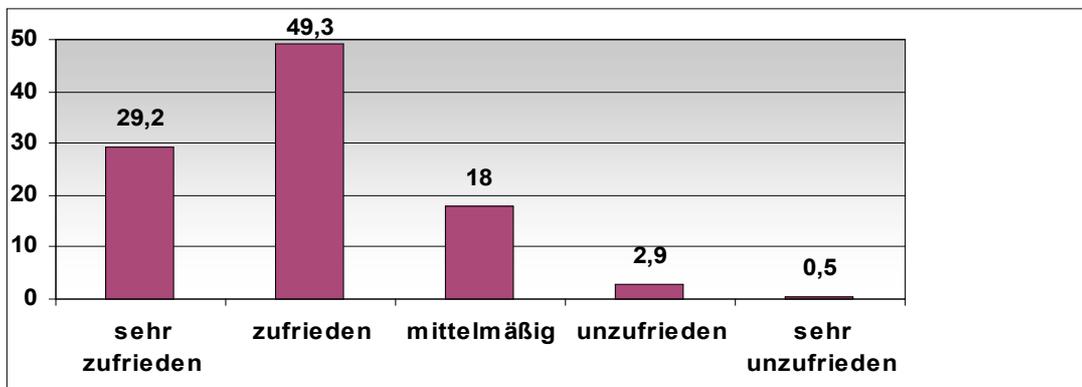


Abbildung 29 Gesamtzufriedenheit der Angehörigen

einen Wert von 1 oder 2 wählten und sich mit ihrer Situation zufrieden bis sehr zufrieden zeigen. Unzufriedenheit, definiert als Skalenwert kleiner als 3, finden wir lediglich bei 3,4% der Angehörigen. Die Gesamtzufriedenheit liegt daher mit einem Mittelwert von 2,0 auf einem relativ hohen Zufriedenheitsniveau, denn wie schon in Kapitel 3.2.3 erläutert, bezeichnen sich die wenigsten Personen als unzufrieden. Da dieses Ergebnis eher kritisch betrachtet werden sollte, wird im Folgenden der Zusammenhang zwischen der Besuchshäufigkeit und der Gesamtzufriedenheit dargestellt. Hierbei liegt die Annahme zugrunde, dass Angehörige, die täglich regelmäßig mit dem Heimbewohner Kontakt haben, das Heim durchaus kritischer beurteilen, als diejenigen, die seltener Einblick in den Heimalltag erhalten. Abbil-

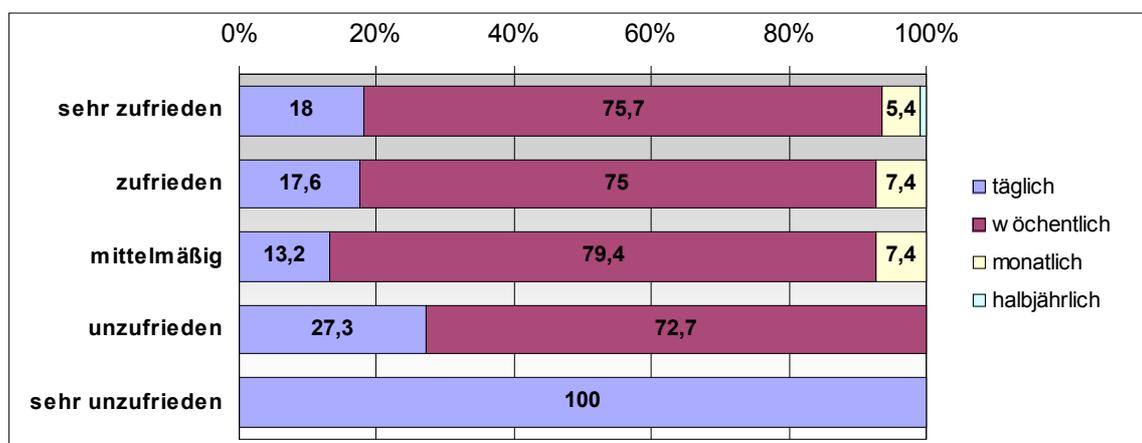


Abbildung 30 Gesamtzufriedenheit und Besuchshäufigkeit

dung 30 lässt dahingehend eine leichte Tendenz erkennen. Die Angehörigen, die gesamt gesehen sehr zufrieden und zufrieden sind, besuchen durchschnittlich zu 93,2% täglich und wöchentlich, während diejenigen, die gesamt eher unzufrieden und sehr unzufrieden sind, zu 100% regelmäßig Kontakt haben. Es ist hierbei jedoch zu bedenken, dass in der Kategorie „sehr unzufrieden“ lediglich 2 Aussagen vorlagen. Ebenso sind die monatlichen Kontakte lediglich in den Kategorien „sehr zufrieden“ bis „mittelmäßig“ mit circa 6,7% zu finden, halbjährliche Besuche mit 0,9% nur bei den sehr zufriedenen Angehörigen.

#### 4.3.1.5 **Beschwerde- und Verbesserungsverhalten**

Aufgrund der Ergebnisse der Zufriedenheitsauswertung und der damit verbundenen Erkenntnis, dass die Zufriedenheit mit dem Umgang mit Beschwerden und Verbesserungsvorschläge das Schlusslicht bildet sowie der wichtigen Rolle des Beschwerdemanagements als Basis für Kundenorientierung und somit Kundenzufriedenheit, wie es in Kapitel 3.3 angeführt wurde, erlangen die Ergebnisse aus diesem Bereich eine besondere Bedeutung. Aus dem Strukturhebungsbogen geht hervor, dass von 32 Einrichtungen 90,6% ein Beschwerdemanagement betreiben, wobei die Häufigkeiten der Beschwerden von 2 bis 185 pro Jahr reichen. In kleineren Einrichtungen bis 49 Pflegeplätzen sind das durchschnittlich elf Beschwerden, in Einrichtungen von 50 bis 99 Plätzen circa 34 Beschwerden im Jahr und in größeren Einrichtungen ungefähr 39. An oberster Stelle steht die Wäscheversorgung als Beschwerdegrund mit über 50% der Nennungen, wie in Abbildung 31 zu erkennen ist. Auffallend ist, dass die Wäscheversorgung von den

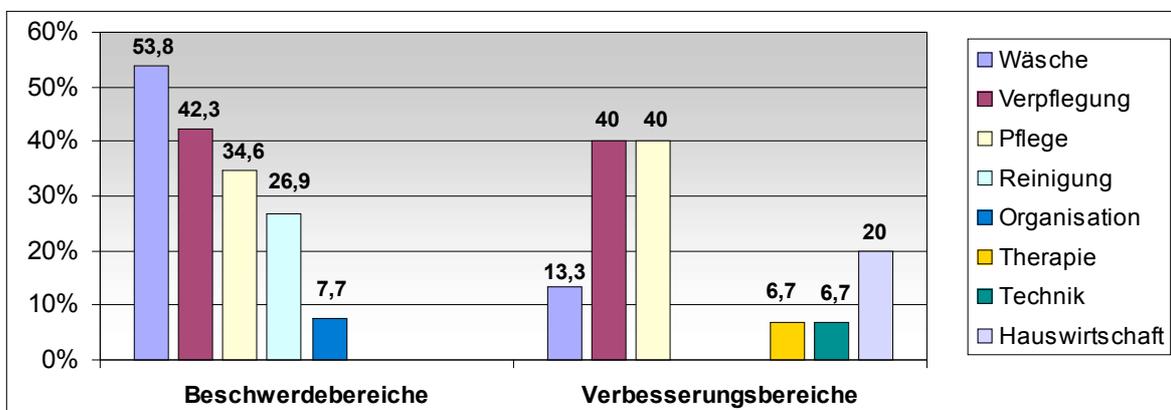
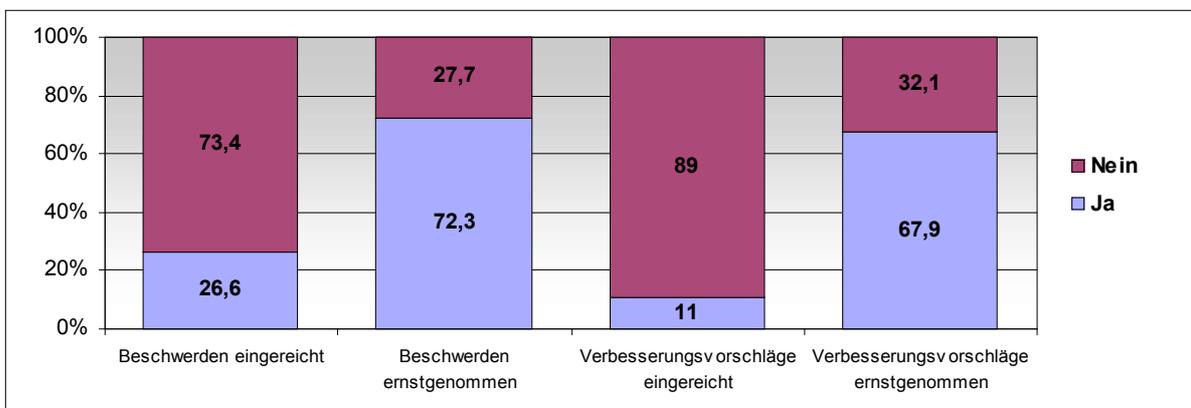
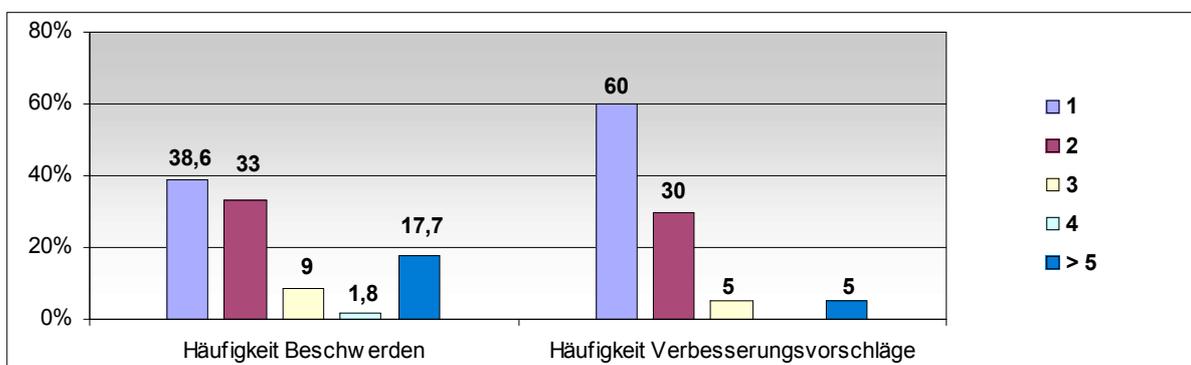


Abbildung 31 **Beschwerde- und Verbesserungsbereiche**

Angehörigen ebenfalls als Schlusslicht in der Zufriedenheit aufgeführt ist (vgl. Tabelle 8). Ebenso sind die Verpflegung und Reinigung als Durchschnittswerte der Zufriedenheit angegeben, die mit 42,3% und 26,9% neben der Pflege mit 34,6% als wichtigste Beschwerdegründe folgen. Zudem nimmt einen kleinen Teil der Beschwerdegründe mit 7,7% der Bereich der Organisation ein. Verbesserungsvorschläge betreffen zum größten Teil die Pflege und die Verpflegung zu je 40%, aber auch Anregungen zu Wäsche und Hauswirtschaft mit 13,3% und 20%. Hinzu kamen dabei die Bereiche der Haustechnik und Therapie mit 6,7%. Neben den eher negativ zu bewertenden Zufriedenheitswerten des Beschwerde- und Verbesserungsbereiches, ergab die Angehörigenbefragung, dass 26,6% der befragten Angehörigen schon Beschwerden bzw. 11% Verbesserungsvorschläge eingereicht haben, wie in Abbildung 32 ersichtlich ist. Die Frage, ob diese ernst genommen werden, konnten 72,3% bzw. 67,9% bestätigen. Es handelte sich hierbei hauptsächlich um ein bis zwei Beschwerden bzw. Anregungen zur Verbesserung (vgl. Abbildung 33).



**Abbildung 32 Beschwerden und Verbesserungsvorschläge**



**Abbildung 33 Häufigkeit Beschwerden und Verbesserungsvorschläge**

### 4.3.2 **Bewohnerfragebogen**

#### 4.3.2.1 **Heimauswahl**

Im Vergleich zur Angehörigenbefragung, geht aus den genannten Gründen in Tabelle 9 der Bewohnerbefragung hervor, dass an vorderster Stelle andere Personen, als die Bewohner, über die Heimauswahl entschieden haben. Dieses Ergebnis beläuft sich auf 30,5% der befragten Heimbewohner. Es folgen in nahem Abstand die Nähe zu den Angehörigen mit 28,3% sowie die Nähe zum Wohnort an dritter Stelle mit 27,7% der Stichprobe. Der gute Ruf der Einrichtung und die Tatsache, dass gerade ein Zimmer frei ist, wurden an vierter und fünfter Stelle genannt, wobei Fragen zur Ausstattung des Heimes und des Entgeltes im Vergleich zur Angehörigenbefragung außerhalb dieser in Tabelle 9 aufgeführten ersten 10 Gründe für die Heimauswahl zu finden sind.

**Tabelle 9 Gründe der Bewohner für die Heimauswahl**

<b><i>Einzugsgründe</i></b>	<b><i>Gültige Prozent</i></b>	<b><i>Häufigkeit</i></b>
1. Andere haben entschieden	30,5	223
2. Nähe Angehörige	28,3	206
3. Nähe Wohnort	27,7	202
4. Guter Ruf	22,1	161
5. Zimmer gerade frei	10	73
6. Erster Eindruck	9,6	70
7. Kenntnis Bewohner	9	66
8. Leistungsangebot insgesamt	5,6	41
9. Lage	3,7	27
10. Empfehlung durch den Arzt	3,3	24

Im Zusammenhang gesehen, stehen sowohl bei den Angehörigen, bei den Bewohnern als auch in der Untersuchung von Bartholomeyczik und Schrems die *Nähe zu Angehörigen oder dem Wohnort* sowie der *gute Ruf der Einrichtung* und die Möglichkeit ein *freies Zimmer* zu bekommen an vorderster Stelle, was besonders im Hinblick auf die Ausrichtung hin zu einer kundenorientierten Einrichtung und damit verbunden zufriedenen Kunden als auch für ein Konzept der Angehörigenarbeit mit besonderem Augenmerk zu betrachten ist.

