

Dr.Hans-Ulrich Kneubühler:

"Weiche" Techniken und die Erfassung des IST

Inhaltsverzeichnis:

Qualität im Heim: Mehr als Zufriedenheit
Erfassungsinstrumente
Kunden ?
Qualitätsurteile von Stellvertretern
Was zu tun ist
Literaturhinweise

Wenn unter Qualität die Differenz zwischen SOLL und IST verstanden wird und wenn es in der Qualitätssicherung darum geht, diese Differenz zu minimieren, liegt es auf der Hand, dass das IST in geeigneter Form erfasst werden muss. Mit "geeigneter Form" ist gemeint, dass diese Erfassung bestimmten wissenschaftlichen, genauer messtheoretischen Postulaten genügen muss: Man muss das Richtige messen (Validität oder Gültigkeit), und man muss dieses Richtige richtig messen (Reliabilität oder Zuverlässigkeit).

Ich möchte in meinem Referat zunächst auf das "Richtige" eingehen. Hier soll darunter das verstanden werden, was die Bewohnerinnen und Bewohner eines Heimes als die für ihr Wohlbefinden relevanten Qualitätsdimensionen halten. Dann möchte ich zeigen, wie die konkreten Ausprägungen dieser Dimensionen richtig erfasst werden können. Grundsätzlich kommen für diese Erfassung zwei Instrumente in Frage: die Beobachtung und die Befragung. Mein Referat befasst sich überwiegend mit der Befragung. Das Ziel meines Referates ist es, zu zeigen, dass mit einer klugen und überlegten Vorgehensweise auch die Wünsche und Bedürfnisse von Demenzkranken durchaus in der Erfassung des IST Eingang finden können.

Was immer Qualität von Pflegeheimen bestimmt, in einem besteht Konsens: Die Urteile von Bewohnerinnen sind aus folgenden drei Gründen wichtig: Zu einen wegen er ethisch-normativen Dimension. Pflegeheime sind zwar immer totale Institutionen, aber unter Umständen sind sie der einzig mögliche Ort, der Menschenwürde auch unter den erschwerten Bedingungen der finalen Lebensphase sicherstellen kann. Unter Menschenwürde wird verstanden "die freie Fähigkeit, sich zu informieren, zwischen Alternativen abzuwägen und zu entscheiden; zugleich aber auch ein Lebensstandard, der (dem Menschen) seine Selbstachtung ermöglicht und ihn davor bewahrt, von andern diskriminiert, entrechtet und gedemütigt zu werden." ¹ Freiheit, Autonomie und Sicherheit sind die zentralen Prinzipien, die in Menschenwürde zum Tragen kommen, welche jeder Mensch unverlierbar hat. Der Mensch ist in dieser Optik Selbstzweck und Selbstwert, und damit wird sein Urteil in seiner unverwechselbaren Individualität und Einmaligkeit zentral.

Das Korrelat zu dieser Auffassung findet sich in der Definition von Qualität als Uebereinstimmung zwischen IST und SOLL. Dabei ist die Erfüllung von Erwartungen zentral.² Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeheimen haben Erwartungen an das Heim, seine Infrastruktur, seine organisatorischen Abläufe, an das Zusammenleben und den Umgang untereinander usw. Diese Erwartungen sind durch die Biographie geprägt und je nach Individuum unterschiedlich. Das klingt banal, ist es aber dann nicht, wenn man sich die Fülle und die Unterschiedlichkeit der prägenden Ereignisse im Verlaufe einer Biographie vor Augen führt und damit die höchst wahrscheinlich sehr unterschiedlichen Erwartungen, welche die Bewohnerinnen an das Heim haben. Dies macht die Erfassung dieser Erwartungen unabdingbar. Eine Möglichkeit zur Erfassung ist die Befragung.

Der dritte Grund, warum das Urteil von Bewohnerinnen wichtig ist, findet sich in den betriebswirtschaftlich geprägten Auffassungen des Marketings. Immer wieder wird in diesen Ausführungen darauf aufmerksam gemacht, dass es entscheidend sei, die Wünsche und Erwartungen der Kundinnen und Kunden zu kennen und auf sie entsprechend zu reagieren, sonst habe man auf dem Markt der Dienstleistungs- respektive Pflegeindustrie keine Chance.³ Dieses pragmatische Argument verkürzt zwar den betagten Heimbewohner auf einen Kunden und unterschätzt sehr wahrscheinlich auch das Beharrungsvermögen von sozialen Einrichtungen. Es verweist aber darauf, dass Heime für die Bewohnerinnen da sein sollen, nicht diese für das Heim, und deckt sich insofern mit dem Argument der Menschenwürde.

Qualität im Heim: Mehr als Zufriedenheit

Diese Argumente für die Bedeutung des Urteils von Heimbewohnerinnen machen deutlich, dass es bei der Erfassung dieses Urteils nicht darum gehen kann, unter Kundenzufriedenheit die Antwort auf die Frage "Wie sind Sie mit ... zufrieden?" zu verstehen. Hier umfasst die Kategorie "Urteil der Bewohnerin, der Bewohner" mehr. Es geht um umfassende Aussagen darüber, wie ein Mensch insgesamt die Qualität seines Lebens im Heim beurteilt. Äußerungen über die Zufriedenheit, die sich in einer simplen Zusammenfassung von Reaktionen auf eine Reihe von Fragen beschränken, die einzelne Qualitätsdimensionen eines Heimes nach einer Fünferskala erfassen, werden der Problematik nicht gerecht. Unter dem Titel "Wie man es nicht machen sollte" verweisen Meister und Meister⁴ darauf, dass vollstandardisierte Erfassungen der Zufriedenheit immer merkmals-orientiert sind. Damit würden sie aber an Qualitätsmerkmalen ansetzen, die der Anbieter vorgebe, ohne danach zu fragen, ob diese Qualitätsmerkmale für den Kunden überhaupt relevant seien. So entstünde "dann ein trügerisches Bild höchstzufriedener Kunden, die trotzdem die Leistungen nicht mehr nachfragen, weil sie mit ganz andern Merkmalen als den abgefragten unzufrieden sind."⁵

Die scheinbare Plausibilität von Zufriedenheitserfassung als Reaktion auf die Frage "Wie sind Sie mit ... zufrieden?" verstellt auch die Sicht auf die durchaus naheliegende Frage, warum eigentlich nicht die Unzufriedenheit erfasst wird. Diesem Problem kann mit dem Hinweis begegnet werden, dass für die Beantwortung eine Fünferskala verwendet werde, die von "sehr zufrieden" bis "überhaupt nicht zufrieden" reiche. Damit sei es möglich, auch die Unzufriedenheit zu erfassen. Formal hat das Argument seine Richtigkeit. Es wird aber falsifiziert durch kognitive Theorien des Verhaltens in Befragungen.⁶ Danach ist man nicht aus den gleichen Gründen mit etwas zufrieden oder unzufrieden. Deshalb ist auch der Umkehrschluss nicht zulässig. Das bedeutet, dass Massnahmen zur Verbesserung in einem Bereich, der als wenig zufriedenstellend bezeichnet wird, noch nicht zur Konsequenz haben, dass die Unzufriedenheit, sofern diese erfragt wird, geringer wird.

