



Werkstatt

für Organisations- und
Personalforschung e.V.

Zufriedenheit von Nutzerinnen und Nutzern mit ambulanten Pflegedienstleistungen

Forschungsbericht

Klaus Bendel

Berichte der Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V., ISSN 1615-8261

Der Autor:

Prof. Dr. Klaus Bendel, geb. 1958, Studium der Soziologie in Marburg. Promotion 1992. 1986 bis 1994 Tätigkeit im Bereich der persönlichen Assistenz für Menschen mit Behinderungen. 1991 bis 1994 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziologie der Universität Marburg. Seit 1994 Professor für Soziologie am Fachbereich Sozialwesen der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen in Paderborn.

Arbeitsschwerpunkte: Soziologie der sozialen Arbeit, Soziale Ungleichheit und soziale Probleme, Soziologie der Lebensalter und des Lebenslaufs, Familiensoziologie, Soziologie der Behinderung, Qualität sozialer Dienstleistungen.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V. unzulässig. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© **Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V.**
Berlin 2000

Berichte der Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V.

Bericht Nr. 2, Berlin 2000

ISSN 1615-8261

**Kontakt zur Werkstatt für
Organisations- und Personalforschung e.V.:**

Dr. Renate Ortlieb
Südwestkorso 76
12161 Berlin
Tel.: 030/89739919
Fax: 030/89739919

email: Kontakt@Werkstatt-opf.de
Internet: www.werkstatt-opf.de

**Vorstandsmitglieder und
wissenschaftlicher Beirat der
Werkstatt für Organisations-
und Personalforschung e.V.:**

Prof. Dr. Albert Martin
Prof. Dr. Wenzel Matiaske
Prof. Dr. Thomas Mellewig
Prof. Dr. Eckart Minx
Prof. Dr. Werner Nienhäuser
Prof. Dr. Florian Schramm

Zufriedenheit von Nutzerinnen und Nutzern mit ambulanten Pflegedienstleistungen

- Forschungsbericht -

Klaus Bendel

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Frage, wie zufrieden pflegebedürftige Menschen, die häusliche Pflege in Anspruch nehmen, mit den Leistungen ihres Pflegedienstes sind. Im Rahmen einer empirischen Feldstudie, die in Zusammenarbeit mit dem Caritasverband des Kreises Soest durchgeführt wurde, zeigt sich, daß die zentralen Determinanten für die durchweg hohe Zufriedenheit mit ambulanten Pflegedienstleistungen der Erhalt autonomer Handlungs- und Entscheidungsspielräume sowie die intersubjektive Beziehung zwischen Personal und Patientinnen bzw. Patienten sind. Die psycho-sozialen Aspekte der Versorgung stehen gegenüber sachlich-instrumentellen Gesichtspunkten im Vordergrund.

Abstract

This report deals with customer satisfaction of ambulant care clients. An empirical field analysis in cooperation with the German Soest Caritas Group shows, that major determinants for the overall high satisfaction index are the maintenance of latitudes and decision possibilities as well as the interactive relationship between ambulant care staff and their customers. It can be shown that psycho-social aspects of care services are of higher significance for satisfaction than instrumental facets.

Zufriedenheit von Nutzerinnen und Nutzern mit ambulanten Pflegedienstleistungen

- Forschungsbericht -

Klaus Bendel

Inhalt

1. Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege – einführende Bemerkungen	2
2. Zufriedenheit mit ambulanten Pflegedienstleistungen - zum gegenwärtigen Forschungsstand	7
3. Forschungsfragen und Untersuchungsdesign	18
4. Ergebnisse der Untersuchung	21
5. Zusammenfassung und Ausblick	53
- Literatur	57

1. Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege – einführende Bemerkungen.

Mit der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) und seinem in Kraft treten am 1.01.1995 wurde in der Bundesrepublik Deutschland nach jahrzehntelanger Diskussion in mehrfacher Hinsicht sozialpolitisches Neuland betreten.

Neben der in der Öffentlichkeit primär wahrgenommenen Erweiterung der klassischen Sozialversicherung um die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch die Einrichtung von Pflegekassen, ist die Installierung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente ein zentrales Reformprojekt, das der Gesetzgeber mit der Einführung der Pflegeversicherung verknüpft hat (im folgenden hierzu Asam/Altmann 1995: 32ff).

Dabei handelt es sich einerseits um die Aufhebung der traditionellen Vorrangstellung von Pflegeanbietern der Freien Wohlfahrtspflege als Vertragspartner öffentlichen Kostenträger. Nach § 72 SGB XI hat jeder Anbieter von Pflegeleistungen Anspruch auf Zulassung zum Pflegemarkt, sofern er die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung bieten kann. Auf dieser Grundlage können nun auch private Pflegedienste gleichberechtigt Versorgungsverträge mit den Pflegekassen schließen. Um Verzerrungen der Wettbewerbssituation zu vermeiden, sind öffentliche Zuschüsse für Dienste der Freien Wohlfahrtspflege gegebenenfalls mit der Pflegevergütung zu verrechnen (§ 82 Abs. 5 SGB XI).

Parallel wurde eine Budgetierung der Ausgaben in Form der sogenannten 'einnahmenorientierten Ausgabenpolitik' (§ 30 SGB XI: 'Dynamisierung' und § 55 Abs. 1 SGB XI: 'Beitragssatz') eingeführt. Entgegen dem zuvor üblichen Bedarfsdeckungsprinzip, das ein regelmäßig expandierendes Gesamtbudget zur Folge hatte, müssen die Pflegekassen nunmehr mit einem festen Budget individuellen Leistungsansprüchen gerecht werden. In Form von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79 SGB XI) sind sie dazu angehalten, einen betriebswirtschaftlichen Kostenminimierungsdruck auf die Anbieter von Pflegeleistungen auszuüben.

Um ungezügelter Outputmaximierungsstrategien der Pflegedienste zu vermeiden, wurden schließlich in § 80 SGB XI Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität bzw. Qualitätssicherung von ambulanten Pflegedienstleistungen festgeschrieben.

Die Forcierung der Marktöffnung und Wettbewerbsförderung durch den Gesetzgeber hat seine Wirkung nicht verfehlt. Zwischenzeitlich gibt es bundesweit eine große Vielfalt privater Anbieter auf dem Pflegemarkt und die etablierten Träger der Freien Wohlfahrtspflege müssen sich mit einer ungewohnten Konkurrenzsituation auseinandersetzen. Im Zuge die-

ser Entwicklung sind jedoch auch die Grenzen der Steuerungsfähigkeit des Marktes im sozialen Dienstleistungsbereich deutlich hervorgetreten.

So ist von einer 'Minutenpflege, die zum Prinzip erhoben wird', von 'gnadenlosen Abzockern' und 'unbarmherzigen Samaritern' usw. die Rede. Defizite hinsichtlich Beratung und Information, problematische Vertragsgestaltungen, mangelnde Qualifikation des Personals, unzureichende Pflegedokumentation bis hin zu Abrechnungsbetrug lauten die Vorwürfe aufgrund stichprobenartiger Kontrollen der medizinischen Dienste in einzelnen Bundesländern sowie Umfragen von Verbraucherzentralen (Häusliche Pflege 3/1998: 51ff, 4/1998: 7; Mertens 1997: 162f).

Vor diesem Hintergrund suchen die Pflegedienste verstärkt nach Wegen, die Anforderungen des § 80 SGB XI nach einer externen Qualitätssicherung umzusetzen. Allerdings stehen sie dabei vor nicht unerheblichen Schwierigkeiten, da sich die Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI lediglich auf relativ allgemeine Anforderungen und unpräzise Verpflichtungen beschränken (Verbraucher-Zentrale Hamburg 1998: 6). Auf einen allgemeinen Stand medizinischer und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse kann gleichzeitig nicht zurückgegriffen werden; anerkannte und erprobte Instrumente zur Qualitätssicherung stehen kaum zur Verfügung, eine systematische Diskussion über die anzustrebenden Standards fehlt und der Qualitätssicherungsdanke im Bereich personenbezogener Dienstleistungen ist im Bewußtsein vieler Beteiligter bislang noch kaum verankert (Kühnert 1996: 14; Ausnahmen im Hinblick auf anzustrebende Standards: Dane et al. 1994; Gabanyi 1995, 1998).

Darüber hinaus "fehlen... Bestimmungen zu Informations-, Beteiligungs- und Mitwirkungsrechten für die pflegebedürftigen Menschen. An Beschwerdestellen für die Nutzer ambulanter Dienste ist überhaupt nicht gedacht..." (Verbraucher-Zentrale Hamburg 1998: 6). "Inwieweit Pflegedienste überhaupt bereit sind, sich mit den Bedürfnissen, Wünschen und Beschwerden der Nutzer auseinanderzusetzen, hängt weitestgehend vom Selbstverständnis der Anbieter ab. Für pflegebedürftige Menschen, die ihre Bedürfnisse nicht mehr klar äußern können, die zu schwach oder resigniert sind, um sich zu beschweren bzw. den Dienst zu wechseln und die keine Unterstützung durch Angehörige oder Bekannte erfahren, bieten auch die Qualitätsrichtlinien keine Garantie für Pflegequalität" (ebd.: 10; grundsätzlich hierzu auch Heiner 1996: 218ff).

Um gleichwohl ihre Qualität nach außen zu dokumentieren, sind viele Pflegedienste dazu übergegangen, ihre Einrichtungen durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Technische Überwachungsvereine (TÜV) oder nach DIN ISO 9000ff. zertifizie-

ren zu lassen (Bade/Lindner 1995; Baumgärtl 1998; Häusliche Pflege 4/1997: 50-53; Rothery 1993).

Speziell das populärste Zertifizierungsverfahren nach DIN ISO 9000ff sah sich jedoch auch zunehmend der Kritik ausgesetzt, da es sich um ein vergleichsweise zeitaufwendiges und kostenintensives Verfahren mit einer primär betriebswirtschaftlichen und nicht pflegerisch-fachlichen Orientierung handelt. Angaben, die ein fachlich-inhaltliches Qualitätsniveau definieren, fehlen bzw. werden von der Einrichtung selbst festgelegt und die Prüfdimensionen stehen unverbunden, gleichwertig nebeneinander (Abbé/Zahneisen 1997). Es ist daher zu befürchten, daß das Zertifizierungsverfahren in vielen Fällen über einen bloßen Formalismus zur Erfüllung der Ansprüche der Gesetzgeber und Kostenträger nicht hinaus kommt und so gut wie keinen Einfluß auf die faktische Qualität von Pflegedienstleistungen nimmt (Bade/Lindner in Häusliche Pflege 4/1995: 280ff).

Strukturell besteht jedoch auch ein weiteres, bereits im Pflegeversicherungsgesetz selbst wie auch bei den Qualitätsrichtlinien gemäß § 80 zu Tage tretendes Manko darin, daß bei Qualitätskontrollen die Pflegedokumentation der Pflegekräfte im Vordergrund stehen soll, während direkte Qualitätsbeurteilungen der Nutzerinnen und Nutzer nicht vorgesehen sind (Verbraucher-Zentrale Hamburg 1998: 6).

Hierin spiegelt sich die Tatsache, daß die Einführung von Verfahren zur Qualitätssicherung in erster Linie von den öffentlichen Kostenträgern als 'Kunden' sozialer Dienste angesichts ihrer leeren Kassen angeregt wurde, was bei den Diensten wiederum eine primäre Orientierung an betriebswirtschaftlichen Optimierungsstrategien zur Folge hatte (Meinhold 1997: 9f).

Die Beurteilung der Qualität der Pflege durch die pflegebedürftigen Personen selbst bzw. ihre an der Pflege beteiligten Angehörigen ist jedoch gerade aufgrund der Spezifika sozialer Dienstleistungen von herausragender Bedeutung:

Im Unterschied zur industriellen Fertigung von Waren werden diese nämlich nicht als fertiges Produkt auf dem Markt zum Kauf angeboten, sondern sind im wesentlichen das Ergebnis eines kommunikativen Interaktionsprozesses zwischen Dienstleistungserbringer/in und Dienstleistungsnehmer/in in situativ spezifischen sachlichen, zeitlichen und sozialen Verweisungszusammenhängen. D.h. die Kunden/innen bzw. Konsumenten/innen sind als 'Ko-Produzenten' an der Erbringung sozialer Dienstleistungen unmittelbar aktiv beteiligt und deren Qualität ist abhängig von einer erfolgreichen Kooperation beider Seiten (Heiner 1996: 212; Wendt 1995).

Dies erfordert ein über rein ökonomische Maßstäbe betriebswirtschaftlicher Effizienz und Effektivität hinausgehendes, auf die Spezifik sozialer Dienstleistungen zugeschnittenes Konzept der Qualitätsbewertung.

Bezugnehmend auf die mittlerweile allgemein übliche, Unterscheidung von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität (Donabedian 1966, 1982)¹ muß diese Besonderheit in der unmittelbaren Verknüpfung von Prozeß- und Ergebnisqualität gesehen werden.

Die zu erbringenden Leistungen können nicht allein unter dem Gesichtspunkt eines effektiven Einsatzes von Ressourcen zur Erreichung eines bestimmten Zieles bewertet werden. Vielmehr gewinnen Aspekte wie die Angemessenheit der Problembearbeitung, die Zuverlässigkeit der Leistungserbringung, die Transparenz der Handlungsvollzüge, die Achtung und Partizipation der Nutzer/innen, die Vertraulichkeit der Kooperation usw. einen besonderen Stellenwert (Heiner 1996: 221ff).

Neben diesen Restriktionen, die sich sozusagen aus der Perspektive der Angebotsseite im Hinblick auf marktorientierte Verbesserungen personenbezogener Dienstleistungen ergeben, hat aus der Perspektive der Nachfrager/innen die mit der Ökonomisierung sozialer Dienstleistungen forcierte Transformation von Klienten/innen zu Kunden/innen ebenso ihre spezifischen Beschränkungen:

So ist es pflegebedürftigen Menschen schon allein deshalb unmöglich, als souveräne Konsumenten auf dem Markt aufzutreten, weil die Bedingungen der Inanspruchnahme von Dienstleistungen nicht von ihnen selbst sondern von den zuständigen Kostenträgern definiert werden. Es handelt sich also um eine für soziale Dienstleistungen typische Aufspaltung der Nachfrageseite in Kunde/in und Konsument/in mit entsprechend unterschiedlichen Interessen und Einflußmöglichkeiten. Während der Kostenträger als Kunde seine Marktmacht über Preisverhandlungen und Kaufentscheidungen ausüben kann und damit die Ausgestaltung des Angebotes von Dienstleistungen beeinflusst, fehlt den Konsumenten/innen ein solches Steuerungsinstrument. Inwieweit sie mit einer Dienstleistung zufrieden sind oder ob diese ihren Bedürfnissen gerecht wird, kann unter diesen Voraussetzungen nicht über den Marktmechanismus registriert werden.

¹ Vgl. hinsichtlich der Spezifizierung auf die Qualität der Pflege Deutsche Gesellschaft für Gerontologie 1995: 50.

Aber auch die Rolle des/r Konsumenten/in kann von pflegebedürftigen Menschen allenfalls mit Einschränkungen wahrgenommen werden, da oft keine Möglichkeit besteht, Bedürfnisse über ein entsprechendes Nachfrageverhalten zum Ausdruck zu bringen. Sei es, weil ein Wechsel des Pflegedienstes aufgrund mangelnder Alternativen nicht möglich ist, oder der Kraftaufwand hierfür als zu hoch angesehen wird. So besteht nicht selten eine massive Abhängigkeit von den jeweiligen sozialen Dienstleistungsorganisationen (Badura/Groß 1976: 293ff; Verbraucher-Zentrale Hamburg 1998: 25, 29).

Dies wiederum schränkt unter anderem auch die Möglichkeiten ein, unmittelbar (etwa über Beschwerden) Einfluß auf die Ausgestaltung des Angebots zu nehmen, was - wie die Forschung zur Zufriedenheit von Patienten/innen im klinischen Versorgungsbereich zeigt - eine Tendenz zu resignativer Anpassung im Sinne der positiven Bewertung einer defizitären Realität zur Folge hat (Leimkühler 1995).

Angesichts des strukturellen Machtgefälles zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern auf der einen Seite und den pflegebedürftigen Menschen auf der anderen, scheint es dringend geboten, angemessene Instrumente und Steuerungsmechanismen zu entwickeln, die eine Gewähr dafür bieten, daß sich Pflegedienstleistungen nicht nur in Form von Willensbekundungen und Absichtserklärungen sondern auch faktisch an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen orientieren.

Neben der Diskussion um die Einrichtung von unabhängigen Beratungs- und Beschwerdestellen, die insbesondere von Verbraucherzentralen als ein zu entwickelndes Moment des Verbraucherschutzes im Gesundheitswesen angestrebt wird (Mertens 1997; Verbraucher-Zentrale Hamburg 1998: 48ff), erscheint auch die direkte Befragung der Nutzerinnen und Nutzer im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen als ein geeignetes Instrument, um Fehlentwicklungen aufgrund mangelnder Artikulationsmöglichkeiten dieses Personenkreises im Hilfesystem vorzubeugen.

Das subjektive Wohlbefinden und die subjektive Zufriedenheit sind der objektiven Perspektive eines/r Beobachters/in nicht zugänglich. Sie können nur auf dem Weg einer unmittelbaren Bewertung derjenigen, die diese Lebensumstände durchleben, in Erfahrung gebracht werden. Die persönliche Interpretation subjektiv erlebter sozialer Wirklichkeiten spielt jedoch im Hinblick auf die Besonderheiten personenbezogener sozialer Dienstleistungen eine herausragende Rolle. Sofern die Qualität ambulanter Pflegedienstleistungen allen Beteiligten ein Anliegen ist, muß die Bewertung der Dienstleistung durch ihre Nutzerinnen und Nutzer im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen ein wesentliches

Element darstellen und mit Hilfe geeigneter Instrumente erhoben und dokumentiert werden.

2. Zufriedenheit mit ambulanten Pflegedienstleistungen - zum gegenwärtigen Forschungsstand.

Auch wenn die Erwartungen von Nutzerinnen und Nutzern kein hinreichender Indikator für die Qualität sozialer Dienstleistungen sein können, dürfte es gleichwohl unstrittig sein, daß Informationen zu ihrer Zufriedenheit eine unabdingbare Grundlage für eine bedürfnisorientierte Ausgestaltung des Leistungsangebotes darstellen.

Während sich jedoch in anderen Branchen die Ermittlung der Zufriedenheit von Kundinnen und Kunden als ein wesentliches Moment eines konsequenten Qualitätsmanagements längst durchgesetzt hat² und auch im Gesundheitswesens hinsichtlich der klinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten auf eine langjährige Tradition zurückgeblickt werden kann (Leimkühler 1995; Stallard 1996; Swan/Carroll 1979), wurde im Bereich ambulanter Pflegedienstleistungen mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 Neuland betreten. Entsprechend steckt die Entwicklung geeigneter Instrumente zur Ermittlung der Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer noch in den Anfängen.

Zwar wurden frühzeitig Untersuchungen zur Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege durchgeführt, die subjektive Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer blieb dabei jedoch ausgeklammert.

Erst in jüngster Zeit zeichnen sich Bestrebungen ab, diese Lücke zu schließen:

So hat sich die Verbraucher-Zentrale Hamburg 1996 darum bemüht, einen Einblick in die Situation von Pflegebedürftigen zu gewinnen (Verbraucher-Zentrale Hamburg 1998). Allerdings kann dieses Unternehmen allenfalls explorativen Charakter beanspruchen, da lediglich 13 qualitative Leitfadeninterviews durchgeführt wurden, von denen wiederum

² Die Arbeitsgemeinschaft 'Das Deutsche Kundenbarometer' untersucht und veröffentlicht beispielsweise regelmäßig die Kundenorientierung und Wettbewerbsfähigkeit von über 1.000 marktbedeutenden Anbietern aus 37 Branchen (Linke 1998). In diesem Zusammenhang sind die fachliche Kompetenz, die vermittelten Informationen, das Eingehen auf spezielle Situationen, die Kommunikationsbemühungen, die Ausführung der Dienstleistung, der Umgang mit Beschwerden sowie die Bemühungen um Verbesserungen zentrale Dimensionen der Zufriedenheit von Kunden/innen (ebd.: 22).

lediglich 5 Personen pflegebedürftig bzw. Angehörige von pflegebedürftigen Menschen waren.

Nichtsdestotrotz gibt die Studie erste Hinweise auf zentrale Problemlagen bzw. Qualitätsdimensionen. Gegenstand von Kritik und Beschwerden waren zusammengefaßt (ebd.: 16ff):

- Fehlende Koordination, Beratung und Unterstützung bei der Antragstellung an die Pflegekasse und Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MDK) (1).
- Fehlende Entscheidungshilfen bei der Auswahl eines geeigneten Dienstes (2).
- Unklare und mißverständliche Abrechnungsmodalitäten (3).
- Zeitliche Unflexibilität und Fremdbestimmtheit der Pflege (4).
- Belastung durch häufigen Wechsel der Pflegekräfte (5).
- Leistungskürzungen und Zeitmangel (6).
- Äußerung, Wahrnehmung und Umgang mit Beschwerden (7).

Häufig fehlt pflegebedürftigen Menschen die Unterstützung und Aufklärung, um Leistungsansprüche gegenüber den Pflegekassen frühzeitig, noch während der klinischen Behandlung geltend machen zu können (1). Die Bedeutung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ist vielfach nicht bekannt, so daß es leicht zu Fehleinschätzungen des Pflegebedarfs kommen kann. Auch wird der Pflegedienst oft nicht über den Begutachtungstermin informiert.

Vor dem Hintergrund der aufgrund mangelnder Erfahrungen in aller Regel noch unklaren persönlichen Erwartungen an einen Pflegedienst fehlen entsprechende objektive Informationen und Entscheidungshilfen, wie etwa kostenlose Beratungsangebote oder standardisierte Leistungsübersichten, welche die Auswahl eines geeigneten Pflegedienstes erleichtern (2). Häufig entsteht bereits zu Beginn der Pflege ein Gefühl der Fremdbestimmtheit und Abhängigkeit, da in den seltensten Fällen die Pflegebedürftigen selbst ihren ersten Pflegedienst auswählen. Die Vermittlung erfolgt meist durch die Sozialdienste der Krankenhäuser, Stationsschwestern, Hausärzte oder Sozialämter nach für die Betroffenen undurchsichtigen Kriterien.