### 4.3.2.2 Angehörigenverhältnisse der befragten Heimbewohner

Auch im Bewohnerfragebogen werden neben den Familienangehörigen, Freunde und Nachbarn einbezogen, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Besonders bei Fragen zur Kontakthäufigkeit und deren Einflussfaktoren kommt dies zum

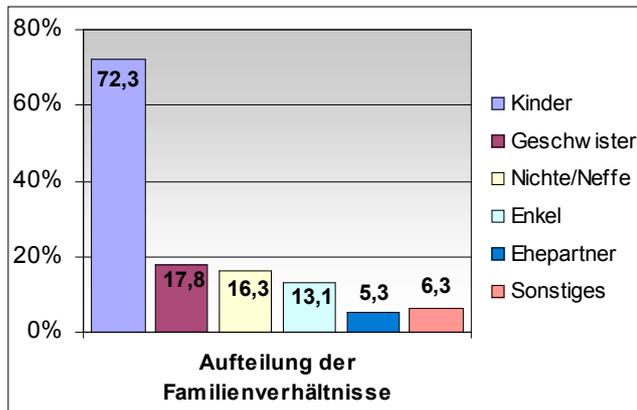


Abbildung 34 Familienverhältnisse

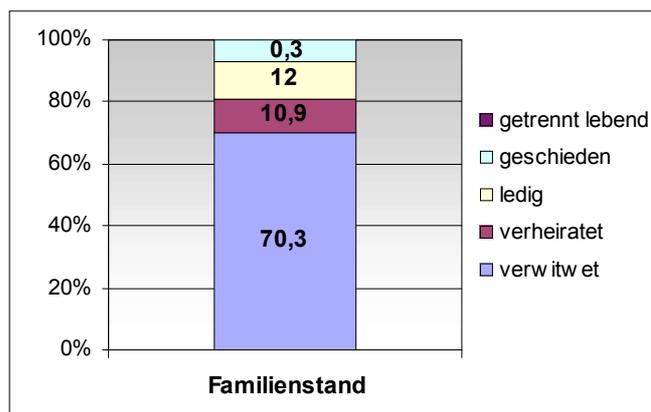


Abbildung 35 Familienstand

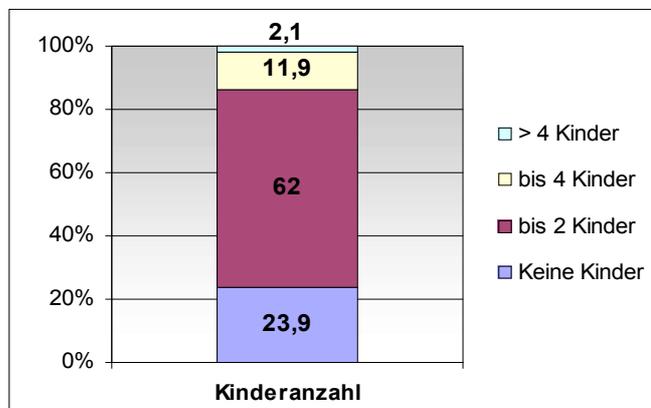


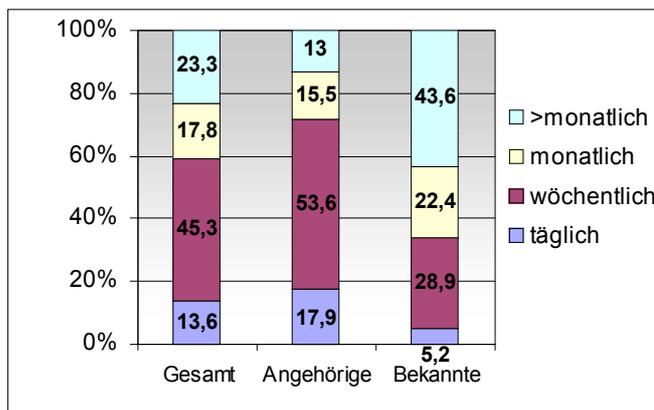
Abbildung 36 Kinderanzahl

Tragen. Zunächst ist jedoch von besonderem Interesse, wie viele der Heimbewohner überhaupt noch Familienangehörige außerhalb der stationären Altenpflegeeinrichtung haben. Die Auswertung der Bewohnerbefragung hat ergeben, dass lediglich 12,8% der Befragten Bewohner keine, jedoch 87,2% noch Angehörige haben. Weitere Ausdifferenzierungen der Familienverhältnisse ergeben das in Abbildung 34 gezeigte Bild. Den größten Anteil der Familienangehörigen bilden die Kinder mit 72,3%. In weitem Abstand folgen die Geschwister mit 17,8% und Nichten bzw. Neffen mit 13,1% sowie die Enkel mit 13,1% der Familienangehörigen der Bewohner. Im Vergleich zur Befragung der Angehörigen sind die Ehepartner in dieser Stichprobe lediglich mit 5,3% vertreten, was auch der Familienstand der Stichprobe zum Ausdruck bringt. In Abbildung 35 ist zu erkennen, dass

lediglich 10,9% verheiratet sind, der Großteil jedoch wie in den Angaben der Angehörigen mit 70,3% verwitwet ist. Ebenfalls zeigt Abbildung 36 der Kinderanzahl, dass lediglich 23,9% der Bewohner keine Kinder haben, was die bedeutungsvolle Rolle der Kinder als Kontakt- bzw. Bezugspersonen im Heimalltag und ebenso als wichtige Zielgruppe für die Angehörigenarbeit bestätigt.

#### 4.3.2.3 **Kontaktverhalten und -verhältnisse**

Die Auswertung der Bewohnerbefragung von Familienangehörigen und Bekannten gesamt in Abbildung 37, weist ein etwas anderes Bild auf, als die Ergebnisse der Angehörigenbefragung. Der Großteil der Bewohner wird ebenfalls täglich mit 13,6% und wöchentlich mit 45,3% besucht. Jedoch verteilen sich, wie in Abbildung



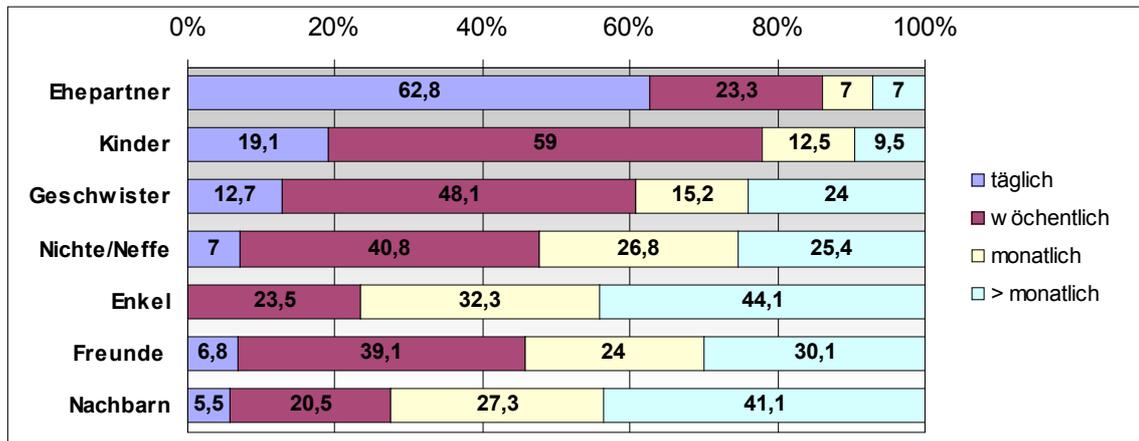
**Abbildung 37 Besuchshäufigkeit**

37 ersichtlich, 41,1% auf die monatlichen und selteneren Kontakte, was im Vergleich zur Angehörigenbefragung mit verschwindend geringen 6,6% erheblich mehr sind. Aufgrund des eher kritischen Datensatzes der Angehörigen, wobei auch die Freunde und Nachbarn der Angehörigenstichprobe zu denen

zählen, die sich bereits engagieren und sich daher das Ergebnis der Besuchshäufigkeit zwischen **familialen und außerfamilialen Kontakten** kaum unterscheidet, zeigt sich in der Befragung der Bewohner ein differenzierteres Bild. Das Ausmaß des Besuchsverhaltens der beiden Gruppen unterscheidet sich. Während Familienangehörige zu 71,5% relativ regelmäßig (mindestens 1x pro Woche) zu Besuch kommen, ist das Besuchsverhalten der Freunde, Nachbarn, etc. mit 34,1% regelmäßigem Kontakt von geringerer Intensität. Laut KDA ist diese Verteilung eher typisch, da ältere Menschen von sich aus weniger außerfamilialen Kontakt hätten, da viele dieser intragenerationalen Beziehungen bereits verstorben oder durch die eingeschränkte Mobilität im Zuge der Heimunterbringung abgebrochen sind. Dies bestätigt auch die Tatsache, dass in der Bewohnerbefragung als auch in der Angehörigenbefragung nur circa jeder 16te Heimbewohner außerfamilialen

Kontakt zu Freunden und Nachbarn hat. Dieses Ergebnis bestätigt somit die familialen Beziehungen als wichtigste Kontakte außerhalb des Heimes.<sup>244</sup>

Abbildung 38 zeigt dabei deutlich, wie sich der Kontakt mit diesen Gruppen gestaltet. Ähnlich den Ergebnissen des Angehörigenfragebogens sind es die



**Abbildung 38 Besuchshäufigkeit nach Angehörigenverhältnis**

Ehepartner, die zu 62,8% am meisten täglich besuchen, wobei sich die Kinder und Geschwister mit jeweils 59% und 48,1% verstärkt auf wöchentliche Kontakte beschränken. Aus diesen Ergebnissen geht hervor, dass wiederum die Kinder und aufgrund der täglichen Besuchsrate auch die Ehepartner sowie die Geschwister eine enorme Ressource für die Angehörigenarbeit mit einer regelmäßigen Besuchsrate von 74,8% darstellen und vor allem die Kinder mit 72,3% die am meisten vertretende Gruppe der Familienangehörigen sind (vgl. Abbildung 18). Diese Ergebnisse sind der Untersuchung des KDA ähnlich, wonach vermehrter Kontakt besonders mit den Kindern besteht. Wie auch in Abbildung 38 dargestellt, ähnelt das Kontaktverhalten anderer Verwandter, dem der Freunde und Nachbarn, die mit durchschnittlich 62,8% monatlich und seltener Kontakt pflegen. Dies bekräftigt ebenso die Erkenntnis von Minnemann (vgl. Kapitel 2.1), dass der Kontakt mit fernerer Verwandten ebenso wie der mit Freunden oder Nachbarn eher von der Qualität der Beziehung abhängt.<sup>245</sup>

Die Beeinflussung des Kontaktverhaltens durch personale und strukturell-institutionelle Faktoren soll nun auch im Folgenden für den Bewohnerfragebogen dargestellt werden.

<sup>244</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 60ff

<sup>245</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 63

Zu den **personalen Einflussfaktoren** zählt auch bei der Auswertung der Bewohnerbefragung als erstes die Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner. Da sich die Besuchshäufigkeit von Bekannten und Familienangehörigen in der Bewohnerbefragung stärker unterscheidet, werden daher in den folgenden Abbildungen die Zusammenhänge einzeln aufgeschlüsselt, als auch gesamt gesehen betrachtet. Bei der Besuchshäufigkeit der Angehörigen ist in Abbildung 39a ist zu erkennen, dass die regelmäßigen Besuche bei Pflegestufe 0 mit 63,7% beginnen und bei der Pflegestufe 3 mit 93,8% ihren Höchststand erreichen, was bei der Angehörigenbefragung in etwa ähnlich gesehen wird. Demzufolge sind in Pflegestufe 3 auch die täglichen und wöchentlichen Besuche in dieser Stichprobe am meisten vertreten,

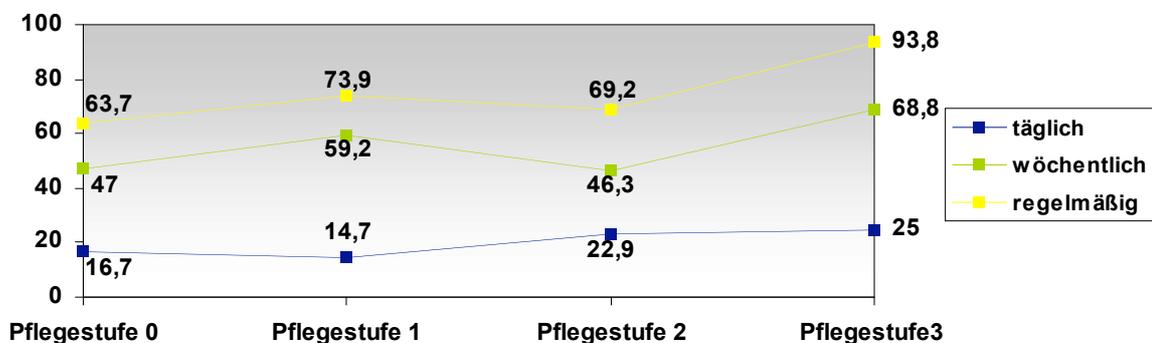


Abbildung 39a Besuchshäufigkeit der Familienangehörigen und Pflegebedürftigkeit

wobei im Vergleich zur Angehörigenbefragung die täglichen Kontakte um 8,3% und vor allem die wöchentlichen Besuche um 21,8% von Pflegestufe 0 bis Pflegestufe 3 zunehmen, was ebenso mit dem erhöhten Pflegebedarf und damit verbunden einer stärkeren Besuchsfrequenz zusammenhängen könnte.

Abbildung 39b zeigt dahingegen ein anderes Bild der Besuchshäufigkeit der Bekannten. Hier ist zu erkennen, dass vor allem die Pflegestufe 0, wo die Bewoh-

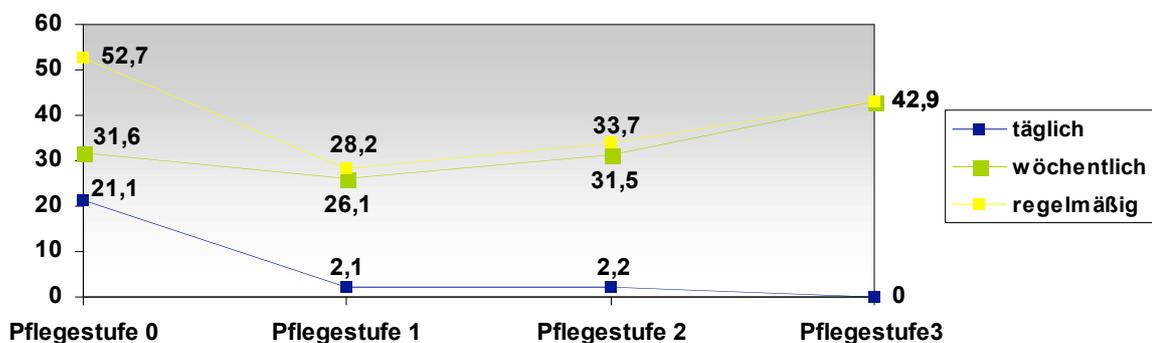


Abbildung 39b Besuchshäufigkeit der Bekannten und Pflegebedürftigkeit

ner noch vermeintlich mobil sind, die meisten täglichen mit 21,1% und damit regelmäßigen Besuche von 52,7% aufweist. Mit zunehmendem Hilfebedarf kommt es vor allem bei den täglichen Besuchen zu einem rapiden Abfall der Besuchsfrequenz, der in Pflegestufe 3 bis auf 0% zurückgeht. Die wöchentlichen Besuche nehmen bis Pflegestufe 3 noch leicht um 11,3% zu, was sich jedoch nicht in der regelmäßigen Besuchsquote von 42,9% in Pflegestufe 3 auswirkt. Dieses Ergebnis ist ein Indiz dafür, dass mit zunehmender Hilfsbedürftigkeit doch die Familienangehörigen in den Vordergrund treten, die aufgrund des familiären Verantwortungsgefühls sich eher dafür verantwortlich sehen als Freunde oder Nachbarn. Voraussetzung dafür ist selbstverständlich, dass Familienangehörige zur Verfügung stehen.

Gesamt gesehen, zeigt Abbildung 39c, dass die tägliche mit 30,8%, die wöchentli-

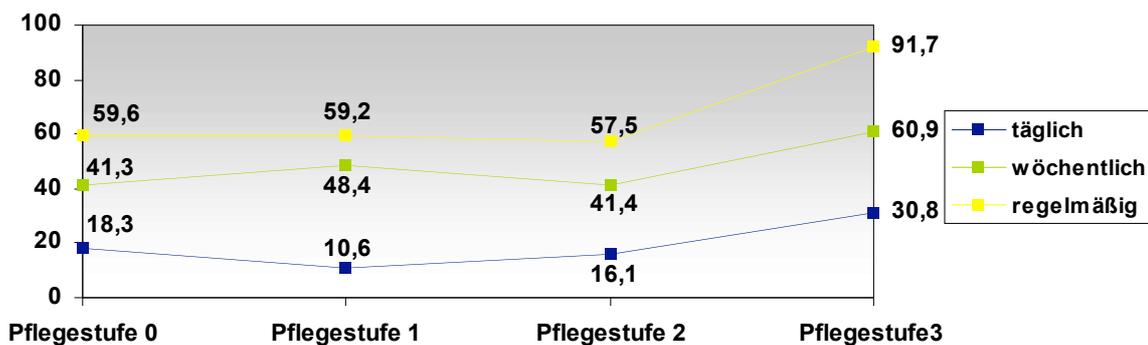


Abbildung 39c Besuchshäufigkeit Gesamt und Pflegebedürftigkeit

che mit 60,9% und somit auch die regelmäßige Besuchsfrequenz von 91,7% der Heimbewohner mit Pflegestufe 3 am höchsten ist und den Daten der Angehörigenbefragung sehr nahe kommt.

Ein weiterer personaler Aspekt im Hinblick auf die Besuchshäufigkeit ist gemäß des KDA die Verweildauer der Heimbewohner in der Einrichtung, die in Abbildung 40a bis 40c abgebildet sind. Während in der Auswertung des Angehörigenfragebogens (vgl. Abbildung 27) lediglich die täglichen Besuche mit zunehmender Verweildauer abnehmen, verstärkt sich im Bewohnerfragebogen dieses Bild. Die Ergebnisse zeigen hier, dass bei den Angehörigen in Abbildung 40a die täglichen um 11,3%, die wöchentlichen um 8,6% als auch die regelmäßigen Besuche um 19,9% mit zunehmender Verweildauer abnehmen.