Für die Bewohnerinnen eines Heimes gilt dieser Befund erst recht. Das Leben in einem Heim ist nicht nur bedeutend vielfältiger als beispielsweise das in einem Hotel, sondern es steht auch unter ganz andern Prämissen. Ein Hotelaufenthalt ist in der Regel zeitlich limitiert; dieser Zeitraum ist absehbar und weitgehend selbstbestimmt. Die Dienstleistungen des Hotels sind relativ einfach, beschränken sich auf Alltägliches und damit Vertrautes wie Essen, Reinigung usw. und umfassen nichts, was beispielsweise der Pflege auch nur annähernd entspricht. Schliesslich ist man frei in der Wahl des Hotels. Im Hotel ist die Privatheit gewährt, während der Eintritt in ein Heim andern Regeln gehorcht: Die Entscheidung darüber, mit wem zusammengelebt wird, ist lange nicht immer möglich. Diese wenigen Hinweise genügen, um deutlich zu machen, dass eine simple Zufriedenheitsbefragung, wie sie oben angetönt worden ist und die nach der Standardliteratur wie Meister und Meister schon für die Erfassung der Kundenzufriedenheit in "unproblematischen" Bereichen wie Hotels, Airlines, Banken, Supermärkten nicht ausreicht, erst recht im Heim scheitern muss.

Die Erfassung des Urteils von Bewohnerinnen von Heimen ist also anspruchsvoll und geht über die üblichen Probleme bei der Erfassung der Kundenzufriedenheit hinaus. Das gilt es bei der Wahl und der Konstruktion von Instrumenten, die für die Erfassung dieser Urteile nötig sind, zu beachten. Deshalb genügen die üblichen Verfahren der Marktforschung nicht, mögen diese durch Erfahrung und Ruf des beauftragten Marktforschungsunternehmens noch so fundiert scheinen. Dagegen sprechen systematisch angelegte, wissenschaftliche Untersuchungen.

Erfassungsinstrumente

Wie sehen nun die Ergebnisse von Untersuchungen aus, welche auf die Befragung fokussiert sind? Eine erste Reihe dieser Untersuchungen befasst sich mit der bereits oben angetönten Frage, was Bewohnerinnen überhaupt vom Heim erwarten. Aus der Beantwortung dieser Frage lassen sich Schlüsse darüber ziehen, welche Qualitätsdimensionen und -kriterien bei der Erfassung der Urteile von Bewohnerinnen zu berücksichtigen sind.

Die Hypothesen, die in diesen Untersuchungen überprüft werden, lassen sich grob in zwei Gruppen gliedern: Zum einen wird die Hypothese geprüft, wonach sich die Qualitätsdimensionen und -kriterien der Bewohnerinnen von denen der Pflegenden, der Kader und der Ärzte/Aerztinnen signifikant unterscheiden. Zum andern werden mit Hilfe von Hypothesen über die unterschiedliche Bedeutung und Gewichtung von Qualitätsdimensionen und -kriterien Messinstrumente zur Erfassung von Patientenurteilen entwickelt. Zur ersten Gruppe von Untersuchungen gehört die von R.A.Kane et.al.⁷ Sie befragten in 40 Heimen je 3 zufällig ausgewählte Bewohnerinnen und Schwesternhilfen nach der Bedeutung von alltäglichen Bereichen, die qualitätsrelevant sind, sowie nach der Zufriedenheit darüber, wie weit diese Bereiche der Wahl und der Kontrolle durch die Bewohnerinnen unterliegen. In einigen Qualitätsausprägungen decken sich die Urteile über die Kontrolle. Gravierende Unterschiede ergeben sich, wenn es um die Bedeutung von

Qualitätsaspekten geht. Aktivitäten im Heim, der Rolle von Besuchern usw. werden signifikant unterschiedliche Bedeutungen zugemessen. Der Befund der unterschiedlichen Bedeutung von Qualitätskriterien gilt selbst für solche, die im deutschen Sprachraum als quasi sakrosankt angesehen werden: freie Arztwahl, Möglichkeit der selbstgewählten Ausübung von Religion, Gemeinschaftsaktivitäten, aktivierende Angebote im Heim.⁸

Dass sich die Urteile über Bedeutung und Ausprägung von Qualitätsdimensionen und -kriterien zwischen Pflegenden und Bewohnerinnen nicht decken, zeigen auch die Untersuchungen von Grau et.al.⁹, von Meister und Boyle¹⁰ sowie von Bliesmer und Earle¹¹. Zwar ging es in diesen Untersuchungen nicht mehr um die Qualität der Heimes Insgesamt. Im Zentrum stand die Frage nach der Pflegequalität. Wiederum war die Übereinstimmung in den Urteilen über die Wichtigkeit von Qualitätskriterien und -dimensionen gering. Was für Pflegenden bedeutsam ist, deckt sich in zentralen Bereichen nicht mit dem, was für Bewohnerinnen bedeutsam ist. Dieser Befund gilt tendenziell selbst für die ärztliche Behandlung: Heimbewohnerinnen bevorzugen offenbar zeitlich limitierte und genau umrissene Interventionen und lehnen präventive eher ab.¹² In jenen Bereichen, die den Heimalltag bestimmen, wie Baden, Essen, Blasenprobleme usw. decken sich die Problemdefinitionen, die Ausgangspunkt einer professionellen Intervention sind, ungenügend¹³.