Darüber hinaus wird berichtet, daß es Pflegebedürftige gebe, die von einem Vertrag zwischen ihnen und einem Pflegedienst nichts wissen, bzw. daß die vertraglichen Vereinbarungen ebenso wie die monatlich zu unterzeichnenden Abrechnungsbögen häufig nicht verstanden werden (3). Die Einführung des Leistungskomplexsystems erweckt bei vielen pflegebedürftigen Menschen den Eindruck, daß die Pflege teurer geworden sei, obwohl sich Inhalt und Umfang der Pflegeleistungen eher verringert haben. Mit dem Verlust des

Zeitanspruchs auf Pflege fehlen den Betroffenen handhabbare Kriterien zur Kontrolle der erbrachten Leistungen. Die fehlende Transparenz führt zu Mißtrauen gegenüber den Pflegediensten und vereinzelt auch zu ungerechtfertigten Betrugsvorwürfen.

Beklagt wird weiterhin die zeitliche Unflexibilität der Dienste (4), die zu der Erfahrung führt, keinen Einfluß auf die Pflegezeiten nehmen zu können. Weiterhin wurden die Nachlässigkeit und mangelnde Fähigkeit der Pflegekräfte, sich aufgrund von Zeitdruck oder Lustlosigkeit auf persönliche Wünsche und Bedürfnisse einzulassen, die Unmöglichkeit der Urlaubs- und Reisebegleitung, die andauernde Unpünktlichkeit und das damit erzeugte Gefühl des Ausgeliefertseins sowie die Erfahrung, keinen Einfluß auf die konkrete Ausgestaltung der Pflege nehmen zu können, beklagt.

Die Belastungen durch den häufigen Wechsel von Pflegekräften (5) äußerten sich vor allem in der Erfahrung, keine Vertrautheit gegenüber den Pflegekräften entwickeln zu können, obwohl man in intimen persönlichen Bereichen (etwa der Körperpflege) auf Hilfe angewiesen ist. Gleichzeitig offenbarte der Wechsel von Pflegekräften immer wieder das Problem der Fremdbestimmtheit der Pflege, d.h. keinen Einfluß darauf zu haben, wer die Pflege durchführt. In diesem Zusammenhang werden auch Ängste vor Mißbrauch und Übervorteilung geäußert. Hierzu zählen etwa Privatgespräche vom Telefon der Pflegebedürftigen aus, das Abhandenkommen von Gegenständen oder das Erbringen pflegerischer Leistungen durch nicht entsprechend ausgebildete Kräfte.

Mit der Einführung des Leistungskomplexsystems sind aus Sicht der Gesprächspartner die Pflegezeiten eingeschränkt worden (6). Die pflegebedürftigen Menschen äußerten das Gefühl, abgefertigt zu werden, da es an Zeit für Gespräche zum Aufbau von Vertraulichkeit gegenüber den Pflegekräften mangle. Die Einschränkung kommunikativer Aspekte der Pflege wurde insbesondere im Hinblick auf ältere Menschen, bei denen die Pflegekräfte mitunter die einzigen Bezugspersonen sind, als problematisch empfunden. Früher übliche Maßnahmen der Sozialstationen zur Förderung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in der Gemeinde oder im Stadtteil, wie etwa die Organisation von Festen oder Ausfahrten, seien ganz entfallen. Die pflegewissenschaftliche Forderung nach einer ganzheitlichen Pflege werde in der Praxis durch das Fehlen von Abrechnungsmöglichkeiten für kommunikative Beratung und psychologische Betreuung unterminiert. Individuellen Bedürfnissen könne aufgrund der restriktiven Zeitvorgaben kaum Rechnung getragen werden.

Das Äußern von Beschwerden (7) stellt insbesondere für ältere Menschen ein Problem dar. Sie sind dies nicht gewohnt und ziehen sich eher zurück als jüngere. Eventuell leise, zwischen den Zeilen geäußerte Kritik wird aufgrund von Zeitdruck und häufig wechselnden

Pflegekräften nicht wahrgenommen. Es fehlt der Spielraum für die Äußerung von Bedürfnissen ebenso wie für die Äußerung von Beschwerden. Hinzu kommt die Erfahrung, daß geäußerte Kritik kaum Konsequenzen nach sich zieht. Die einseitige Abhängigkeit von den Pflegekräften erschwert die Kritik. Die Betroffenen sind auf die Erbringung der Pflegeleistungen existentiell angewiesen. Sie duldet in der konkreten Situation keinen Aufschub, so daß man sich vielfach mit einer unqualifizierten bzw. unsachgemäßen Pflege arrangiert. Diese Problematik verschärft sich im Fall von Demenz-kranken Menschen, deren Ausdrucksmöglichkeiten reduziert sind. Hier fehle die notwendige Kontinuität, Kompetenz und Sensibilität in der Pflege, um auf die Bedürfnisse dieses Personenkreises angemessen einzugehen.³

Ebenfalls 1996 wurde in Gelsenkirchen vom Institut für Arbeit und Technik eine standardisierte schriftliche Befragung zur Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden von 9 privaten Pflegediensten durchgeführt (von Bandemer 1997).

Gegenüber der qualitativ ausgerichteten Hamburger Befragung können sich die Ergebnisse der Studie auf eine deutlich breitere Datengrundlage stützen (n=271).

Gefragt wurde mit einem insgesamt 16 Fragen umfassenden Fragebogen unter anderem nach der Art der Hilfen, Erreichbarkeit, Beratung, Beschwerden, Kriterien der Auswahl des Dienstes, dem Stellenwert von Leistungen, nach dem Gefühl, wenn der Dienst kommt und der Zufriedenheit mit Leistungen.

Als wichtige Ergebnisse lassen sich festhalten, daß die Dienste überwiegend aufgrund persönlicher Empfehlungen ausgewählt werden, vorrangig ausgesprochene Pflegeleistungen (medizinische Pflege) in Anspruch genommen werden obwohl vielfach zusätzlich hauswirtschaftliche Hilfen benötigt werden. Fast zwei Drittel aller Befragten freute sich, wenn der Dienst zu ihnen kommt und über 80% waren mit der Erreichbarkeit des Dienstes in Notfällen zufrieden. Ebenfalls über 80% fühlten sich durch den Dienst gut informiert und beraten. Allerdings gaben nur ca. 55% der Befragten an, daß der Pflegedienst ihnen genau erklärt hat, welche Kosten übernommen werden und nur ca. 58% waren mit der Hilfestel-

³ Zusammenfassendes Fazit der Verbraucher-Zentrale Hamburg (1998: 29f): "Zentraler Aspekt... ist die einseitige Abhängigkeit der pflegebedürftigen Menschen von den Pflegekräften bzw. Pflegediensten. Zwar sind die Pflegedienste darauf angewiesen, daß pflegebedürftige Menschen ihre Leistungen nachfragen, aber für die konkrete Ausgestaltung der Pflege selbst sind Macht und Entscheidungskompetenzen eindeutig zu Ungunsten der Nutzer verteilt. Prinzipiell haben pflegebedürftige Menschen keinen Einfluß darauf, wer sie wie, wann und letztlich auch wo pflegt".

lung bei Pflegeanträgen zufrieden. Knapp ein Viertel hatte sich schon einmal beim Pflegedienst beschwert und knapp 72% gab an, daß sich danach etwas geändert hat. Bei einer abschließenden offenen Frage nach besonders positiven oder negativen Aspekten äußerten sich über drei Viertel der Befragten positiv, vor allem im Hinblick auf Kompetenz, Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit, Mitgefühl, Sauberkeit und Pünktlichkeit. Knapp ein Viertel übte Kritik hinsichtlich mangelnder Sauberkeit, mangelnder Kompetenz, Unpünktlichkeit, häufig wechselndem Personal, unzureichender Beratung oder schlechter Erreichbarkeit des Dienstes am Wochenende. Die überwiegend geäußerte Zufriedenheit mit dem Pflegedienst (über 90%) gründete sich vor allem auf die Pflegequalität und die Freundlichkeit des Personals, während dem Einsatz der gleichen Pflegekraft sowie Informationen zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten ein eher nachrangiger Stellenwert zugewiesen wurde.

Auch diese Studie liefert wichtige Hinweise hinsichtlich der Zufriedenheit mit ambulanten Pflegedienstleistungen. Allerdings fließen in den Fragebogen zum Teil Komponenten ein, die keinen unmittelbaren Bezug zur Messung der Kundenzufriedenheit aufweisen⁴, während andere Aspekte, die von der Hamburger Studie als zentral hervorgehoben werden, nicht angesprochen werden.

Dies betrifft insbesondere Momente der Abhängigkeit und Fremdbestimmtheit in der Pflege, beispielsweise Möglichkeiten der Mitsprache und Partizipation, etwa bei den Pflegezeiten oder bei der Auswahl der Pflegekräfte, ebenso wie die Transparenz von Abrechnungen. Des weiteren bleiben Abhängigkeiten aufgrund mangelnder Alternativen ausgeblendet.

Hinweise auf Problemlagen hätten auch die Anlässe von Beschwerden geben können, die ebenfalls nicht erhoben werden. Der Fragenkomplex zur Zufriedenheit ist insgesamt wenig differenziert und in der Frageformulierung zu suggestiv.⁵ Zufriedenheit kann beispielsweise auch durch das Ausmaß der Entlastung von Familienangehörigen oder durch rechtzeitige Information bei Verspätungen oder Personalwechsel bedingt sein.

⁴ So beispielsweise die Frage danach, wieviel Kunden bereit sind privat zu zahlen, falls sie zusätzlich Hilfe zur Pflege benötigen (vgl. von Bandemer 1997: 16).

⁵ Beispiel unter Frage 12: 'Ich bin zufrieden damit, daß die Pflegekraft manchmal wechselt.' Fragen sollten so neutral wie möglich, d.h. ohne Vorgabe einer Antwortalternative gestellt werden, um zu verhindern, daß in den Antworten statt der persönlichen Meinung des Befragten Auffassungen zum Ausdruck kommen, die durch die Frageformulierung nahegelegt werden (vgl. Kromrey 1998: 350f, Schnell/Hill/Esser 1999: 312).

Schließlich werden in dem Fragebogen keine personenbezogenen Daten, wie etwa Alter Geschlecht, Haushaltsgröße, Grad der Pflegebedürftigkeit oder Konfession erhoben, so daß weitergehende Analysen hinsichtlich der Abhängigkeit der Zufriedenheit von soziodemographischen Variablen nicht möglich sind (in diese Richtung Hall/Dornan 1990).

Auch der TÜV-Rheinland führt im Rahmen seines Zertifizierungsverfahrens für ambulante Pflegedienste Kunden/innenbefragungen durch (Reck-Hog 1997, Häusliche Pflege 4/1997). In Form von Leitfadeninterviews werden unter anderem Daten zur Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, Verlässlichkeit und Pünktlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhoben. Weiterhin wird danach gefragt, ob sich die Kundinnen und Kunden geachtet und als Mensch respektiert fühlen. Schließlich wird auch um die Bewertung der Struktur und Organisation der Pflegedienste gebeten, etwa hinsichtlich der Gewährleistung von Vertraulichkeit, der Einhaltung vereinbarter Betreuungszeiten, des Informationsverhaltens (z.B. bei Verspätungen) sowie der Zahl der eingesetzten Pflegekräfte.

Der Interviewleitfaden lehnt sich an einen in den USA entwickelten Fragebogen, den sog. 'Client Satisfaction Questionnaire' (CSQ), an (Attkisson/Zwick 1982; Larsen et al. 1979). Dieser wurde im Hinblick auf ambulante Pflegedienste modifiziert. Bislang ist der Leitfaden jedoch ebensowenig wie Daten und Ergebnisse aus entsprechenden Untersuchungen publiziert. Insofern ist eine weitergehende Auseinandersetzung mit dem Erhebungsinstrument bzw. den Ergebnissen der Untersuchungen leider nicht möglich.

Ausführlicher dokumentiert ist eine Studie des Österreichischen Roten Kreuzes zur Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit den Leistungen der Hauskrankenpflege/Altenbetreuung/Heimhilfe, die sich u.a. ebenfalls an den CSQ anlehnt (Wild/Strümpel 1996).

Neben 7 qualitativen Interviews wurden insgesamt 200 schriftliche Befragungen mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Grundlage war dabei die Annahme, daß sich die Zufriedenheit mit einer Dienstleistung aus dem Verhältnis der persönlichen Bedeutung eines bestimmten Aspektes (Wichtigkeit) zu den faktischen Gegebenheiten (Ist-Zustand) zusammensetzt. Entsprechend wurden, soweit möglich, jeweils beide Aspekte erhoben und miteinander verglichen. Insgesamt ergab sich dabei eine hohe Zufriedenheit mit den angebotenen Diensten. Als besonders wichtig und auch in bezug auf die Ist-Situation sehr positiv bewertet wurde die Beziehung zwischen Patient/in und Personal. Im Einzelnen handelte es sich dabei um die persönliche Beziehung zur

Pflege/Betreuungsperson, die Freundlichkeit der Pflege/Betreuungsperson sowie die fachliche Kompetenz der Pflege/Betreuungsperson (ebd.: 38). Als problematische Punkte erwiesen sich das Erhalten von Tips und Anleitungen vom Pflegepersonal, die Kontinuität des Personals (häufiger Personalwechsel) sowie Möglichkeiten, den Zeitpunkt des Hausbesuchs mitbestimmen zu können, wobei letzteres von vielen Nutzerinnen und Nutzern auch als nicht so wichtig angesehen wurde (ebd.: 39). Interessant war schließlich auch, "daß sehr konkrete Dinge, die direkt die Pflege betreffen, wie Mitsprache oder Dienste vermitteln, den gleichen oder einen geringeren Stellenwert einnehmen als Punkte, wie gemeinsam lachen oder äußere Erscheinung des Pflegepersonals" (ebd.: 38). Insgesamt bestand auf Seiten der Nutzerinnen und Nutzer die Tendenz, die Dienstleistung zu akzeptieren und wenig zu hinterfragen. Sie sahen sich eher in der Rolle der "passiven EmpfängerIn" und legten keinen allzu großen Wert auf die Mitsprache und aktive Mitgestaltung des Dienstleistungsverhältnisses (ebd.: 44).

Neben den aufschlußreichen Befunden der Studie ist hier gegenüber den meisten anderen Erhebungen der Versuch einer theoretischen Fundierung des Erhebungsinstrumentes unter Bezugnahme auf das Wert x Erwartungsmodell hervorzuheben (Linder-Pelz 1982a, 1982b). Allerdings wird in diesem Zusammenhang nicht näher erläutert, in welcher Weise die Beziehung zwischen der Einschätzung der Wichtigkeit eines Aspektes und der Bewertung des Ist-Zustandes die Zufriedenheit beeinflusst.

Eine an der Universität-Gesamthochschule Kassel durchgeführte Studie zur Lebensqualität durch offene Hilfen für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen (in Hessen) nennt als zentrale Parameter der Bewertung von ambulanten bzw. familienunterstützenden Diensten die Nutzungsstruktur und den Nutzungsumfang, das Verhältnis zur Leitung und zu eingesetzten Assistenten/innen des Dienstes, die Entscheidungskompetenzen von Kunden/innen bei der Auswahl der Helfer/innen, die Flexibilität und Erreichbarkeit des Dienstes, die unmittelbare Interaktion zwischen Helfern/innen und Kunden/innen einschließlich möglicher Konfliktsituationen, die Zufriedenheit mit der Organisation und dem Inhalt der Dienstleistungen, die Zufriedenheit mit Dienstleistungen in ausgewählten Bereichen (z.B. Beratung) sowie die Zufriedenheit mit dem Verhältnis zu Assistenten/innen und Regie-Mitarbeitern/innen (Böttner et al. 1997: 71f).

In Anlehnung an die Normenreihe der DIN ISO 9000ff umfaßte der bei der mündlichen, nichtrepräsentativen Befragung (n=70) eingesetzte Fragebogen eine Bewertung der Dienste

durch ihre Nutzerinnen und Nutzer in den Dimensionen Kunden/innenorientierung, Partizipationsmöglichkeiten und Zufriedenheit mit der Dienstleistung (ebd.: 112ff, 144ff).

Im Hinblick auf die Kunden/innenorientierung handelte es sich beispielsweise um Aussagen zu den Bereichen Qualität der Kommunikation zwischen Dienst und Kunden/innen, Einfluß und Mitsprachemöglichkeiten, Umgang mit Beschwerden und Kritik sowie Qualität der Beratung im Hinblick auf Informationen, Einfühlungsvermögen, Kompetenz und Hilfe, die auf einer Skala von 1 (stimmt überhaupt nicht) bis 6 (stimmt genau) klassifiziert werden konnten (ebd.: 116f, 166f).

Zufriedenheitswerte wurden mit einer elfstufigen Skala gemessen, die auch in den Wohlfahrtssurveys eingesetzt wird. Der Wert 0 bedeutet sehr unzufrieden, der Wert 10 sehr zufrieden (ebd.: 97).

Insgesamt fiel die Bewertung der Dienste durch die Nutzerinnen und Nutzer sehr positiv aus, während negative Bewertungen nur selten geäußert wurden (ebd.: 114f, 116, 123f, 164f, 169, 174)⁶.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine schriftliche Befragung der Nutzerinnen und Nutzer Familienunterstützender Dienste in Nordrhein-Westfalen (n=827), die vom Zentrum für Planung und Evaluation der Universität-Gesamthochschule Siegen durchgeführt wurde (McGovern et al. 1998).

In die Befragung wurden insgesamt 24 Qualitätsmerkmale für die Arbeit Familienunterstützender Dienste in der Form von Thesen aufgenommen, zu denen die Befragungspersonen auf einer Skala von 1 (besonders positiv) bis 6 (besonders negativ) ihre Zustimmung oder Ablehnung zum Ausdruck bringen konnten (McGovern et al. 1998: 89ff).

Dabei handelt es sich einerseits um Aussagen zur Qualität der Struktur des Dienstleistungsangebotes (z.B. Informationen zu Angeboten und Hilfsmöglichkeiten, Erreichbarkeit

⁶ Die Mittelwerte schwanken beispielsweise im Hinblick auf die Zufriedenheit mit den Helfern/innen bzw. Diensten zwischen 8,1 und 8,63 (vgl. ebd.: 123, 174). Höhere Zufriedenheitswerte werden im Wohlfahrtssurvey "lediglich bei der Zufriedenheit mit dem Familienleben und mit der Ehe/Partnerschaft erreicht" (ebd.: 123). Hinsichtlich der Bewertung der ambulanten Dienste durch die Kunden/innen (Kunden/innenorientierung) schwanken die Mittelwerte auf der Skala von 1 (stimmt überhaupt nicht) bis 6 (stimmt genau) zwischen 4,6 und 5,64 bei der Bewertung positiver Aussagen, bei negativen Aussagen zwischen 1,08 und 2,2 (ebd.: 117). Die Mittelwerte bei der Bewertung der Leistungen der Helferinnen und Helfer Familienunterstützender Dienste liegen auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut) im Bereich zwischen 4,4 und 4,6 (ebd.: 169).

in Notfällen, Einfluß auf Art und Umfang der Hilfen bzw. bei der Helfer/innenauswahl, Unterstützung bei Anträgen, Erläuterung von Kosten, Umgang mit Beschwerden und Verhalten in Konfliktfällen) sowie andererseits um Aussagen zu den Leistungen der Einsatzkräfte (z.B. Vertraulichkeit, Verbindlichkeit, Zurückhaltung und Qualifikation).

In der gleichen Form wurde parallel die Zufriedenheit in insgesamt fünf Unterstützungsbereichen erhoben: Begleitung außer Haus, Beratung, Pflegehilfen, Unterstützung im Haushalt und pädagogische Förderung.

Schließlich wurde ebenfalls in der gleichen Form die Zufriedenheit mit den 'Servicequalitäten' der Mitarbeiter/innen im Hinblick auf Freundlichkeit, respektvollen Umgang, Zuverlässigkeit, Einfühlungsvermögen und Motivation abgefragt.

Insgesamt zeigte sich auf allen Ebenen eine durchweg positive Bewertung der Dienstleistungen. Die Mittelwerte schwanken zwischen 1,2 und 2,45 (ebd.: 94f). Hinsichtlich der Leistungen bzw. 'Servicequalitäten' der Einsatzkräfte liegen sie sogar nur im Bereich von 1,2 bis 1,9 (ebd.: 74f), während sich die Mittelwerte bei der Bewertung der Zufriedenheit mit einzelnen Unterstützungsbereichen ebenfalls lediglich zwischen den 1,45 und 2,17 bewegen (ebd.: 62).

Trotz eines elaborierten Fragebogens, einer großen Zahl von Befragten (n=827) sowie einer hohen Rücklaufquote (44%), ist dieser Befund ebenso wie die hohen Zufriedenheitswerte der Kasseler und der österreichischen Studie nicht allzu überraschend, da in den Ergebnissen ein bisher nicht gelöstes Grundproblem aller Zufriedenheitsbefragungen zum Ausdruck kommt: Es finden sich generell, selbst bei Problemgruppen, hohe Zufriedenheitsquoten, die offenbar in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit den faktischen Verhältnissen stehen.⁷ Vielmehr sind bei entsprechenden Studien bereits mehrfach Diskrepanzen zwischen objektiven Gegebenheiten bzw. Fremdeinschätzungen und der subjektiven Wahrnehmung nachgewiesen worden (Leimkühler 1995: 165).⁸ Sie erklären sich vor allem aus der Tendenz, sozial erwünschte bzw. inhaltsunabhängige Antworten zu geben ('Bejahungstendenz', ebd.: 165).

Theoretisch bieten sich zur Deutung des überwiegend positiven Antwortverhaltens zwei Erklärungsmuster an (ebd.: 166):

⁷ Zufriedenheitsquoten von 90% und mehr sind allgemein keine Seltenheit. Werte unter 80% hingegen gelten als ungewöhnlich (Stallard 1996).

⁸ Leimkühler (1995) nennt beispielsweise Befunde im Kontext von Studien zur Lebensqualität in der Bundesrepublik (Diewald/Zapf 1984, Glatzer 1984, Zapf et al. 1987: 57ff).

Das Theorem der kognitiven Dissonanz (Festinger 1978) geht davon aus, daß Befragungspersonen, die sich nach einer Entscheidungsphase für die Inanspruchnahme eines bestimmten Angebotes entschieden haben, in der Folge bevorzugt Aspekte wahrnehmen, die sie in der Richtigkeit ihrer Entscheidung bestätigen. Äußerungen zur Zufriedenheit mit einer Dienstleistung sind insofern von einer selektiven, positive Aspekte verstärkenden Wahrnehmung geprägt, um das eigene Entscheidungsverhalten vor sich selbst zu rechtfertigen.