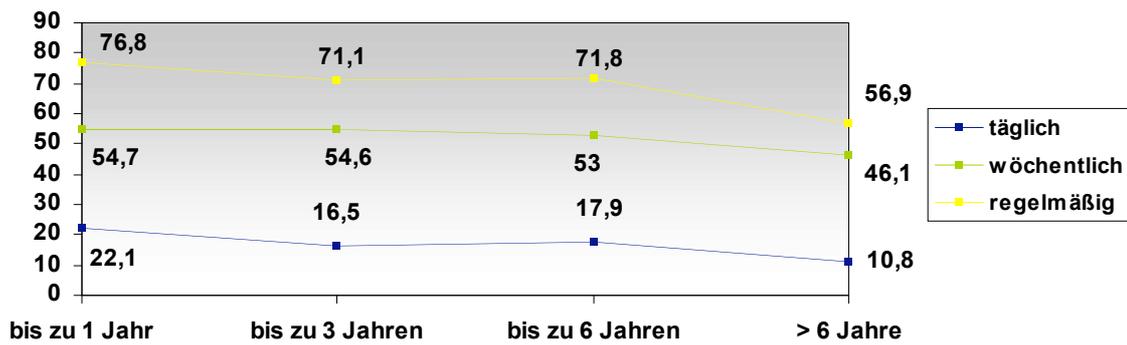


Abbildung 40a Besuchshäufigkeit der Familienangehörigen und Verweildauer

Abbildung 40b zeigt jedoch bei den Bekannten, dass lediglich die Frequenz der täglichen Besuche von anfangs 6,8% bis 3,3% absinkt, wohingegen die wöchentlichen Besuche um 7,1% aber somit auch die regelmäßigen Besuche um 3,6% leicht zunehmen. Die Kontakthäufigkeit der Bekannten, lässt sich somit nicht von

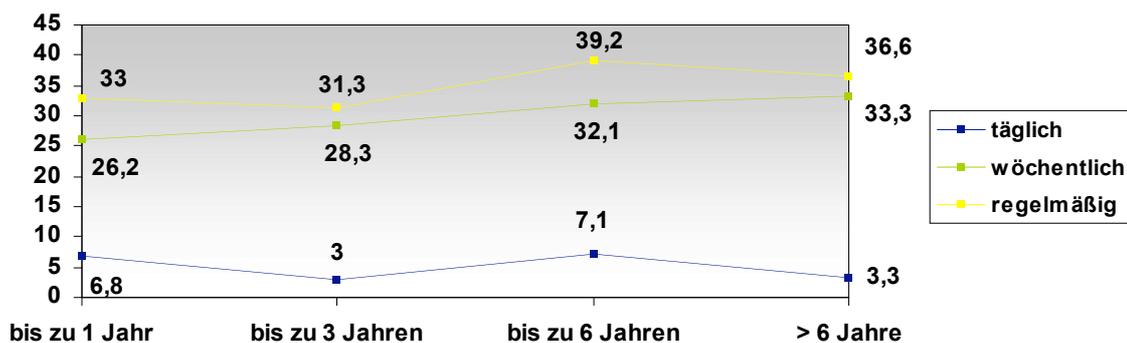


Abbildung 40b Besuchshäufigkeit der Bekannten und Verweildauer

der Verweildauer beschränken, während bei den Angehörigen die anfängliche Besuchsmotivation mit den Jahren zurückzugehen scheint. Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, gründet die Beziehung zu Freunden oder auch Nachbarn eher auf freiwilliger Basis, sodass im Vergleich zu den Angehörigen kein Verpflichtungszwang herrscht, der mit den Jahren seine Wirkung verliert.

Gesamt gesehen nimmt in Abbildung 40c somit die Besuchshäufigkeit im Laufe der Jahre ab. Am stärksten betrifft dies die tägliche Kontakthäufigkeit, die im Großen und Ganzen von 16,7% im ersten Jahr bis 8,4% bei längerer Verweildauer um 8,3% abnimmt und somit auch die regelmäßige Besuchshäufigkeit um gesamt 10,9% mit den Jahren weniger wird.

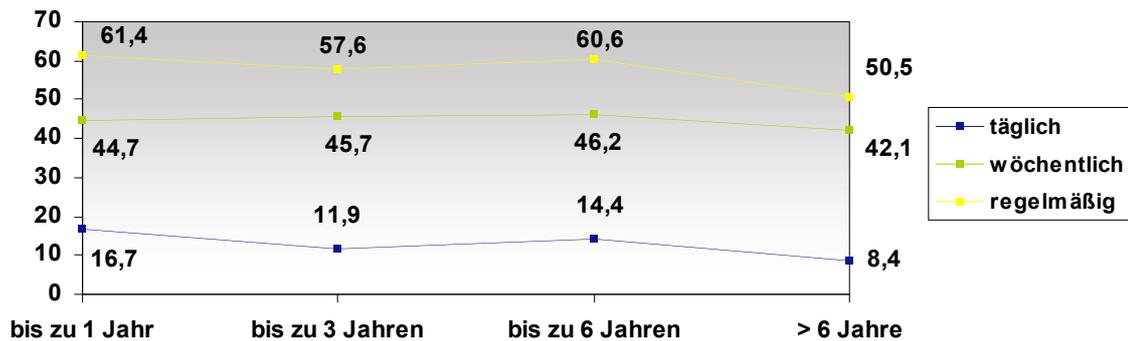


Abbildung 40c Besuchshäufigkeit gesamt und Verweildauer

Als letzter personaler Faktor wurde das Alter der Heimbewohner und sein Zusammenhang zur Besuchshäufigkeit untersucht. Die Familienangehörigen in Abbildung 41a weisen vor allem in den Altersstufen ab 60 Jahre kaum Veränderungen in der Besuchshäufigkeit auf. Ähnlich wie im Angehörigenfragebogen

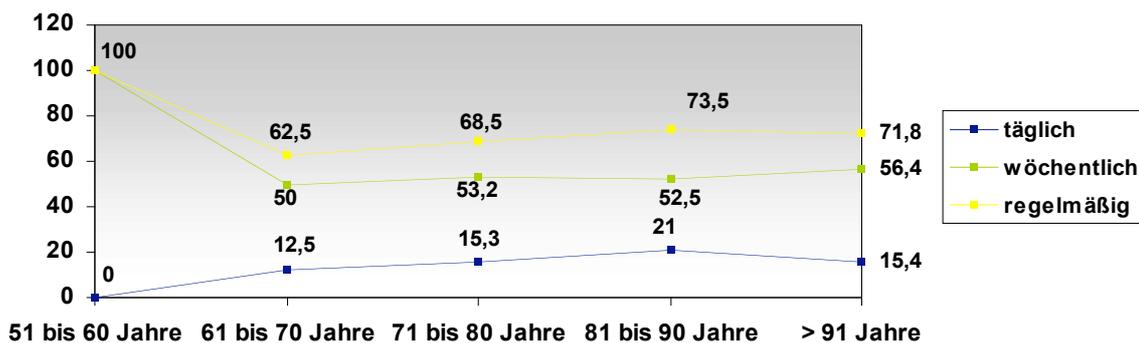


Abbildung 41a Besuchshäufigkeit der Familienangehörigen und Alter der Heimbewohner

steigen die wöchentlichen Kontakte ab 60 Jahre um 6,4% und somit regelmäßigen Besuche um 9,3% an, wohingegen die täglichen Besuche ab 60 Jahren nur leicht variieren.

Die Besuchshäufigkeit der Bekannten in Abbildung 41b zeigt ein eindeutigeres

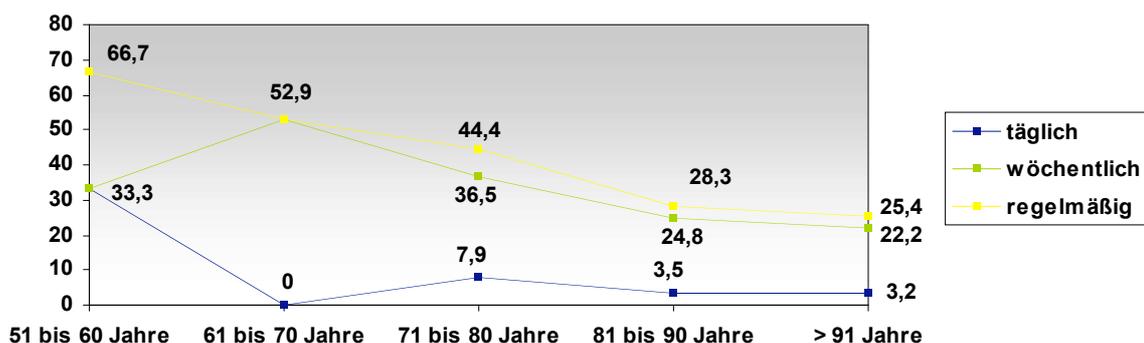
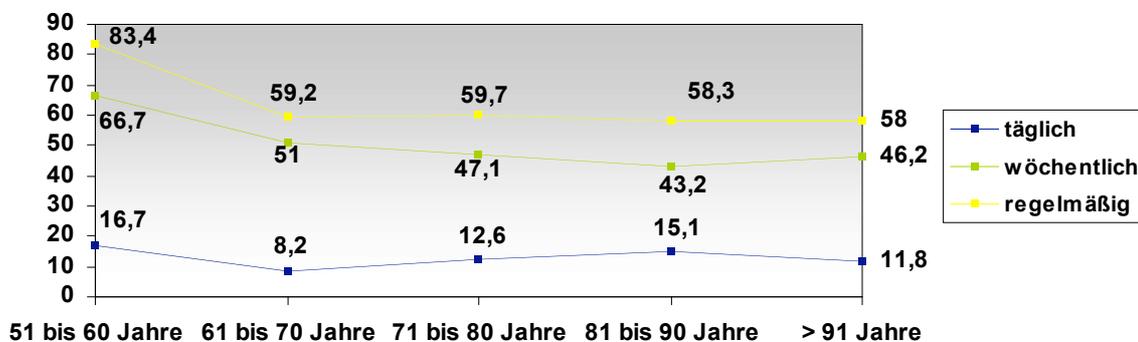


Abbildung 41b Besuchshäufigkeit der Bekannten und Alter der Heimbewohner

Bild, wonach alle Kontakthäufigkeiten mit zunehmendem Alter sinken. Am Besten wird dies durch die regelmäßige Besuchskurve dargestellt, die von anfangs 66,7% auf 25,4% absinkt. Dieses Ergebnis zeigt im Vergleich zu den Angehörigen, dass diese außerfamiliären Beziehungen eher intragenerationaler Natur sind und somit im Alter gerade diese Bezugspersonen eher durch Tod wegfallen, als die familiären Beziehungen, wo eher die Generation der Kinder als Kontaktpersonen im Vordergrund stehen.

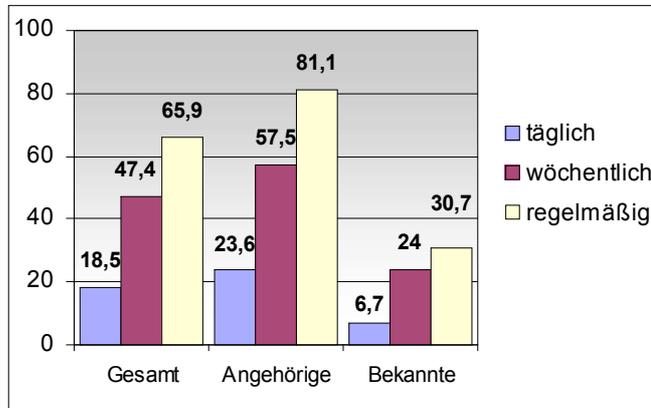
Im Gesamtbild der Abbildung 41c verdeutlicht sich die Tendenz, dass vor allem durch den Abbau der außerfamiliären Kontakte die regelmäßige Kontakthäufigkeit



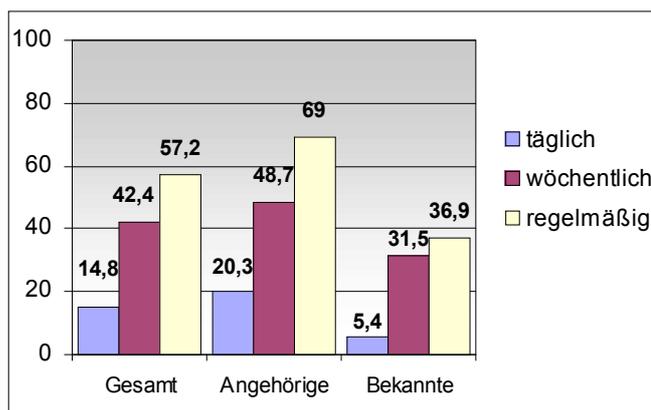
**Abbildung 41c Besuchshäufigkeit gesamt und Alter der Heimbewohner**

von 83,4% auf 58% als auch die wöchentliche Kontakthäufigkeit von anfangs 66,7% auf 46,2% absinkt. Die tägliche Besuchshäufigkeit unterliegt ebenso wie die wöchentlichen Kontakte kleinen Schwankungen im Bereich zwischen 71 und 90 Jahren, fällt jedoch im gesamten Verlauf von 51 bis über 90 Jahre ebenso wie im Bereich von 81 bis über 91 Jahren um circa 4%.

**Strukturell-institutionelle Aspekte** sind im Bewohnerfragebogen ebenfalls zunächst in den Kategorien Gründe für die Heimauswahl auf ihren Zusammenhang mit der Besuchshäufigkeit hin ausgewertet worden. Auffallend ist bei diesen



**Abbildung 42 Besuchshäufigkeit und Nähe zu den Angehörigen**



**Abbildung 43 Besuchshäufigkeit und Nähe zum Wohnort**

Ergebnissen, dass das Kriterium Nähe zum Wohnort beim Vergleich der Abbildung 42 und 43 einen positiveren Effekt auf die Besuchshäufigkeit der Freunde und Nachbarn hat. Mit einer regelmäßigen Besuchshäufigkeit von 36,9% übertrifft dieser Prozentsatz den der gesamten Besuche der Bekannten von 34,1%, was jedoch als eher schwache Tendenz zu bewerten ist. Umgekehrt hat die Nähe zu den Angehörigen eine 10%ige Steigerung der regelmäßigen Besuche zum Ergebnis, wobei sich die regelmäßige Gesamtbesuchszahl der Angehörigen laut Abbildung 37 auf 71,5% beläuft.

Die Gesamtergebnisse in Abbildung 42 und 43 zeigen jedoch, dass die Nähe zu den Angehörigen den größten Einfluss auf die Besuchshäufigkeit hat. Die gesamte regelmäßige Besuchshäufigkeit der Heimbewohner beläuft sich auf 58,9% (vgl. Abbildung 37). Dieser Prozentsatz wird durch die Nähe zum Wohnort nur knapp erreicht, jedoch durch die Nähe zu den Angehörigen mit 65,9% übertroffen.