Diese Befunde wurden im pflegerischen Bereich gewonnen. Sie gelten aber auch für andere Bereiche, die in einem Heim von Bedeutung sind. Das machen beispielsweise die aktuellen und in Deutschland durchgeführten Untersuchungen von Engelter¹⁴ und von Preuss¹⁵ deutlich. Sie analysierten, wie Wohnungen und Wohnräume gestaltet und deshalb umgebaut werden müssten, um den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten einer geriatrischen Rehabilitationsklinik zu entsprechen, damit diese nach Hause entlassen werden könnten. Die objektiven Bedürfnisse, die von Experten genannt wurden, deckten sich nur eingeschränkt mit den subjektiven der Betagten. Deutlich wird an den Untersuchungen von Engelter und Preuss auch, dass die kognitiven Entscheidungsstrukturen der Expertengruppe und der Gruppe der betagten Patientinnen sich nicht decken. Letztere wollen überwiegend einen Heimeintritt vermeiden.

Es darf an Betrachtung dieser sozialwissenschaftlichen Befunde, die sich mit den Hypothesen der betriebswirtschaftlichen Standardliteratur (wie z.B. Meister und Meister und der dort referierten Untersuchungen) decken, davon ausgegangen werden, dass die Qualitätsdimensionen, die für die Heimleitung und die im Heim Beschäftigten in ihrer Bedeutung zentral sind, sich nur in einem ungenügenden Ausmass mit denen der Bewohnerinnen decken. Insbesondere messen diese den instrumentellen/technokratischen, wenn man so will "harten" Qualitätskriterien (die zu einem wesentlichen Ausmass die berufliche Identität der im Heim arbeitenden Professionen bestimmen) eine geringere Bedeutung zu als "weichen", wie etwa der Beziehungsqualität¹⁶, die offenkundig zentral als durch die Autonomie beeinflusst angesehen wird.

Diese Argumentation findet ihre Stütze auch darin, als sich zeigen lässt, dass demente Heimbewohnerinnen nicht mehr zwischen den einzelnen Professionen im Heim unterscheiden, sondern ausschliesslich zwischen Personen. Ob eine Behandelnde Ärztin oder Krankenschwester ist, Physiotherapeutin oder Pflegehilfe, hat für deren Wahrnehmung sowie die Interpretation und Beurteilung dieser Wahrnehmung keine Bedeutung. Von Einfluss ist nur die Beziehung zur betreffenden Person¹⁷. Die berufliche Identität der Mitarbeiterinnen im Heim, die ihre Qualitätskriterien bestimmt und die sie als übereinstimmend mit denen der Bewohnerinnen setzen, decken sich nicht mit der Identität der Bewohnerinnen und den daraus resultierenden Qualitätskriterien wie -dimensionen.

Diese Befunde sind bei der Konstruktion von Erfassungsinstrumenten von Qualität im Heim zu berücksichtigen. Selbstverständlich gilt das auch für die Konstruktion von Standardinstrumenten. Die meisten Standardinstrumente zur Erfassung der Zufriedenheit im Heim berücksichtigen diese Befunde aber nur ungenügend. Entweder werden Instrumente, die zur Erfassung der Kundenzufriedenheit entwickelt worden sind, auf das Heim übertragen, oder die Qualitätsdimensionen und -kriterien der Mitarbeitenden im Heim sind dominant. In beiden Fällen wird aber nicht oder zuwenig danach gefragt, was für die Bewohnerinnen überhaupt Qualität im Heim ausmacht¹⁸.

Das heisst nicht, dass überhaupt nicht nach Vorstellungen von Bewohnerinnen gefragt wird. Nur wird in einer problematischen Art und Weise danach gefragt, indem die Bewohnerinnen geschlossene Fragen erhalten. Sie können dann das Qualitätskriterium, das durch die Frage abgedeckt ist, mit Hilfe einer Fünferskala nach seiner Bedeutung beurteilen. Diese Fragen wiederum basieren auf Annahmen der Mitarbeiterinnen im Heim. Ein solches methodisches Vorgehen muss immer zur Konsequenz haben, dass nur ein vorgegebenes Inventar von Qualitätskriterien nach seiner Bedeutung erfasst wird. Die relevante Frage, welche denn für die Bewohnerinnen die tatsächlich bedeutsamen Qualitätskriterien seien, wird nicht gestellt. Letztlich können die Befragten immer nur sagen, dass sie ein vorgegebenes Kriterium für bedeutsam oder nicht bedeutsam halten, aber nie, welche Kriterien überhaupt bedeutsam seien. Ausserdem gilt es zu berücksichtigen, dass Bewohnerinnen unter diesen Bedingungen dazu tendieren, alles als bedeutsam und als gut zu beurteilen¹⁹.

Kunden ?

Ein weiterer kritischer Aspekt bei Zufriedenheitsbefragungen liegt darin, dass die befragten Personen auf Kunden reduziert werden. Diese Begrifflichkeit und die damit verbundenen theoretischen Aspekte sind problematisch. Impliziert wird damit nämlich eine ökonomisierte Betrachtung des Heimes und des Lebens im Heim. Die Kundenperspektive ist dann angebracht, wenn das Verhalten von Menschen und die Interaktion zwischen Menschen der Logik des Marktes gehorchen und somit das Verhältnis zwischen Anbieter und Nachfrager primär ökonomischen Regeln unterliegt. Das setzt nach den üblichen marktwirtschaftlichen Vorstellungen Konkurrenz, Markttransparenz und Informiertheit über den Markt sowie Entscheidungsfreiheit voraus. Diese Bedingungen sind beispielsweise bei Fluglinien oder Autoherstellern einigermaßen gegeben. In diesen Märkten bietet die Kundenzufriedenheit demzufolge hinreichende Information und ist als zentrale Grösse für Qualität geeignet. So lässt es den Automobilkäufer oder den Benutzer einer Fluglinie kalt, welche Sprach- oder Sozialkompetenz der Pilot oder der Schweisser der Autofabrik haben. Auch will er nicht wissen, ob ihr Verhalten im Alltag bürgerlichen Anstandsnormen entspricht. Im Heim ist es offensichtlich nicht so.

Die genannten Bedingungen für das Funktionieren von Märkten (Konkurrenz, Markttransparenz und Informiertheit über den Markt sowie Entscheidungsfreiheit) sind bei einem Pflegeheimenritt in der Regel nicht gegeben. Die ausschliessliche Fixierung auf eine Kundenperspektive muss deshalb zu kurz greifen. Ausserdem übersieht diese, dass Bewohnerinnen "total" im Heim leben und nicht nur ein Produkt oder eine Dienstleistung nachfragen. Sie erwarten zu Recht eine Vielzahl von "Produkt"-Elementen, insbesondere aber auch Sinnstiftung, Berücksichtigung der Menschenwürde, Autonomie - existenzielle Bedürfnisse, die letztlich nicht unter den Begriff "Produkt" fallen können.