Das Assimilations-Akkomodations-Modell geht von der Tatsache aus, daß Zufriedenheitsäußerungen immer ein Verhältnis zwischen zwei Variablen, der wahrgenommenen Realität einerseits und den ihr entgegengebrachten Erwartungen andererseits, zum Ausdruck bringen (Oliver 1979; Linder-Pelz 1982a, 1982b). Sind die wahrgenommenen Verhältnisse aus der Perspektive einer Person kaum zu beeinflussen, so werden die Erwartungen entweder bereits vorab entsprechend gering ausfallen oder aber im Zuge des entsprechenden Erfahrungsprozesses an die Realität angepaßt werden. Unter der Voraussetzung, daß generell ein solcher Ausgleich zwischen den Erwartungen der Person und der von ihr wahrgenommenen Umwelt angestrebt wird (Gleichgewichtszustand), kann eine hohe Zufriedenheit somit auch als Indiz einer resignativen Anpassung an als unabänderlich wahrgenommene Gegebenheiten interpretiert werden (Ipsen 1978: 47ff).

Das insbesondere bei sozialen Dienstleistungen häufig erlebte Fehlen von alternativen Handlungsoptionen und die hiermit verbundene Abhängigkeitserfahrung führen zu relativ niedrigen Erwartungen und großer Dankbarkeit für jegliche auch noch so geringfügige Unterstützung, d.h. zu hoher Zufriedenheit mit jeglicher auch noch so unzulänglichen Hilfeleistung (Cang 1989; Canter 1989).

Allerdings darf dieser Zusammenhang nicht darüber hinweg täuschen, daß die subjektive Zufriedenheit mit spezifischen Lebensumständen unabhängig von Fremdeinschätzungen eine emergente soziale Realität darstellt, die es aus wissenschaftlicher Perspektive zuverlässig empirisch zu erfassen und angemessen theoretisch zu deuten gilt.⁹

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß der Forschungsstand zur Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen trotz international langjähriger Er-

⁹ Mit Recht weist Ipsen (1978: 52) daher darauf hin, "daß Zufriedenheit, auch wenn sie sich wissenschaftlich nicht an eine 'gute' Realität anbinden läßt, eben doch als Zufriedenheit vorhanden ist."

fahrungen bis heute weitgehend noch exploratorisch ist (Leimkühler 1995; McMillan 1987; Stallard 1996; van Campen et al. 1995):

"Der Stand der Forschung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von schlecht untersuchten Erhebungsinstrumenten...; eine mangelnde theoretische Fundierung des Konstrukts Zufriedenheit und empirische Itemauswahl sowie ein Fehlen von empirischen Studien über den Nutzen von patient-satisfaction-surveys für die Verbesserung der Versorgungsqualität" (ebd.: 164). "Insgesamt muß man davon ausgehen, daß es trotz einer Fülle von Studien bisher kein systematisches Wissen über Prädiktoren der Patientenzufriedenheit gibt" (Leimkühler 1995: 168).

Gleichwohl kann aus der bisherigen Forschung zur Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten als ein übereinstimmendes Ergebnis die herausragende Bedeutung der kommunikativen Interaktion bzw. Kooperation zwischen Dienstleistungserbringer/in und Dienstleistungsnehmer/in gegenüber anderen Versorgungsleistungen festgehalten werden. So zeigte sich, daß vor materiellen und professionellen Gesichtspunkten die psychosozialen Versorgungsaspekte als primäre Zufriedenheits- bzw. Unzufriedenheitsquelle anzusehen sind: "Wichtiger als die Leistungen selbst ist den Patienten die Art und Weise, wie die Leistungen erbracht werden... Die Einschätzung der instrumentellen Leistungen durch den Patienten scheint offenbar wesentlich davon beeinflusst, wie er die affektive Verhaltenskomponente von Arzt und Pflegepersonal wahrnimmt" (Leimkühler 1995: 167)¹⁰.

Neben der affektiven Komponente der Beziehung zwischen Patient/in und Personal kommt in diesem Zusammenhang dem Erhalt autonomer Handlungs- und Entscheidungsspielräume (Selbständigkeit) eine zentrale Bedeutung zu (Elbeck/Fecteau 1990). Wesentlich scheint demnach auch zu sein, daß die Patientin bzw. der Patient in ihrer Eigenständigkeit als Person, im Sinne eines am Behandlungsgeschehen aktiv beteiligten Subjekts, anerkannt und respektiert wird.

Damit bestätigen die Studien die oben formulierte These der besonderen Bedeutung der Prozeßqualität in der Sozialen Arbeit. Die intersubjektive Beziehungskomponente beeinflusst die Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer offenbar sehr viel stärker als ein unter zweckrationalen Gesichtspunkten optimal produziertes Ergebnis.

Unabhängig von den theoretischen und methodischen Problemen, welche die Notwendigkeit weiterer Forschungen zu dem Thema Zufriedenheit in diesem Kontext begründen, darf

¹⁰ Vgl. ergänzend Ben-Sira 1980; Bowers et al. 1994; Joos et al. 1993; Smith 1992.

jedoch auch die praktische Relevanz der Bewertung sozialer Dienstleistungen durch ihre Nutzerinnen und Nutzer nicht übersehen werden:

So können diese durch eine solche Befragung erleben, daß sie in ihrer Rolle als Konsument/in einer sozialen Dienstleistung ernst genommen werden und der Dienst sich für ihre Anliegen und ihre persönliche Meinung interessiert. Sie werden ermutigt, sich im Prozeß der Hilfeerbringung als Subjekte wahrzunehmen und aktiv in diesen einzubringen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wiederum machen die Erfahrung, daß die Bewertung der Dienstleistung durch die Nutzerinnen und Nutzer ein wesentliches Moment der Qualität und Professionalität ihrer Arbeit darstellt. Schließlich bietet sich den Sozialen Diensten die Möglichkeit, ihre Dienstleistungen bedürfnis- bzw. marktorientiert zu optimieren, ihre Arbeit gegenüber der Öffentlichkeit wie auch gegenüber Kostenträgern transparent zu machen und ihre fachliche Qualität unter Beweis zu stellen (McGovern et al. 1998: 90f).

3. Forschungsfragen und Untersuchungsdesign - methodische Aspekte.

Die theoretische Fragestellung nach den Möglichkeiten der Entwicklung und Implementation von Verfahren zur Messung der Zufriedenheit von Nutzerinnen und Nutzern sozialer Dienstleistungen, ließ sich durch das Interesse des Caritasverbandes für den Kreis Soest, Informationen über die Zufriedenheit von ca. 1.000 Patientinnen und Patienten mit dem Dienstleistungsangebot der neun Caritas-Sozialstationen zu erhalten, exemplarisch in einem primär auf ambulante Pflegedienstleistungen orientierten Bereich konkretisieren.

Vor dem Hintergrund des skizzierten, wenig gesicherten Forschungsstandes wurden in einem ersten Operationalisierungsschritt zunächst fünf Dimensionen gebildet, die für die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten als relevant erachtet wurden:

1. Objektive Daten

- Personenbezogene Daten (Alter, Geschlecht, Konfession, Haushaltsgröße)
- Daten zu Art und Umfang der Inanspruchnahme von Hilfen und zum Hilfebedarf

2. Zustandekommen der Hilfen

- Entscheidungsfindung, Information
- Erleben der Inanspruchnahme
- Beratung/Information durch den Pflegedienst

3. Struktur des Dienstleistungsangebotes

- Zuverlässigkeit

- Zeiten/Flexibilität
- Kontinuität
- Partizipation
- Preis/Leistungsverhältnis
- Transparenz der Leistungsabrechnungen
- Breite des Angebotes (Palette der Dienstleistungen)
- Erreichbarkeit
- Informationen, Beratung

4. Konkrete Durchführung der Hilfen im Alltag (Verhalten der Pflegekräfte)

- Auftreten (Freundlichkeit/Höflichkeit)
- Sorgfalt
- Motivation
- Umgang (Respekt/Würde)
- Berücksichtigung persönlicher Wünsche und individueller Bedürfnisse
- Vertrauenswürdigkeit

5. Wünsche, Weiterentwicklung

Anregungen und Wünsche nach Verbesserung und Weiterentwicklung des Angebotes bzw. der Abläufe.

Da bislang keine, auf ihre Validität hin zuverlässig geprüften Erhebungsinstrumente in diesem Bereich zur Verfügung stehen, wurden die Überlegungen zum konkreten Untersuchungsdesign von zwei Gesichtspunkten geleitet:

Einerseits sollte eine möglichst große Zahl von Patientinnen und Patienten in die Untersuchung einbezogen werden; andererseits sollten durch den Einsatz verschiedener Techniken der Datenerhebung verfahrensspezifische Fehlerquellen minimiert werden (Prinzip der Triangulation).

Angesichts der anvisierten Stichprobengröße empfahl sich allein aus technischen und ökonomischen Gründen die Entwicklung eines standardisierten Fragebogens.¹¹ Dieser wurde auf der Grundlage der genannten Dimensionen entwickelt und umfaßte insgesamt 68 Ein-

¹¹ Vgl. zu den Vor- und Nachteilen schriftlicher Befragungen Atteslander 1993: 163ff; Scheuch 1973: 123ff; Schnell/Hill/Esser1999: 335ff; Wieken 1974.

zelfragen, davon 7 offene und 61 geschlossene.¹² Die Weiterleitung der Fragebögen an die Patientinnen und Patienten übernahm jeweils das Personal der Sozialstationen. Der Rücklauf erfolgte je nach Wunsch in einem verschlossenen Umschlag über die Pflegekräfte oder direkt an die Fachhochschule, so daß die Anonymität der Befragten in jedem Fall gewährleistet war.

Der Fragebogen konnte sowohl von den Patientinnen und Patienten selbst wie auch von Angehörigen bzw. mit Unterstützung von Angehörigen beantwortet werden, was allerdings auf dem Bogen vermerkt werden sollte. Dieses Verfahren wurde, trotz methodischer Bedenken, bewußt gewählt, da erstens im Rahmen einer schriftlichen Erhebung ohnehin nicht zu kontrollieren ist, wer den Bogen ausfüllt, auf diese Weise aber Informationen hierzu zu erhalten sind. Zweitens versprochen wir uns von diesem Verfahren einen höheren Rücklauf und zuverlässigere Ergebnisse, da ein Teil der pflegebedürftigen Personen damit überfordert gewesen wäre, den Fragebogen eigenständig zu bearbeiten.

Durch das in der beschriebenen Form praktizierte zufällige Auswahlverfahren war gewährleistet, daß keine relevanten Merkmale der Grundgesamtheit durch systematische Auswahlkriterien unberücksichtigt bleiben.¹³ Die Annahme, daß auch keine relevanten Prozesse der Selbstselektion wirksam werden würden, stützte die Erwartung repräsentativer Ergebnisse auf der Grundlage des gewählten Untersuchungsdesigns.¹⁴

In einer zweiten Erhebungsphase diente der Fragebogen dann als Leitfaden, mit dem Studentinnen und Studenten der KFH NW noch einmal eine mündliche Befragung (Interviews) durchführten, um die Ergebnisse der ersten schriftlichen Erhebung kontrollieren bzw. absichern zu können.¹⁵

¹² Zum Verhältnis offener und geschlossener Fragen sowie deren Vor- und Nachteile vgl. Schnell/Hill/Esser 1999: 309ff.

¹³ Nur unter diesen Voraussetzungen ist - im Rahmen bestimmter Fehlergrenzen - ein statistischer Rückschluß auf die Grundgesamtheit (Repräsentationsschluß) möglich. Vgl. hierzu Atteslander 1993: 309; Friedrichs 1990: 135; Schnell/Hill/Esser 1999: 284.

¹⁴ So war nicht davon auszugehen, daß bestimmte Personengruppen der Grundgesamtheit eine Beteiligung an der Befragung verweigern würden (sog. 'Nonresponse-Problem', vgl. Schnell/Hill/Esser 1999: 286ff). Zwar könnte beispielsweise vermutet werden, daß besonders unzufriedene Patientinnen und Patienten eine Beteiligung ablehnen. Gleichzeitig spricht eine besondere Unzufriedenheit jedoch auch für die Annahme, daß sich gerade dieser Personenkreis an der Untersuchung beteiligt.

¹⁵ Die Interviews wurden mit Personen geführt, die zuvor auch an der schriftlichen Befragung teilgenommen hatten (sog. 'methodological-between-triangulation', vgl. Denzin 1970: 308; Schnell/Hill/Esser 1999: 245).

Die Studentinnen und Studenten wurden im Rahmen eines Seminars auf diese Aufgabe vorbereitet. Dabei hatten sie auch die Möglichkeit, die Arbeit von Sozialstationen bzw. die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen in der Praxis kennenzulernen.

Der Erhebungszeitraum umfaßte insgesamt ca. 3 Monate; die erste Phase (schriftliche Befragung) von Anfang März bis Ende April 1999, die zweite Phase (Interviews) von Ende April bis Ende Mai 1999.

Die Datenerfassung und –Auswertung erfolgte mit einer aktuellen Version des Programms SPSS für Windows. Soweit es möglich bzw. sinnvoll war, wurden offene Fragen bei der Auswertung entlang nachträglich gebildeter Auswertungskategorien codiert.

Die Auswertung erfolgte getrennt nach Art der Erhebung. Für die schriftliche Befragung wurde ergänzend eine Auswertung nach Stationen durchgeführt.

4. Ergebnisse der Untersuchung

An der schriftlichen Befragung nahmen von insgesamt ca. 1.000 Patientinnen und Patienten der Caritas-Sozialstationen 368 teil. Das entspricht einer Rücklaufquote von etwa einem Drittel (36,8%), was für eine schriftliche Befragung ein gutes Ergebnis darstellt und einen zuverlässigen Überblick über die Arbeit der Sozialstationen gewährleistet.

An der mündlichen Befragung nahmen dann noch einmal 67 Patientinnen und Patienten teil, so daß insgesamt 435 Befragungen durchgeführt wurden.¹⁶

Im Rahmen der schriftlichen Erhebung wurde in 47,8% der Fälle angegeben, daß der Fragebogen von Angehörigen bzw. mit Unterstützung von Angehörigen ausgefüllt wurde. Bei der mündlichen Befragung belief sich dieser Anteil auf 26,9%.

4.1 Objektive Daten

Daten zur Person sowie zu Art und Umfang des Hilfebedarfs

Zum Zeitpunkt der Erhebung liegt das Alter der Befragten zwischen 22 und 99 Jahren, wobei ein erheblicher Teil (ca. 1/4) relativ hochbetagt ist (über 85 Jahre). Das Durchschnittsalter beträgt 75,58.

¹⁶ Da die Interviews lediglich eine Kontrollmessung darstellten und die Ergebnisse der schriftlichen Befragung weitgehend bestätigten, beschränke ich mich im folgenden, soweit nicht anders ausgewiesen, auf die Darstellung der wesentlichen Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung.

Die Geschlechtszusammensetzung entspricht in etwa der deutschen Bevölkerung über 65 Jahre: Ca. ein Drittel ist männlich (33%) und zwei Drittel sind weiblich (67%).

Ein Drittel aller Befragten (33%) lebt allein, knapp weitere 30% in einem Zweipersonenhaushalt:

Tab. 1: Haushaltsgröße

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	117	31,8	33,0
	2	109	29,6	30,7
	3	57	15,5	16,1
	4	36	9,8	10,1
	5	18	4,9	5,1
	6	12	3,3	3,4
	7	1	,3	,3
	8	1	,3	,3
	9	4	1,1	1,1
	Gesamt	355	96,5	100,0
Fehlend System	13	3,5		
Gesamt	368	100,0		

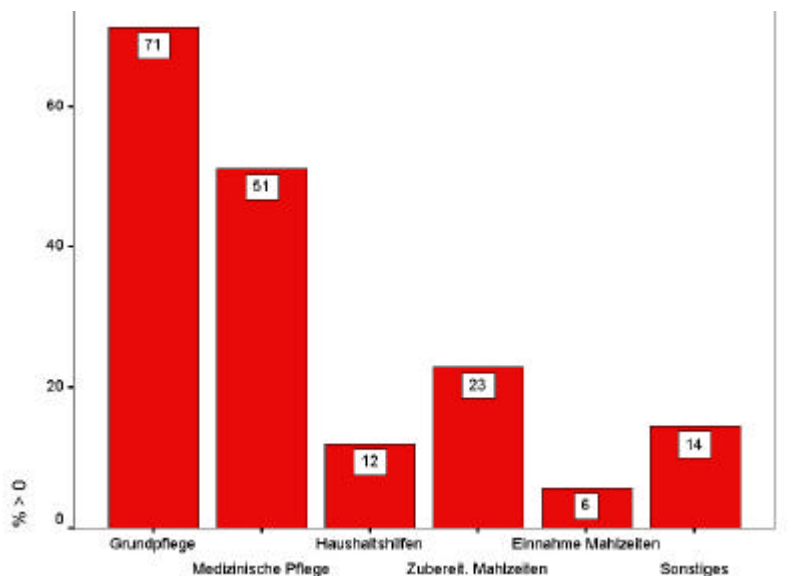
Im Durchschnitt leben im Haushalt der Befragten 2,43 Personen.

85% der Befragten sind katholisch, 12% evangelisch.

Die Patientinnen und Patienten werden durchschnittlich bereits ca. 2 Jahre und 8 Monate (2,67 Jahre) durch die Caritas-Sozialstationen versorgt, wobei die durchschnittliche Dauer der Versorgungsleistungen ca. 45 Minuten täglich (46,68) beträgt.

Dabei stehen pflegerische Dienstleistungen im Vordergrund:

Abb. 1: Art der in Anspruch genommenen Hilfen



An häufigsten geht es um Grundpflege, die, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, von den Pflegekassen finanziert wird. Nicht selten handelt es sich aber auch um eine medizinische Behandlungspflege, die über die Krankenkassen abzurechnen ist. Hauswirtschaftliche Hilfen (Haushaltshilfen, Hilfen bei der Zubereitung und/oder Einnahme von Mahlzeiten) sind demgegenüber eher nachrangig.

Der überwiegende Teil der befragten Patientinnen und Patienten gibt an, daß sowohl Art wie auch Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechen (jeweils 87%):

Abb. 2: Bedürfnisangemessenheit hinsichtlich Art des Hilfebedarfs

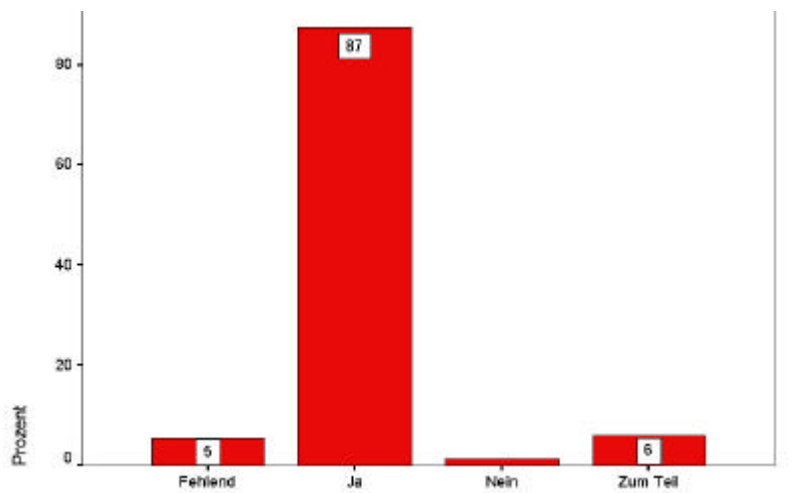
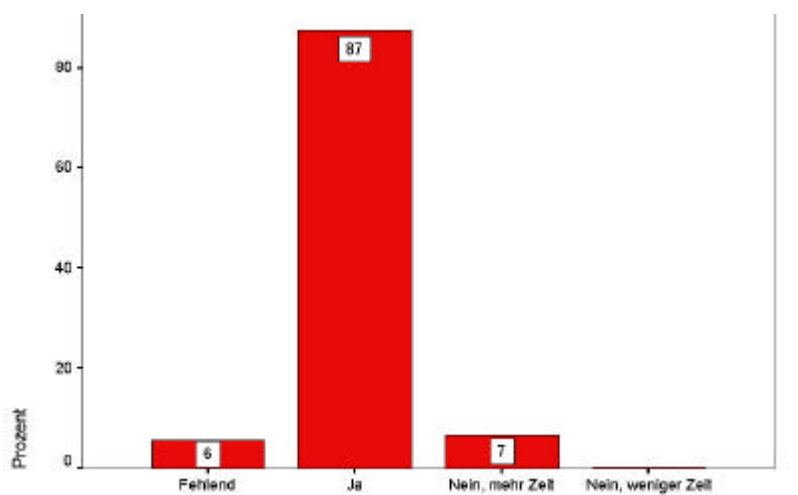


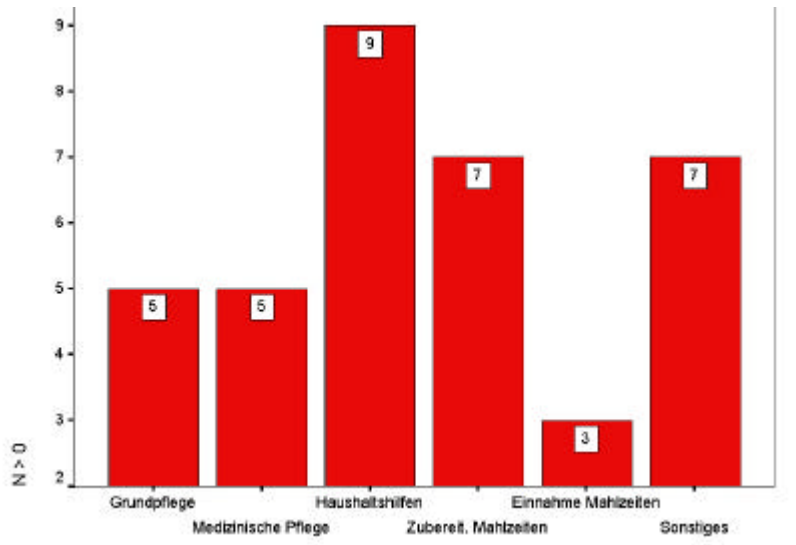
Abb. 3: Bedürfnisangemessenheit hinsichtlich Umfang des Hilfebedarfs



Nur 7% wünschen sich mehr Zeit. Hinsichtlich der Art der Leistungen meinen 22 Personen (6%), daß sie nur zum Teil ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechen, während 5 Befragte (1,4%) dies generell verneinen.