Die Gesamtergebnisse in

Der Zusammenhang der Besuchshäufigkeit und der Größe der Einrichtung wird in den Abbildungen 44a bis 44c veranschaulicht. Im Gegensatz zur Untersuchung des KDA, weisen die Ergebnisse der Bewohnerbefragung in eine andere Richtung. In den Abbildungen ist die Tendenz zu erkennen, dass in den kleineren Einrichtungen die wenigsten wöchentlichen und regelmäßigen Kontakte stattfinden, wohingegen die meisten der wöchentlichen und regelmäßigen Kontakte in

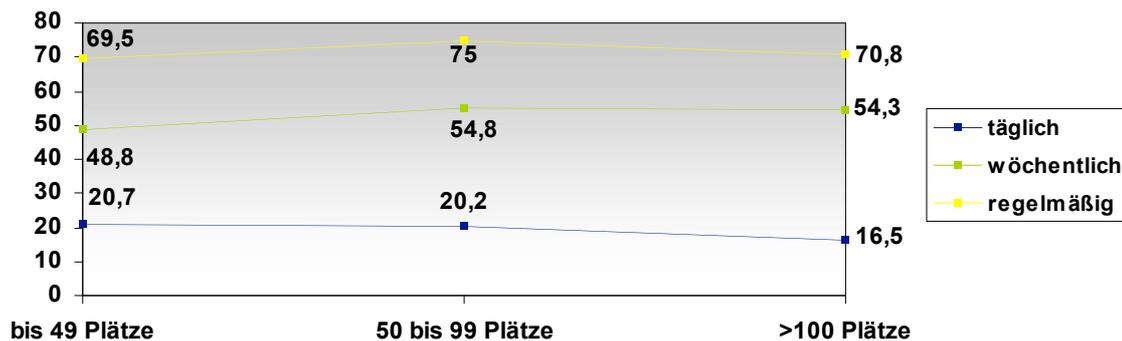


Abbildung 44a Besuchshäufigkeit der Familienangehörigen und Größe der Einrichtung

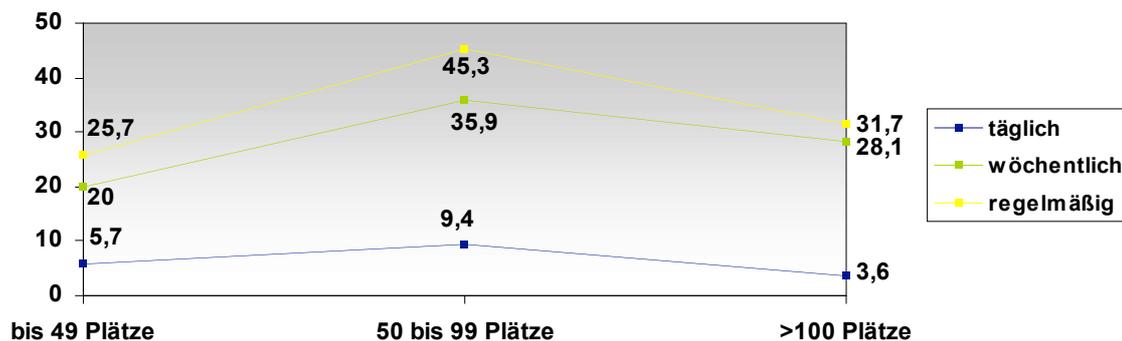
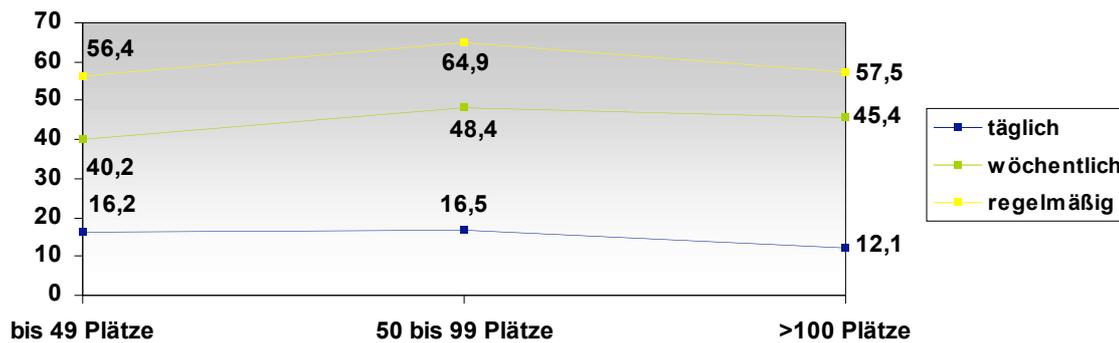


Abbildung 44b Besuchshäufigkeit der Bekannten und Größe der Einrichtung

mittelgroßen Einrichtungen von 50 bis 99 Plätzen stattfinden. Besonders ausgeprägt ist dies in Abbildung 44b zu sehen. Die täglichen Kontakte verhalten sich dahingegen etwas anders. Bei den Angehörigen, den Bekannten als auch im Gesamtbild in Abbildung 44c sind diese am wenigsten bei den größeren Einrichtung ab 100 Plätzen zu finden. Die Angehörigen besuchen zumeist in den kleinen Einrichtungen zu 20,7% täglich, die Bekannten mit 9,4% in den mittelgroßen stationären Pflegeeinrichtungen. Gesamt gesehen, stehen in Abbildung 44c die mittleren Einrichtungen an erster Stelle, was die tägliche, wöchentliche und somit auch die regelmäßige Besuchsfrequenz betrifft. Mit durchschnittlich 3% weniger wöchentlichen Besuchen und 7,4% weniger regelmäßigen Besuchen folgen die



**Abbildung 44c Besuchshäufigkeit gesamt und Größe der Einrichtung**

Einrichtungen ab 100 Plätzen. Mit wöchentlich nochmals 5,2% weniger Kontakten und 1,1% weniger regelmäßigen Kontakten folgen die kleinsten Einrichtungen. Bei den täglichen Kontakten stehen dahingegen die kleinsten Einrichtungen mit nur 0,3% weniger an zweiter Stelle und somit die größten Einrichtungen mit erneut 4,1% weniger täglichen Besuchen an letzter Stelle.

#### **4.3.2.4 Die Zufriedenheit in der Wahrnehmung der Bewohner**

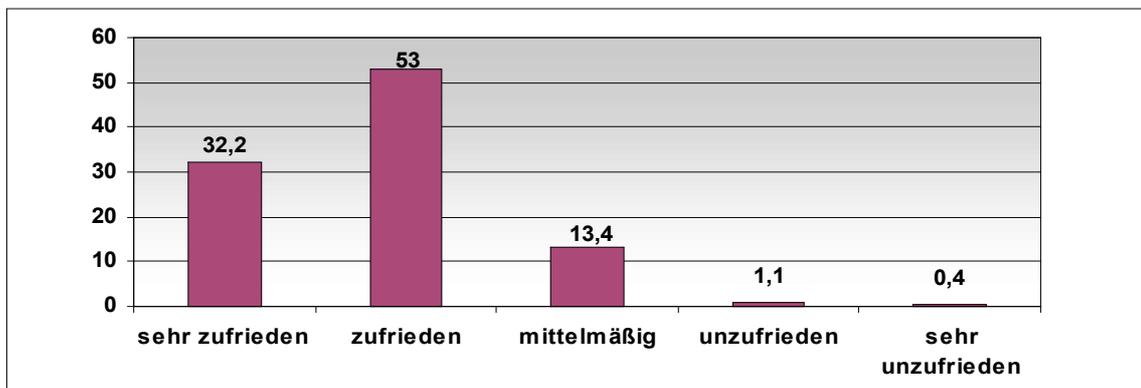
In den folgenden Tabellen finden sich die mit der Angehörigenbefragung vergleichbaren Bereichszufriedenheiten wieder. Für jeden Bereich sind ebenfalls die Antworthäufigkeiten in gültigen Prozent und unter „MW“ die arithmetischen Mittelwerte (Skala 1 bis 5) dargestellt. Die Reihenfolge ist ebenfalls zunächst nach den Mittelwerten und anschließend nach den Zufriedenheitswerten (sehr zufrieden/zufrieden) sortiert. Wie in Tabelle 10 ersichtlich, bestehen bei den Bewohnern kaum Unterschiede in den Zufriedenheitsbewertungen. An erster Stelle stehen ebenso wie bei den Angehörigen die Verfügbarkeit der Hilfsmittel mit einer Zufriedenheitsquote von 92,9% und die Umgangsformen der Pflegekräfte mit 91,2%. Beide Bereiche haben bei den Bewohnern somit höhere Zufriedenheitsquoten und einen um 0,1 besseren Mittelwert von 1,7. Die alltäglichen Abläufe bilden bei den Bewohnern das Schlusslicht mit einem Mittelwert von 2,0 und einer Zufriedenheitsquote von 79% der Bewohner, die diesen Bereich als sehr gut bis gut bezeichnen. Somit ist aus der Bewohnerbefragung kein akuter Handlungsbedarf zu erkennen, da dies laut Aust nur für Bereiche mit einer Beurteilung von sehr zufrieden und zufrieden ab 75% zum Tragen kommt.<sup>246</sup>

<sup>246</sup> vgl. Aust, 1994, S. 33

**Tabelle 10 Vergleichbare Bereichszufriedenheiten der Bewohner**

<b>Bereichszufriedenheiten</b>	<b>sehr gut</b>	<b>gut</b>	<b>mittelmäßig</b>	<b>schlecht</b>	<b>sehr schlecht</b>	<b>MW</b>
Verfügbarkeit Hilfsmittel	41,1	51,8	5,6	1,4	0,2	1,7
Umgangsformen Pflegekräfte	45,5	45,7	7,0	1,4	0,4	1,7
Raumangebot	30,7	56,8	10,4	1,5	0,7	1,8
Sauberkeit	34,4	49,9	10,2	4,9	0,7	1,9
Wäscheversorgung	33,7	49,8	11,9	3,6	1	1,9
Freizeitangebote	34,8	48	12,9	4	0,3	1,9
Alltägliche Abläufe	27,5	51,5	16,9	3,1	1	2

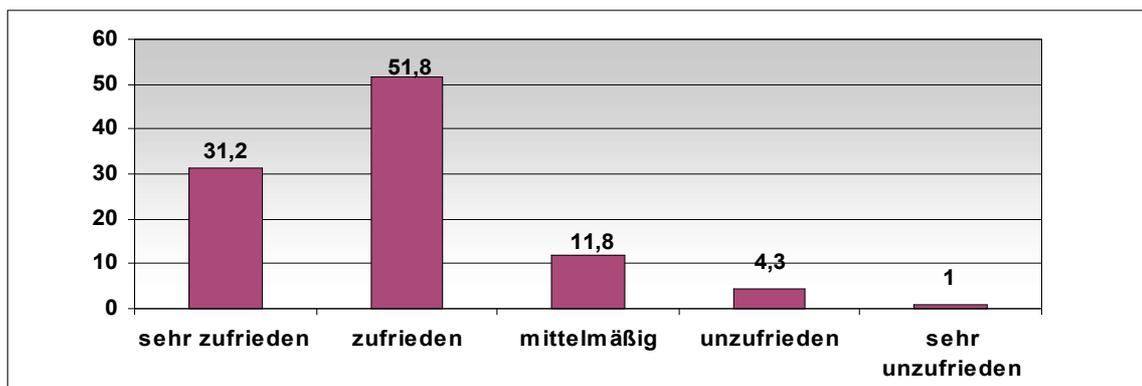
Die Verteilung der Gesamtzufriedenheit, wie sie in Abbildung 45 zu sehen ist, gleicht dem Ergebnis der Angehörigenbefragung, sodass hier wieder ein typisches Bild für eher unspezifische Zufriedenheitsfragen zu erkennen ist. Mit einem



**Abbildung 45 Gesamtzufriedenheit der Bewohner**

Mittelwert von 1,8 liegt hier die Gesamtzufriedenheit höher als bei den Angehörigen, was sich ebenso bei den Antworten mit den Werten 1 und 2 zeigt, die 85,2% der Bewohner angaben.

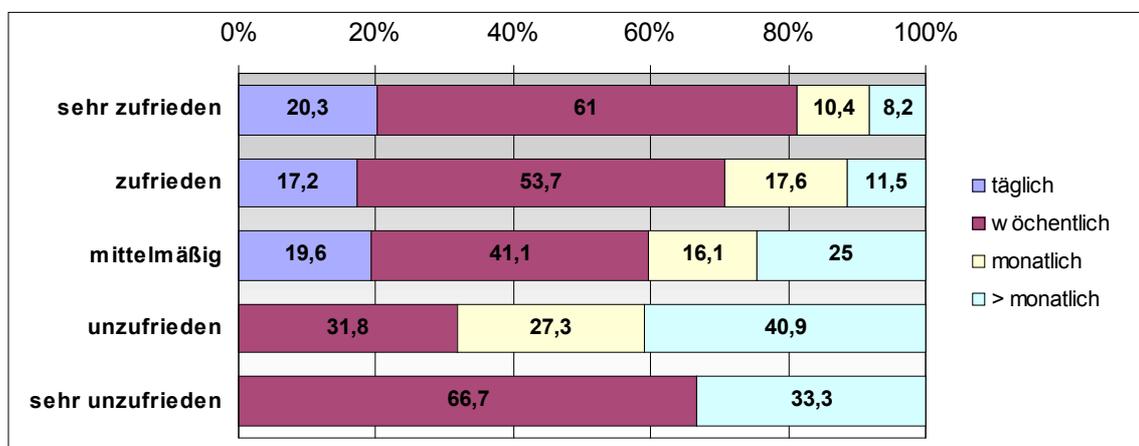
Die Bewohnerbefragung enthält noch einen zusätzlichen Zufriedenheitsbereich, der für die vorliegende Arbeit von Interesse ist. In Abbildung 46 ist die Zufrieden-



**Abbildung 46 Zufriedenheit der Bewohner mit den sozialen Kontakten**

heit der Bewohner mit ihren sozialen Kontakten veranschaulicht. Mit einer mittleren Bewertung von 1,9 und 83% der Bewohner, die sich mit ihren sozialen Kontakten sehr zufrieden bis zufrieden zeigen, scheint das Resultat durchaus positiv auszufallen.

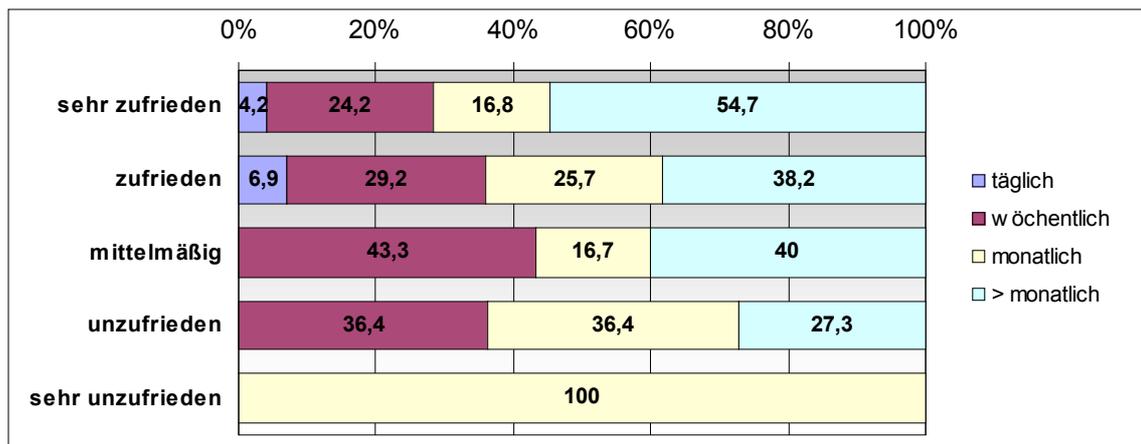
Es stellt sich hierbei jedoch die Frage, wie oft der persönliche Kontakt mit den Angehörigen und Bekannten stattfindet, um sehr zufrieden oder zufrieden damit zu sein. Abbildung 47a zeigt, dass die Ausprägungen sehr zufrieden und zufrieden die größten Anteile an täglichen mit durchschnittlich 18,8% und wöchentlichen Kontakten mit 57,4% hat. Mit zunehmender Unzufriedenheit mit den persönlichen



**Abbildung 47a Zufriedenheit mit persönlichen Kontakten und Besuchshäufigkeit der Familienangehörigen**

Kontakten zu den Familienangehörigen nimmt die monatliche und mehr als monatliche Besuchsfrequenz zu. Die sehr unzufriedenen Heimbewohner fallen dabei aus der Reihe. Hierbei finden keine täglichen Kontakte statt, der überwiegende Teil hat jedoch wöchentlich sozialen Kontakt. Mögliche Erklärungsansätze für dieses Ergebnis ließen sich vermutlich aus den qualitativen Daten gewinnen, die für die vorliegende Arbeit jedoch nicht vorlagen.

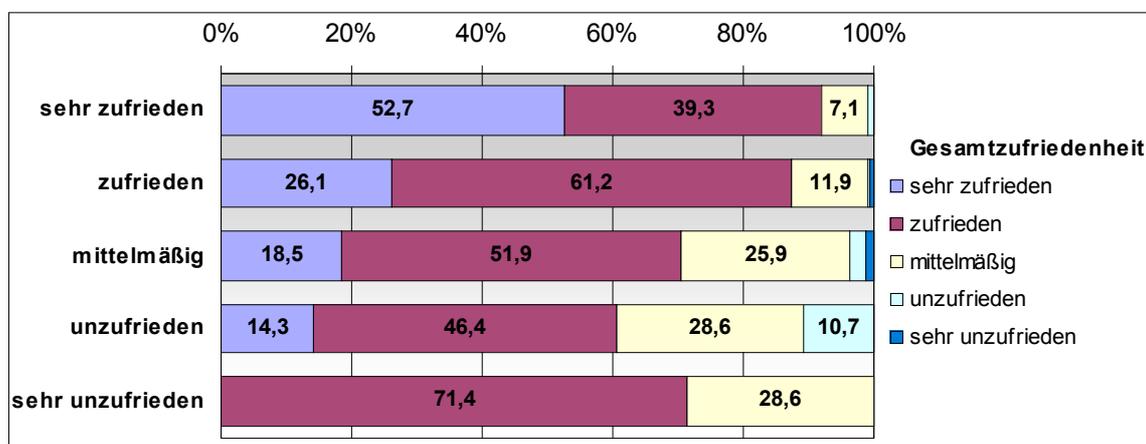
Die Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten zeigt ebenso kaum einen linearen Zusammenhang zur Besuchshäufigkeit der Bekannten (vgl. Abbildung 47b), da sogar die sehr Zufriedenen mit 54,7% zumeist weniger als monatlich besucht werden. Zu vermuten wäre, dass zum einen die Qualität der Beziehung entscheidend für die Zufriedenheit mit dem Kontakt, ob nun Familienangehöriger oder Bekannter, ist. Zum anderen ist Zufriedenheit, wie in Kapitel 3.1 beschrieben, individuell sehr verschieden. Für den einen Bewohner könnten z.B. seltenere



**Abbildung 47b. Zufriedenheit mit persönlichen Kontakten und Besuchshäufigkeit der .Bekannten**

Kontakte eine höhere Bedeutung haben und damit zufriedener wirkender sind, wohingegen andere Heimbewohner den täglichen bis wöchentlichen Kontakt brauchen, um auf der Seite der sozialen Kontakte zufrieden zu sein.