Das Leben im Heim wird also durch eine Produkt- oder Dienstleistungsfokussierung nur unzureichend erfasst. Die Kundenperspektive darf zwar nicht vernachlässigt werden, sie reicht aber nicht aus, wie R.L.Rubinstein²⁰ verdeutlicht. In medikalisierten Pflegeheimen ist seines Erachtens zu erwarten, dass die Kundenperspektive dominiert wird durch die Patientenperspektive. Diese Erwartung dürfte auf die Pflegeheime in den USA stärker zutreffen als auf die in Europa, da diese weniger medikalisiert sind. Die Medikalisierung führe dann dazu (so Rubinsteins Argumentation), dass die Bewohnerinnen als Konsumentinnen medizinischer Dienstleistungen gesehen werden, was die Definitionsmacht darüber, was sie brauchen, bei den Mitarbeitenden im Heim belasse. Deshalb werde die Lebensqualität im Heim dann hauptsächlich gesundheitsbezogen interpretiert. Nach Rubinstein ist diese Perspektive viel zu eng. Für die meisten Bewohnerinnen von Heimen dürfte der Befund von Rubinstein zutreffen, dass sie in ihrer eigenen Wahrnehmung als "ganze" Person im Heim leben und nicht nur als kranke.

Akzeptiert man diesen Befund, lässt sich unschwer folgern, dass die Definitionsmacht darüber, welche Bedürfnisse eine Bewohnerin oder ein Bewohner haben, bei ihr respektive ihm liegen muss. Ihre Bedürfnisse, ihre Erklärungen, ihre Person mit ihrer Biographie geben letztlich den Ausschlag darüber, was sie nötig haben und brauchen. Das hat zur Konsequenz, dass Lebensqualität im Heim nicht ausschliesslich unter einer defizitären Perspektive gesehen wird.

Deshalb ist die Frage nach der Zufriedenheit im Heim und damit nach der Lebensqualität umfassender. Rollentheoretisch formuliert spielen die Bewohnerinnen von Heimen weder ausschliesslich eine Kunden- noch ausschliesslich eine Patientenrolle. Vielmehr spielen sie die in einer modernen Gesellschaft üblichen Rollen, und dieser Vielfalt muss eine Befragung nach Möglichkeit gerecht werden. Diese Forderung deckt sich mit jener der aktuellen Altersforschung²¹, die zeigt, dass Altern ein höchst unterschiedlicher Prozess ist, der eine Vielfalt von Lebenslagen und -stilen aufweist. Dieser Vielfalt ist durch eine entsprechend differenzierte Befragung gerecht zu werden, was heikel und nicht einfach ist.

Dieser letzte Befund gilt auch für einen weiteren Problemkreis, der bei der Befragung von Bewohnerinnen zu beachten ist. Angesprochen ist das Problem, dass nach gängiger Auffassung eine Reihe von Betagten nicht mehr befragt werden können. Viele Qualitätssicherungs-Systeme, die Zufriedenheit und Lebensqualität von Bewohnerinnen durch Befragungen erfassen wollen, richten sich ausschliesslich an solche, die "befragungsfähig" sind. Was das konkret heisst, wird meistens nicht gesagt. Es liegt im Belieben der betreffenden Heimes, Namen von befragungsfähigen Bewohnerinnen zu nennen. Das stellt unter wissenschaftlichen, aber auch unter ethischen Aspekten eine problematische Einschränkung dar. Eine übliche Strategie ist dann, dass man Bezugspersonen danach befragt, wie - ihrer Ansicht nach - die nicht mehr Befragungsfähige urteilen würde. Unterstellt wird, dass diese Bezugspersonen stellvertretend die Antworten in etwa so geben können, wie sie die Betagte selber geben würde, da sie per definitionem (sonst wären sie ja nicht Bezugspersonen) die Wünsche und Urteile der Betagten kennen. Ist diese Annahme - selbst wenn sie nur von einer Annäherung ausgegangen wird - haltbar ? Oder anders gefragt: Was ist über die Qualität der Daten, die mit Hilfe von Stellvertretern gewonnen werden, bekannt ?

Qualitäts-Urteile von Stellvertretern

Um das Resultat einiger Untersuchungen, die dieser Frage nachgegangen sind, vorweg zu nehmen: Urteile von Stellvertretern weichen von andern erhobenen Urteilsäusserungen erheblich ab, und Urteile von Stellvertretern sind in sich nicht konsistent. Verschiedene Gruppen von Stellvertretern geben unterschiedliche Urteile darüber ab, wie die Betagten urteilen würden, wenn sie könnten. Das gilt für Urteile von Angehörigen und Freunden wie von Aerzten und Aerztinnen sowie des Pflegepersonals. Lavizzo-Mourey et.al.²² erhoben 1988 die Qualitätsurteile bei 152 Bewohnerinnen und 152 Stellvertretern, und zwar hatten beide Gruppen der Befragten 5 allgemeine und 21 spezifische Fragen über Qualitätskriterien zu beantworten. Die Uebereinstimmung der Urteile zwischen den beiden Gruppen ist gering (Korrelation zwischen .10 und .55), wobei die Uebereinstimmung bei den allgemeinen Fragen am grössten ist. Lavizzo-Mourey et.al. ziehen den Schluss, das "Stellvertreter nicht mit ausreichender Genauigkeit das Urteil der Bewohnerin über die Qualität des Heimes wiedergeben können und dass das Urteil von Stellvertretern nicht anstelle des Urteils der Bewohnerin verwendet werden darf"²³.

Mattimore et.al.²⁴ untersuchten, wie weit sich der Wunsch eines Patienten, dauernd in einem Pflegeheim leben zu wollen (nicht etwa "sollen"), mit den Urteilen über diesen Wunsch von Aerzten und Stellvertretern deckten. Stellvertreter waren definiert als die Personen, die entschieden, wenn der befragte Patient das nicht konnte. Die Stichprobe umfasste 3262 Patienten in 5 Spitälern. Die Stichprobe dieser Untersuchung umfasste also nicht nur Betagte. Interessanterweise spielten aber das Alter und andere sozioökonomische Variablen (wie etwa Schulbildung usw.) keine Rolle, auch die Diagnose nicht, denn unabhängig von Alter und diagnostiziertem Gesundheitszustand "wurden die Wünsche der Patienten häufig von Aerzten und Stellvertretern missverstanden"²⁵: Nur in 35% der Fälle deckten sich Urteile der Stellvertreter und der Patienten, gar nur in 18% der Fälle die der Aerzte und der Patienten.