Von diesen beiden Gruppen (insgesamt 27), werden zusätzlich vorwiegend hauswirtschaftliche Hilfen (Haushaltshilfen, Hilfen bei der Zubereitung und/oder Einnahme von Mahlzeiten) gewünscht (19 Nennungen, ca. 70%):

Abb. 4: Wünsche nach weiteren Hilfen



Hinsichtlich des Grades der Zufriedenheit mit Art und Umfang der Leistungen zeigt sich auch bei einer Betrachtung der neun einzelnen Sozialstationen ein relativ homogenes Bild:

Abb. 5: Bedürfnisangemessenheit hinsichtlich Art des Hilfebedarfs (nach Stationen)

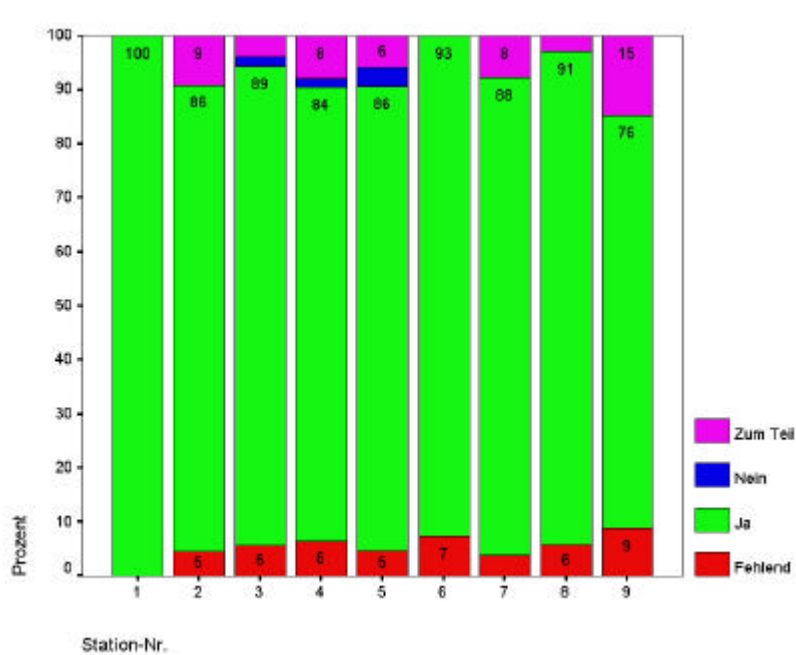
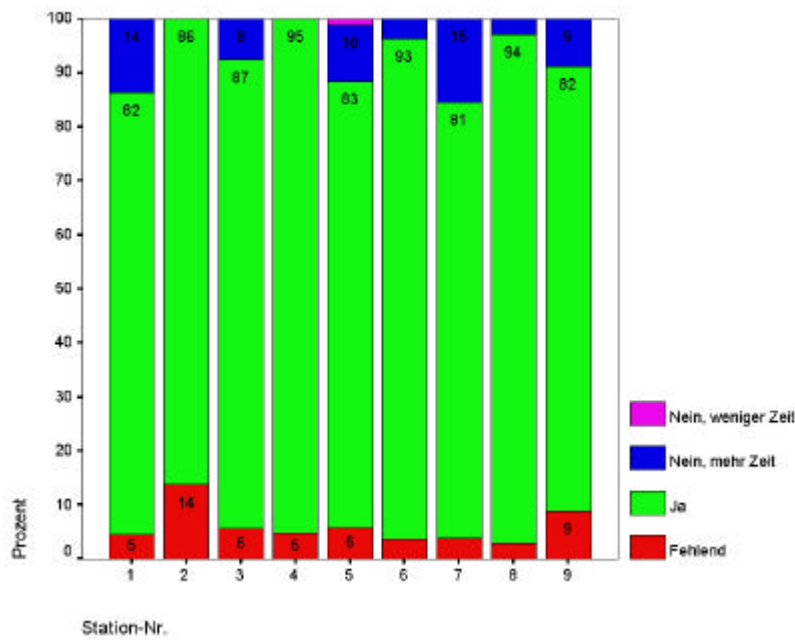
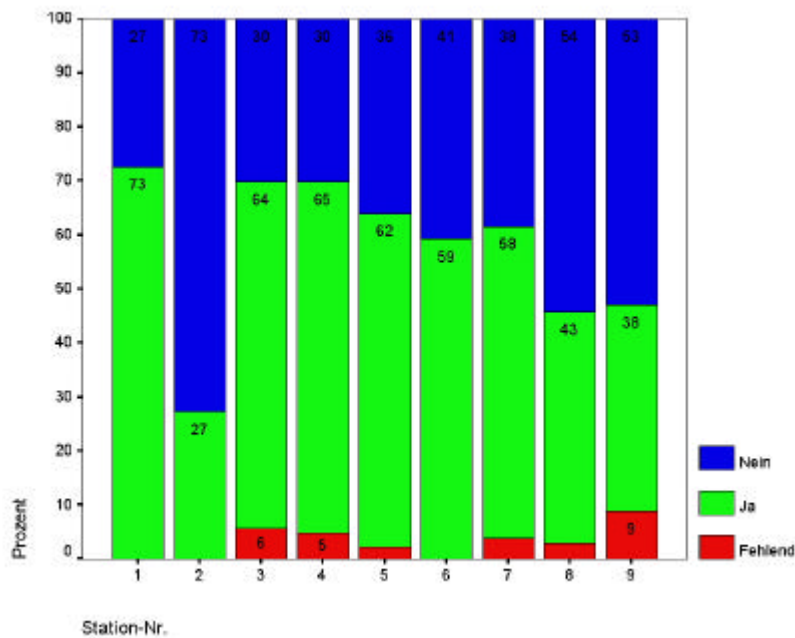


Abb. 6: Bedürfnisangemessenheit hinsichtlich Umfang des Hilfebedarfs (nach Stationen)



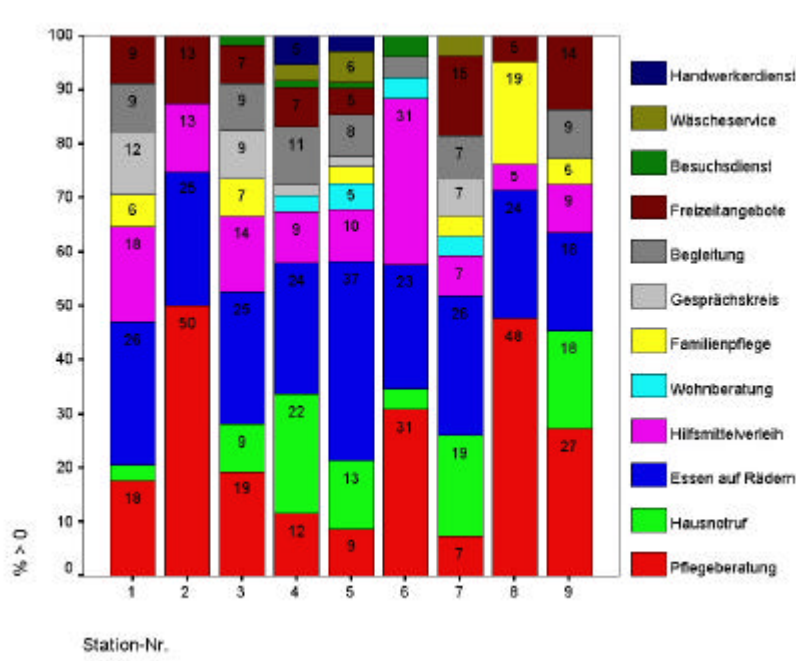
Weitere Angebote werden jedoch bei den Stationen in durchaus unterschiedlichem Umfang in Anspruch genommen:

Abb. 7: Inanspruchnahme weiterer Angebote (nach Stationen)



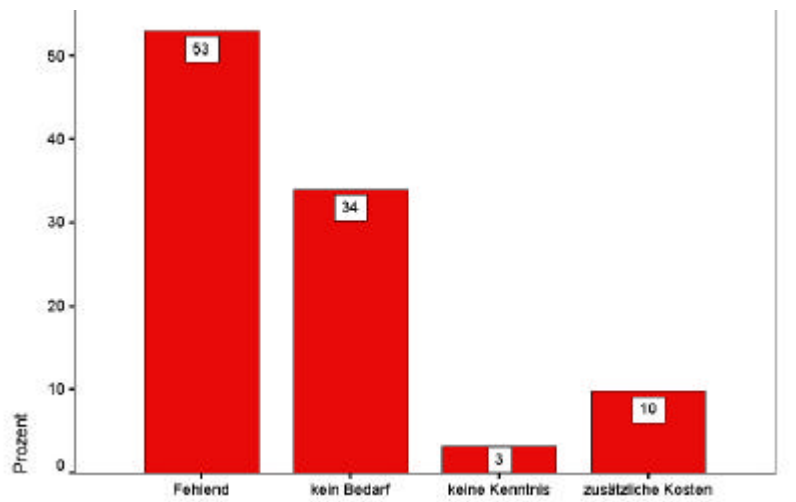
Dabei dominieren vor allem Beratungsangebote und der Essenservice:

Abb. 8: Inanspruchnahme weiterer Angebote (Art der Dienstleistung nach Stationen)



Sofern Gründe für die Nichtinanspruchnahme weiterer Angebote genannt werden, überwiegt bei den Nennungen der fehlende Bedarf, während mögliche zusätzliche Kosten nur eine nachrangige Rolle spielen:

Abb. 9: Gründe für die Nichtinanspruchnahme weiterer Angebote



In mehr als drei Viertel aller Fälle (77%) sind neben der Sozialstation noch andere Personen unterstützend tätig, wobei hauswirtschaftliche Hilfen (Hilfen im Haushalt, Hilfen bei der Zubereitung und/oder Einnahme von Mahlzeiten) im Vordergrund stehen (68,6%). Bei den Helferinnen und Helfern handelt es sich überwiegend um Familienangehörige (65,8%)

sowie Freunde bzw. Bekannte (25%), die sich durchschnittlich mehr als drei Stunden täglich (ca. 190 Minuten) engagieren, während die Sozialstationen wie oben bereits erwähnt täglich durchschnittlich nur ca. 45 Minuten in Anspruch genommen werden.

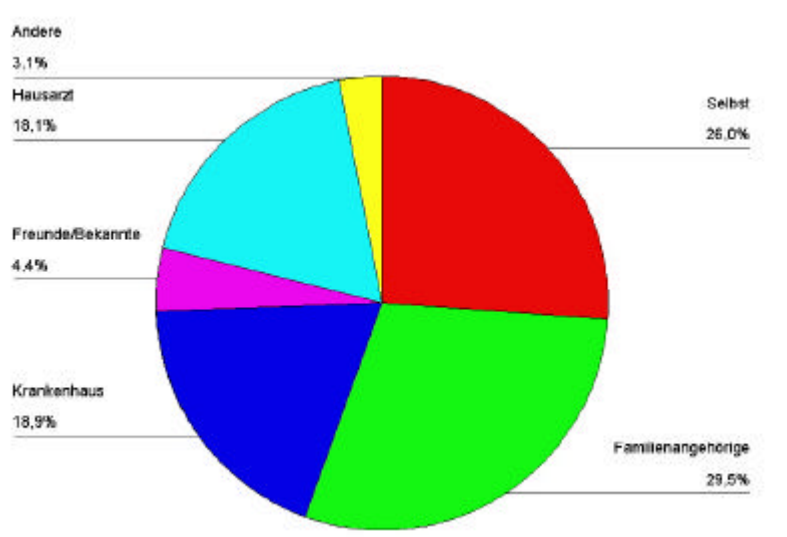
Dies zeigt, daß die Sozialstationen die informellen Solidarbeziehungen insbesondere in Familien nicht ersetzen sondern ergänzen. Das familiäre Unterstützungsnetzwerk ist offenbar nach wie vor das zentrale Element des Hilfesystems, das durch die professionelle Dienste unterstützt bzw. entlastet, jedoch allein schon aufgrund des begrenzten Leistungsrahmens der Pflegekassen in aller Regel keinesfalls überflüssig wird.

4.2 Zustandekommen der Hilfen

Entscheidungsfindung, Information, Beratung, Erleben der Inanspruchnahme

Auch die Initiative zur Inanspruchnahme eines Pflegedienstes geht in erster Linie von Familienangehörigen aus (29,5% aller Nennungen):

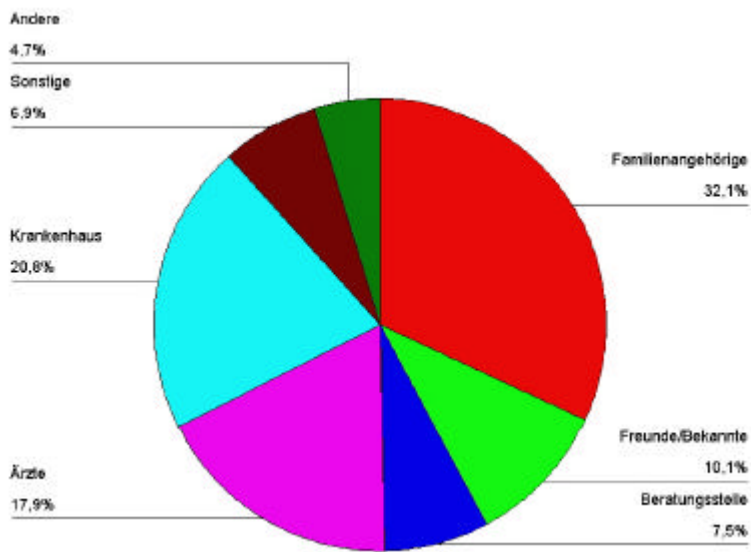
Abb. 10: Initiative zur Inanspruchnahme eines Pflegedienstes



Es folgen die Betroffenen selbst (26,0%) sowie Krankenhaus (18,9%) und Hausarzt (18,1%). Insgesamt kommen die Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhaus, Hausarzt) auf eine Quote von 37,0%.

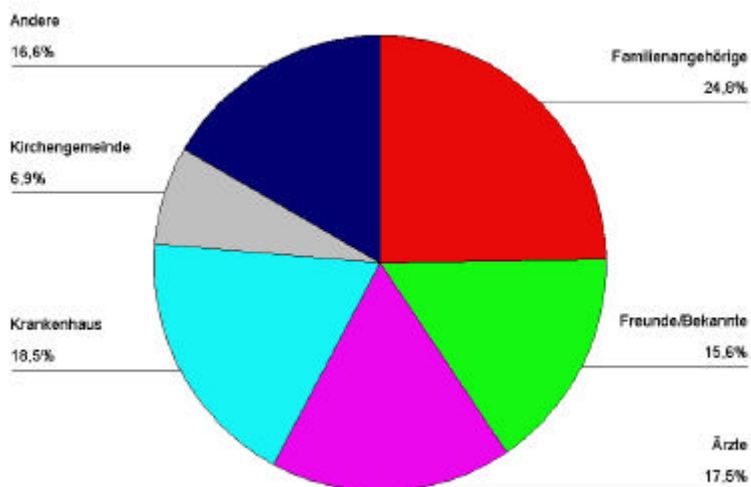
Eine Beratung bei der Auswahl des Dienstes wurde von der Mehrzahl der Befragten in Anspruch genommen (58%). Sie erfolgte ebenfalls primär durch Familienangehörige (32,1%), wobei auch hier wiederum Ärzten (17,9%) und Krankenhäusern (20,8%) eine wesentliche Rolle zukommt. Zusammengerechnet erreichen sie einen Anteil von 38,7%:

Abb. 11: Beratung bei der Auswahl eines Pflegedienstes



Es ist daher auch nicht überraschend, daß sich bei der Frage, wie die Patientinnen und Patienten auf die jeweilige Caritas-Sozialstation, deren Dienstleistungen sie in Anspruch nehmen, aufmerksam wurden, der gleiche Trend widerspiegelt:

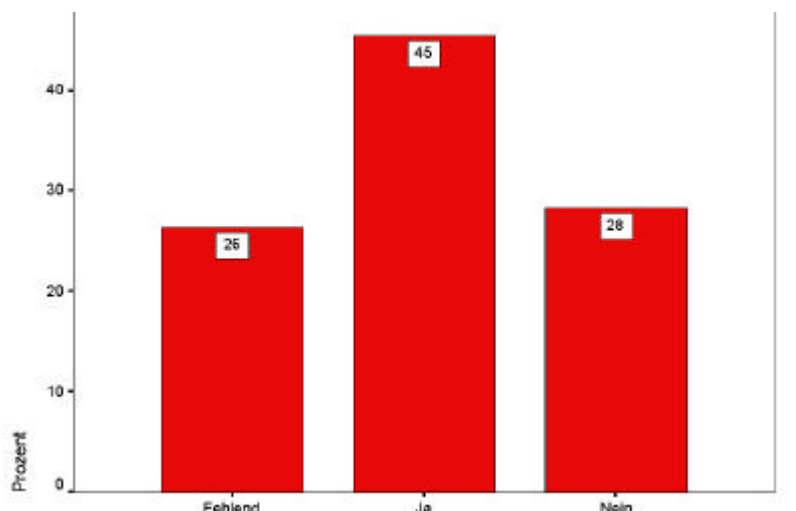
Abb. 12: Durch wen auf die Caritas-Sozialstation aufmerksam geworden



Es dominieren Familienangehörige (24,8%) vor Krankenhaus (18,5%) und Ärzten (17,5%).

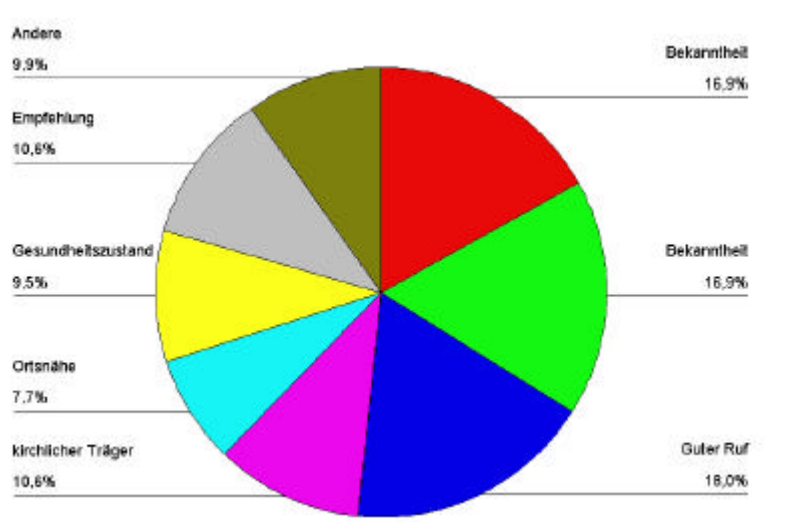
Bemerkenswert ist, daß die Auswahl der Caritas-Sozialstation in vielen Fällen vor dem Hintergrund möglicher Alternativen getroffen wurde:

Abb. 13: Mögliche Alternativen



Dies läßt den Schluß zu, daß die Motive für die Auswahl der Caritas-Sozialstation mit deren vergleichsweise besonderem Angebot, Bekanntheitsgrad oder Ruf im Zusammenhang stehen, was die Antworten auf die Frage nach den Gründen für die Wahl auch bestätigen:

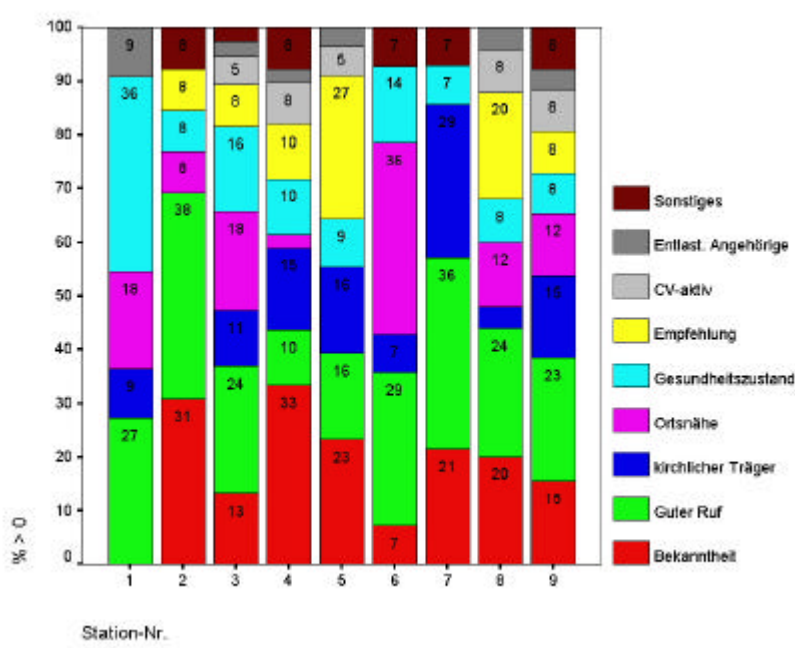
Abb. 14: Gründe für die Zusammenarbeit mit der Caritas-Sozialstation



'Guter Ruf' (18,0%) und 'Bekanntheit' (16,9%) stehen deutlich an erster Stelle, gefolgt von 'kirchlicher Trägerschaft' und 'Empfehlung' (je 10,6%).

Dieser Trend zeigt sich auch bei einer Differenzierung nach Stationen, wobei hier in Einzelfällen auch der Ortsnähe eine besondere Bedeutung zukommt:

Abb. 15: Gründe für die Auswahl der Caritas-Sozialstation (nach Stationen)



Auffallend ist in diesem Zusammenhang jedoch auch die hohe Quote derjenigen, die keine Angaben zu möglichen Alternativen machen (Abb. 13). Offenbar sind viele Pflegebedürftige nicht darüber informiert, welche Angebote ihnen bei der Auswahl eines Pflegedienstes zur Verfügung stehen, was auf ein Beratungsdefizit seitens unabhängiger Stellen (Verbraucherberatung, Kommune, Selbsthilfegruppen etc.) vor Abschluß eines Pflegevertrages schließen läßt.

Noch größer ist der Anteil der Befragten, die keine Angaben zu den Gründen für die Auswahl der Caritas-Sozialstationen machen:

Tab. 2: Gründe für die Auswahl der Caritas-Sozialstation (Häufigkeit der Nennungen)

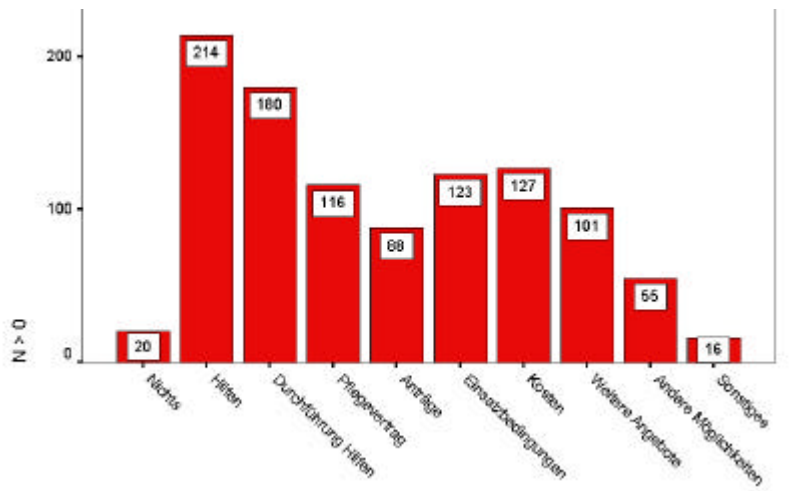
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	228	62,0	100,0
Fehlend	System	140	38,0	
Gesamt		368	100,0	

Zu vermuten ist, daß sich hinter diesem hohen Anteil fehlender Antworten (38%) ein erheblicher Teil befindet, der an der Auswahl des Pflegedienstes gar nicht beteiligt war, sondern dies Familienangehörigen oder Institutionen des Gesundheitswesens überlassen hat bzw. überlassen mußte. In diese Richtung deuten auch die Ergebnisse bei der Frage, von wem die Initiative zur Inanspruchnahme eines Pflegedienstes ausging (Abb. 10).