Ein letzter Aspekt, der untersucht wurde, ist die Gesamtzufriedenheit und ihr Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit persönlichen Kontakten, wie in Abbildung 48 zu sehen ist. Die Ergebnisse lassen hier ebenfalls keinen eindeutigen Schluss zu. Zu bemerken ist, dass die Gesamtzufriedenheitsrate (sehr zufriede-



**Abbildung 48 Zufriedenheit mit persönlichen Kontakten und Gesamtzufriedenheit der Bewohner**

den/zufrieden) derjenigen, die auch mit den persönlichen Kontakten sehr zufrieden sind, mit 92% am höchsten liegt, gefolgt von denjenigen, die zufrieden mit den persönlichen Kontakten sind und eine Zufriedenheitsquote von 87,3% aufweisen. Die Zufriedenheitsquote ist bis zur Kategorie „unzufrieden“ abfallend. Die unzufriedensten Heimbewohner mit den persönlichen Kontakten sind aber wiederum zu

71,4% gesamt gesehen zufrieden. Diese Verteilung weist somit eine leichte Tendenz auf, die vermuten lässt, dass die Zufriedenheit mit den persönlichen Kontakten die Gesamtzufriedenheit beeinflusst. Die Kategorie „sehr unzufrieden“ mit persönlichen Kontakten zeigt jedoch, dass durchaus noch andere Einflussfaktoren auf den Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit und der Zufriedenheit mit den persönlichen Kontakten einwirken. Diesbezüglich könnte die Auswertung der qualitativen Daten ebenso Erklärungsansätze liefern.

#### 4.4 Beantwortung der Untersuchungsfragestellung

Die zentrale Untersuchungsfrage lautete: „**Wie stellt sich die Zufriedenheit in den Einrichtungen dar und welche Unterschiede ergeben sich diesbezüglich zwischen den Zufriedenheitsurteilen der Angehörigen und Heimbewohner?**“

Die Ermittlung der Bereichszufriedenheiten der Angehörigenbefragung und der vergleichbaren Bereiche der Bewohnerbefragung wie auch der Gesamtzufriedenheit führten nur bedingt zur Bestätigung der **Hypothese 1a** (vgl. Tabelle 4): „*Die Zufriedenheitswerte fallen generell hoch aus*“. Die Frage nach der **Gesamtzufriedenheit** ließ in beiden Stichproben ein hohes Zufriedenheitsniveau mit Mittelwerten von 1,8 und 2,0 erkennen (Skala von 1 bis 5). Die Mittelwerte der vergleichbaren **Zufriedenheitsbereiche** zeigen auf Seiten der Bewohner eine durchschnittlichen Bewertung von 1,8 in den Bereichszufriedenheiten sowie einem Mittelwert der vergleichbaren Zufriedenheitsbereiche von 2,0 bei den Angehörigen, was ebenfalls ein hohes Zufriedenheitsniveau erkennen lässt. Abbildung 49 zeigt dazu ein Profil der Angehörigen- und Bewohnerbefragung in einer Gegenüberstellung.

Für Analysen der Zufriedenheit gilt jedoch die Faustregel, dass Bereiche der Zufriedenheit (sehr zufrieden/zufrieden) unter 75 – 80% der Befragten erhöhter Aufmerksamkeit bedürfen (vgl. Kapitel 3.2.3). Bei detaillierterer Betrachtung wie in den Tabellen 6 bis 8 der Auswertung der Angehörigenbefragung zeigt sich diesbezüglich, dass es durchaus Bereiche gibt, die akuten Handlungsbedarf erkennen lassen. Dazu gehören die Zufriedenheit mit den alltäglichen Abläufen und den Freizeitangebote mit einem Mittel von 2,2, die Wäscheversorgung mit 2,1 sowie weit abgeschlagen die Zufriedenheit mit dem Beschwerdeumgang mit 2,8 sowie den Verbesserungsvorschlägen mit einem arithmetischen Mittel von 3,1. Die Auswertung der Bewohnerbefragung zeigt diesbezüglich ein anderes Bild, wonach

aus den Ergebnissen in Tabelle 10 kein akuter Handlungsbedarf abzuleiten ist. Demzufolge besitzt die Hypothese 1a vor allem für die Ergebnisse der Bewohnerbefragung Gültigkeit.

Die in Abbildung 49 vorgestellten Mittelwerte der Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung vermitteln einen ersten Eindruck der Befindlichkeiten der Angehörigen und der Heimbewohner. Gemeinsam ist den beiden Stichproben, dass die Zufrieden-

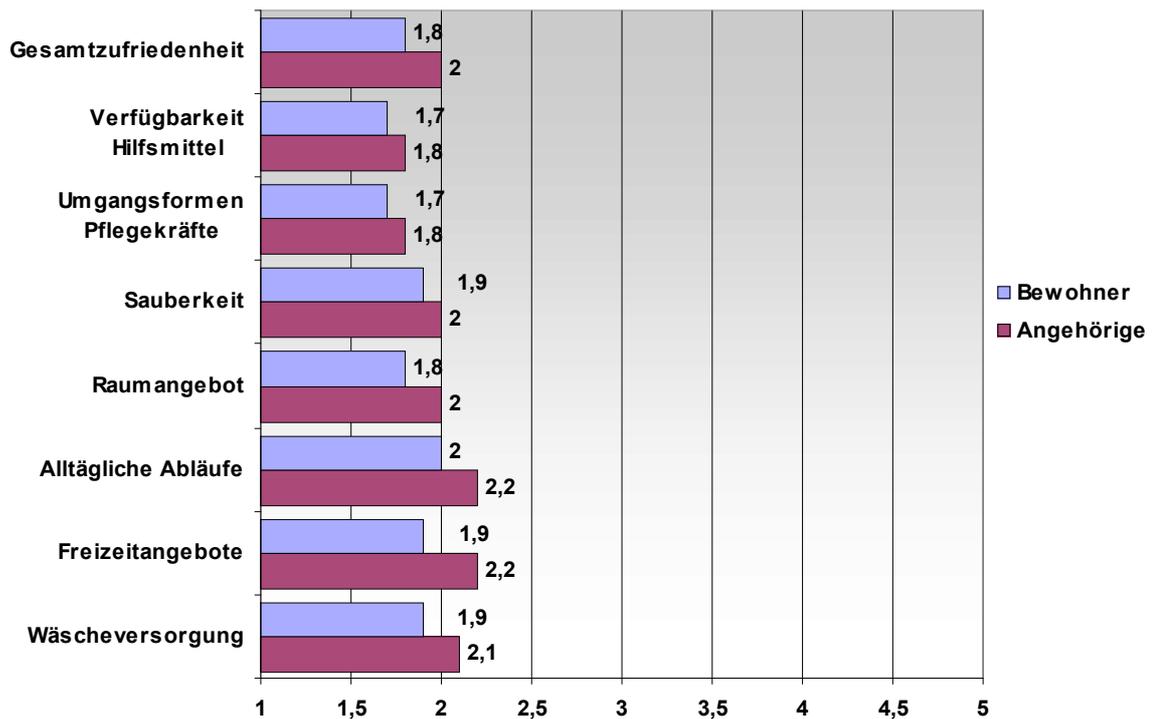


Abbildung 49 Mittelwerte der Zufriedenheit im Vergleich

heit mit der Verfügbarkeit der Hilfsmittel sowie die Umgangsformen der Pflegekräfte den höchsten Wert von 1,7 bei den Bewohnern und 1,8 bei den Angehörigen aufzeigen. Die niedrigsten Zufriedenheitswerte bei den Bewohnern haben die alltäglichen Abläufe mit einem Mittelwert von 2,0. Bei den Angehörigen stellen im Vergleich ebenfalls die alltäglichen Abläufe aber auch die Freizeitangebote die Schlusslichter mit einem Mittelwert von je 2,2 dar. In der Analyse der Mittelwerte der Zufriedenheitsbewertung mit den vergleichbaren Zufriedenheitsbereichen der stationären Altenpflegeeinrichtung können kaum eindeutige Unterschiede zwischen den Bewohnern selbst und den Angehörigen festgestellt werden. Es zeigt sich, dass die Gesamtzufriedenheit der Angehörigen, die einen Mittelwert von 2,0 der vergleichbaren Bereiche aufweist, im Vergleich zu den Bewohnern geringer ist, wenngleich sie noch auf einem hohen Niveau angesiedelt sind. Durchgängig

zeigt sich auch in den Bereichszufriedenheiten, dass das Zufriedenheitsniveau der Angehörigen am geringsten ist, sich jedoch oft nur um 0,1 bis 0,2 von den Bewohnern unterscheidet.

Ein erster Unterschied zwischen beiden Stichproben ergibt sich jedoch beim Vergleich der Zufriedenheitsquoten (sehr zufrieden/zufrieden), wie sie in den Tabellen 6 bis 8 aufgeführt sind. Auf Basis der Angehörigenbeurteilungen lässt sich bei den alltäglichen Abläufen, den Freizeitangeboten und der Wäscheversorgung mit einer durchschnittlichen Zufriedenheitsrate von 70,7% schon Handlungsbedarf feststellen, während bei den Zufriedenheitswerten der Heimbewohner kein Verbesserungspotential zu erkennen ist, da hier die Kategorie der „alltäglichen Abläufe“ als schlechtester Zufriedenheitswert bei 79% der Heimbewohner liegt.

Der zweite Unterschied zwischen Angehörigen und Heimbewohnern ergibt sich bei genauerer Betrachtung der Bereichszufriedenheiten anhand ihrer unterschiedlichen Quartilszugehörigkeit. Wie Tabelle 11 bestätigt, werden die alltäglichen Abläufe, die Freizeitangebote als auch die Wäscheversorgung bei den Angehörigen kritischer gesehen. Die alltäglichen Abläufe werden bereits bei den ersten 25% der Angehörigen mit der Note 2 beurteilt, während die Bewohner sich hier mit den alltäglichen Abläufen noch sehr zufrieden zeigen. Ab dem 40ten Perzentil lassen sich ebenfalls in den Spitzenreitern der Zufriedenheitsergebnisse – der Verfügbarkeit der Hilfsmittel und die Umgangsformen der Pflegekräfte – Unterschiede feststellen. Unter 40% der Bewohner vergeben noch die Note 1 für die beiden Bereiche, wohingegen die Angehörigen hier schon die Note 2 vergeben. Im oberen Quartil (75%) ist zu erkennen, dass die Schlusslichter der Zufriedenheitsergebnisse – die alltäglichen Abläufe, die Freizeitangebote und die Wäscheversorgung – von den Angehörigen mit der Note 3 beurteilt werden, während die Bewohner diese Bereiche im oberen Quartil noch als zufrieden stellend empfinden. Dieses Ergebnis könnte demnach erklären, warum die Zufriedenheitsquoten der Schlusslichter der Angehörigenbefragung schon akuten Handlungsbedarf erkennen lassen, während im Bewohnerfragebogen der schlechteste Zufriedenheitswert bei 79% lag. Ab dem 80ten Perzentil sind ebenfalls in den anderen Bereichen Unterschiede in den Beurteilungen der Angehörigen und Bewohner zu erkennen. Somit greifen die Angehörigen eher auf die schlechtere Beurteilung der Zufriedenheitsbereiche zurück.

Tabelle 11 Quartile der Zufriedenheit im Vergleich ■ Bewohner ■ Angehörige

Zufriedenheit \ Perzentile	20	Unteres Quartil	40	Median	60	Oberes Quartil	80
	<b>Gesamtzufriedenheit</b>	1	1	2	2	2	2
	1	1	2	2	2	2	2
<b>Verfügbarkeit Hilfsmittel</b>	1	1	2	2	2	2	2
	1	1	1	2	2	2	2
<b>Umgangsformen Pflegekräfte</b>	1	1	2	2	2	2	2
	1	1	1	2	2	2	2
<b>Sauberkeit</b>	1	1	2	2	2	2	3
	1	1	2	2	2	2	2
<b>Raumangebot</b>	1	1	2	2	2	2	3
	1	1	2	2	2	2	2
<b>Alltägliche Abläufe</b>	1	2	2	2	2	3	3
	1	1	2	2	2	2	3
<b>Freizeitangebote</b>	1	1	2	2	2	3	3
	1	1	2	2	2	2	2
<b>Wäscheversorgung</b>	1	1	2	2	2	3	3
	1	1	2	2	2	2	2

Die Zufriedenheit der Angehörigen weicht somit von der Zufriedenheit der Bewohner ab, sodass die Angehörigenbefragung zu etwas anderen Ergebnissen führt als die Bewohnerbefragung und somit die Zufriedenheitsbefragung um eine andere Perspektive ergänzt wird. Deshalb wird die **Hypothese 1b** (vgl. Tabelle 4) ebenfalls angenommen: „Es gibt Unterschiede zwischen den Zufriedenheitsurteilen der Angehörigen und der Heimbewohner.“

## 5 Implikationen bezüglich Kundenorientierung in der Angehörigenarbeit

### 5.1 Kundenorientierter Umgang mit Angehörigen in der Praxis

#### 5.1.1 *Das Kontaktverhalten der Angehörigen*

Die Auswertung des ZuBA-Datensatzes hat, vor allem anderen, die **Wichtigkeit der Angehörigen und der Kontakte mit ihnen** herausgestellt, die entsprechend der Tabelle 12 mögliche Implikationen für die Einrichtung selbst und ihre Angehörigenarbeit aufzeigen. Auf die Frage hin, wer denn der Entscheidungsträger für den Heimeinzug sei, wurden zu 48% die Angehörigen angeführt. Dieses Ergebnis bestätigte auch die Bewohnerbefragung, wonach als Einzugsgrund an erster Stelle die Antwort „andere haben entschieden“ genannt wurde. Somit wird die bedeutende Rolle der Angehörigen im Zuge der Pflegebedürftigkeit und im Verlauf des Heimeinzugs hervorgehoben, sodass diese Zielgruppe von den stationären Altenpflegeeinrichtungen durchaus als ernstzunehmende Kundengruppe gesehen werden kann. Des Weiteren hat über die Hälfte der Angehörigen die Nähe zu ihnen als ausschlaggebenden Grund für die Heimauswahl angeführt. Ebenso wurde bei der Bewohnerbefragung die Nähe zu den Angehörigen an zweiter Stelle genannt. Diese Aussagen lassen zunächst vermuten, dass es von vorn herein ein großes Potential an Angehörigen gibt, die sich im Heimalltag engagieren könnten. Dies bestätigt ebenfalls die in Kapitel 2.3.2 dargestellte Notwendigkeit, schon im Vorfeld geeignete Maßnahmen wie Informationsveranstaltungen anzubieten und sich neben den potentiellen Bewohnern auch an ihren Angehörigen als Kundengruppe zu orientieren und so bereits die Basis für eine spätere positive Zusammenarbeit zu legen.

Besonderes Augenmerk kann dabei auf die Ehepartner und Kinder als primäre Bezugspartner gelegt werden. Beide Stichproben ergaben, dass durchschnittlich 17% der Befragten keine Kinder haben. Gemäß Abbildung 18 und 33 stellen sie den größten Anteil der Familienangehörigen dar, die für die Angehörigenarbeit zur Verfügung stehen. Etwa 15% der Kinder der beiden Stichproben besuchen ihr Elternteil täglich und zu durchschnittlich 70% wöchentlich. Wie in Kapitel 4.3.1.3 beschrieben, ist eine Besuchshäufigkeit von mindestens 1x pro Woche die Voraussetzung für eine tragfähige Einbeziehung der Angehörigen in die Pflege und Betreuung. Somit bieten allein die Kinder durch ihre hervorstechende Rolle

als primäre Bezugspartner und auch aufgrund ihrer Anzahl, ein Potential von circa 73,2% (als Durchschnitt der Bewohner- und Angehörigenbefragung). Die Ehepartner haben insoweit eine bedeutende Rolle, als dass sie in beiden Auswertungen jeweils die höchste tägliche Besuchsfrequenz aufweisen – im Angehörigenfragebogen zu 76,9% und im Bewohnerfragebogen zu 62,8% (siehe Abbildung 23 und 37). Besonders an diesen beiden Kundengruppen, den Kindern und Ehepartnern, können sich Angebote der Angehörigenarbeit somit orientieren, wobei sich auch hier pflegende, delegierende oder sozial-stabilisierende Angehörigengruppen differenzieren lassen. Sie haben jeweils ihre eigenen Grenzen der Mitarbeit bzw. ihre besondere Rolle im Heimalltag, an der sich eine systematische Angehörigenarbeit orientieren muss, um dieses Potential zu nutzen und für alle Beteiligten positive Effekte zu erzielen, die in Kapitel 2.2 ausführlich beschrieben sind.