Eine Befragung von Pflegenden über die Fertigkeiten der von ihnen gepflegten Alzheimer-Patienten ergab zwar eine ausreichende Uebereinstimmung der in der Befragung genannten Fertigkeiten mit den tatsächlichen. Wurde nach der Häufigkeit, mit der diese Fertigkeiten durch die Patientinnen angewandt wurden, gefragt, ergab sich eine geringe Uebereinstimmung dieser Häufigkeitseinschätzungen mit dem tatsächlichen, in Beobachtungen festgestellten Verhalten²⁶. Mit der Uebereinstimmung der Urteile der Bewohnerinnen mit den Urteilen der drei Stellvertreter-Gruppen Familienangehörige, Familienangehörige verstorbener Bewohnerinnen sowie des Pflegepersonals befassten sich Meister und Boyle²⁷. Dabei mussten für 15 Qualitätsindikatoren ein Bedeutungsurteil und ein Qualitätsurteil abgegeben werden. Die Resultate dieser Beurteilungen zeigen sowohl signifikante Unterschiede innerhalb wie zwischen den Gruppen. Das Urteil der Familienangehörigen ist ausserdem abhängig von der Besucherhäufigkeit im Heim, und zwar tendieren Familienangehörige, die das Heim und den Patienten häufig besuchen, dazu, die Pflegequalität signifikant tiefer zu beurteilen als dies Familienangehörige tun, die das Heim selten besuchen²⁸. Pflegende schliesslich unterstützen systematisch das Ausmass von dem, was Patientinnen als gute Pflege beurteilen²⁹.

Was zu tun ist

Behauptungen zur Nicht-Befragbarkeit von Bewohnerinnen sind oft empirisch-analytisch nicht haltbar. Denn grundsätzlich können viele, die für nicht befragbar deklariert werden, befragt werden. Allerdings ergeben sich dabei mehrere Probleme, die im folgenden dargestellt werden. Es gilt also Probleme aufzuzeigen, Hinweise für einen pragmatischen Umgang mit diesen Problemen zu machen, die Erfahrungen anderer miteinzubeziehen und davon zu lernen. Dabei hat immer der Satz Gültigkeit, dass niemand im Heim grundsätzlich durch die Anlage der Befragung ausgeschlossen sein darf. Mit dieser Maxime und ihrer Anwendung soll auch vermieden werden, dass die Auswahl der Befragten in den Händen der Heimverantwortlichen liegt und so Manipulationen möglich werden.

Fünf Problembereiche werden im folgenden thematisiert: Was ist zu fragen, oder welches sind die relevanten Qualitätsdimensionen der Bewohnerinnen? Wie ist zu fragen? Wann ist zu fragen? Wie sind die Daten auszuwerten und zu interpretieren? Welche Schlussfolgerungen lassen die Daten zu?

Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass ein Qualitätsurteil solange nichts aussagt, als nicht bekannt ist, ob die Dimension oder der Gegenstand, zu dem das Urteil abgegeben wird, für die Befragten überhaupt von Bedeutung ist. Damit stellt sich die Frage, welche die für die Bewohnerinnen des Heimes relevanten Qualitätsdimensionen seien? Es sind hier genügend Hinweise gemacht worden, dass sich diese Qualitätsdimensionen nicht mit denjenigen decken, die die im Heim Beschäftigten vermuten. Vielmehr darf geschlossen werden, dass für die Bewohnerinnen die folgenden Qualitätsdimensionen zentral sind:

Autonomie (verstanden als Entscheidungsfreiheit und Kontrolle über diese Entscheidungen und deren Resultate);

Empathie (verstanden als Fähigkeit zur gedanklichen Einnahme der Perspektive des andern in der Kommunikation);

Privatheit (verstanden als Respektierung von räumlichen, sozialen und personalen Grenzen);

Sicherheit (verstanden als Absehbarkeit von Strukturen und Prozessen sowie der Reaktionen anderer auf

das eigene Verhalten, Akzeptanz im Heim);

Diese Dimensionen decken sich teilweise mit denen einer Forschergruppe (Uman et al.), die das Ziel hat, ein Befragungsinstrument für alle Betagten in Heimen, also auch für Demente, zu entwickeln. Uman et al.³⁰ betrachten folgende Dimensionen als zentral: Autonomie, Kommunikation, Gesellschaft, Essen und Umgebung, Hilfe und Betreuung, Sicherheit. Die Forschergruppe kann zeigen, dass diese Dimensionen sowohl für nicht kognitiv behinderte wie kognitiv behinderte Bewohnerinnen von Heimen zuverlässig zentral sind³¹. Vier der sechs Dimensionen decken sich mit den hier vorgeschlagenen. Die zwei andern - Essen und Umgebung sowie Hilfe und Betreuung - werden hier nicht als zentrale Qualitätsdimensionen verstanden, sondern als Indikatoren für die andern vier. In Essen und Umgebung sowie in Hilfe und Betreuung realisieren sich im Heimalltag die andern vier Qualitätsdimensionen. Sie bilden so die Basis für die Operationalisierung und sind Ausgangspunkt für die konkreten Fragen, die gestellt werden.

Ausgangspunkt für die Operationalisierung ist der Grundsatz, dass sich diese Dimensionen in Verhalten ausdrücken (und nicht in Einstellungen), und dass dieses Verhalten immer kommunikativ ist. Gefragt werden kann also nicht "Sind Sie mit Ihrer Autonomie zufrieden?", und ebenso unzulässig ist die Frage "Glauben Sie, dass das Personal Ihre Autonomie respektiert?", sondern der Begriff der Autonomie ist in den Heimalltag und in den individuellen Alltag der Befragten zu übertragen. Um dies an einem Beispiel zu verdeutlichen: Essen ist bedeutungsvoll für den Alltag im Heim. Autonomie bezüglich Essen könnte folgendermassen operationalisiert werden: "Entscheiden Sie, wann Sie essen?", oder "Entscheiden Sie, was Sie essen?", oder "Entscheiden Sie, wo Sie essen?", oder "Entscheiden Sie, wieviel Sie essen?" Ein anderer Bereich, der den Alltag im Heim bestimmt, ist das Schlafen. Die operationalisierte Frage könnte dann lauten: "Entscheiden Sie, wann Sie schlafen?" usw. Zu wenig mit dem Alltag verbunden ist die Operationalisierung der Empathie in der Frage "Hört das Personal auf Sie?", voll verknüpft mit dem Alltag ist die Frage "Hilft man Ihnen beim Anziehen?"³²