Im Hinblick auf Absprachen vor Beginn der Pflege wird deutlich, daß die Hilfen bzw. die Durchführung der Hilfen vergleichsweise häufig besprochen werden, während Formalität-

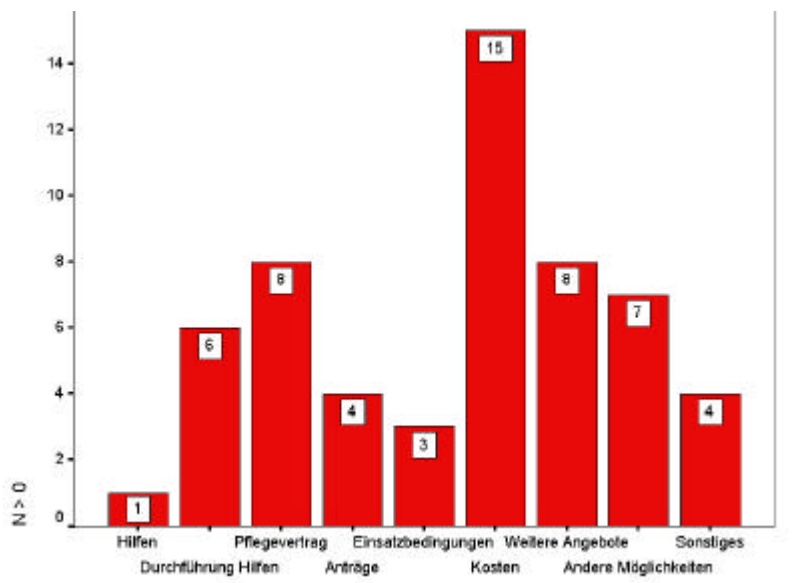
ten' wie Pflegevertrag, Anträge, Kosten ebenso wie die Einsatzbedingungen eher seltener angesprochen werden:

Abb. 16: Was wurde vor Beginn der Pflege besprochen



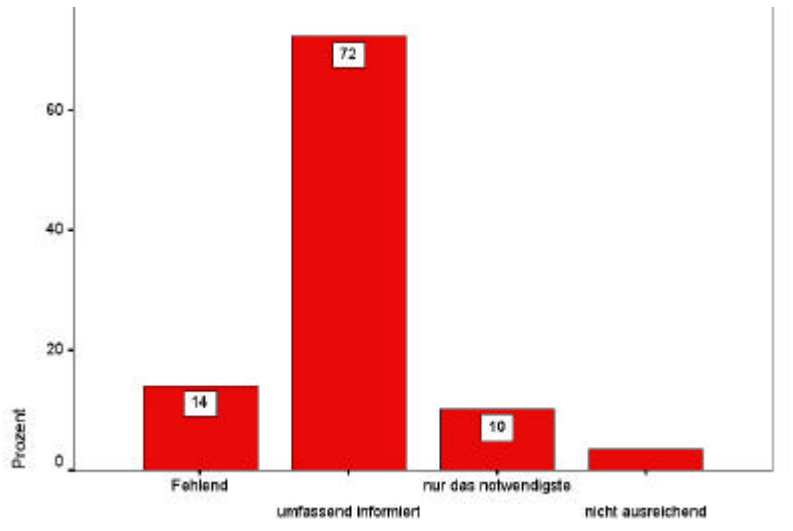
Entsprechend besteht auch bei denjenigen, die sich vor Beginn der Pflege nicht umfassend informiert gefühlt haben, in erster Linie zusätzlicher Informationsbedarf hinsichtlich der Kosten. Es folgen 'Pflegevertrag' sowie Informationen über 'weitere Angebote':

Abb. 17: Ergänzende Informationswünsche



Gleichwohl fühlt sich die überwiegende Mehrheit der Befragten umfassend informiert:

Abb. 18: Bewertung der Vorinformationen



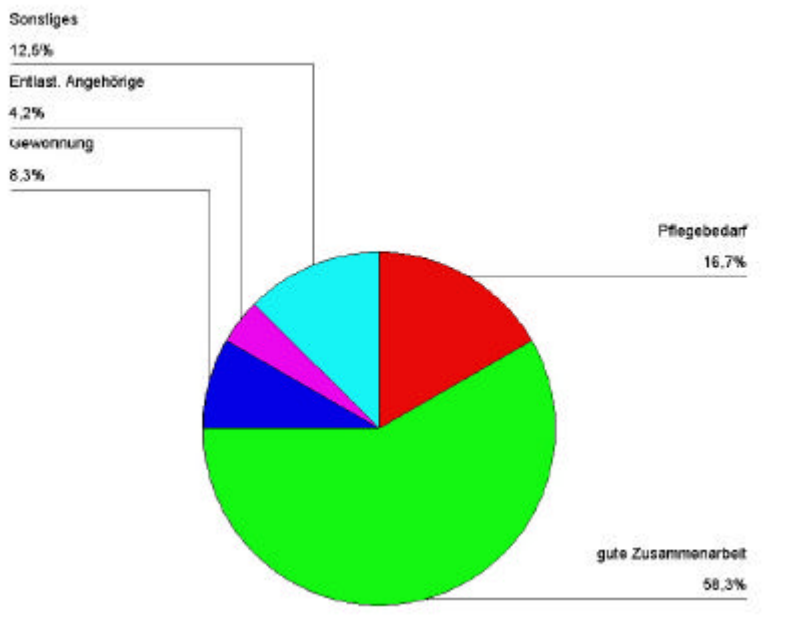
Gezielte Nachfragen bestätigten die oben ermittelten Ergebnisse allerdings nicht: So gaben 66% bei einer entsprechenden Kontrollfrage an, daß mit ihnen über die Kosten der Dienstleistung gesprochen wurde, während zuvor lediglich 34,5% dies kundtaten (Abb. 16). Ein ähnliche Bild ergibt sich hinsichtlich der Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen auf Pflegeleistungen. Der Anteil derjenigen, die angeben, hierbei Unterstützung erhalten zu haben, hat sich bei der direkten Nachfrage von 23,9% (Abb. 16) auf 48% annähernd verdoppelt.

Diese Diskrepanz könnte ein Hinweis darauf sein, daß sich die Befragten mit direkter Kritik bzw. dem Äußern von Unzufriedenheit eher zurückhalten, was die Befunde früherer Untersuchungen zur Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen bestätigen würde (vgl. Kap. 2).

21% der Befragten fiel es zu Beginn der Zusammenarbeit mit einer der Caritas-Sozialstationen schwer, die Hilfe anzunehmen (74% verneinten diese Frage). Allerdings gaben gleichzeitig 18% an, daß sich zwischenzeitlich daran etwas geändert habe.

Als Grund hierfür wird in erster Linie die gute Zusammenarbeit mit der Caritas-Sozialstation angegeben:

Abb. 19: Gründe für bessere Annahme der Hilfen



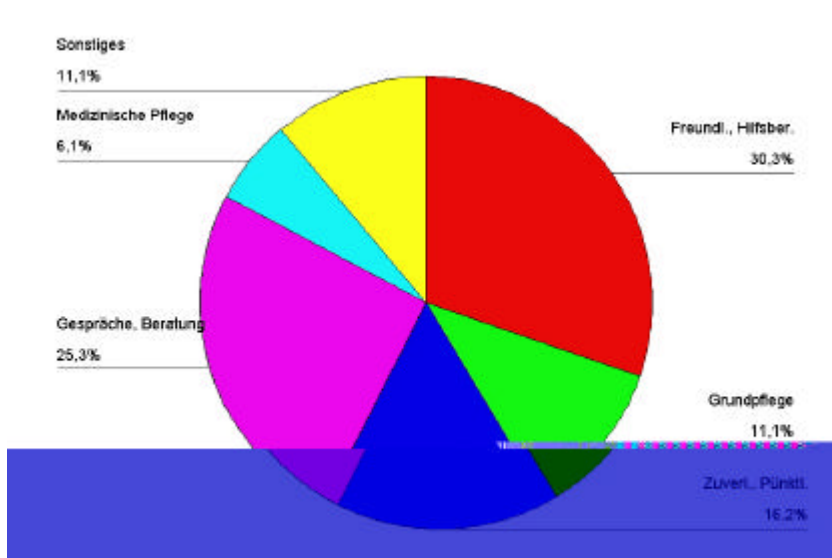
Insofern ist es auch nicht überraschend, daß 72,6% derjenigen, die sich bei einer gezielten Nachfrage äußerten, der Auffassung waren, daß die Caritas-Sozialstation etwas zur Überwindung dieser Anfangsschwierigkeiten beigetragen habe:

Tab. 3: Beitrag der Caritas-Sozialstationen zur Verbesserung der Annahme von Hilfen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	135	36,7	72,6
	Nein	51	13,9	27,4
	Gesamt	186	50,5	100,0
Fehlend	System	182	49,5	
Gesamt	368	100,0		

Als besonders hilfreich wurden vor allem die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft sowie Gespräche und Beratung empfunden:

Abb. 20: Was war hilfreich für die bessere Annahme der Hilfen



Auch hier bestätigen sich die Befunde der bisherigen Zufriedenheitsforschung im Gesundheitswesen: der Beziehung zwischen Patient/in und Personal kommt im Hinblick auf die Bewertung der Dienstleistung ein eindeutiger Vorrang gegenüber den konkreten sachlichen Leistungen zu. Während Aspekte wie Freundlichkeit/Hilfsbereitschaft sowie Gespräche/Beratung zusammengenommen ein Anteil von 55,6% erreichen, entfallen auf die pflegerische Versorgung (Grundpflege, medizinische Pflege) insgesamt lediglich 17,2% der Nennungen.

4.3 Konkrete Durchführung der Hilfen im Alltag (Verhalten der Pflegekräfte)

Auftreten (Freundlichkeit/Höflichkeit), Sorgfalt, Motivation, Umgang (Respekt/Würde), Vertrauenswürdigkeit, Berücksichtigung persönlicher Wünsche und individueller Bedürfnisse

Im Hinblick auf die Alltagssituation vor Ort ist zunächst einmal bemerkenswert, daß sich die Mehrheit der Befragten (55%) freut, wenn die Sozialstation zu ihnen ins Haus kommt. Für den überwiegenden Teil der anderen (41%) gehört der Besuch zum selbstverständlichen Tagesablauf und nur 1,6% bezeichnen ihn als eher lästig und unangenehm:

Tab. 4: Gefühl wenn die Sozialstation ins Haus kommt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	eher lästig	6	1,6	1,7	1,7
	selbstverständlich	150	40,8	42,0	43,7
	freue mich	201	54,6	56,3	100,0
	Gesamt	357	97,0	100,0	
Fehlend	System	11	3,0		
Gesamt		368	100,0		

Dieser Befund deutet darauf hin, daß der Arbeit ambulanter Pflegedienste nicht nur im Hinblick auf die pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten sondern darüber hinausgehend auch hinsichtlich der Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen eine große Bedeutung zukommt. Berücksichtigt man, daß nach den vorliegenden Daten ca. ein Drittel der Befragten allein lebt, 23% keine weitere Unterstützung aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (Nachbarschaft) erhalten, ca. ein Viertel über 85 Jahre ist und 30% auf tägliche Hilfeleistungen von mindestens einer Stunde angewiesen sind, so läßt sich vermuten, daß ein erheblicher Teil der pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten Schwierigkeiten haben dürfte, soziale Beziehungen aktiv herzustellen und zu pflegen.

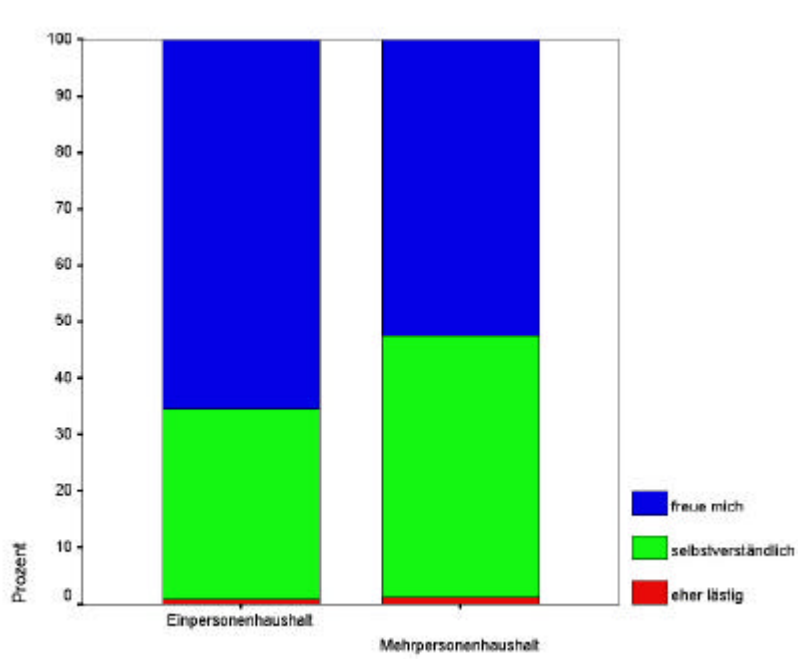
Dies deckt sich im übrigen mit Aussagen der Pflegekräfte, die häufig darauf hinweisen, daß sie für viele die einzigen täglichen Kontaktpersonen sind. D.h. der Besuch der Pflegekräfte, stellt für viele die einzige Möglichkeit dar, Gespräche zu führen und den sozialen Kontakt zur 'Außenwelt' aufrecht zu erhalten. Aus dieser Konstellation dürfte sich zumin-

dest zum Teil auch die hohe Quote derjenigen erklären, die sich freut, wenn die Sozialstation zu ihnen nach Hause kommt. Ebenso bildet sie einen zusätzlichen, bislang kaum berücksichtigten Ansatzpunkt zur Erklärung der hohen Zufriedenheitsraten. Offenkundig resultieren die Erwartungen an eine (soziale) Dienstleistung, die neben den konkreten Erfahrungen den Grad subjektiver Zufriedenheit beeinflussen (Kap. 2), nicht allein aus den sich im Hinblick auf das Dienstleistungsverhältnis bietenden Handlungsoptionen, sondern auch aus dem Stellenwert, der dieser sozialen Beziehung im Kontext des gesamten persönlichen sozialen Netzwerks zukommt.

Wer froh ist, daß überhaupt jemand mal vorbeischaut, wird auch trotz möglicher Alternativen die Dienstleistung anders bewerten, als jemand, der 'mitten im Leben steht'. Die Einschränkung von Handlungsoptionen (Abhängigkeit) besteht hier nicht im Hinblick auf die Wahlmöglichkeiten zwischen Pflegediensten/-Personen sondern hinsichtlich der Variationsbreite sozialer Kontaktmöglichkeiten überhaupt. Wenigstens mit dem Pflegepersonal kann man reden, und dafür ist man dankbar.

Ein Vergleich der Angaben der Einpersonenhaushalte mit allen anderen Haushalten bestätigt diese Hypothese:

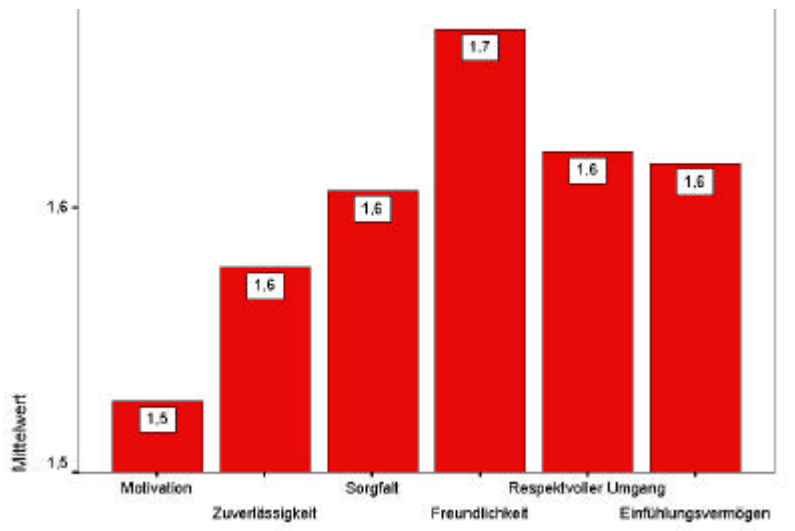
Abb. 21: Gefühl wenn die Sozialstation ins Haus kommt (nach Haushaltsform)



Der Anteil derjenigen, die sich freuen, wenn der Dienst kommt, liegt bei Einpersonenhaushalten deutlich höher (65,5%) als bei den Mehrpersonenhaushalten (52,4%). Selbstverständlich ist es für 36,4% der Mehrpersonenhaushalte, für Einpersonenhaushalte hingegen nur für 33,6%, und der Anteil derjenigen, die dies als eher lästig empfinden, liegt bei Einpersonenhaushalten deutlich niedriger (0,9%) als bei Mehrpersonenhaushalten (1,3%).

Die Zufriedenheit mit den 'Servicequalitäten' der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist insgesamt sehr groß, die Streubreite gering:

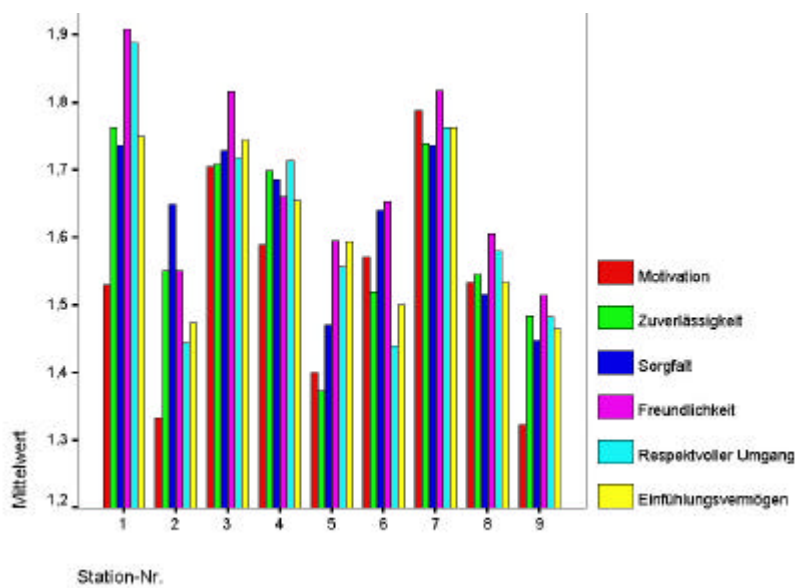
Abb. 22: Zufriedenheit mit den 'Servicequalitäten' der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter



Auf einer Skala von -2 (sehr unzufrieden) bis $+2$ (sehr zufrieden) liegen die Mittelwerte für alle Items zwischen 1,5 (Motivation) und 1,7 (Freundlichkeit). Der Aspekt der Freundlichkeit war bereits bei Überwindung von Anfangsschwierigkeiten bezüglich der Annahme von Hilfen von herausragender Bedeutung (Abb. 20), was an dieser Stelle für den Pflegealltag allgemein eine Bestätigung findet und die Relevanz der intersubjektiven Beziehungsebene für die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten verdeutlicht.

Auch der Vergleich zwischen den Stationen zeigt ein relativ homogenes Bild:

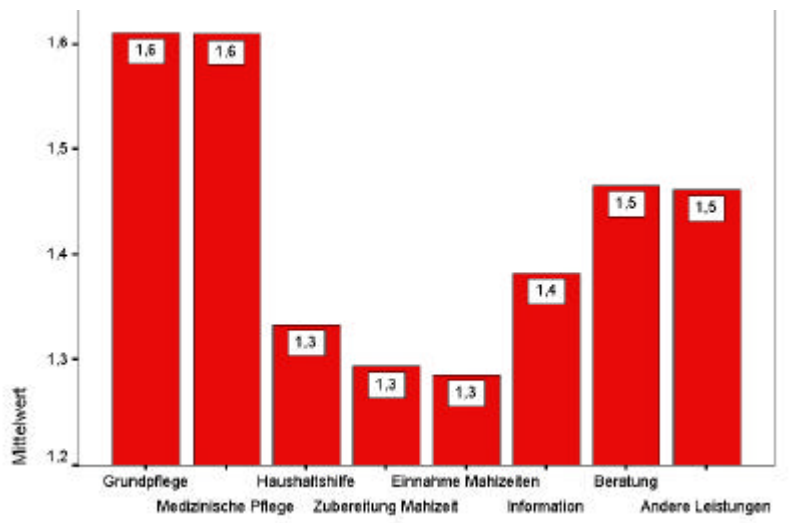
Abb. 23: Zufriedenheit mit den 'Servicequalitäten' der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (nach Stationen)



Zwar schwanken die Mittelwerte hier zwischen 1,3 und 1,9, insgesamt liegen auch sie jedoch alle im Bereich zwischen zufrieden ($+1$) und sehr zufrieden ($+2$).

Die Zufriedenheit mit der Ausführung der vereinbarten Leistungen ist ebenfalls sehr hoch:

Abb. 24: Zufriedenheit mit den vereinbarten Leistungen



Hier zeigen sich die höchsten Zufriedenheitswerte im pflegerischen Bereich (Grundpflege, medizinische Pflege), d.h. in den Bereichen, die bei den vereinbarten Leistungen überwiegend auch im Vordergrund stehen. In hauswirtschaftlichen Bereichen (Haushaltshilfen, Hilfen bei der Zubereitung und/oder Einnahme von Mahlzeiten) liegen die Zufriedenheitswerte etwas niedriger. Allerdings muß auch hier auf die geringe Streubreite der Mittelwerte (zwischen 1,3 und 1,6) verwiesen werden. Sie liegen auf der Skala von -2 (sehr unzufrieden) bis +2 (sehr zufrieden) alle im oberen Viertel zwischen zufrieden (+1) und sehr zufrieden (+2).

Die vergleichsweise geringere Zufriedenheit mit hauswirtschaftlichen Dienstleistungen gegenüber den pflegerischen könnte auf den unterschiedlichen Charakter der Hilfen zurückzuführen sein. Pflegerische Hilfen sind gegenüber hauswirtschaftlichen deutlich stärker professionalisiert und standardisiert. Während man sich im Hinblick auf die Pflege vertrauensvoll in die Hände eines/r qualifizierten Experten/in des Gesundheitswesens begibt, werden hauswirtschaftliche Hilfen, wie etwa die Zubereitung von Mahlzeiten, in der Regel an den selbst jahrelang praktizierten Gewohnheiten und Routinen gemessen, deren Stellenwert sie nur schwer, häufig sicherlich grundsätzlich gar nicht erreichen können: Das 'Essen auf Rädern' kann mit anderen Worten auch bei noch so viel Bemühungen um Qualität den Genuß einer selbst bzw. von vertrauten Personen zubereiteten Mahlzeit nach persönlichen Vorlieben und langjährigen Traditionen nicht kompensieren.