Die Auswertung der Zufriedenheitsbefragungen beinhaltet ebenfalls mögliche **Einflussfaktoren der Kontakthäufigkeit**. In Anlehnung an das KDA wurden diese in personale und strukturell-institutionelle unterteilt. Wie in Tabelle 12 erkennbar, lassen sich aus diesen Ergebnissen durchaus Implikationen ableiten, da bereits leichte Trends in der Veränderung der Kontakthäufigkeit erkannt und ernstgenommen werden sollten. Der Zusammenhang zwischen dem *Gesundheitszustand der Heimbewohner*, hier gemessen an der Pflegestufe 0 bis 3, und der Besuchshäufigkeit stellte sich in beiden Stichproben ähnlich dar. Vor allem die regelmäßige Besuchsfrequenz der Familienangehörigen (mindestens 1x pro Woche) erhöhte sich mit zunehmender Pflegestufe, was sich besonders deutlich im Bewohnerfragebogen Abbildung 38c zeigte – von 59,6% regelmäßigen Besuchen in Pflegestufe 0 bis hin zu 91,7% in Pflegestufe 3. Im Angehörigenfragebogen trat noch ein anderer Trend in Erscheinung. Da die befragten Angehörigen sich vermutlich schon im Heimalltag engagieren, war hier der Trend besonders deutlich zwischen den täglichen und wöchentlichen Besuchen zu erkennen, wobei die wöchentlichen Kontakte mit zunehmender Pflegestufe von 85,7% auf 65,7% absinken, während die täglichen Kontakt von 0% bis hin zu 31,4% in Pflegestufe 3 kontinuierlich ansteigen. Diese Tendenzen lassen vermuten, dass mit zunehmender Hilfsbedürftigkeit der Heimbewohner die regelmäßige Besuchsfrequenz und speziell bei bereits engagierten Angehörigen sogar die tägliche Besuchshäufigkeit ansteigt. Hier kommt der Angehörigenarbeit speziell die Aufgabe zu die anfängliche Intensivierung der Kontakte zu nutzen, indem bei Veränderungen des Ge-

sundheitszustandes der Heimbewohner neue an den Angehörigen angepasste Möglichkeiten gefunden werden, sich gemäß der Situation sinnvoll einzubringen, damit dieses Engagement nicht ins Gegenteil, z.B. durch Überforderung mit der Situation, umschlägt.

Im Zusammenhang mit der Besuchshäufigkeit wurde ebenfalls die *Verweildauer* der Heimbewohner untersucht. Die Auswertung ergab wiederum bei den Angehörigen als auch den Bewohnern, dass die regelmäßige Besuchshäufigkeit der Familienangehörigen mit zunehmender Verweildauer abnimmt. Einen interessanten Aspekt ergab in diesem Zusammenhang die differenzierte Analyse der Besuchshäufigkeit der Bekannten. Im Gegenteil zu den Familienangehörigen bleibt hier die Besuchshäufigkeit über Jahre hinweg weitestgehend auf gleichem Niveau. Dieses Ergebnis würde somit bestätigen, dass, wie in Kapitel 2.1 beschrieben, die Beziehung zu Freunden und Nachbarn auf gegenseitiger Sympathie gründet. Die Besuche sind somit freiwillig motiviert und nicht durch einen Verpflichtungszwang, der teilweise bei Familienangehörigen zu finden ist und mit den Jahren seine Wirkung verlieren kann. Für die Angehörigenarbeit bedeutet dies zunächst, schon im Erstgespräch die Qualität der Beziehungen zur Familie, den Freunden und Nachbarn zu analysieren und mögliche Beweggründe – wie Schuldgefühle – zu erkennen. Auf dieser Grundlage kann eine an den Bewohnern selbst und den Angehörigen orientierte entsprechende Zusammenarbeit konzipiert werden, die die Bedürfnisse aller Beteiligten einbezieht und durch kontinuierliche Gesprächsangebote gegensätzliche Trends im Laufe der Verweildauer der Heimbewohner zu erkennen. Ziel sollte sein, die Angehörigen als kontinuierlichen festen Bestandteil im Heimalltag zu integrieren, aber auch die besondere Bedeutung der Freunde und Nachbarn zu erkennen.

Das *Alter der Heimbewohner* hat einen Einfluss auf die Kontakte selbst. Die Bewohnerbefragung lieferte dazu ein differenzierteres Bild. Danach variiert die Besuchshäufigkeit der Familienangehörigen nur gering in den Altersspannen. Dahingegen fallen die Kontakte zu den Bekannten in Abbildung 40b ab circa 70 Jahren von 52,9% regelmäßige Besuche auf 25,4% regelmäßige Besuche bei den über 90jährigen drastisch ab. Diese Unterschiede lassen sich weitgehend durch die gleiche Generationsangehörigkeit der Freunde verdeutlichen. Im Laufe der Jahre verändert sich das soziale Netzwerk einer Person, wobei gerade die intragenerationalen Netzwerkpartner wie die Freunde und Nachbarn durch

fehlende Mobilität oder Tod wegfallen. Da die größte Gruppe der Familienangehörigen die Kinder sind (vgl. Abbildung 23 und 37) hat dieses Phänomen kaum Einfluss auf deren Besuchshäufigkeit, was die besondere Rolle der Kinder als Zielgruppe der Angehörigenarbeit noch bestätigt. Der Angehörigenarbeit käme in diesem Zusammenhang im Sinne der Kundenorientierung auf den Bewohner ebenfalls die Aufgabe zu, Veränderungen im sozialen Netzwerk – wie Vereinsamung – zu erkennen. Gelingt es, Angehörige im Zuge ihrer Besuche in der stationären Altenpflegeeinrichtung für die Einrichtung zu gewinnen, stünden für Heimbewohner ohne Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn diese als ehrenamtliche Kräfte zur Verfügung.

Weitere Implikationen lassen sich aus dem Zusammenhang der Besuchshäufigkeit und dem *Grund für die Heimauswahl* erkennen. Hierbei wurde das Kriterium „Nähe zu den Angehörigen“ und „Nähe zum Wohnort“ untersucht. Schon die Auswertung des Angehörigenfragebogens ließ erkennen, dass aufgrund dieser Kriterien, die Besuchshäufigkeit leicht gesteigert werden kann. Der Bewohnerfragebogen bekräftigt dieses Ergebnis. Hier zeigte sich, dass diejenigen Familienangehörigen, die das Auswahlkriterium „Nähe zu den Angehörigen“ genannt hatten, eine, im Vergleich zur regelmäßigen Gesamtbesuchsfrequenz von 71,5% der Familienangehörigen (vgl. Abbildung 36), um circa 10% gesteigerte regelmäßige Besuchsfrequenz von 81,1% (vgl. Abbildung 41) aufweisen. Das Kriterium „Nähe zum Wohnort“ hat dahingehend eher einen positiven Einfluss auf die Besuchshäufigkeit der Freunde und Nachbarn. Diese Besuchssteigerung von 2,8% im Vergleich zur Gesamtbesuchshäufigkeit der Bekannten (vgl. Abbildung 36) ist jedoch eher gering zu bewerten. Dieses Ergebnis bestätigt die Vermutung, dass für eine erfolgreiche Angehörigenarbeit, die laut KDA erst bei regelmäßigen Besuchen gegeben ist, die Nähe der Angehörigen unabdingbar ist. Im Umkehrschluss sollten laut Urlaub die Einrichtungen bei neuen Bewohnern darauf achten, dass sie möglichst aus der näheren Umgebung kommen. Diese Tatsache bedeutet jedoch gemäß unseren Ergebnissen nicht, dass auch die Angehörigen in der Nähe wohnen. Gerade in Zeiten der knappen Arbeitsmarktsituation wohnen die Familienangehörigen teilweise in anderen Städten. Für die Angehörigenarbeit hat dies unter Umständen ein Abwägen zwischen diesen beiden Kriterien zum Wohle der Bewohner zur Folge. In Anbetracht der Tatsache, dass die Nähe zu den Angehörigen

rigen einer der wichtigsten Auswahlgründe für ein Heim ist, könnte der Nähe zu den Familienangehörigen im Zweifelsfall der Vorrang gegeben werden.<sup>247</sup>

**Tabelle 12 Implikationen aus dem Kontaktverhalten**

<b>Kontaktverhalten</b>	<b>Implikation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedeutung der Angehörigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angehörige als ernstzunehmende Kundengruppe</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potential für Angehörigenarbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potential im Vorfeld erkennen und als Basis für zukünftige Zusammenarbeit nutzen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontaktverhältnisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Vordergrund stehen die Ehepartner und die Kinder</li> </ul>
<i>Aspekte der Besuchshäufigkeit</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegebedürftigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzen der Intensivierung der Kontakte bei zunehmender Pflegebedürftigkeit</li> <li>• bei gesundheitlichen Veränderungen gemeinsam neue Möglichkeiten möglicher Mitarbeit finden</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verweildauer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualität der Beziehung analysieren</li> <li>• durch kontinuierliche Gesprächsangebote Angehörige als beständigen festen Bestandteil im Heimalltag integrieren</li> <li>• Einbezug von möglichen Freunden und Nachbarn als Angehörige der Heimbewohner</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus der Angehörigenarbeit auf die Kinder</li> <li>• Vereinsamung entgegenwirken</li> <li>• Angehörige als ehrenamtliche Kräfte</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gründe für Heimauswahl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• neue Bewohner möglichst aus Einzugsgebiet</li> <li>• im Zweifelsfall steht die Nähe zu den Familienangehörigen im Vordergrund</li> </ul>

### **5.1.2 Verbesserungsbedarf in den Zufriedenheitsbereichen**

Zufriedenheitsbefragungen implizieren zumeist Verbesserungsmöglichkeiten, die in Tabelle 13 aufgeführt werden und dienen der kontinuierlichen Kundenorientierung, da das Ziel kundenorientierter Einrichtungen darin besteht, die Leistung und ihre Organisation auf den Kunden abzustimmen (vgl. Kapitel 1.1). Die Ausführungen in Kapitel 2.2 zeigten diesbezüglich, dass insbesondere zufriedene Angehörige im Hinblick auf den Ruf der Einrichtung, die Imagepflege und somit für die

<sup>247</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2000, S. 67

Stellung der Einrichtung in der Konkurrenzsituation am Markt von enormer Bedeutung sind.

Die Ergebnisdarstellung der Zufriedenheitsbereiche zeigte, wie vermutet, ein relativ hohes Zufriedenheitsniveau, was besonders Abbildung 49 durch die Mittelwerte veranschaulicht. Bei detaillierterer Betrachtung der Zufriedenheitsquoten (sehr zufrieden/zufrieden) der einzelnen Bereiche in der Angehörigen- und Bewohnerbefragung ergab sich eine Rangfolge. Positiv ist dabei hervorzuheben, dass die Angehörigen als auch die Bewohner mit den **Umgangsformen der Pflegekräfte** weitestgehend sehr zufrieden sind, was als eine gute Grundlage für die Entwicklung einer *Partnerschaft des gegenseitigen voneinander Lernens* (vgl. Kapitel 2.4) gesehen werden kann. Trotz dieses positiven Ergebnisses, bedarf es der kontinuierlichen Pflege der Umgangsformen der Pflegekräfte, da sie die Kundenorientierung den Angehörigen und Bewohnern leben müssen, was sich bereits in ihrer Grundeinstellung ausdrückt (vgl. Kapitel 1.1). Für die stationäre Altenpflegeeinrichtung impliziert dies zum einen eventuelle Schulungen oder Supervisionen der kundenorientierten Fähigkeiten den aktuellen Mitarbeitern anzubieten und zum anderen bereits bei der Personalauswahl auf bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie die Grundeinstellung zu den Kunden und kundenorientierte Fähigkeiten wie Einfühlungsvermögen zu achten.

Zu den Durchschnittswerten der Zufriedenheit der Bewohner und speziell der Angehörigen in Tabelle 7 zählen die Verpflegung der Besucher, die Sauberkeit, das Raumangebot, die Zimmerausstattung und die Verpflegung der Bewohner. Diese Bereiche geben noch Anlass für akuten Handlungsbedarf, sollten demnach nicht aus den Augen verloren werden, da sich darunter auch die Verpflegung der Besucher befindet, die lediglich von 77,2% der Angehörigen mit sehr zufrieden/zufrieden befunden wurde.

Aufgrund der Problematik der hohen Zufriedenswerte, die sich ebenfalls in dieser Untersuchung zeigt, besteht bei den „Schlusslichern“ der Zufriedenheit in Tabelle 8 gemäß den Aussagen der Angehörigen Verbesserungsbedarf, da diese Zufriedenheitsquoten unter 75% liegen, was gemäß Aust als problematischer Bereich zu betrachten ist. Handlungsbedarf ist zunächst vor allem bei der Wäscheversorgung, den alltäglichen Abläufen und den Freizeitangeboten gegeben. Besonders die schlechte Beurteilung der **alltäglichen Abläufe** mit einer Zufriedenheitsquote von 71,2%, könnte auf Seiten der Angehörigen auf mangelnde Information hinweisen.

Aufgrund dessen fehlt den Angehörigen, wie in Kapitel 2.3.3 beschrieben, teilweise das Verständnis für die Arbeitsinhalte und –abläufe in der Einrichtung. Ein kontinuierlicher Dialog zwischen Angehörigen und Mitarbeitern, besonders im Rahmen systematischer Angehörigenarbeit, könnte dabei mehr Transparenz schaffen.

Die größten Schwachstellen weisen gemäß den Angehörigen die Zufriedenheiten mit dem **Umgang mit Beschwerden und Verbesserungsvorschlägen** auf. Lediglich etwa 42% der Angehörigen geben sich mit der Situation sehr zufrieden und zufrieden. Dieses Ergebnis weist auf akuten Handlungsbedarf in den Einrichtungen hin, besonders in Anbetracht der bedeutsamen Rolle eines Beschwerdemanagements, wie es in Kapitel 3.3 geschildert ist. Demnach ist es möglich durch einen zufrieden stellenden Umgang mit Beschwerden und Verbesserungsvorschlägen die Bindung des Kunden, im Sinne einer positiven Einstellung gegenüber der Einrichtung, zu erhöhen. Im besten Fall führt dies zu positiver Mund-zu-Mund-Propaganda, die den guten Ruf und somit eine positive Stellung der Einrichtung im Wettbewerb festigt. In Anbetracht der Ergebnisse in Abbildung 32, wonach 26,6% bzw. 11% überhaupt Beschwerden oder Verbesserungsvorschläge eingereicht haben, kommt der Einrichtung die Aufgabe zu dem Beschwerdemanagement einen festen Platz einzuräumen, die Beschwerde an sich als Chance zur Weiterentwicklung zu sehen und diese Einstellung den Angehörigen, den Bewohner aber auch den Mitarbeitern zu vermitteln. Wird den Kunden keine Möglichkeit eingeräumt, ihre Unzufriedenheit konstruktiv zu äußern, so werden im ungünstigsten Fall die schlechten Erfahrungen an andere Personen wie den Bekanntenkreis weitergegeben, was sich auf das Verhalten potentieller Kunden auswirken und im weitesten Sinne zu Wettbewerbsnachteilen führen kann.

Weitere Implikationen aus der Zufriedenheitsbefragung der Angehörigen beziehen sich auf die Gesamtzufriedenheit der Angehörigen. Der Zusammenhang zwischen der **Gesamtzufriedenheit der Angehörigen und ihrer Besuchshäufigkeit** ließ die leichte Tendenz erkennen, dass Angehörige, die öfter täglich zu Besuch kommen, gesamt gesehen unzufriedener sind, da sie mehr Einblick in den Heimalltag haben als Angehörige, die weniger als ein Mal wöchentlich Kontakt halten (vgl. Abbildung 30). Ein möglicher Erklärungsansatz resultiert wiederum aus einem Mangel an Information und somit einem Mangel an erfolgreicher Angehörigenarbeit. Durch eine konstruktive Zusammenarbeit der Angehörigen und Mitar-

beiter, deren Möglichkeit durch die regelmäßige Besuchshäufigkeit von 100% der unzufriedenen bzw. sehr unzufriedenen Angehörigen gegeben ist, ließen sich eventuelle Konflikte innerhalb der Beziehung zu den Mitarbeitern aber auch der Beziehung zu den Heimbewohnern durch kontinuierliche Gesprächsangebote und Information beheben bzw. erklärbar machen.