Die Alltagsbereiche, die hier beispielhaft ausgewählt wurden, verweisen auf einige Probleme. So kann der Bereich Essen dann nicht gewählt werden, wenn im Speisesaal zu vorgegebenen Zeiten mit fixen Plätzen gegessen werden muss. Auch bei dauernd bettlägerigen Patientinnen oder bei solchen, die während einer bestimmten Periode parenteral ernährt werden, kann dieser Bereich des Alltages nicht gewählt werden. Schliesslich braucht nicht jede Betagte Hilfe beim Anziehen. In allen drei Beispielen ist die Struktur des Heimes respektive die Situation der Betagten ausschlaggebend für die gewählte Operationalisierung. Es wird vorgeschlagen, diesem Problem mit einer multiplen Fragekonstruktion zu begegnen. Was darunter zu verstehen ist, wird noch zu erläutern sein.

Gleichzeitig verweisen die Beispiele einmal mehr darauf, dass Heime Aspekte der totalen Institution aufweisen, an die sich Bewohnerinnen in dem Sinne anpassen, als dass sie "Hilflosigkeit lernen"³³. Dadurch werden aber Grenzen dessen deutlich, was überhaupt befragbar ist. Es macht wenig Sinn, Aspekte der vier Qualitätsdimensionen so zu operationalisieren, dass bei gegebener Struktur des konkreten Heimes irrelevant sind. Vielmehr bestimmt eine gegebene Struktur das Befragbare. Das bedeutet, dass die Strukturqualität anders erfasst werden muss. Eine andere Grenze des Befragbaren ergibt sich aus den Einsichten der geriatrischen Interventionsforschung. W. Saupp und H. Schröppel zeigen beispielsweise, dass ihre Untersuchung über "die Auswirkungen von Wahl-, Entscheidungs-, Einfluss-, Kontroll- und Mitwirkungsmöglichkeiten auf die psychophysische Befindlichkeit von rüstigen hochbetagten Altenheimbewohnern ... insgesamt gesehen ... positive, im Ausmass aber eher moderate Effekte erkennen (lies)"³⁴. Diese Zusammenfassung ist nicht nur inhaltlich, sondern auch methodisch zu verstehen: "Die Belastbarkeit der Probanden durch die empirische Erhebung ist sehr viel niedriger anzusetzen als bei einer jüngeren Stichprobe. Dies äussert sich ... in der Kürze von Interviews, im beschränkten Einsatz von schriftlichem Erhebungsmaterial oder im geringen Differenzierungsniveau von Antwortalternativen"³⁵.

Generell gilt bei der Operationalisierung demzufolge die Regel, dass Fragen kurz zu sein haben. Sie dürfen keine Konditional- und Nebensätze enthalten³⁶. So ist die Frage "Wenn Sie etwas brauchen, hilft man Ihnen sofort?" für viele Betagte wegen ihrer konditionalen Form schwer verständlich, während die Formulierung "Hilft man Ihnen sofort?" verstanden wird³⁷. Kurze Fragen helfen auch, dass die Befragung nicht zu lang wird. In der Regel sollte sie nicht länger als 5 bis 10 Minuten dauern. Kann dieser Zeitrahmen nicht eingehalten werden, so ist einer zu langen Befragung eine Aufteilung auf verschiedene Zeitpunkte vorzuziehen.

Soll schriftlich oder mündlich befragt werden? Die Regel, dass grundsätzlich alle Bewohnerinnen an der Befragung teilnehmen können müssen, legt den Ausschluss der schriftlichen Befragung nahe: "Written survey is out"³⁸. Mündliche Befragung in der vertrauten Umgebung der Betagten durch eine sehr sorgfältig geschulte Interviewerin muss die Regel sein. Diese Schulung soll Informationen über die kognitive Leistungsfähigkeit und Beeinträchtigungen von Betagten enthalten, aber auch Informationen über zusätzliche Erklärungen und Hilfen, welche die Befragten geben können, ohne Verzerrungen der Antworten zu bewirken³⁹. Die Schulung darf nicht nur Informationen enthalten, sondern es muss auch verzerrungsminimierendes Verhalten geübt werden. Das Training hat zudem dem Einüben einer Reihe von

spezifischen Techniken zu dienen, die es ermöglichen, dass die Befragung gelingt⁴⁰. Diese Techniken sollen die Aufmerksamkeit der Befragten gewinnen und erhalten (z.B. durch Augenkontakt, eine langsame Annäherung, den häufigen Gebrauch des Namens der Befragten usw.), oder es ermöglichen, die Umgebung zu kontrollieren und deren Einflüsse zu minimieren (z.B. dadurch, dass Fenster dann geschlossen werden, wenn Lärm oder vorbeifahrende Autos die Aufmerksamkeit des Befragten auf sich ziehen könnten). Bei der Konzeption dieser Schulung ist insbesondere zu beachten, dass die Befragerinnen über den gleichen Wortschatz und die gleichen Kommunikationsregeln wie die Befragten verfügen müssen⁴¹.

Eine Individualisierung der Befragung setzt zwingend voraus, dass je nach Bedürfnissen, Fertigkeiten und Alltag der Befragten die Befragerinnen eine Reihe von gleich validen und reliablen Fragen zur Verfügung haben, die sie dann je nach Befragter einsetzen können. Damit wird ein Vorschlag von Guadagnoli und Cleary⁴² aufgenommen, die postulieren, dass mit dem Entwurf multipler Fragen die Zahl der nicht befragbaren und der nicht antwortenden Befragten erheblich reduziert werden kann. Die verlangte Individualisierung findet ihre Begründung auch darin, dass es grosse Unterschiede in den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Bewohnerinnen gibt. Deshalb ist eine Befragung über die generelle Zufriedenheit gar nicht nötig oder sie bringt wenig. Die Individualisierung hat zur Konsequenz, dass bei gutem Status einer Befragten mehr gefragt werden kann als üblich. Ueber seine Eindrücke während der Befragung und von Befragten muss die Befragerin schriftlich in einem Protokoll nach Vorgaben Auskunft geben.