Sofern Angehörige in das Hilfesystem involviert sind, wird die Tätigkeit der Sozialstation überwiegend als Entlastung empfunden:

Tab. 5: Entlastung der Angehörigen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	eher keine Entlastung	3	,8	1,3	1,3
	teils-teils	30	8,2	12,5	13,8
	Entlastung	120	32,6	50,0	63,8
	große Entlastung	87	23,6	36,3	100,0
	Gesamt	240	65,2	100,0	
Fehlend	trifft nicht zu	41	11,1		
	System	87	23,6		
	Gesamt	128	34,8		
Gesamt		368	100,0		

50% geben an, daß das Engagement der Sozialstation eine Entlastung darstellt, für weitere 36,3% ist es sogar eine große Entlastung. 12,5% sehen eine Entlastung nur zum Teil und lediglich 3 Befragte (1,3%) empfinden eher keine Entlastung. Als Mehrbelastung wurde die Tätigkeit der Sozialstation in keinem Fall empfunden. Der Mittelwert liegt auf einer Skala von -2 (Mehrbelastung) bis +2 (große Entlastung) bei 1,21.

Über 90% der Befragten haben das Gefühl, den Pflegekräften vertrauen zu können und lediglich 2 (0,5%) beantworten diese Frage mit nein:

Tab. 6: Vertrauen gegenüber Pflegekräften

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	332	90,2	95,1	95,1
	teils-teils	15	4,1	4,3	99,4
	Nein	2	,5	,6	100,0
	Gesamt	349	94,8	100,0	
Fehlend	System	19	5,2		
Gesamt		368	100,0		

Insgesamt reden 92,4% der Befragten mit der Pflegekraft auch mal über Dinge, die nicht unmittelbar mit der Pflege zu tun haben, 70,3% von ihnen oft, 27,7% eher selten. Nur 1,9% tun dies nie:

Tab. 7: Reden über Dinge, die nicht unmittelbar mit der Pflege zu tun haben

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, oft	244	66,3	70,3	70,3
	Ja, aber selten	96	26,1	27,7	98,0
	Nein, nie	7	1,9	2,0	100,0
	Gesamt	347	94,3	100,0	
Fehlend	System	21	5,7		
Gesamt		368	100,0		

Dies bestätigt noch einmal die besondere kommunikative Komponente der Dienstleistung neben der sachlich-instrumentellen.

Regelmäßig vom Pflegepersonal gefragt, ob sie mit den erbrachten Leistungen zufrieden waren, werden 39,7% aller Befragten. In 35,3% aller Fälle ist dies nur unregelmäßig der Fall ('manchmal') und immerhin 13% geben an, daß sich die Pflegekräfte noch nie nach ihrer Zufriedenheit erkundigt haben. Mit Blick auf diejenigen, die sich hierzu geäußert haben, handelt es sich also etwa um jede/n 7. Patientin/en:

Tab. 8: Frage nach der Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen durch die Pflegekräfte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, regelmäßig	146	39,7	45,2	45,2
	manchmal	130	35,3	40,2	85,4
	Nein, nie	47	12,8	14,6	100,0
	Gesamt	323	87,8	100,0	
Fehlend	System	45	12,2		
Gesamt		368	100,0		

4.4 Struktur des Dienstleistungsangebotes

Zuverlässigkeit, Flexibilität, Kontinuität, Kosten, Partizipation, Information

Die Erreichbarkeit der Sozialstation in Notfällen ist für die meisten der Befragten jederzeit gewährleistet:

Tab. 9: Erreichbarkeit der Sozialstation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, sofort	275	74,7	86,8	86,8
	Ja, aber es dauert	34	9,2	10,7	97,5
	Nein	8	2,2	2,5	100,0
	Gesamt	317	86,1	100,0	
Fehlend	System	51	13,9		
Gesamt		368	100,0		

Insgesamt 97,5% beantworteten diese Frage mit 'Ja', wobei 10,7% allerdings der Meinung waren, daß es eine gewisse Zeit dauert. Nur 2,5% antworteten mit 'Nein'.

Im Hinblick auf die Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit geben 56% der Befragten an, daß die Sozialstation immer zum verabredeten Zeitpunkt kommt. Für 39% ist dies meistens der Fall. Lediglich 1,4% sind der Auffassung, daß dies selten der Fall ist und nur eine Person beantwortete die Frage mit 'nie'.

Allerdings kommt es durchaus vor, daß die Sozialstation wesentlich später als verabredet eintrifft:

Tab. 10: Später als verabredet

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, häufiger	17	4,6	4,8	4,8
	ja, aber selten	233	63,3	66,4	71,2
	Nein, nie	101	27,4	28,8	100,0
	Gesamt	351	95,4	100,0	
Fehlend	System	17	4,6		
Gesamt		368	100,0		

Bei den meisten (etwa zwei Drittel bzw. 66,4%) ist dies bislang jedoch eher selten aufgetreten.

Da Verspätungen im Rahmen der Arbeitsweise von Sozialstationen, beispielsweise aufgrund unkalkulierbarer Verkehrsbedingungen oder der Bereitschaft, spontan auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse bei den Pflegeeinsätzen einzugehen, kaum zu vermeiden sind und sich, wie die Angaben nahelegen, offenbar durchaus in einem erträglichen Rah-

men bewegen, erscheint primär die Frage von Bedeutung, inwieweit die Betroffenen in diesen Fällen rechtzeitig benachrichtigt werden:

Tab. 11: Rechtzeitige Benachrichtigung bei Verspätungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
Gültig	Ja	139	37,8	63,8
	Nein	79	21,5	36,2
	Gesamt	218	59,2	100,0
Fehlend	System	150	40,8	
Gesamt	368	100,0		

66,3% sind hier der Auffassung, daß dies geschieht. Gleichzeitig verneinen jedoch immerhin mehr als ein Drittel (36,2%) derjenigen, die Auskunft hierzu erteilten, diese Frage.

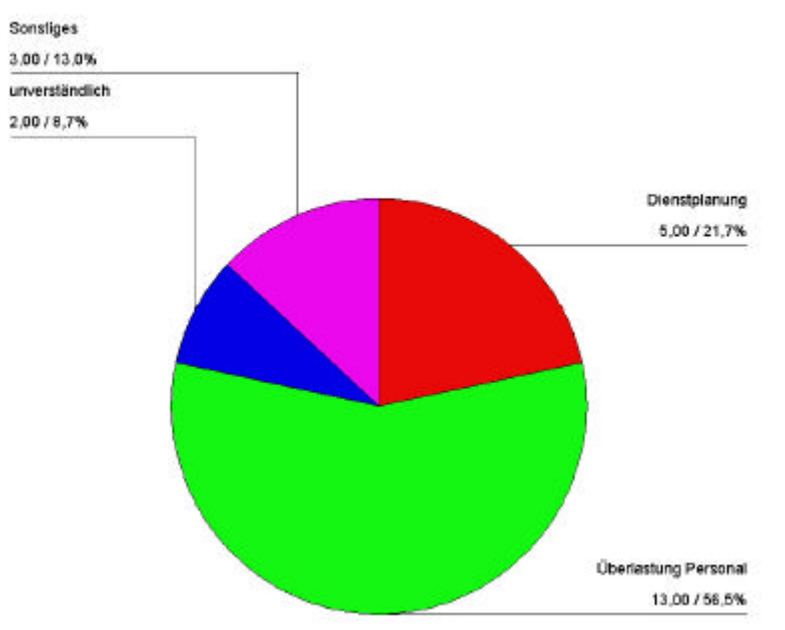
Obwohl die Einsatzpläne ein weitreichendes Maß an Abstimmung und zeitlicher Koordination erfordern, bestätigen 89,1% die Möglichkeit, die Pflegezeiten nach ihren Wünschen zu gestalten:

Tab. 12: Gestaltung der Pflegezeiten nach persönlichen Wünschen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
Gültig	Ja	285	77,4	89,1
	Nein	35	9,5	10,9
	Gesamt	320	87,0	100,0
Fehlend	System	48	13,0	
Gesamt	368	100,0		

Nur 10,9% verneinen dies. Die Gründe hierfür werden vor allem in einer Überlastung des Personals bzw. den Erfordernissen der Dienstplanung gesehen, wobei hier die begrenzte Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund einer sehr geringen Zahl von Antworten (insgesamt 23) zu berücksichtigen ist:

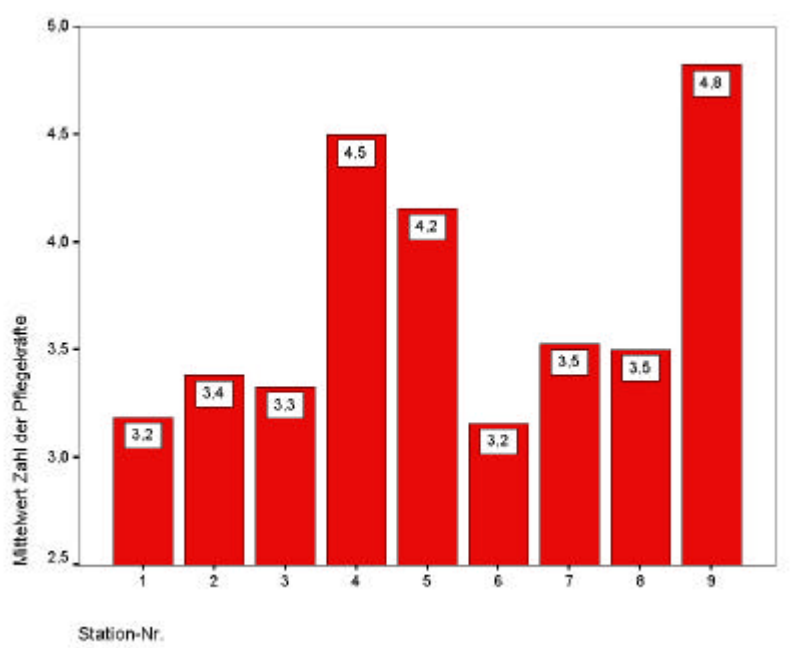
Abb. 25: Warum keine Gestaltung der Pflegezeiten nach persönlichen Wünschen



Die Frage der Kontinuität der Dienstleistung bezieht sich primär auf den Einsatz bestimmter Pflegekräfte.

Die Zahl der eingesetzten Pflegekräfte pro Monat (gefragt wurde nach dem letzten Monat) schwankt insgesamt zwischen 1 Person und 15 Personen. Der Mittelwert liegt bei 3,87, wobei sich hier je nach Station Unterschiede zeigen:

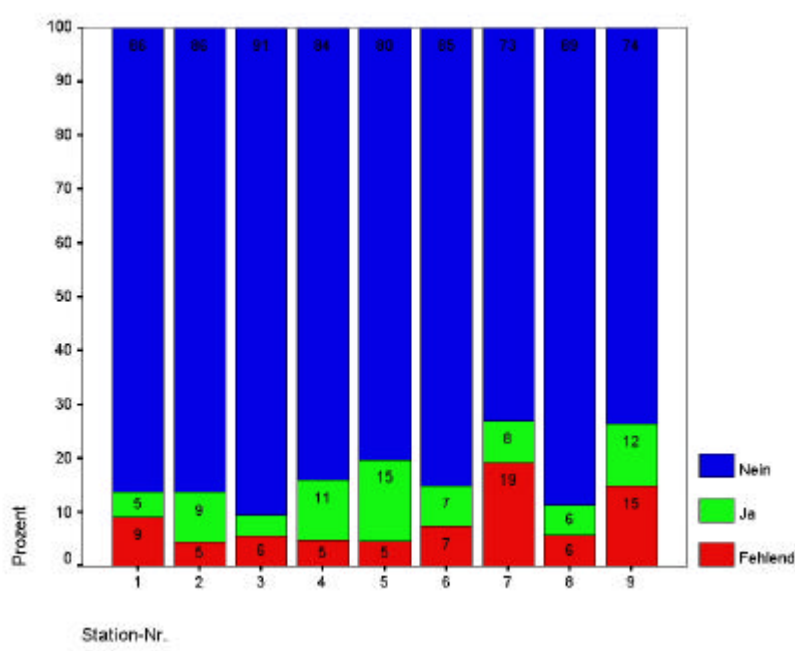
Abb. 26: Durchschnittliche Zahl der eingesetzten Pflegekräfte im letzten Monat (nach Stationen)



Entscheidend ist hier wiederum die Frage, inwieweit die jeweilige Anzahl als persönliche Belastung empfunden wird. Dies wird vom überwiegenden Teil der Befragten (83%) verneint. Nur 10% bejahen diese Frage.

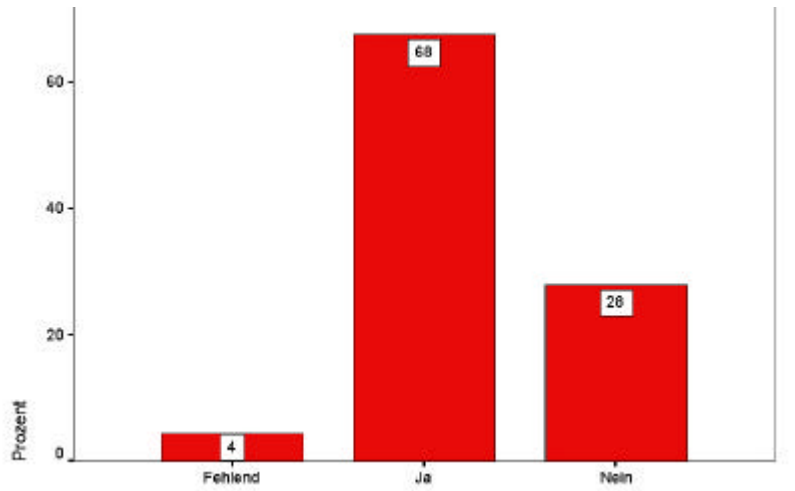
Allerdings zeigt sich bei einem Vergleich der Stationen ein Zusammenhang zwischen der durchschnittlich eingesetzten Zahl der Pflegekräfte (Abb. 26) und dem Anteil derjenigen, die die Zahl der eingesetzten Pflegekräfte als Belastung empfinden, so daß davon ausgegangen werden kann, daß die subjektive Bewertung durchaus mit den objektiven Gegebenheiten korrespondiert:

Abb. 27: Bewertung der Zahl der eingesetzten Pflegekräfte im letzten Monat als Belastung (nach Stationen)



Über die Person, die zu ihnen kommt, sind ca. zwei Drittel der Befragten (68%) informiert, 28% hingegen nicht:

Abb. 28: Information, wer kommt



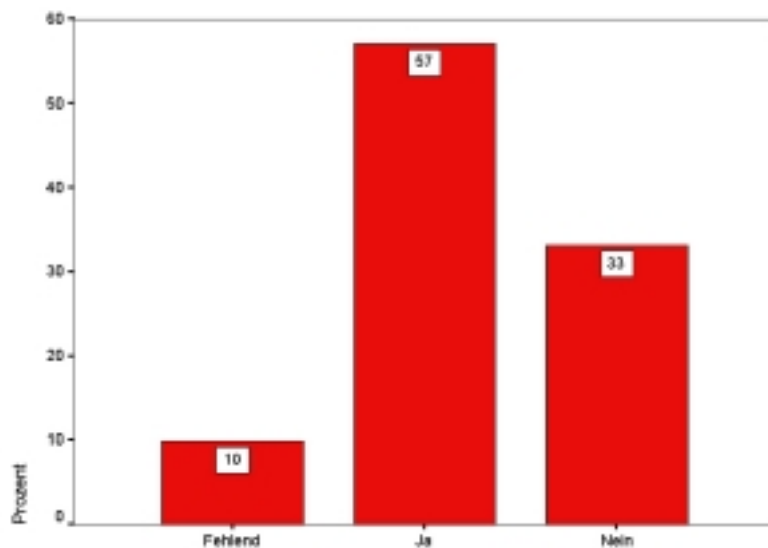
Interessant ist in diesem Zusammenhang jedoch, daß von den 28% der 'Nichtinformierten' nur der geringfügigere Teil (42,3%) gerne informiert werden würde, während 57,7% hierauf offenbar keinen besonderen Wert legen:

Tab. 13: Wenn keine Information, Wunsch nach Information, wer kommt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	44	12,0	42,3
	Nein	60	16,3	57,7
	Gesamt	104	28,3	100,0
Fehlend	System	264	71,7	
Gesamt		368	100,0	

Ganz ähnlich ist die Konstellation hinsichtlich der persönlichen Vorstellung neuer Pflegekräfte:

Abb. 29: persönliche Vorstellung neuer Pflegekräfte



57% geben an, daß ihnen neue Pflegekräfte persönlich vorgestellt werden, 33% verneinen diese Frage. Letztere geben wiederum in ihrer Mehrzahl (59,7%) an, daß sie die Pflegekräfte vorher auch nicht kennenlernen möchten.

Schließlich stellt es sich hinsichtlich der Möglichkeit, den Einsatz bestimmter Pflegekräfte zu wünschen, ebenfalls ähnlich dar:

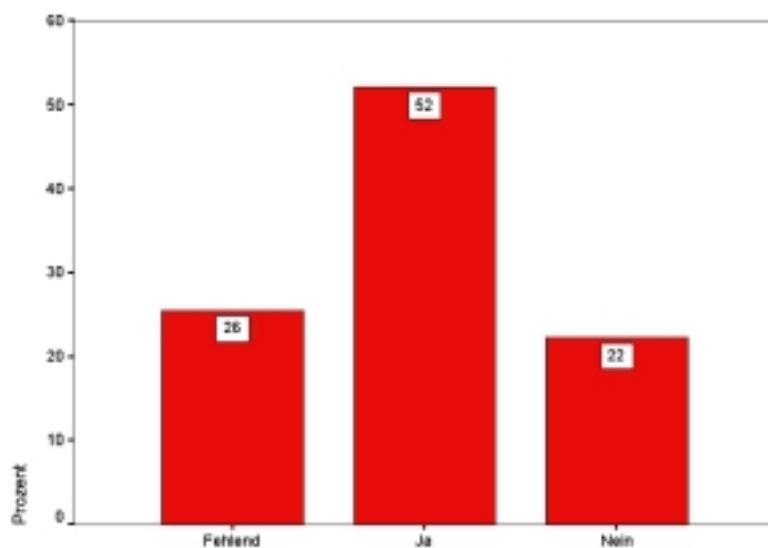
Tab. 14: Möglichkeit, den Einsatz bestimmter Pflegekräfte zu wünschen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	181	49,2	63,3	63,3
	Nein	105	28,5	36,7	100,0
	Gesamt	286	77,7	100,0	
Fehlend	System	82	22,3		
Gesamt		368	100,0		

Die Mehrzahl (63,3%) derjenigen, die diese Frage beantworteten, gibt an, daß diese Möglichkeit besteht. Gleichzeitig besteht bei denjenigen, die für sich diese Möglichkeit nicht sehen, in der Mehrzahl (51,9%) auch nicht der Wunsch danach.

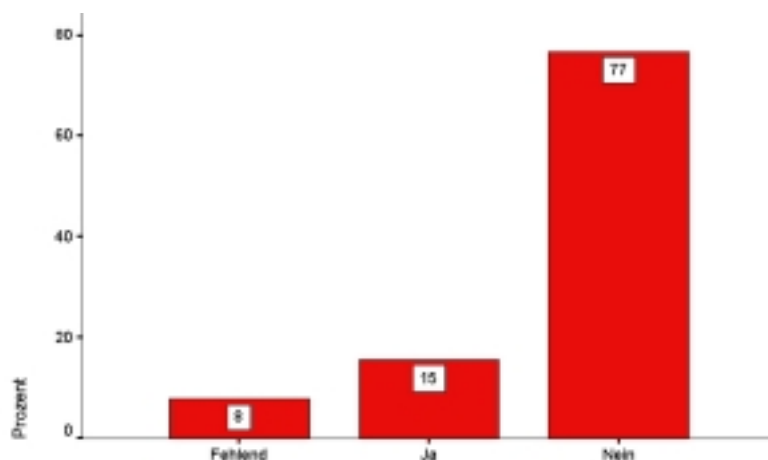
Auch bei der umgekehrten Frage nach der Möglichkeit, bestimmte Pflegekräfte abzulehnen, gibt die Mehrheit der Befragten an, daß diese Möglichkeit besteht:

Abb. 30: Möglichkeit, den Einsatz bestimmter Pflegekräfte abzulehnen



Diese Angaben zu der Möglichkeit, den Einsatz bestimmter Pflegekräfte zu wünschen bzw. abzulehnen, werden hinsichtlich des Trends bei der Frage, ob der Einsatz bestimmter Pflegekräfte den Betroffenen bereits einmal unangenehm war, bestätigt:

Abb. 31: Einsatz bestimmter Pflegekräfte unangenehm



Der Anteil derjenigen, denen der Einsatz einer Pflegekraft noch nicht unangenehm war, liegt dabei deutlich über dem Anteil der Befragten, die angaben, Wünsche hinsichtlich des Einsatzes bestimmter Pflegekräfte äußern zu können bzw. diesen ablehnen zu können.

Hier dürfte sich ein Ansatzpunkt zur Erklärung des Umstandes finden, daß bei denjenigen, die für sich keine Möglichkeiten der Einflußnahme sehen, auch mehrheitlich kein Wunsch danach besteht. Offenbar haben sich für viele an diesem Punkt noch nie Probleme ergeben, so daß auch keine Notwendigkeit gesehen wird, Einfluß auf entsprechende Entscheidungen zu nehmen. Die hohe Zahl derjenigen, denen der Einsatz einer bestimmten Pflegekraft bislang noch nicht unangenehm war, könnte jedoch auch ein Ausdruck geringer Erwartun-

gen im Sinne einer mehr oder weniger resignativen Akzeptanz von als unabänderlich wahrgenommenen Gegebenheiten sein (vgl. Kap. 2): Geringe Erwartungen reduzieren das Enttäuschungsrisiko.

Unabhängig von der Erklärung der insgesamt hohen Zufriedenheitsquote zeigt sich an dieser Stelle allerdings auch ein gewisses Problempotential: Immerhin war etwa jedem 7. Befragten der Besuch einer bestimmten Pflegekraft bereits einmal unangenehm. Fehlende Möglichkeiten der Einflußnahme auf die Auswahl bzw. den Einsatz von Pflegekräften können in solchen Situationen zu Unzufriedenheit und dem Gefühl einseitiger Abhängigkeit führen.