**Tabelle 13 Implikationen aus den Zufriedenheitsbeurteilungen**

<b>Zufriedenheitsbereiche</b>	<b>Implikation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgangsformen der Mitarbeiter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgangsformen als Grundlage für kundenorientierte Zusammenarbeit</li> <li>• Kontinuierliche pflege der Umgangsformen durch Schulungen, Supervisionen aber auch bereits bei der Personalauswahl zukünftiger Mitarbeiter</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• alltägliche Abläufe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verständnis für Abläufe im Heimalltag durch kontinuierliche Information</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserungs- und Beschwerdemanagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• durch zufrieden stellenden Umgang mit Beschwerden und Verbesserungsvorschlägen den guten Ruf der Einrichtung fördern und somit Wettbewerbsvorteile erzielen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtzufriedenheit und Besuchshäufigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kontinuierliche Information im Rahmen systematischer Angehörigenarbeit insbesondere der täglichen Besucher macht Arbeitsabläufe und auftretende Konflikte nachvollziehbar</li> </ul>

## **5.2 Zufriedenheitsuntersuchungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen**

Konsequenzen aus dieser Untersuchung ergeben sich zum einen für den kundenorientierten Umgang mit den Angehörigen in der Praxis und zum anderen für weitere Zufriedenheitsuntersuchungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Die kundenorientierte stationäre Altenpflegeeinrichtung hat die Aufgabe ihre Leistungen und Organisation an den Wünschen und Bedürfnissen der Kunden auszurichten. Hieraus ergeben sich ebenfalls Implikationen für Kundenzufriedenheitsanalysen, welche Tabelle 14 wiedergibt.

**Tabelle 14 Implikationen für Zufriedenheitsbefragungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen**

<b>Aspekte der Zufriedenheitsbefragung</b>	<b>Implikation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>hohe Zufriedenheitswerte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ergänzung durch qualitative Daten</li> <li>Ergänzung der Ergebnisse durch erweiterte Perspektive der Angehörigen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Befragungsfrequenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zufriedenheitsbefragungen als fester Bestandteil in der Einrichtung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Effekte der Zufriedenheitsbefragung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rückmeldung an die Mitarbeiter über Erfolg ihrer Arbeit</li> <li>Vermittelt den Kunden, dass ihre Meinung ernstgenommen wird</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsequenzen aus Zufriedenheitsbefragungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entwicklung kundenorientierter Maßnahmen der Angehörigenarbeit anhand der Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung</li> </ul>

Zufriedenheitsbefragungen bieten eine Möglichkeit, den Kunden mit ihren Erwartungen und Wünschen Gehör zu verschaffen. Trotz verschiedener Probleme und Grenzen, die in der vorliegenden Arbeit aufgezeigt wurden, ist daher die Kundenbefragung auch gemäß Trojan als konkurrenzloses Instrument anzusehen. Zu beachten sind, wie in Kapitel 3.2.3 beschrieben, die relativ **hohen Zufriedenheitswerte**, was die Auswertung des ZuBA-Datensatzes ebenfalls bestätigte. Daher sind die Zufriedenheitsbeurteilungen vorsichtig zu interpretieren und gegebenenfalls durch qualitative Daten zu untermauern. Eine weitere Möglichkeit bietet die Einbeziehung der Angehörigen und somit einer anderen Perspektive in die Zufriedenheitsbefragung. Mit dieser Untersuchung wurde aufgezeigt, dass der Einbezug von Angehörigen in die Zufriedenheitsbeurteilung sinnvoll ist und dass sich Unterschiede zwischen Angehörigen- und Bewohnerbeurteilungen bemerkbar machen. Die Beantwortung der zentralen Untersuchungsfragestellung bestätigte, dass die Angehörigen zumeist kritischer in ihren Zufriedenheitsurteilen sind, denn während die Bewohner selbst in den vergleichbaren Mittelwerten eine Spanne von 1,7 bis 2,0 aufweisen, beurteilen die Angehörigen innerhalb der Mittelwerte 1,8 bis 2,2. Die unterschiedliche Perspektive der Angehörigen und Bewohner wurde ebenfalls durch die Betrachtung der Quartilszugehörigkeiten in Tabelle 11 bekräftigt.<sup>248</sup>

<sup>248</sup> vgl. Trojan, 1998, S. 30

---

Zufriedenheitsbefragungen geben auf der einen Seite den Mitarbeitern Resonanz auf ihre tägliche Arbeit und könnten so zur Arbeitszufriedenheit beitragen. Auf der anderen Seite vermitteln sie den Angehörigen und Bewohnern, dass ihre Meinung ernstgenommen wird. Um die Wichtigkeit der Messung der Kundenzufriedenheit allen Beteiligten und Mitarbeitern einer Einrichtung zu verdeutlichen, muss klar sein, wie und wofür die Ergebnisse verwendet werden (vgl. Kapitel 3.3). Aus diesem Grund ist es notwendig die Ergebnisse an alle Beteiligten weiterzuleiten sowie daraus kundenorientierte Maßnahmen zur Verbesserung der Zufriedenheit der Kunden einzuleiten und so einerseits das Angebot an den Kundenbedürfnissen auszurichten und andererseits Strategien für eine angepasste Mittelverteilung, angesichts knapper Ressourcen, abzuleiten.<sup>249</sup>

Der vorliegende Datensatz zeigt einen punktuellen Ausschnitt der Zufriedenheitsurteile der Angehörigen und Bewohner von stationären Altenpflegeeinrichtungen. Zufriedenheitsbefragungen in Altenpflegeeinrichtungen bedürfen jedoch einer regelmäßigen Wiederholung. Beispielsweise ist es notwendig, im Laufe der veränderten Pflegebedürftigkeit der Bewohner, Befragungen in regelmäßigen Abständen durchzuführen, um Veränderungstendenzen einschätzen zu können und langfristig wirkungsvolle kundenorientierte Maßnahmen daraus entwickeln und umsetzen zu können, die durch Zufriedenheitsbefragungen regelmäßig überprüft werden.

---

<sup>249</sup> vgl. Knoke, 2004, S. 169

---

## Schlussbetrachtung

Mit der vorliegenden Arbeit wurden **drei grundsätzliche Zielsetzungen** verfolgt. Einerseits sollten die zentralen Begriffe – Kundenorientierung, Angehörigenarbeit und Kundenzufriedenheit - mit dem Fokus auf die Angehörigen erörtert werden. Zum anderen sollte mit Hilfe einer statistischen Auswertung einer Zufriedenheitsbefragung der Blickwinkel von Angehörigen auf den Heimalltag untersucht werden und so die Kundenorientierung, insbesondere die Bedeutung der Kundenzufriedenheit, zu untermauern. Des Weiteren sollten auf Basis der erhaltenen Ergebnisse mögliche Implikationen bezüglich Kundenorientierung in der Angehörigenarbeit herausgestellt werden.

Um diese Ziele zu realisieren, besteht die Arbeit aus einem theoretischen und einem praktischen Teil. Der theoretische Teil hatte dabei zwei Funktionen – einerseits sollte er ein Bewusstsein für die Kundenorientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen mit dem Fokus auf die Angehörigen als Kundengruppe sowie die Bedeutung der Kundenzufriedenheit in diesem Zusammenhang schaffen und andererseits Grundlagen für das Verständnis der Auswertung des ZuBA-Datensatzes legen.

Zu Beginn wurde auf die **Kundenorientierung** allgemein sowie in der stationären Altenpflege eingegangen, wobei sich die Frage stellte, ob Angehörige und Bewohner als Kunden einer Einrichtung betrachtet werden können. In der Praxis erzeugt der Kundenbegriff den Eindruck, dass Pflege eine anonyme und wirtschaftlich orientierte Dienstleistung ist, da er per Definition mit autonomen Akteuren, die rational Handeln und Entscheiden und aus einem Angebot wählen können, gleichgesetzt wird. Im Zuge dieser Ausführungen hat sich gerade die Autonomie der Angehörigen und Bewohner als begrenzt erwiesen, da in gewisser Weise die Abhängigkeit von der Dienstleistung einer stationären Altenpflegeeinrichtung einen limitierenden Faktor darstellt.

Die Diskussion um den Kundenbegriff in der Pflege ist dennoch nicht umsonst. Auf der einen Seite ist laut der Definition des Kundenbegriffs von Hellmann, ein bedeutender Aspekt dieses Begriffs die *Gestaltung der Beziehung* zwischen der Altenpflegeeinrichtung und deren Kunden. Auf der anderen Seite fördert sie die

---

Autonomie der Heimbewohner und ihrer Angehörigen sowie die Diskussion um die Ökonomisierung der Pflege, was in Zeiten knapper werdender finanzieller Ressourcen durchaus angebracht scheint. Gerade aus diesem Grund besteht auch auf Seiten der Anbieter eine gewisse Abhängigkeit von den Kunden, da sie sich trotz aller Einschränkungen der Dienstleistung entziehen können. Des Weiteren ist mit dem „Wirtschaftlichkeitsgebot“<sup>250</sup> im Pflegeversicherungsgesetz der Marktgedanke im Pflegebereich bereits formuliert, was den Bewohner, aber auch seine Angehörigen als Nachfrager, von vornherein zu Kunden von Pflegeheimen macht und den Konkurrenzdruck am Markt erhöht. Daher sollten die Einrichtungen mit ihren Kunden in Dialog treten, um ihre Erfordernisse und Wünsche zu verstehen und mit den Einrichtungszielen in Einklang zu bringen. Um dies zu erreichen, ist eine strategische Ausrichtung auf die Kundenorientierung erforderlich. Ihr kommt eine besondere Bedeutung als Grundhaltung zu, da sie von allen Mitarbeitern gelebt werden muss. Sie verfolgt das Prinzip „Gemeinsam mit dem Kunden“ und sie als sieht sie Experten ihres eigenen Lebens. Kundenorientierung verfolgt dabei das Ziel, das Leistungsangebot und die Organisation auf die Kunden abzustimmen und so die Stellung der Einrichtung am Markt zu verbessern.

Im Verlauf der Arbeit erwiesen sich in diesem Zusammenhang die **Angehörigen** der Heimbewohner **als eine ernstzunehmende Kundengruppe** stationärer Altenpflegeeinrichtungen, da sie oft stellvertretend für die Pflegebedürftigen agieren. Innerhalb des Gesundheitssystems übernehmen sie oft eine Koordinations- und Steuerungsfunktion, indem sie die notwendigen Informationen beschaffen und bezüglich eventueller Entscheidungen beraten. Ihre zentrale Bedeutung liegt in ihrer Verbindung zur Umwelt der Einrichtung. Somit haben sie eine Schlüsselposition inne, die auf der einen Seite den Bezug zur Außenwelt für die Bewohner herstellt und auf der anderen Seite als Multiplikator das Image der Einrichtung an die Öffentlichkeit bringt. Der gute Ruf spielt besonders in der Pflege eine bedeutende Rolle, da sie als personenbezogene Dienstleistung kein Referenzobjekt vorweisen kann. Insofern scheint es wichtig, gerade die Angehörigen als unmittelbar Beteiligte in Entscheidungen und die Gestaltung der Interaktion in der Einrichtung mit einzubeziehen.

---

<sup>250</sup> vgl. SGB XI § 29

---

Das Prinzip der **Angehörigenarbeit** nimmt wesentliche Aspekte der Kundenorientierung auf und bietet diesbezüglich Möglichkeiten, um den gewünschten Erfolg auf Anbieterseite zu erzielen. Es geht dabei um die Entwicklung einer *Partnerschaft des gegenseitigen voneinander Lernens*. Entsprechend der Bedürfnisse und Möglichkeiten aller Beteiligten kommt es innerhalb dieser Interaktion zur Aushandlung der Zusammenarbeit und der Erarbeitung gemeinsamer Ziele. Eine herausragende Bedeutung kam in der vorliegenden Arbeit der Information und Kommunikation als Grundlage kundenorientierter Angehörigenarbeit zu. Einerseits schafft ein kontinuierlicher Informationsaustausch Transparenz. Damit Angehörige ihre Rolle als Nachfrager, aber auch als „Koproduzent“, in der Einrichtung eigenverantwortlich wahrnehmen können, benötigen sie von vorn herein Transparenz auf dem Markt, über die Entgelte, die Leistung und über die Abläufe der Einrichtung. Andererseits wirkt kontinuierliche Information der strukturellen Asymmetrie entgegen, die sich durch das ungleiche Wissen und die ungleiche Rollenverteilung im Heimalltag ergibt. Es geht im Prinzip um eine wechselseitige Verständigung der Mitarbeiter und Angehörigen über ihre Bedürfnisse und Handlungsweisen, was eine Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der Angehörigen als Kunden ermöglicht und das Maß an Erwartbarem den Angehörigen näher bringt sowie die alltäglichen Abläufe in der Einrichtung nachvollziehbar werden lässt.

Kundenorientierung als auch Angehörigenarbeit tragen somit wesentlich zur **Kundenzufriedenheit** bei, die zu einem Grundziel von Altenpflegeeinrichtungen gehört, indem sie der Berücksichtigung der Bedürfnisse der Angehörigen als Kunden dienen. Zufriedenheit ist dabei ein subjektiv empfundener Aspekt der Bewohner und Angehörigen einer stationären Altenpflegeeinrichtung und kann durch geeignete Befragungsinstrumente erfasst und analysiert werden. Zufriedenheitsbefragungen beschaffen in diesem Zusammenhang Informationen, die der Entwicklung kundenorientierter Maßnahmen dienen. Des Weiteren sind sie ein Mittel um mangelnde Artikulationsmöglichkeiten auszugleichen und Fehlentwicklungen zu vermeiden, die den Bedürfnissen der Kunden zuwiderlaufen. Gelingt es einer Einrichtung, ihre Kunden zufrieden zu stellen, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie die Einrichtung in Form von positiver Mund-zu-Mund Propaganda, die sich als wichtiger Faktor für die Existenzsicherung herausgestellt hat, weiterempfehlen.

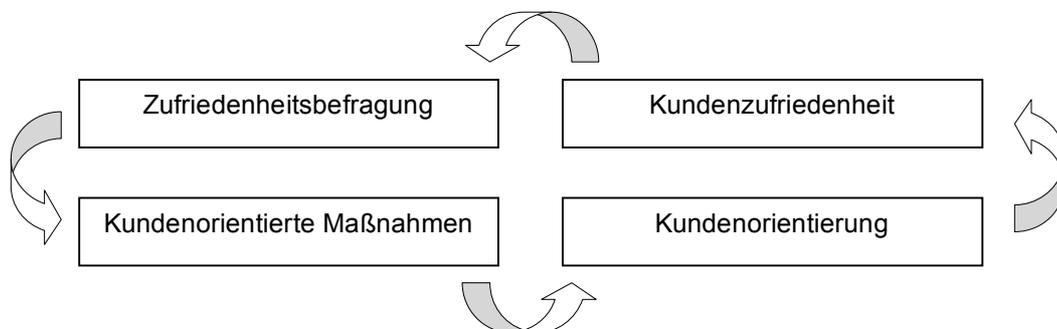
Der praktische Teil beschäftigte sich mit der **Auswertung einer Zufriedenheitsbefragung von Heimbewohnern und Angehörigen in stationären Altenpflegeeinrichtungen**. Dazu wurde die gesamte Untersuchung von der Bildung der Untersuchungsfragestellung bis zu deren Beantwortung dargestellt und anschließend **Implikationen** aufgezeigt. Besonders im Hinblick auf den kundenorientierten Umgang mit Angehörigen in der Praxis und zukünftigen Zufriedenheitsuntersuchungen brachte die Auswertung der Zufriedenheitsbefragung einige Erkenntnisse:

- Die Auswertung bestätigte die Angehörigen als ernstzunehmende Kundengruppe. Ihr Potential sollte von vorn herein erkannt und als Basis zukünftiger Zusammenarbeit genutzt werden, wobei besonders die Ehepartner und Kinder der Heimbewohner für systematische Angehörigenarbeit zur Verfügung stehen.
- Bei zunehmender Pflegebedürftigkeit kommt es zumeist zu einer Intensivierung der Kontakthäufigkeit. Diese Situationen erfordern eine neue Aushandlung der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Mitarbeitern, um Überforderung und Unzufriedenheit auf beiden Seiten zu vermeiden.
- Um die Kontakte auch über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten zu können, müssen die Angehörigen ein fester Bestandteil des Heimalltags sein. Die Basis dafür bilden kontinuierliche Gesprächsangebote. Dadurch können Veränderungstendenzen im Kontaktverhalten frühzeitig erkannt und einer konstruktiven Bearbeitung zugänglich gemacht sowie eventuellen Konflikten vorgebeugt werden.
- Die Zufriedenheitsbereiche ergaben, dass Angehörige und Bewohner mit den Umgangsformen der Mitarbeiter weitestgehend zufrieden sind. Da sich besonders die Kundenorientierung in der Grundhaltung der Mitarbeiter widerspiegelt, ist dieses Ergebnis durchaus positiv zu bewerten, bedarf jedoch der kontinuierlichen Pflege dieser Umgangsformen, da das Verhalten der Mitarbeiter die Basis jeglicher kundenorientierter Zusammenarbeit mit den Angehörigen darstellt.
- Handlungsbedarf ergab sich besonders im Hinblick auf das Beschwerdemanagement der Einrichtungen. Eine zufrieden stellende Bearbeitung auftretender Beschwerden leistet einen wesentlichen Beitrag zur

Kundenzufriedenheit und damit zum guten Ruf der Einrichtung, da im ungünstigsten Fall schlechte Erfahrungen an außen stehende potentielle Kunden weitergegeben werden, was zu Wettbewerbsnachteilen führen kann.