Die Befragung hat ohne die Anwesenheit von Dritten und ungesört abzulaufen. Sind Mehrbettzimmer vorhanden, ist ein anderer Raum als Ort der Befragung zu wählen, der aber der Befragten vertraut sein muss. Daraus ergeben sich auch die Kriterien für die Antwort auf die Frage "Wann ist zu befragen?" Sicher nicht dann, wenn die Tagesabläufe im Heim Störungen zwangsläufig machen, sicher nicht dann, wenn die Befragte Besuch hat, sicher nicht dann, wenn die Befragte lieber an der Aktivierung teilnehmen möchte usw. Das macht die Wahl des geeigneten Zeitpunktes nicht einfach. Es ist vielmehr damit zu rechnen, dass eine Befragerin mehrere Anläufe unternehmen muss, bis eine störungsfreie Befragung möglich ist. Im Lichte amerikanischer Untersuchungen und Erfahrungen ist ausserdem davon auszugehen, dass zweimal pro Jahr zu befragen ist⁴³. Dieses Postulat findet eine weitere Stützung darin, dass die durchschnittliche Verweildauer der Befragten im Heim immer kürzer wird. Will ein Heim also die Erwartungen und Urteile seiner aktuellen Bewohnerinnen ernst nehmen, tut es gut daran, diese in kürzeren Abständen einzuholen.

Abschliessend ist noch nach den Implikationen der Resultate zu fragen, ohne dass auf Probleme bei der Auswertung der Daten eingegangen wurde. Sicher ist es so, dass eine Befragung und ein Auswertungsbericht nur den ersten Schritt darstellen. Der Auswertungsbericht muss reflektiert und besprochen, nach Möglichkeit mit den Ergebnissen anderer Heime sowie mit grundlegenden Daten verglichen und in geeigneter Form allen im Heim zugänglich gemacht werden. Die nächsten Schritte sind die, die ein authentisches Qualitätsmanagement verlangen würden.

Diese Hinweise müssen deutlich gemacht haben, dass Befragung im Heim schwierig aber nicht aussichtslos ist, und dass die Lösung der Probleme auf keinen Fall in der Verwendung von gängigen, standardisierten Erfassungsinstrumenten liegt, die zudem in der Regel schriftlich eingesetzt werden. Vielmehr müssen valide und reliable Fragen, die kurz sind und keine Konditionalsätze enthalten, die ausserdem so gestaltet sind, dass sie dem Alltag der Befragten individuell angepasst sind und die die Operationalisierung der vier zentralen Qualitätsdimensionen enthalten, erst noch geschaffen werden.

Heime sind also gefordert. Es ist nicht vorstellbar, dass die präsentierten Bedingungen von einem Heim alleine erfüllt werden könnten. Aussichtsreich und hilfreich ist es sehr wahrscheinlich, wenn bei der Suche nach praktikablen Lösungen, die gültige und zuverlässige Resultate liefern, nicht isoliert und nur auf das eigene Heim bezogen vorgegangen wird. Diese Idee drängt sich auch aus finanziellen Überlegungen auf. Es gilt also, ein Forum zu schaffen, in dem Erfahrungen mit Qualitätsbefragungen von Heimbewohnerinnen gesammelt, analysiert, dokumentiert und in Konfrontation mit der Fachliteratur weiterverbreitet werden. Ein entsprechender Verein, (eine Gesellschaft, eine Vereinigung) ist ein gangbarer Weg. Naheliegenderweise sollte dieser Verein nicht nur der organisatorische Ort für die Sammlung, Dokumentation und Reflexion von Erfahrung sowie Schulung sein, sondern er hätte auch über die regionalen oder nationalen Grenzen hinaus zu wirken, entsprechende Kontakte zu suchen und Erfahrungen anderer Länder und Kulturen zu vermitteln. Denn das Problem, um das es hier geht, endet nicht an den deutschschweizerischen, tirolischen und bayerischen Grenzen.

Ein solcher Verein soll die Fachlichkeit sicherstellen. Exponenten der Heimwelt mit Expertenwissen müssten dazugehören und mitarbeiten. Nur so ist der permanente Austausch zwischen Praxiserfahrung und genereller Kompetenz in der Sozialforschung möglich. Dadurch könnten beide Gruppen gewinnen: Heime profitierten von den Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten der Experten, diese bekämen einen vertieften Einblick in ein relevantes Praxisfeld. Es würde so möglich, die engen Grenzen des Expertendiskurses zu durchbrechen, ohne aber die Fachlichkeit und die Kompetenz aufzugeben.

Das Forum (Verein, Vereinigung, Gesellschaft) wird sich bewusst werden müssen, dass die Erhebung von

Urteilen von Bewohnerinnen im Kontext der Institution Heim anzulegen, zu interpretieren und Konsequenzen aus den Befragungen dann auch umzusetzen sind. Damit ist angetönt, dass die neue Vereinigung sich grundsätzlich mit allen zentralen Fragen zur Qualität auseinandersetzen hat.