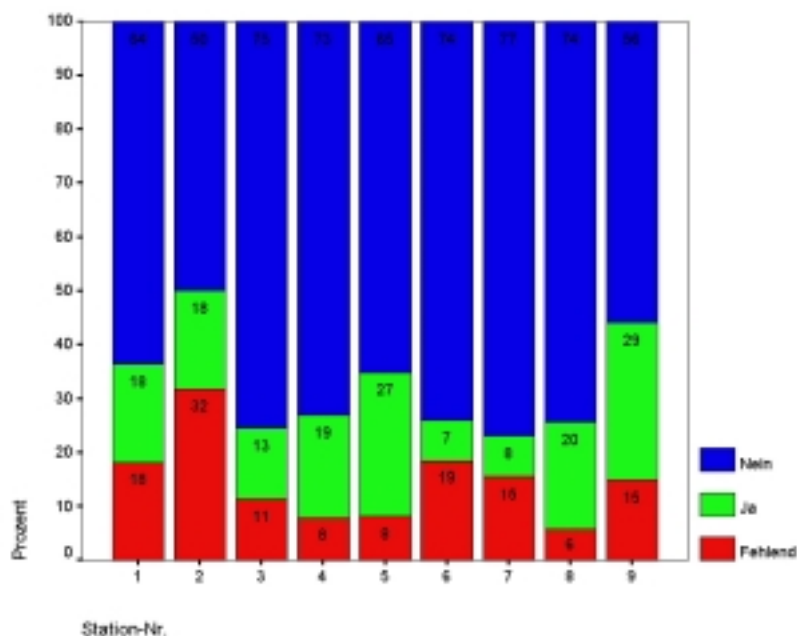
Schon einmal mit der Sozialstation unzufrieden oder über etwas geärgert waren bzw. haben sich insgesamt 19,3% der Befragten:

Tab. 15: Schon einmal mit der Sozialstation unzufrieden oder über etwas geärgert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	71	19,3	22,0	22,0
	Nein	252	68,5	78,0	100,0
	Gesamt	323	87,8	100,0	
Fehlend	System	45	12,2		
Gesamt		368	100,0		

Die Quote schwankt je nach Station zwischen 7% und 29%:

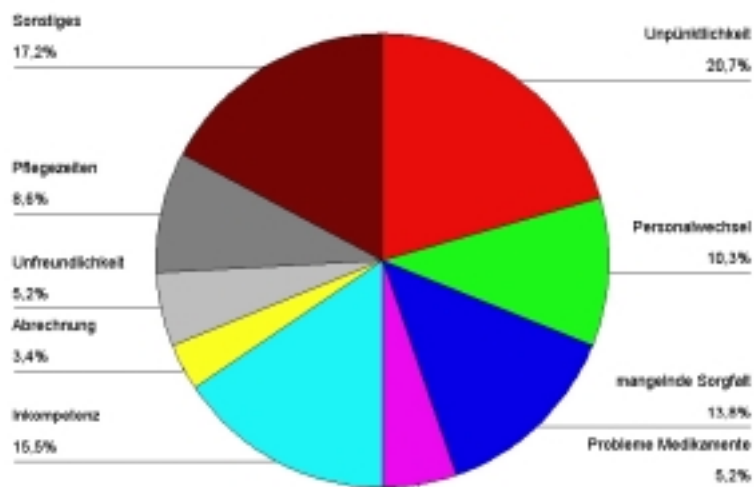
Abb. 32: Schon einmal mit der Sozialstation unzufrieden oder über etwas geärgert (nach Stationen)



Gegenüber der allgemein hohen Zufriedenheit mit den Sozialstationen zeigt sich hier, daß durchschnittlich etwa jeder fünfte Patient bzw. jede fünfte Patientin in Einzelfällen bereits einmal Anlaß zu Unzufriedenheit oder Verärgerung hatte. Interessant ist an diesem Punkt

daher, welche Anlässe die Verärgerung auslösten. Diese Frage beantworteten 14,6% der Befragten:

Abb. 33: Womit schon einmal unzufrieden bzw. worüber schon einmal geärgert



Als erstes wird Unpünktlichkeit genannt, gefolgt von Inkompetenz, mangelnder Sorgfalt und Personalwechsel. Es handelt sich also sowohl um Probleme bei der Organisation der Pflegedienste (Strukturqualität), wie auch um Probleme hinsichtlich der Arbeitsweise der Pflegekräfte (Prozeßqualität), wobei die Aspekte 'mangelnde Sorgfalt' und 'Inkompetenz' bei den Fragen nach der Zufriedenheit mit den 'Servicequalitäten' bzw. den vereinbarten Leistungen in der Regel nicht schlechter als andere bewertet wurden (Abb. 22-24). Auch das am häufigsten benannte Problem ('Unpünktlichkeit') wurde bei den entsprechenden Fragen nur selten als Problem benannt (Tab. 10), wobei jedoch auffiel, daß ein hoher Anteil der Befragten angab, nicht rechtzeitig benachrichtigt worden zu sein (Tab. 11). Schließlich wurde auch bei der entsprechenden Frage der Personalwechsel zwar nicht unbedingt als belastend empfunden (Abb. 27); der Einsatz einer bestimmten Pflegekraft war gleichzeitig jedoch jedem 7. Patienten bzw. jeder 7. Patientin bereits einmal unangenehm (Abb. 31).

Obwohl 19,3% (71) der Befragten schon einmal mit der Arbeit der Sozialstation unzufrieden oder sich über etwas verärgert waren, haben sich jedoch nur 12,5% (46) auch schon einmal bei der Leitung der Sozialstation beschwert:

Tab. 16: schon einmal bei der Leitung der Sozialstation beschwert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	46	12,5	13,2	13,2
	Nein	302	82,1	86,8	100,0
	Gesamt	348	94,6	100,0	
Fehlend	System	20	5,4		
Gesamt		368	100,0		

D.h. etwa jeder bzw. jede Dritte, hat sich trotz Anlässen zu Unzufriedenheit nicht an die Leitung der Sozialstation gewandt. Als Grund hierfür werden in gleichem Maße fehlendes eigenes Zutrauen sowie mangelnde Aussicht auf Veränderungen genannt, während die Unkenntnis über die richtige Adresse eher nachrangig bleibt:

Tab. 17: Begründung für Nichtbeschwerde

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keinen Anlaß	252	68,5	91,3	91,3
	traue mich nicht	10	2,7	3,6	94,9
	bringt nichts	10	2,7	3,6	98,6
	weiß nicht wo	4	1,1	1,4	100,0
	Gesamt	276	75,0	100,0	
Fehlend	System	92	25,0		
Gesamt		368	100,0		

Die Annahme, daß Beschwerden keine Veränderungen nach sich ziehen, wird durch eine entsprechende Nachfrage zumindest in einigen Fällen bestätigt:

Tab. 18: Veränderung nach Beschwerden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	31	8,4	67,4	67,4
	Nein	6	1,6	13,0	80,4
	Manchmal	9	2,4	19,6	100,0
	Gesamt	46	12,5	100,0	
Fehlend	System	322	87,5		
Gesamt		368	100,0		

Während sich insgesamt 12,5% (46) bereits schon einmal bei der Leitung beschwert hatten, geben nur 67,4% (31) von ihnen an, daß sich anschließend etwas änderte. 19,6% meinten, daß dies manchmal der Fall sei und 13,0% verneinten die Frage.

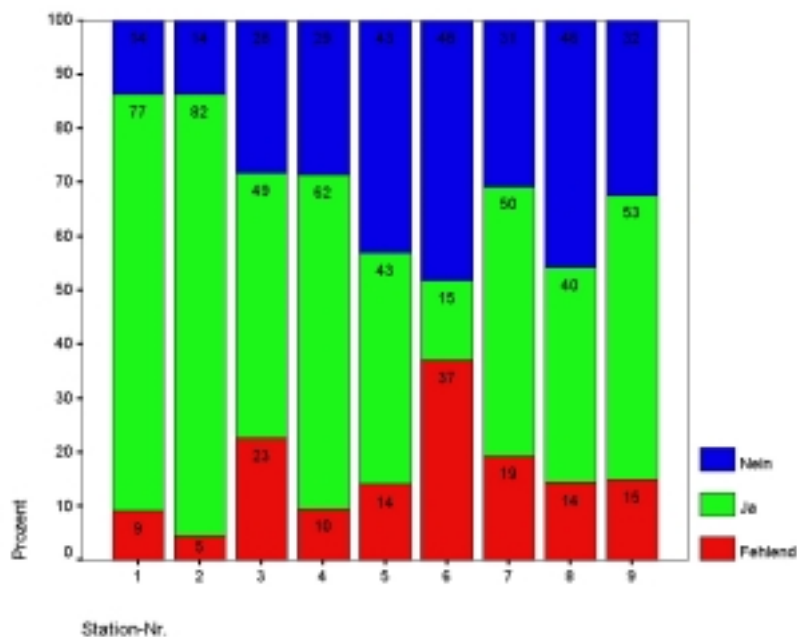
Hinsichtlich der Kosten bzw. Leistungen geben insgesamt 33,7% der Befragten an, hierüber nicht regelmäßig informiert zu werden:

Tab. 19: Regelmäßiger Erhalt von Leistungsabrechnungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	186	50,5	60,0	60,0
	Nein	124	33,7	40,0	100,0
	Gesamt	310	84,2	100,0	
Fehlend	System	58	15,8		
Gesamt		368	100,0		

Offenkundig wird dies in den einzelnen Stationen unterschiedlich gehandhabt:

Abb. 34: Regelmäßiger Erhalt von Leistungsabrechnungen (nach Stationen)



Weitere 6,5% geben an, die Abrechnungen nicht nachvollziehen zu können:

Tab. 20: Nachvollziehbarkeit von Leistungsabrechnungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	152	41,3	86,4	86,4
	Nein	24	6,5	13,6	100,0
	Gesamt	176	47,8	100,0	
Fehlend	System	192	52,2		
Gesamt		368	100,0		

Insgesamt bleibt damit für mindestens etwa 40% der Befragten unklar, welche Kosten für welche Leistungen entstehen bzw. abgerechnet werden.

Hier bestätigt sich die einleitend formulierte These (Kap. 1), daß der Gesetzgeber bei der Installierung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente im Bereich der Pflege primär die Kostenträger als 'Kunden' sozialer Dienste im Blick hatte. Während diese selbstverständlich regelmäßig Leistungsabrechnungen erhalten und selbst deren Nachvollziehbarkeit durch entsprechende Vorgaben gewährleisten, fehlen auf Seiten der Nutzerinnen und Nutzer entsprechende Regelungen, welche die Möglichkeit eröffnen, Leistungen zu kontrollieren bzw. nachzuvollziehen. Die Chance, auf einer solchen Grundlage als souveräne, informierte Konsumentinnen und Konsumenten Interessen und Bedürfnisse im Hilfesystem zur Geltung zu bringen und die Ausgestaltung des Dienstleistungsangebotes zu beeinflussen, ist damit weitgehend von der individuellen Praxis der Dienste abhängig. Sie steht nicht jedem Nutzer bzw. jeder Nutzerin ambulanter Pflegedienstleistungen grundsätzlich zur Verfügung.

Es ist daher auch nicht überraschend, daß ein vergleichbar hoher Anteil der Befragten sich nicht in der Lage sieht zu beurteilen, ob die anfallenden Kosten den Leistungen der Sozialstationen entsprechen:

Tab. 21: Verhältnis von Preis und Leistung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	zu hoch	28	7,6	11,5	11,5
	angemessen	214	58,2	87,7	99,2
	zu niedrig	2	,5	,8	100,0
	Gesamt	244	66,3	100,0	
Fehlend	System	124	33,7		
Gesamt		368	100,0		

Von denjenigen, die diese Frage beantworteten, ist der überwiegende Teil (87,7%) der Meinung, daß die Kosten für die Leistungen angemessen sind. 11,5% vertreten die Auffassung, die Kosten seien zu hoch und 0,8% empfinden sie als zu niedrig.

Die Beurteilung der Leistungen der Sozialstationen insgesamt ist wiederum sehr positiv:

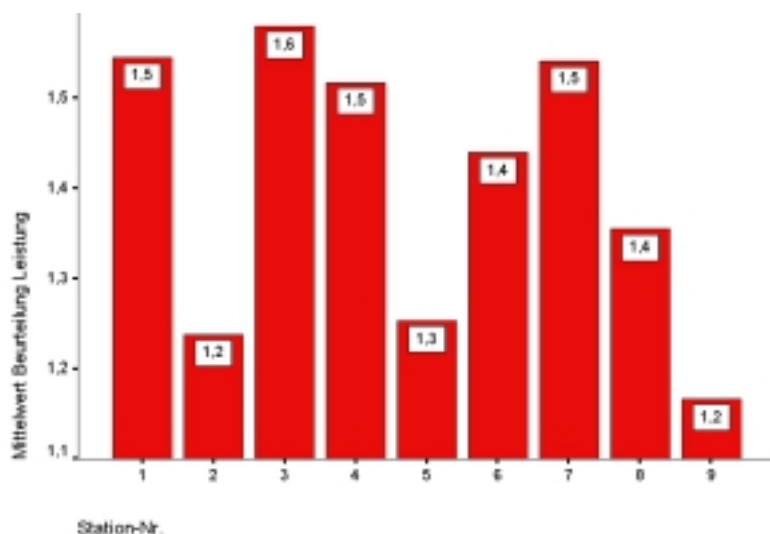
Tab. 22: Beurteilungen der Leistungen der Sozialstation insgesamt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr schlecht	1	,3	,3	,3
	schlecht	1	,3	,3	,6
	durchschnittlich	16	4,3	4,7	5,3
	gut	165	44,8	48,5	53,8
	sehr gut	157	42,7	46,2	100,0
Gesamt		340	92,4	100,0	
Fehlend	System	28	7,6		
Gesamt		368	100,0		

94,7% aller Befragten bewerten die Leistungen als gut oder sehr gut und nur 0,6% als schlecht bzw. sehr schlecht.

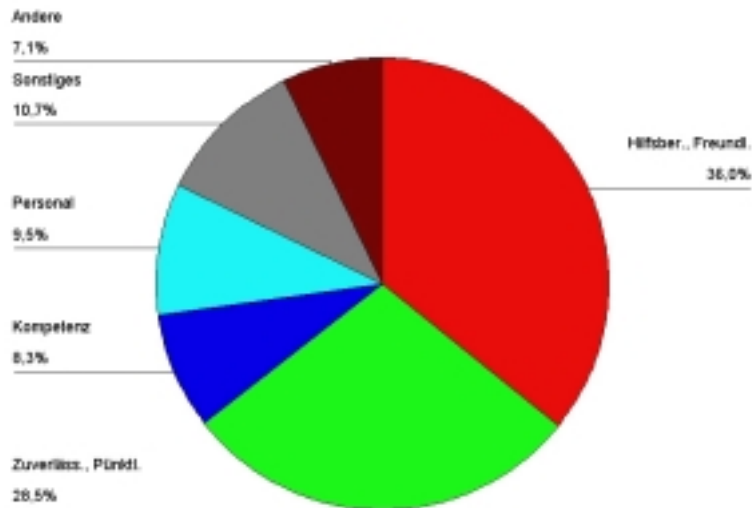
Der Mittelwert liegt bei 1,4, d.h. auf der Skala von -2 (sehr schlecht) bis +2 (sehr gut) in dem Bereich zwischen gut und sehr gut, wobei er in den einzelnen Stationen innerhalb dieser Zone zwischen 1,2 und 1,6 schwankt:

Abb. 35: Beurteilungen der Leistungen der Sozialstation insgesamt (nach Stationen)



Im Hinblick auf die Frage, was die Patientinnen und Patienten an den Sozialstationen besonders schätzen, zeigt sich, daß Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit (36,0%) vor Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit (28,5%) im Vordergrund stehen:

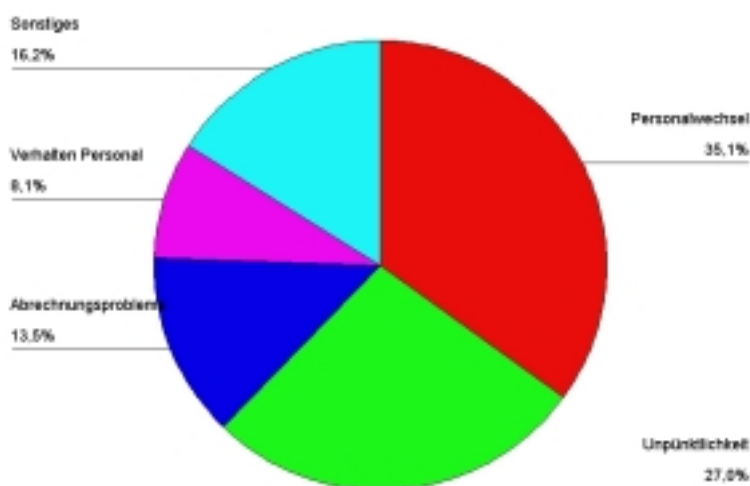
Abb. 36: Besonders positiv



Auch hier bestätigt sich noch einmal der besondere Stellenwert der Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit, der sich schon anlässlich der Frage nach dem Beitrag der Sozialstationen zur der Überwindung von Anfangsschwierigkeiten (Abb. 20) wie auch bei der Bewertung der Servicequalitäten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigte (Abb. 22) und die primäre Bedeutung der intersubjektiven Beziehungskomponente gegenüber den sachlich-instrumentellen Leistungen zum Ausdruck bringt. Entsprechend wird die fachliche Kompetenz (8,3%) vergleichsweise weitaus weniger häufig genannt, was in diesem Zusammenhang keineswegs auf einen tatsächlichen Mangel sondern auf den unterschiedlichen Stellenwert einzelner Komponenten der Dienstleistung zurückzuführen sein dürfte.

Bestätigt wird diese Annahme durch die Tatsache, daß bei der Frage, was den Patientinnen und Patienten am wenigsten an der Sozialstation gefällt, ebenfalls die zwischenmenschlichen Beziehungen eine dominante Rolle spielen:

Abb. 37: Besonders negativ



Als besonders negativ wurde primär der Personalwechsel benannt, was die besondere Problematik, sich im häuslichen Privatbereich immer wieder auf neue Personen einstellen und Vertrauen finden zu müssen, verdeutlicht. Auch bei 'Unpünktlichkeit' als der zweithäufigsten Nennung ist zu berücksichtigen, daß hierin nicht nur sachliche Probleme der Alltagsorganisation sondern ebenso Momente zwischenmenschlicher Wertschätzung wie Respekt und Anerkennung bzw. Momente einseitiger Abhängigkeit und das Gefühl des Ausgeliefertseins zum Ausdruck kommen.

Insgesamt ist jedoch gegenüber den positiven Aspekten zu berücksichtigen, daß nur sehr wenige der Befragten (48 bzw. 13%) sich äußerten:

Tab. 23: Besonders positiv/besonders negativ (Häufigkeiten)

besonders positiv

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	215	58,4	100,0
Fehlend	System	153	41,6	
Gesamt		368	100,0	

besonders negativ

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	48	13,0	100,0
Fehlend	System	320	87,0	
Gesamt		368	100,0	

Diese Quote entspricht in etwa derjenigen, die angegeben haben, schon einmal mit den Leistungen der Sozialstation unzufrieden gewesen zu sein (14,6% bzw. 54).

Während allerdings bei der Frage nach Gründen für eine bereits einmal entstandene Unzufriedenheit oder Verärgerung 'Unpünktlichkeit' (20,7%) vor 'Inkompetenz' (15,5%), 'mangelnder Sorgfalt' (13,8%) und 'Personalwechsel' (10,3%) rangierte (Abb. 33), steht nunmehr 'Personalwechsel' (35,1%) vor 'Unpünktlichkeit' (27,0%) und 'Abrechnungsproblemen' (13,5%) an erster Stelle.

Was in Einzelfällen bereits einmal zu Verärgerung oder Unzufriedenheit geführt hat, spiegelt sich offenkundig nicht unbedingt in der Gesamtbewertung von Problemen wider.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, daß die Pünktlichkeit der Sozialstationen auf der einen Seite von vielen (72) als besonders positiv hervorgehoben wird, während parallel von einigen (10) die Unpünktlichkeit der Dienste beklagt wird. Dabei ist keine besondere Konzentration auf bestimmte Sozialstationen zu erkennen:

Tab. 24: Unpünktlichkeit (Häufigkeiten der Problembenennung nach Stationen)

Unpünktlichkeit, Zeitprobleme			
1	N	Gültig	1
		Fehlend	21
2	N	Gültig	1
		Fehlend	21
3	N	Gültig	0
		Fehlend	53
4	N	Gültig	0
		Fehlend	63
5	N	Gültig	3
		Fehlend	83
6	N	Gültig	1
		Fehlend	26
7	N	Gültig	2
		Fehlend	24
8	N	Gültig	0
		Fehlend	35
9	N	Gültig	2
		Fehlend	32

Offenbar handelt es sich eher um spezifische Einsatzmodalitäten (bzw. um die spezifische Wahrnehmung von Einsatzmodalitäten), deren Hintergründe nur durch eine gezielte weitere Analyse geklärt werden könnten.

Gleiches gilt für die Kompetenz bzw. Inkompetenz des Personals (Abb. 33 u. 36) sowie das Verhalten des Personals (Abb. 36 u. 37):

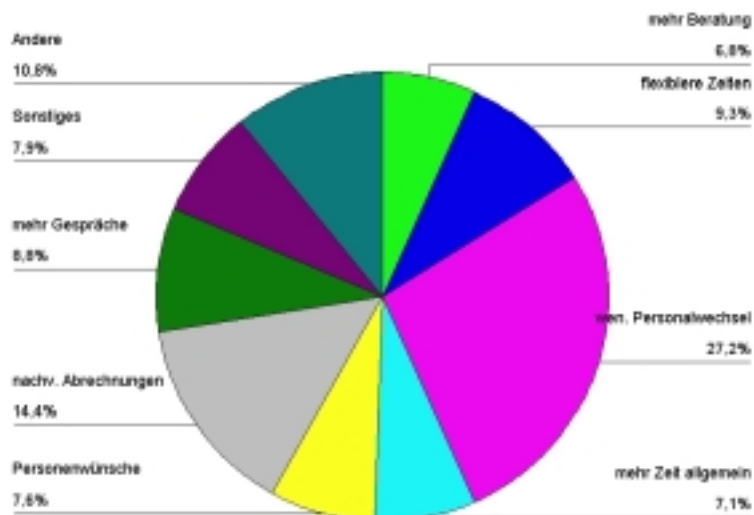
Tab. 25: Personalwechsel, Verhalten des Personals (Häufigkeiten der Problembenennung nach Stationen)

Station-Nr.			Personalwechsel	Verhalten Personal
1	N	Gültig	0	0
		Fehlend	22	22
2	N	Gültig	2	0
		Fehlend	20	22
3	N	Gültig	1	0
		Fehlend	52	53
4	N	Gültig	0	1
		Fehlend	63	62
5	N	Gültig	5	1
		Fehlend	81	85
6	N	Gültig	1	0
		Fehlend	26	27
7	N	Gültig	1	0
		Fehlend	25	26
8	N	Gültig	0	1
		Fehlend	35	34
9	N	Gültig	3	0
		Fehlend	31	34

4.5 Wünsche zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Arbeit

Bei der abschließenden Frage, an welchen Punkten eine Verbesserung oder Weiterentwicklung des Angebotes wünschenswert erscheint, ergibt sich folgendes Bild:

Abb. 38: Wünsche



Auch hier zeigt sich noch einmal, daß der Personalwechsel offenbar das größte Problem für pflegebedürftige Menschen darstellt. Der Anteil dieser Nennungen (27,2%) rangiert mit Abstand vor allen anderen und verdeutlicht, daß der Aufbau einer stabilen, vertrauensvollen Beziehung zwischen Pflegepersonal und Pflegebedürftigen der zentrale Punkt ist, an dem eine Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität ambulanter Pflegedienstleistungen ansetzen sollte.

