

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld

ISSN 1435-408X

P03-124

**Studien zur Nutzerperspektive
in der Pflege**

Klaus Wingenfeld

Erweiterte Neuauflage des Papers P02-118
Bielefeld, Dezember 2003

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	1
1. Einführung in die Thematik	2
1.1 Konjunkturen und Kontexte	2
1.2 Befragungen	7
1.3 Das Konstrukt Zufriedenheit.....	10
2. Was erwarten und wie beurteilen Pflegebedürftige?.....	13
2.1 Erwartungen als abhängige Größe	13
2.2 Bewältigungsanforderungen als Basis von Erwartungen	14
2.3 Harmonie	21
2.4 Was verstehen Sie unter einer guten Pflege?	23
2.5 Zufriedenheitsäußerungen und Kritik	26
2.6 Gute Pflege und fachliche Qualität	29
2.7 Fazit	31
3. Ergebnisse einer standardisierten Befragung.....	34
3.1 Methodisches Vorgehen.....	34
3.2 Organisatorische Aspekte	36
3.3 Verhalten als Indikator für Zustimmung oder Kritik	38
3.4 Merkmale des Pflegehandelns	42
3.5 Fazit	45
4. MigrantInnen als Nutzer pflegerischer Leistungen	47
4.1 Migration und Ausländerstatus.....	48
4.2 Barrieren auf dem Weg in die Versorgung	50
4.3 Vorstellungen zur Versorgung im Alter.....	54
4.4 Sprachliche Verständigung im Pflegealltag.....	59
4.5 Umgangsformen und Lebensgewohnheiten	61
4.6 Geschlechterrollen und soziale Wertschätzung.....	63
4.7 Krankheits- und Pflegeverständnis.....	66
4.8 Kumulation von Problemlagen am Beispiel Aids.....	69
4.9 Schlussbemerkung.....	71
5. Ausblick	73
Literaturverzeichnis	75
Weiterführende Literatur.....	82

Vorwort

Im Verlauf der vergangenen neunziger Jahre ist die Frage nach der Nutzerperspektive zum festen Bestandteil der Diskussion um die pflegerische Versorgung in Deutschland geworden. Hierzu beigetragen hat nicht zuletzt die Einführung der Pflegeversicherung und die durch sie angestoßene Intensivierung der Qualitätsdiskussion. Die Forderung, Patienten bzw. Pflegebedürftigen eine eigenständige Rolle bei der Beurteilung von Leistungen zuzuschreiben, wurde zum Ausgangspunkt zahlreicher Bemühungen, die Nutzerperspektive verstärkt in die Qualitätsentwicklung einzubeziehen, unter anderem durch die Übernahme von Managementkonzepten, die der »Kundenorientierung« als Leitlinie des Organisationshandelns einen prominenten Stellenwert zuschreiben.

Zugleich wurde eine eigentümliche Widersprüchlichkeit offenkundig: Während die öffentlichen Medien vermehrt über z.T. weitreichende Mängel in der pflegerischen Versorgung berichteten und auch die mit dem SGB XI vorgeschriebenen Qualitätsprüfungen eher ernüchternde Ergebnisse zu Tage förderten, dokumentierten verschiedene Nutzerbefragungen einen hohen Grad der Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung. Neben die anfängliche Euphorie, die die Realisierung von Ansätzen einer an der Nutzerperspektive orientierten Qualitätssicherung begleitete, traten allmählich Skepsis und eine tiefergehende Diskussion um die Frage, inwieweit Nutzerbefragungen tatsächlich einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten können. Es zeigte sich, dass die Nutzerperspektive so leicht nicht zu erfassen ist und bis heute im Grunde recht wenig Verlässliches über Versorgungserleben und Leistungsbeurteilungen aus der Sicht des Patienten bzw. Pflegebedürftigen bekannt ist.

Das Institut für Pflegewissenschaft hat in den vergangenen Jahren die Frage nach der Nutzerperspektive in verschiedenen Kontexten aufgegriffen. Mit dem vorliegenden Paper werden einige Forschungsergebnisse präsentiert, die der interessierten Fachöffentlichkeit zum Teil noch nicht zugänglich waren. Die Zielsetzung der »Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege« besteht darin, die hierzulande vorherrschenden Diskussionslinien aufzuzeigen, grundlegende Fragen zur Konzeptualisierung der Nutzerperspektive in Wissenschaft und Forschung zu erörtern und auf die Möglichkeiten und Grenzen eines an der Nutzerperspektive ausgerichteten Begriffs der Versorgungsqualität hinzuweisen. Eine Bibliographie ausgewählter Publikationen soll außerdem dazu anregen, sich mit dem Diskurs um die Nutzerperspektive im englischsprachigen Raum auseinanderzusetzen, der vor allem in theoretischer und methodischer Hinsicht zahlreiche Problemfelder aufgreift, die in Deutschland bislang nur sehr begrenzt Eingang in die Diskussion gefunden haben.