- Zufriedenheitsbefragungen sollten dennoch kritisch interpretiert werden, da die Problematik der hohen Zufriedenheitswerte auch in der vorliegenden Auswertung nachgewiesen werden konnte. Möglichkeiten hierzu bieten die Ergänzung durch qualitative Daten und der Einbezug der Angehörigen als eine erweiterte Perspektive.

Die Implikationen lassen sich auch als vorbereitende Hinweise lesen, die zeigen mit welchen Problemen und Komplexitäten eine praxisnahe Form der Angehörigenarbeit bzw. Kundenorientierung rechnen kann. Diese Hinweise näher in Form von Leitlinien auszuarbeiten, würde jedoch den Rahmen der Arbeit sprengen. Vielmehr wird abschließend eine Idee herausgegriffen, die den Kern der Arbeit ausmacht und in Abbildung 50 als „**Kreislauf der Kundenorientierung**“ veranschaulicht ist. Zufriedenheitsbefragungen dienen auf der einen Seite der Evaluation der Kundenzufriedenheit und beschaffen auf der anderen Seite Informationen



**Abbildung 50** Kreislauf der Kundenorientierung

zur Konzeption und Umsetzung kundenorientierter Maßnahmen. Diese Maßnahmen vermitteln den Kunden wiederum die Orientierung an ihren Wünschen, was im besten Fall zu Kundenzufriedenheit führen kann, die wiederum in Form einer Zufriedenheitsbefragung analysiert werden kann. Der Kreislauf der Kundenorientierung impliziert somit, dass Zufriedenheitsanalysen als kontinuierlicher Prozess gesehen werden sollten, um Kundenzufriedenheit erfolgreich gestalten zu können. Die Zielgruppe der Kundenorientierung stellten in der vorliegenden Arbeit die Angehörigen dar. Wie schon Bartholomeyczik und Schrems postulierten, sind die

Angehörigen eine Kundengruppe, die einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität in der Einrichtung und ihrem Image leistet und aus diesem Grund nicht vernachlässigt werden darf. Das Motto „*Miteinander statt Gegeneinander*“ kann somit als Maxime für eine kundenorientierte Angehörigenarbeit gelten, wobei Zufriedenheitsbefragungen ein Mittel zur Erreichung der Kundenorientierung darstellen, die Ansatzpunkte für eine kundenorientierte Angehörigenarbeit liefern und aus denen Konsequenzen abgeleitet werden müssen, die den Angehörigen ihre Wichtigkeit signalisieren.

**„Die eine Seite ist nichts ohne die andere, erst im Verhältnis zueinander entwickeln beide ihre wahre Bedeutung.“**

*H. Jenrich  
Altenpflege 4/2004, S. 37*

---

## Literaturverzeichnis

Anderson, P.; Heinlein, M.:

Ein Blick in die Alltagspraxis im Pflegeheim: Über Möglichkeiten einer praxisnahen Form von Kundenorientierung. In: Dunkel, W.; Voß, G. (Hrsg.): Dienstleistung als Interaktion. Rainer Hampp Verlag, München und Mering: 2004. Seite 31-45.

Applebaum, R. A.; Straker, J. K.; Geron, S. M.:

Patientenzufriedenheit. Benennen, bestimmen, beurteilen. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: 2004.

Bartholomeyczik, S.; Schrems, B.:

Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln: 2004.

Bendel, K; Matiaske, W.; Schramm, F.; Weller, I.:

„Kundenzufriedenheit“ bei ambulanten Pflegedienstleistern. Bestandsaufnahme und Vorschläge für ein stresstheoretisch fundiertes Messinstrument. Werkstatt für Organisations- und Personalforschung. Berlin: 2000.

Blumenstock, G.:

Überlegungen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit. In: Ruprecht, T. M. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten: Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Asgard-Verlag Hippe. Sankt Augustin: 1998. Seite 109 - 117

BMFSFJ (Hrsg.):

Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin: 2001.

BMFSFJ (Hrsg.):

Ihre Rechte als Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Berlin: 2004.

Bühl, A.; Zöfel, P.:

SPSS 11: Eine Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Pearson Studium. München: 2002.

Daneke, S.:

Angehörigenarbeit. Urban & Fischer. München; Jena: 2000.

Deutscher Bundestag:

Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Drucksache 14/5660. 21. 03. 2001.

Diekmann, A.:

Empirische Sozialforschung – Grundlagen, Methoden, Anwendungen. rohwohlt's enzyklopädie. Reinbek bei Hamburg: 2000.

Donabedian, A.:

Quality assurance in health care: consumers' role. Quality in Health Care 1, Nr. 4, 1992. S. 247-251

Erlemeier, N.:

Soziale Unterstützung bei der Auseinandersetzung älterer Menschen mit Belastungen. In: Kruse, A.; Schmitz-Scherzer, H. (Hrsg.): Psychologie der Lebensalter. Steinkopff. Darmstadt: 1995. S. 253-161.

Evers, A.; Rauch, U:

Private Pflegearrangements und die Rolle der Kommunen – Erfahrungen aus dem Vogelsbergkreis. In: Entzian, H; et al.: Soziale Gerontologie: Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit. Mabuse Verlag. Frankfurt am Main: 2000. S. 111 - 125

Fooker, I.:

Intimität auf Abstand. Familienbeziehungen und soziale Netzwerke. In: Niederfranke, A.; Naegele, G.; Frahm, E. (Hrsg.): Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik. Westdeutscher Verlag. Opladen; Wiesbaden: 1999. S. 209 – 243

George, W; George, U.:

Angehörigenintegration in der Pflege. Ernst Reinhardt Verlag. München; Basel: 2003.

Goffman, E.:

Über die Merkmale totaler Institutionen. In: Goffman, E.: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und andere Insassen. Suhrkamp. Frankfurt a. M.: 1973.

Göpfert-Divivier, W.; Robitzsch, M.:

Qualitätsmanagement in der Altenpflege. In: Igl, G.; Schiemann, D.; Gerste, B.; Klose, J.: Qualität in der Pflege – Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe, Schattauer, Stuttgart New York: 2002, S. 227- 243.

Hastedt, I.:

Die Diskussion um Lebensqualität in der vollstationären Pflege und ihre ökonomischen Aspekte. In: Entzian, H; et al.: Soziale Gerontologie: Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit. Mabuse Verlag. Frankfurt am Main: 2000. S. 61 - 69

Heinlein, M.:

Pflege in Aktion. Zur Materialität alltäglicher Pflegepraxis. Rainer Hampp Verlag, München und Mering: 2003.

Heinlein, M.; Anderson, P.:

Der Bewohner als Kunde? Wie Pflegekräfte den Kundenbegriff deuten und was man daraus lernen kann. In: Dunkel, W.; Voß, G. (Hrsg.): Dienstleistung als Interaktion. Rainer Hampp Verlag, München und Mering: 2004. Seite 49-58

Hellmann, K.-U.:

Der ideale Kunde: möglichst gebunden und immer treu. In: Jacobsen, H.; Voswinkel, S. (Hrsg.): Der Kunde in der Dienstleistungsbeziehung. Beiträge zur Soziologie der Dienstleistung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden: 2005. Seite 101 - 126

Homburg, C., Becker, A., Hentschel, F.:

Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenbindung. In: Bruhn, M.; Homburg, C.: Handbuch Kundenbindungsmanagement. Wiesbaden: 2005. Seite 94 – 123

Homburg, Ch. ; Bruhn, M.:

Kundenbindungsmanagement – Eine Einführung in die theoretischen und praktischen Problemstellungen, In: Bruhn, M.; Homburg, C.: Handbuch Kundenbindungsmanagement. Wiesbaden: 2003. S. 3 - 41

Homburg, C.; Stock, R.:

Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit. In: Homburg, C. (Hrsg.): Kundenzufriedenheit. Konzepte – Methoden – Erfahrungen. Gabler. Wiesbaden: 2006. S. 17 - 53

Horsmann, C.:

Bedingungen und Folgen kundenorientierten Verkaufsverhaltens. In: Jacobsen, H.; Voswinkel, S. (Hrsg.): Der Kunde in der Dienstleistungsbeziehung. Beiträge zur Soziologie der Dienstleistung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden: 2005. Seite 169 - 192

Igl, G.; Klie, T.:

Die jüngere Entwicklung der Qualitätsdiskussion in der Versorgung Pflegebedürftiger im Rahmen des SGB XI und in der häuslichen Krankenpflege, In: Igl, G.; Schiemann, D.; Gerste, B.; Klose, J.: Qualität in der Pflege – Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe, Schattauer, Stuttgart New York: 2002. S. 3-19.

Isenberg, T.:

Defizite der Pflegeversicherung und Missstände in der Pflege aus dem Blickwinkel der Verbraucherpolitik. In: Igl, G.; Schiemann, D.; Gerste, B.; Klose, J.: Qualität in der Pflege – Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Schattauer. Stuttgart; New York: 2002. S. 65-79

Jenrich, H.:

Brücken bauen. Altenpflege 4/2004. S. 36 – 37

Kahn, R.L.; Antonucci, T.C.:

Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In: Baltes, P.P.; Brim (Eds.), O.G.: Life-span development and behavior. Academic Press. New York: 1980. pp. 254-283

Kamiske, G. F.; Brauer, J-P.:

ABC des Qualitätsmanagements. Carl Hanser Verlag, München Wien: 2002

Kelle, U., Niggemann, C.:

„Weil ich doch vor zwei Jahren schon einmal verhört worden bin ...“ – Methodische Probleme bei der Befragung von Heimbewohnern, In: Motel-Klingebiel, A.; Kelle, U. (Hrsg.): Perspektiven der empirischen Alter(n)ssoziologie. Leske+Budrich, Opladen: 2002. S. 99 - 133

Klie, T.:

Kundenorientierung älterer Menschen in sozialen Diensten. Paradigmenwechsel: Patient, Klient, Kunde, Bürger. Soziale Arbeit, Bd. 1: 1999. S. 8–13

Knoke, M.:

Kundenorientierung sozialer Dienstleistungen – Herausforderungen für die Freie Wohlfahrtspflege. Berliner Wissenschafts-Verlag. Berlin: 2004.

Koch-Straube, U.:

Qualität im Altenpflegeheim – eine bewohnernahe Perspektive. In: Igl, G.; Schiemann, D.; Gerste, B.; Klose, J.: Qualität in der Pflege – Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Schattauer. Stuttgart; New York: 2002. S.147 – 158

Kunstmann, W.:

Kunde, Käufer, Patient, Klient – die Rolle des Hilfebedürftigen in der sozialen Arbeit und der Pflege. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. 4/2001. S. 138 – 142

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.):

Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen. Band 162. Köln: 2000.

Mayländer, F.:

Qualitätsmanagement in der stationären Altenhilfe: Bewertung häufig angewandter, insbesondere am EFQM-System angelehnter Verfahren in der stationären Altenhilfe. Konstanzer Schriften zur Krankenhauswirtschaft. Hartung-Gorre Verlag. Konstanz: 2000.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.):  
Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. 2005.

Meffert, H.:

Kundenbindung als Element moderner Wettbewerbsstrategien. In: Bruhn, M.; Homburg, C. (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement. Strategien und Instrumente für ein erfolgreiches CRM. Gabler. Wiesbaden: 2003. S. 125-145

Meffert, H.; Bruhn M.:

Dienstleistungsmarketing. 1997.

Meister, U.:

Kundenzufriedenheit im Dienstleistungsbereich. Oldenbourg Verlag, München Wien  
Oldenbourg: 1998.

Minnemann, E.:

Die Bedeutung sozialer Beziehungen für Lebenszufriedenheit im Alter. S. Roderer  
Verlag. Regensburg: 1994.

Müller, K.; Thielhorn, U.:

Zufriedene Kunden?: Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten.  
Kohlhammer. Stuttgart Berlin Köln: 2000.

Pongartz, H. J.:

Interaktionsstrukturen von Dienstleistungsbeziehungen. Machtanalytische Differenzierungen zum Thema ‚Kundenorientierung‘. In: Jacobsen, H.; Voswinkel, S. (Hrsg.): Der Kunde in der Dienstleistungsbeziehung. Beiträge zur Soziologie der Dienstleistung. Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden: 2005. S. 57 – 80

Rademacher, J.:

Transparenz schafft Erfolg: Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit als entscheidende Schlüsselgröße. In: Altenheim. 10/2000. S. 24 - 26

Schmidt, R.:

Unterstützung der Laienpflege – Die Schnittstelle zwischen Laienpflege und professioneller Pflege. In: Igl, G.; Schiemann, D.; Gerste, B.; Klose, J.: Qualität in der Pflege – Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe, Schattauer, Stuttgart; New York: 2002, S. 191 - 205

Schupeta, E.; Hildebrandt, H. (Hrsg.): Patientenzufriedenheit messen und steigern: was Krankenhäuser von Patienten lernen können; Erfahrungen und Folgerungen aus einem Vergleich von 45 Krankenhäusern durch Versicherte der DAK. Asgard-Verlag Hippe. Sankt Augustin: 1999.

Tacke, V.; Wagner, G.:

Die Publikumsrolle des Kunden und die Semantik der Kundenorientierung. Eine differenzierungstheoretische Analyse. In: Jacobsen, H.; Voswinkel, S. (Hrsg.): Der Kunde in der Dienstleistungsbeziehung. Beiträge zur Soziologie der Dienstleistung. Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden: 2005. S. 127 – 148

TARP/ Technical Assistance Research Program:

Consumer Complaint Handling in America: An updated Study Part 2, Washington, D.C.: White House Office of Consumer Affairs, 1986

Thill, K. D.:

Kundenzufriedenheitsmanagement In: F&W. Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft mbH: 12/1995. S. 602 - 605

Thill, K. D.:

Kundenorientierung und Dienstleistungsmarketing für Krankenhäuser: theoretische Grundlagen und Fallbeispiele. Kohlhammer. Stuttgart; Berlin; Köln: 1999.

Trojan, A.:

Warum sollen Patienten gefragt werden? Zu Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsleistungen (II). In: Ruprecht, T. M. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten: Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Asgard-Verlag Hippe. Sankt Augustin: 1998. Seite 15 - 31

Urlaub, K.H.:

Angehörigenarbeit in Heimen – Konzepte und Erfahrungen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Band 109. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln: 1995.

Verbraucherzentrale Bundesverband:

Positionen des Verbraucherzentrale Bundesverbandes zur Pflege (-versicherung). Pressemitteilung 19. Mai 2006 unter [www.vzbv.de](http://www.vzbv.de)

Voß, W. :

Praktische Statistik mit SPSS (2., akt. Aufl.). Hanser, München: 2000.

Wallrafen-Dreisow, H.:

Qualitätssichernde Maßnahmen aus Sicht der Pflegeeinrichtung: Kundenzufriedenheit durch Dienstleistungsqualität. In: Igl, G.; Schiemann, D.; Gerste, B.; Klose, J.: Qualität in der Pflege – Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe, Schattauer, Stuttgart; New York: 2002. S. 293- 310.

Weber, M.:

Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der Verstehenden Soziologie. Verlag Mohr Siebeck. Tübingen: 1980.

Wingenfeld, K.:

Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Erweiterte Neuauflage des Papers P02-118. Bielefeld 2003. Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

**Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Datum

Unterschrift