An zweiter Stelle folgen 'nachvollziehbare Abrechnungen', wobei in diesem Zusammenhang bereits die unterschiedliche Praxis einzelner Stationen deutlich wurde (Tab. 19, 20; Abb. 34). Es folgt der Wunsch nach flexibleren Pflegezeiten. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang darüber hinaus, daß die Verbesserung der Pflegequalität nur in Einzelfällen (9 Nennungen) als wünschenswert angesehen wird. Gleiches gilt auch für 'mehr Freundlichkeit', die sich nur eine befragte Person wünscht. Diese Befunde decken sich mit den hohen Zufriedenheitswerten, die sich in dieser Hinsicht im Zusammenhang mit direkten Nachfragen zeigten (Abb. 22-24).

5. Zusammenfassung und Ausblick

Die Studie zeigt zusammenfassend, daß eine hohe Zufriedenheit mit den Leistungen der untersuchten Caritas-Sozialstationen besteht. Die Bewertungen fallen in der Regel mit großer Mehrheit positiv aus, liegen dabei jedoch durchaus im Rahmen der bei Zufriedenheitsuntersuchungen üblichen Bandbreite. Wesentliche Gründe für die hohe

Zufriedenheit sind die Qualität der Pflege, die Zuverlässigkeit der Dienste sowie die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals. Sofern Probleme benannt werden, steht vor allem ein zu häufiger Personalwechsel im Vordergrund. Die Ergebnisse decken sich im wesentlichen mit den Befunden der österreichischen Studie (Wild/Strümpel 1996, vgl. Kap. 2).

Allerdings ist eine Gesamtbewertung der Ergebnisse nur eingeschränkt möglich, da weitere bzw. detailliertere Vergleichsmöglichkeiten fehlen. Genauere Analysen könnten nur dann erfolgen, wenn entsprechende Vergleichs- bzw. Replikationsstudien im Bereich der ambulanten Hilfen durchgeführt würden. Insofern ist diesbezüglich ein dringender weiterer Forschungsbedarf zu konstatieren.

Ähnlich wie bei anderen Untersuchungen, die sich mit dem Thema Zufriedenheit beschäftigen, stellt sich neben den hohen Zufriedenheitsquoten auch die Rate derjenigen dar, die sich bei Fragen nach Problemen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Dienstleistung nicht äußern. Offenbar tritt auch im Rahmen dieser Studie die von einigen Autoren bereits erwähnte Tendenz zu sozial erwünschten Antworten zutage, was auf die besondere Lebenssituation älterer Menschen (Einsamkeit, soziale Isolation), ihre Schwierigkeiten mit dem Äußern von Beschwerden sowie auf die generelle Konstellation einseitiger Abhängigkeit in der Pflege (strukturelle Asymmetrie der Beziehung) bzw. auf fehlende Einflußmöglichkeiten verweist und das Assimilations-Akkomodations-Modell als theoretische Erklärungshypothese zu bestätigen scheint (Kap. 2).

Die Konstellation hoher Zufriedenheitsraten einerseits und einer hohen Nonresponsequote bei Fragen zur Unzufriedenheit andererseits verweist jedoch generell auf das nach wie vor bestehende methodische Defizit hinsichtlich der Messung von Zufriedenheit, das nur durch eine weitere theoretische Fundierung der Meßinstrumente überwunden werden kann, um den explorativen Charakter bisheriger Studien zu überwinden.

Unabhängig von diesen Einschränkungen gibt die Studie jedoch wichtige Hinweise zur Weiterentwicklung der Arbeit von Pflegediensten.

So könnten zunächst mit Blick auf die mangelnde 'Kritik- und Beschwerdefreudigkeit' der Patientinnen und Patienten gezielt Anstrengungen unternommen werden, sie zu einem solchen Verhalten zu ermuntern, um diese Ressource zur Qualitätssicherung stärker zu nutzen.

Hierzu zählt beispielsweise bereits die regelmäßige Nachfrage des Personals im Rahmen seiner Einsätze, inwieweit die Patientinnen und Patienten mit der Leistung zufrieden sind. Ebenso sinnvoll erscheint in diesem Zusammenhang eine in größeren Abständen

regelmäßig von der Leitung der Dienste durchgeführte kurze schriftliche Befragung. Den Patientinnen und Patienten würde durch eine solche routinemäßige, auf zentrale Aspekte beschränkte Maßnahme das Gefühl vermittelt, daß sich die Dienste für ihre Wünsche und Bedürfnisse interessieren, sie bemüht sind, ihren Anliegen individuell Rechnung zu tragen und sie als Kunden/innen bzw. Konsumenten/innen sozialer Dienstleistungen ernst genommen werden (McGovern et al. 1999: 90).

Darüber hinaus bietet eine regelmäßige Bewertung der Dienstleistungen durch die Patientinnen und Patienten auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Gelegenheit, eine Resonanz auf ihr tägliches Engagement zu erhalten und neue Motivation hieraus zu ziehen. Kontinuierliche Rückmeldungen können dabei einen Beitrag zur Weiterentwicklung des professionellen Selbstverständnisses im Sinne der Gewährleistung von Autonomiespielräumen gegenüber dem traditionellen Versorgungsgedanken leisten (ebd.: 90).

Einen weiteren Ansatzpunkt zur Weiterentwicklung der Arbeit bietet der Befund, daß bei kritischen Äußerungen der befragten Patientinnen und Patienten trotz der insgesamt großen Zurückhaltung vor allem der Aspekt 'Personalwechsel' im Vordergrund steht und auch etwa jedem/r 7. Befragten der Einsatz einer bestimmten Pflegekraft bereits einmal unangenehm war. Die Tatsache, daß auch bei den überwiegend positiven Bewertungen der Arbeit der Sozialstationen immer wieder die affektive, zwischenmenschliche Komponente des Kontaktes zwischen Personal und Patient/in hervorgehoben wurde, läßt die Schlußfolgerung zu, daß die Gelegenheit zum Aufbau einer stabilen, vertrauensvollen Beziehung zwischen Pflegepersonal und Pflegebedürftigen offenbar ausschlaggebend ist für einen dauerhaft hohen Grad an Zufriedenheit mit ambulanten Pflegedienstleistungen.

Ein möglichst kontinuierlicher Einsatz der Pflegekräfte, rechtzeitige Information bei Veränderungen oder Verspätungen, die Gelegenheit das Pflegepersonal vor Beginn der Tätigkeit kennenzulernen und die Chance, im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten auch auf die Auswahl bzw. den Einsatz bestimmter Pflegekräfte Einfluß nehmen zu können, sind in diesem Zusammenhang Möglichkeiten zur Stabilisierung oder auch Steigerung der Zufriedenheit mit dem Dienstleistungsangebot.

Schließlich ist in diesem Kontext auch die Erhöhung der Quote derjenigen, die regelmäßig Leistungsabrechnungen erhalten bzw. diese nachvollziehen können, zu erwähnen. Transparenz und Information sind vertrauensbildende Maßnahmen. Sie schützen vor ungerechtfertigten Vorwürfen und bilden gleichzeitig die Grundlage für sachdienliche Anregungen oder berechnete Kritik.

Insgesamt bestätigt die Studie die übereinstimmenden Befunde der Zufriedenheitsforschung im klinischen Bereich. Zentrale Determinanten für die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sind neben dem Erhalt autonomer Handlungs- und Entscheidungsspielräume die intersubjektive Beziehung zwischen Personal und Patientinnen bzw. Patienten. Die psycho-sozialen Aspekte der Versorgung stehen gegenüber sachlich-instrumentellen Gesichtspunkten im Vordergrund.

Im Hinblick auf diese zentrale Ebene der Art und Weise, wie Leistungen erbracht werden, zeigen die Bewertungen für die untersuchten Caritas-Sozialstationen ein durchweg positives Bild. Insofern kann ihnen diesbezüglich auch nur empfohlen werden, weiterhin ihr Motto 'mehr als Pflege' in die Alltagspraxis umzusetzen und den kommunikativen Aspekten der Versorgung trotz des großen Zeit- und Kostendrucks den erforderlichen Raum zu lassen.

Mit Blick auf das Hilfesystem insgesamt ist anzumerken, daß die Befunde der Studie den in den letzten Jahren spürbar in den Vordergrund gerückten betriebswirtschaftlichen Optimierungsstrategien ihre Grenzen aufzeigen. Gesichtspunkten der zeitlichen Bemessung und Abrechnungsfähigkeit sachlich-instrumenteller Leistungen steht die Notwendigkeit gegenüber, psycho-soziale Dienstleistungen zu erbringen, die quantitativ nur schwer meßbar sind und im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben bislang kaum Berücksichtigung finden. Der Gedanke subjektiver Lebenszufriedenheit und Erhalt persönlicher Lebens- und Handlungsräume sollte daher gegenüber den (durchaus nicht zu vernachlässigenden) Gesichtspunkten der Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen ein stärkeres Gewicht erhalten. Neben einer entsprechenden Gestaltung rechtlicher, finanzieller bzw. zeitlicher Rahmenbedingungen gilt dies nicht zuletzt auch für die Aus- und Weiterbildung des Personals der Dienste.

Schließlich wäre in diesem Zusammenhang auch eine Ausweitung der Beratungs- und Informationsmöglichkeiten vor Abschluß eines Pflegevertrages wünschenswert. Neben der Unterstützung bei der Auswahl eines geeigneten Pflegedienstes könnte auf diesem Weg die aktive Einbeziehung der Betroffenen bei der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen gefördert werden und ihnen das Gefühl vermitteln, von Anfang an als Subjekt am Prozeß der Ausgestaltung der Dienstleistungen beteiligt zu sein.

Literaturverzeichnis

- Abbé, A./Zahneisen, A., 1997: Stärken erkennen – Schwächen aufzeigen. Das Pflege-Qualitätsmanagement (PQM): Ein Analyseverfahren als Alternative zur DIN ISO 9000ff. In: *Häusliche Pflege* 3/1997: 30-34.
- Asam, W.H./Altmann, U., 1995: Geld oder Pflege. Zur Ökonomie und Reorganisation der Pflegeabsicherung. Freiburg: Lambertus.
- Atteslander, P., 1993: Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin/New York: de Gruyter (7. Auflage).
- Attkisson, C.C./Zwick, R., 1982: The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric Properties and Correlations with the Utilization and Psychotherapy Outcome. In: *Evaluation and Program Planning* 5: 233-237.
- Bade, T./Lindner, R., 1995: Mogelpackung oder Verheißung? Die DIN ISO 9000ff. in der Praxis. In: *Häusliche Pflege* 4/1995: 280-285.
- Badura, B./Groß, P., 1976: Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen. München: Piper.
- Baumgärtl, B., 1998: 'Ein nie endender Prozeß.' Erfahrungsbericht: Zertifizierung der JUH Sozialstation Beelitz nach DIN ISO 9002. In: *Häusliche Pflege* 4/1998: 44-49.
- Ben-Sira, Z., 1980: Affective and Instrumental Components in the Physician-Patient Relationship: an Additional Dimension of Interaction Theory. In: *Journal of Health and Social Behavior* 21 (6): 170-180.
- Böttner, R./Hamel, T./Kniel, A./Windisch, M., 1997: Lebensqualität durch Offene Hilfen. Entwicklung und Bedeutung der Offenen Hilfen für behinderte Menschen und ihre Angehörigen in Hessen. Marburg: Lebenshilfe.
- Bowers, M.R./Swan, J.E./Koehler, W.F., 1994: What Attributes determine Quality and Satisfaction with Health Care Delivery? In: *Health Care Manage Review* 19 (4): 49-55.
- Cang, S., 1989: Open to Criticism. In: *Health Service Journal* v. 20.07.89, 31.
- Canter, S., 1989: Consumer Research. In: *Clinical Psychology Forum* 24: 29-31.
- Dane, T./Dengler, M./Schmoecker, M./Tews, B., 1994: Qualitätsanforderungen an Ambulante Pflegedienste. Hamburg: Paritätischer Wohlfahrtsverband Hamburg e.V (3. vollst. überarb. Auflage).
- Denzin, N.K., 1970: *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. London: Butterworths (2. print).
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie, 1995: Professionelle Pflege alter Menschen. Positionspapier des Fachbereiches Soziale Gerontologie und Altenarbeit. In: *Altenpflege-Forum* 2/1995: 42-54.
- Deutsches Institut für Normierung (DIN)), 1992: DIN ISO 9004, Teil 2. Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssystems. Leitfaden für Dienstleistungen. Berlin: Beuth.
- Diewald, M./Zapf, W., 1984: Wohnbedingungen und Wohnzufriedenheit. In: Glatzer, W./Zapf, W. (Hg.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt a.M./New York: Campus, 73-96.
- Donabedian, A., 1966: Evaluating the Quality of Medical Care. In: *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44: 106-203.

- Donabedian, A., 1982: An Exploration of Structure, Process and Outcome as Approaches to Quality Assessment. In: Selbmann, H./Überla, K. (Hg.): Quality Assessment of Medical Care. Gerlingen: Schriftenreihe der Robert-Bosch-Stiftung, 69-92.
- Elbeck, M./Fecteau, G., 1990: Improving the Validity of Measures of Patient Satisfaction with Psychiatric Care and Treatment. In: Hospital and Community Psychiatry 41: 998-1001.
- Festinger, L., 1978: Theorie der kognitiven Dissonanz. Bern: Huber.
- Friedrichs, J., 1990: Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher (14. Auflage).
- Gabanyi, M., 1995: Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Augsburg: BASYS.
- Gabanyi, M., 1998: Neuland für die Pflege. Häusliche Pflege im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Kundenorientierung. In: Häusliche Pflege 3/1998, 14-19.
- Glatzer, W., 1984: Einkommensverteilung und Einkommenszufriedenheit. In: Glatzer, W./Zapf, W. (Hg.), Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt a.M./New York: Campus, 45-72.
- Hall, J.A./Dornan, M.C., 1990: Patient Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction with Medical Care: a Meta-Analysis. In: Social Science and Medicine 30 (7): 811-818.
- Häusliche Pflege 4/1997, 50-53: TÜV-Plakette für Pflegedienste. Zertifizierung durch den Technischen Überwachungsverein (TÜV) Rheinland.
- Häusliche Pflege 3/1998, 51-53: 'Mehr Rechtssicherheit schaffen!' L.A.H. Hessen-Forum 'Pflegedienste im Zwielficht'.
- Häusliche Pflege 4/1998, 7: Schlechte Noten für Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein.
- Heiner, M., 1996: Ziel- und kriterienbezogenes Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit. In: Merchel, J./Schrappner, C. (Hg.), Neue Steuerung – Tendenzen der Organisationsentwicklung in der Sozialverwaltung. Münster: Votum, 210-230.
- Ipsen, D., 1978: Das Konstrukt Zufriedenheit. In: Soziale Welt 29: 44-53.
- Joos, S.K./Hickam, D.H./Borders, L.M., 1993: Patient's Desires and Satisfaction in General Medicine Clinics. In: Public Health Reports 108 (6): 751-759.
- Kromrey, H., 1998: Empirische Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich (UTB, 8. Auflage).
- Kühnert, S., 1996: Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege – Anmerkungen zur Konzeptentwicklung. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 47/6: 14-20.
- Larsen, D.L./Attkisson, C.C./Hargreaves, W.A./Nguyen, T., 1979: Assessment of Client/Patient Satisfaction: Development of a General Scale. In: Evaluation and Program Planning 2: 197-207.
- Leimkühler, A.M., 1995: Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: Gaebel, W. (Hg.), Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Wien/New York: Springer, 163-172.
- Linder-Pelz, S., 1982a: Toward a Theory of Patient Satisfaction. In: Social Science and Medicine 16: 577-582.
- Linder-Pelz, S., 1982b: Social Psychological Determinants of Patient Satisfaction: A Test of Five Hypotheses. In: Social Science and Medicine 16: 583-589.
- Linke, K., 1998: Kundenzufriedenheit testen. In: Socialmanagement 5/1998: 21-24.

- McMillan, J.R., 1987: Measuring Consumer Satisfaction to Improve Quality of Care. In: Health Progress 3: 54-55, 76-80.
- Mertens, E., 1997: Beratung zu Pflegedienstleistungen. Ein Konzept der Verbraucher-Zentrale NRW. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.), Qualitätssicherung durch Beratung in der Pflege. Dokumentation der Fachtagung am 24.10.97 in Düsseldorf. Düsseldorf, 159-175.
- Meinhold, M., 1997: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Einführung und Arbeitshilfen. Freiburg: Lambertus.
- Oliver, R.L., 1979: Product Dissatisfaction as a Function of Prior Expectation and Subsequent Disconfirmation.: New Evidence. In: Day, R.L./Hunt, H.K. (Eds.), New Dimensions of Consumer Satisfaction and Complaining Behaviour. Bloomington: Indiana University, 66-71.
- Reck-Hog, U., 1997: Kundenorientierte Qualität. TÜV-Plakette für die ambulante Pflege. In: Fraunhofer-Institut (Hg.), Qualitätssicherung in der Altenpflege. Tagungsband.
- Rothery, B., 1993: Der Leitfaden zur ISO 9000. Mit QM-Musterhandbuch und Erläuterungen. München/Wien: Hanser.
- Scheuch, E., 1973: Das Interview in der Sozialforschung. In: König, R. (Hg.), Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 2. Stuttgart: Thieme, 66-190.
- Schnell, R./Hill, P.B./Esser, H., 1999: Methoden der empirischen Sozialforschung. München/Wien: Oldenbourg (6. überarb.u. erweit. Auflage).
- Smith, C., 1992: Validation of a Patient Satisfaction System in the United Kingdom. In: Quality Assurance in Health Care 4 (3): 171-177.
- Sozialgesetzbuch (SGB), Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. Stand: 20 September 1999. München: Beck.
- Stallard, P., 1996: The Role and Use of Consumer Satisfaction Surveys in Mental Health Services. In: Journal of Mental Health 5 (4): 333-349.
- Swan, J.E./Carroll, M.G., 1979: Patient Satisfaction: An Overview of Research – 1965-1978. In: Day, R.L./Hunt, H.K. (Eds.), New Dimensions of Consumer Satisfaction and Complaining Behavior. Bloomington: Indiana University School of Business, 112-118.
- Verbraucher-Zentrale Hamburg e.V. (Hg.), 1998: Abschlußbericht zum Projekt Verbraucherschutz in der ambulanten Pflege. Hamburg (3. Auflage).
- van Campen, C./Sixma, H./Friele, R.D./Kerssens, J.J./Peters, L., 1995: Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. In: Medical Care Research and Review 52 (1): 109-133.
- von Bandemer, S., 1997: König Kunde kennenlernen. Ergebnisse einer anonymen Befragung von 271 KundInnen ambulanter Pflegedienste in Gelsenkirchen. In: Häusliche Pflege 1/1997: 10-16.
- Wendt, W.R., 1995: Hilfe nach Plan. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 5/1995:101-105.
- Wieken D., 1974: Die schriftliche Befragung. In: Koolwijk, J./Wieken-Mayser, M. (Hg.), Techniken der empirischen Sozialforschung. Band 4. München/Wien: Oldenbourg, 146-161.
- Wild, M./Strümpel, C., 1996: Wie sehen NutzerInnen die Gesundheits- und Sozialen Dienste des Roten Kreuzes? Eine Untersuchung der Erwartungen an und Bewertung der Hauskrankenpflege/Altenbetreuung/Heimhilfe des Österreichischen Roten Kreuzes. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz.

Zapf, W./Breuer, S./Hampel, J./Krause, P./Mohr, H.M./Wiegand, E., 1987: Individualisierung und Sicherheit. Untersuchungen zur Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland. München: Beck.

**Verzeichnis der
Berichte der Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V.:**

- 01. Weller, I./Steffen, E. 2000:** Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung bei der Lynx Consulting Group/Bielefeld. Berlin.
- 02. Bendel, K. 2000:** Zufriedenheit von Nutzerinnen und Nutzern mit ambulanten Pflegedienstleistungen. Forschungsbericht. Berlin.
- 03. Bendel, K./Matiaske, W./Schramm, F./Weller, I. 2000:** „Kundenzufriedenheit“ bei ambulanten Pflegedienstleistern. Bestandsaufnahme und Vorschläge für ein stress-theoretisch fundiertes Messinstrument. Berlin.
- 04. Holtmann, D./Matiaske, W./Möllenhoff, D./Weller, I. 2001:** Leistungsbeurteilung im öffentlichen Dienst. Zur Validierung des Leistungsbeurteilungs- und -bewertungssystems LBB-SYS. Berlin.
- 05. Martin, A./Purwin, J. 2001:** Soziale Fähigkeiten in Arbeitsgruppen. Eine empirische Studie zur Ermittlung der Kooperationsfähigkeit. Berlin.
- 06. Weller, I. 2001:** Fluktuationsneigung und Commitment. Eine empirische Betrachtung bei F&E-Mitarbeitern. Berlin.
- 07. Matiaske, W./Holtmann, D./Weller, I. 2002:** Anforderungen an Spitzenführungskräfte. Retrospektive und Perspektive: Eine empirische Untersuchung. Berlin.
- 08. Jütte, W./Matiaske, W. 2002:** Regionale Weiterbildungsnetzwerke. Eine exemplarische Analyse. Berlin.
- 09. Holtmann, D./Matiaske, W./Weller, I. 2002:** Transparenz und Kommunikation als Erfolgsfaktoren von Leistungsbeurteilungen im öffentlichen Dienst. Vorstellung eines Forschungsprojektes. Berlin.
- 10. Erbel, C. 2003:** Personalmanagement, Mitarbeiterverhalten und Kundenzufriedenheit im Dienstleistungskontakt. Eine empirische Analyse. Berlin.