Literaturhinweise

- ¹ W.Hug, zit.nach W.Schwörbel et.al., Ethik, Köln 1995, S.157
- ² U.Meister und H.Meister, Kundenzufriedenheit im Dienstleistungsbereich, München und Wien 1998, S.27ff.
- ³ H.Blonski, Service-Management in der Pflege, Hagen 1998; U.Meister und H.Meister, a.a.O., S.5ff
- ⁴ U.Meister und H.Meister, a.a.O.,S.63ff
- ⁵ Ebenda, S.63
- ⁶ N.Schwarz und S.Sudmann, Hrsg., Context Effects in Social and Psychological Research, New York 1992; dies., Hrsg., Answering Questions, Methodology for Determining Cognitive and Communicative Processes in Survey Research, San Francisco 1996
- ⁷ R.A.Kane et.al., Everyday Matters in the Lives of Nursing Home Residents: Wish for and Perception of Choice and Control, in Journal of the American Geriatrics Society, vol.45, 1997, S.1086 - 1093
- ⁸ M.Bliesmer und P.Earle, Nursing Home Quality Perceptions, in Journal of Gerontological Nursing, vol.19, 1993, S.29
- ⁹ L.Grau et.al., Nursing Home Residents' Perceptions of the Quality of Their Care, in Journal of Psychological Nursing, vol.33, 1995, S.34 - 41
- ¹⁰ C.Meister und C.Boyle, Perceptions of Quality in Long-Term Care: A Satisfaction Survey, in Journal of Nursing Care Quality, vol.10 (H.4), 1996, S.40 - 47
- ¹¹ M.Bliesmer und P.Earle, a.a.O., S.27 - 34
- ¹² J.T.Berger und D.Majerovitz, Stability of Preferences for Treatment Among Nursing Home Residents, in The Gerontologist, vol.38, 1998, S.217 - 223
- ¹³ C.L.Lindgren und A.D.Linton, Problems of Nursing Home Residents: Nurse and Resident Perceptions, in Applied Nursing Research, vol.4, 1991, S.113 - 121
- ¹⁴ K.Engelster, Entwicklung eines Instrumentes zur Ermittlung des subjektiven Wohnraumanpassungsbedarfs geriatrischer Patientinnen, Diplomarbeit der Fachhochschule Frankfurt a.M., Fachbereich Pflege und Gesundheit, Frankfurt a.M. 1999
- ¹⁵ R.Preuss, Entwicklung eines Instrumentes zur Ermittlung des objektiven Wohnraumanpassungsbedarfs geriatrischer PatientInnen, Diplomarbeit der Fachhochschule Frankfurt a.M., Fachbereich Pflege und Gesundheit, Frankfurt a.M. 1999
- ¹⁶ A.C.Mattiasson und L.Andersson, Quality of nursing home care assessed by competent nursing home patients, in Journal of Advanced Nursing, vol.26, 1997, S.1117 - 1124
- ¹⁷ G.C.Uman et.al., Satisfaction Surveys with the Cognitive Impaired, in J.Cohen-Mansfield et.al., Hrsg., Satisfaction Surveys in Long-Term Care, New York 2000, S.166 - 186
- ¹⁸ E.Babakus und W.A.Mangold, Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation, in Health Services Research, vol.26, 1992, S.767 - 786; J.S.Zinn et.al., Measuring Satisfaction With Care in the Nursing Home Setting: The Nursing Home Resident Satisfaction Scale, in The Journal of Applied Gerontology, vol.12, S.452 - 465; S.A.Scardino, SERVQUAL: A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care, in Journal of Nursing Care Quality, vol.8, 1994, S.38 - 46; B.L.Westra et.al., Development of the Home Care Client Satisfaction Instrument, in Public Health Nursing, vol.12, 1995, S.393 - 399; M.A.Davis et.al., Measuring Quality of Nursing Home Service: Residents' Perspective, in Psychological Reports, vol.81, 1997, S.531 - 542
- ¹⁹ A.Pearson et.al., Quality of care in nursing homes: From the resident's perspective, in Journal of Advanced Nursing, vol.18, S.20 - 24
- ²⁰ R.L.Rubinstein, Resident Satisfaction, Quality of Life, and "Lived Experience" as Domains to be Assessed in Long-Term Care, in J.Cohen-Mansfield et.al., a.a.O., S.14 - 28
- ²¹ z.B. F.Höpflinger und A.Stuckelberger, Alter, Anziani, Vieillesse, Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP, Bern 1999
- ²² R.J.Lavizzo-Mourey et.al., Ability of Surrogates to Represent Satisfaction of Nursing Home Residents with Quality of Care, in Journal of the American Geriatrics Society, vol.45, 1992, S.39 - 47
- ²³ dies. et.al., a.a.O., S. 46
- ²⁴ T.J.Mattimore et.al., Surrogate and Physician Understanding of Patients' Preferences for Living Permanently in a Nursing Home, in Journal of the American Geriatrics Society, vol.45, 1997, S.818 - 824
- ²⁵ dies. et.al., a.a.O., S.823
- ²⁶ J.J.McCann et.al., Concordance Between Direct Observation and Staff Rating of Behaviour in Nursing Home Residents With Alzheimer's Disease, in Journal of Gerontology, 1997, S. P63 -P72
- ²⁷ C.Meister und C.Boyle, a.a.O.
- ²⁸ M.W.Collier et.al., Families as Monitors of Quality of Care in Nursing Homes, in Psychological Reports, vol.75, 1994, S.1242 - 1246
- ²⁹ M.R.Lynn und B.J.McMillen, Do Nurses Know What Patients Think is Important in Nursing Care?, in Journal of Nursing Care Quality, vol.13, 1999, S. 65 - 74
- ³⁰ G.C.Uman et.al., a.a.O., S.173; E.DePoy und L.Archer, The meaning of quality of life to nursing home residents; A naturalistic investigation, in Topics in Geriatric Rehabilitation, vol. 7, 1992, S.64 - 74
- ³¹ G.C.Uman et.al., a.a.O., S.171ff
- ³² J.F.Schnelle et.al., Methods for Measuring Consumer Satisfaction in Nursing Homes, unveröffentlichtes Manuskript, 1995, S. 6
- ³³ U.Ruthemann, Einflussmöglichkeiten des Heimbewohners, in Altenheim, vol. 31, 1992, S.234 - 245
- ³⁴ W.Saupp und H.Schröppel, Wenn Altenheimbewohner selbst bestimmen können, Möglichkeiten und Grenzen der Interventionsgerontologie, Augsburg 1993, S.153

- dies., a.a.O., S.154
- ³⁶ J.F.Schnelle et.al., a.a.O., S. 4; G.C.Uman et.al., a.a.O., S. 166 - 186
- ³⁷ ders. et.al., a.a.O., S. 5
- ³⁸ ders. et.al., a.a.O., S. 4
- ³⁹ G.C.Uman et.al., a.a.O., S. 172
- ⁴⁰ dies. et.al., a.a.O., S. 183
- ⁴¹ K.Kühn und R.Porst, Befragung alter und sehr alter Menschen: Besonderheiten, Schwierigkeiten und methodische Konsequenzen. Ein Literaturbericht, ZUMA-Arbeitsbericht 99/03, Mannheim 1999; G.C.Uman et.al. a.a.O., S. 183
- ⁴² E.Guadagnoli und P.D.Cleary, Age Related Item Nonresponse in Survey of Recently Discharged Patients, in Journal of Gerontology, vol. 47, 1992, S. 206 - 212; ähnlich J.S.Jackson, Methodological Issues in Survey Research on Older Minority Adults, in M.P.Lawton und A.R.Herzog, Hrsg., Special Research Methods for Gerontology, Amityville 1989, S. 137 - 161
- ⁴³ J.F.Schnelle et.al., a.a.O., S. 7; C.Uman et.al., a.a.O., S. 172
-

Die Herren Gebert und Kneubühler haben u.a. das folgende Buch herausgegeben, welches mit dem Vontobel-Preis 2001 ausgezeichnet wurde:

Gebert, Alfred J und Kneubühler, Hans-Ulrich, Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Bern: Hans Huber Verlag.

Im pdf_Format zum Download

[Zum Gerontologietag 2002](#)

[Zur Homepage](#)

[Zum Archiv](#)

Last update: R.Müller am 14.10.02