1. Einführung in die Thematik

1.1 Konjunkturen und Kontexte

In Deutschland erlebte die Beschäftigung mit der Frage, wie Patienten gesundheitliche Versorgung erleben und inwieweit die Versorgung ihren individuellen Problemlagen, Erwartungen, Bedürfnissen und Interessen entspricht, in den siebziger Jahren einen ersten Aufschwung. Zu dieser Zeit nahmen sich vor allem die Sozialmedizin und die noch jungen Disziplinen der Medizinsoziologie und -psychologie des Themas an. Das Interesse richtete sich damals im Wesentlichen auf Defizite der medizinischen Behandlung und die institutionellen Rahmenbedingungen, in die sie eingebettet war: Mangelhafte Patientencompliance infolge einer inadäquaten Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung, die ethischen und sozialen Konsequenzen des zunehmenden Technikeinsatzes in der Medizin, das im Zuge allgemeiner Emanzipationsbestrebungen nicht mehr zeitgemäß erscheinende Machtgefälle zwischen Arzt und Patient, die Ausblendung psychosozialer Faktoren aus dem Behandlungsgeschehen, die als bloße Verwahrung kritisierte stationäre Langzeitversorgung und nicht zuletzt die von »Entpersonalisierung« gekennzeichnete Krankenhausbehandlung waren die vorherrschenden Themen. Aus dieser Zeit stammen u.a. einige bekannte Arbeiten von J.J. Rohde (1973, 1975) und J. Siegrist (1978) zur Patientenrolle im Krankenhaus. Ebenfalls in den siebziger Jahren wurden Aktionsprogramme für »Mehr Menschlichkeit im Krankenhaus«¹ aufgelegt, und die damals einsetzende Psychiatrie-Reform verstärkte den Diskurs um die aus der Patientenperspektive restriktiven Bedingungen der Hospitalisierung (vgl. Domscheit et al. 1994: 65ff; Psychiatrie-Enquête 1975; Fenger/Fengler 1980). Auch die Medizin selbst wandte sich zunehmend der Vernachlässigung des Sozialen im Versorgungsalltag und der daraus resultierenden negativen Wirkungen auf das Krankheitsgeschehen zu (Engelhardt et al. 1973). Form und Inhalt der Interaktion zwischen Arzt und Patient wurden wiederholt als Forschungsthema aufgegriffen (vgl. z.B. Bliesener 1982), und besonders in Bezug auf die ausgesprochen technikzentrierte Versorgung auf Intensivstationen wurde verstärkt die Frage nach Möglichkeiten, Grenzen und Gestaltbarkeit der »Apparatemedizin« aufgeworfen (z.B. Glück et al. 1981).

Inzwischen hat sich der Fokus des Diskurses teils verschoben, teils wesentlich erweitert. Markante, analytisch ambitionierte, manchmal auch ein wenig zynisch anmutende Charakterisierungen der Patientenrolle im Krankenhaus² sind heute, da sich die Einrichtungen gern als kundenorientierte

¹ So der Titel einer von der Ärztekammer Nordrhein initiierten Kampagne, vgl. Oppl/Weber-Falkensammer 1982: 13.

² Zum Beispiel: »Der gute Patient im Sinne der Institution ist für sie der Patient, der sich bedingungslos und passiv unter möglichst vollständiger Aufgabe aller den diagnostisch-therapeutischen Prozeß störenden Eigenarten, Impulse, Interessen und Bedürfnisse dem System unterwirft, der sich widerstandslos, gefügig und brav, helfen läßt, wenn die anderen meinen, daß er Hilfe braucht, Bedürfnisse zeigt, wenn die anderen meinen, daß er solche zeigen sollte, (...) mit dem Maß von Kommunikation zufrieden ist, das ihm zugebilligt wird. (...) Er antwortet ehrlich, rückhaltlos, umfassend, wenn er gefragt ist; und er sagt

Gesundheitszentren präsentieren, aus der Diskussion gänzlich verschwunden. Sie ist mehr und mehr in die allgemeine Diskussion um die Qualität gesundheitlicher Versorgung übergegangen und wird zunehmend auch von Patientenorganisationen selbst bzw. Institutionen und Akteuren außerhalb der gesundheitlichen Versorgung getragen. Schließlich ist sie nicht mehr so sehr auf Problemfelder des ärztlichen Handelns und seiner institutionellen Rahmenbedingungen festgelegt, insbesondere die pflegerische Versorgung stellt heute einen eigenständigen Gegenstand dar. Zwar wurden Fragen zur Rolle der Pflege in früheren Zeiten keineswegs ausgeblendet (vgl. Siegrist 1978) und von der Pflege selbst konzeptionelle Überlegungen zu einer stärker patientenorientierten Versorgung angestellt (vgl. etwa Abermeth 1977), doch abgesehen von einigen Ausnahmen und vom Bestreben der Realisierung einer »ganzheitlichen Pflege« trat die Nutzerperspektive in der Pflege erst in den neunziger Jahren, insbesondere mit der Einführung der Pflegeversicherung, ihre Karriere als selbstständiger Diskussionsstrang an. Derzeit sind vor allem folgende Kontexte auszumachen, in denen der Nutzerperspektive ein prominenter Stellenwert zugeschrieben wird:

Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind derzeit sicherlich der wichtigste Anlass, sich verstärkt für die Nutzerperspektive in der gesundheitlichen Versorgung zu interessieren (Clancy 1999). In diesem Zusammenhang nimmt man häufig auf einen Grundgedanken Bezug, der von Donabedian bereits vor rund zwei Jahrzehnten nachdrücklich vertreten wurde. Donabedian hielt die unmittelbare Einbeziehung der Nutzerperspektive bei der Qualitätsbeurteilung für fundamental wichtig: Nur die Klienten selbst könnten darüber Auskunft geben, inwieweit Leistungsprozess und Leistungsergebnis ihren Wertvorstellungen und Erwartungen entsprechen. Ihnen komme insofern eine *ultimative Definitionshoheit* zu, die ganz unabhängig von den Kriterien professioneller Akteure zu sehen sei; eine Qualitätsbeurteilung bleibe stets unvollständig, wenn keine Informationen über die Akzeptanz des Klienten von Leistungsprozess und -ergebnis erfasst worden seien³. Auch der oft zitierte Hinweis Donabedians auf die Rolle des Patienten als *Koproduzent* gesundheitlicher Leistun-

nichts, wenn er nicht gefragt ist. (...) Angst, Skepsis oder gar Kritikbedürfnis (sind ihm) fremd« (Rohde 1973: 32f).

³ Die Forderung nach Berücksichtigung der Patientenperspektive bei der Qualitätsbeurteilung ergibt sich außerdem aus einem systematischen Problem, das mit dem Charakter von Versorgungsleistungen als personenbezogene Dienstleistungen zusammenhängt. Sie werden während des Prozesses ihrer Produktion unmittelbar (»uno actu«) konsumiert und sind daher, im Gegensatz zu materiellen Produkten, nicht nur einzigartig, sondern auch äußerst flüchtig. Der konkrete Leistungsprozess entzieht sich in der Regel der unmittelbaren Beurteilung durch Außenstehende. Will man sich nicht auf die Selbstevaluation der professionellen Akteure verlassen, nicht auf allgemeine Kriterien der Prozessqualität beschränkt bleiben oder auf die (für Evaluationszwecke meist unzureichenden) materiellen Relikte des Leistungsprozesses zurückgreifen (z.B. schriftliche Dokumentation), ist daher der Rückgriff auf die Nutzerperspektive unerlässlich.

gen gehört in diesen Zusammenhang: Ob oder inwieweit ein Versorgungsziel erreicht wird, hängt aus diesem Blickwinkel nicht zuletzt von der Kommunikation und einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen Leistungsnutzer und Leistungserbringer ab. Es geht insofern nicht nur um Kriterien der *Qualitätsbeurteilung*, sondern auch um die Verständigung über Maßgaben der *Versorgungsgestaltung* (Donabedian 1980 und 1992).

Der Anspruch, die Nutzerperspektive dementsprechend einzubeziehen oder gar zur obersten Richtschnur des Handelns zu machen, gilt inzwischen als Kernbestandteil moderner Qualitätsmanagementkonzepte im Gesundheitswesen (vgl. z.B. Kaltenbach 1993 und Selbmann 2000). Er hat auch im Rahmen des aktuellen MDK-Konzepts für Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI eine gewisse Berücksichtigung gefunden. Inwieweit und mit welchem Erfolg bzw. welchen Wirkungen er in der Versorgungspraxis tatsächlich umgesetzt wird, wäre allerdings noch einmal gesondert zu erörtern (vgl. Blum 1998). Darüber hinaus ist auf eine Frage von grundsätzlicher Bedeutung hinzuweisen, die die Diskussion um die Nutzerperspektive seit den Anfängen begleitet hat, nämlich auf die Frage, ob Zustimmung, Akzeptanz oder Zufriedenheit der Leistungsnutzer als *eigenständige Qualitätsmerkmale* ernst genommen oder letztlich nur – unausgesprochen – als Mittel zum Zweck der Optimierung von Leistungsergebnissen im Sinne fachlicher oder auch allgemeingesellschaftlicher Normen verstanden werden. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Patientencompliance etwa war u.a. von der Vorstellung geprägt, dass Zufriedenheit die Bereitschaft des Patienten zur Befolgung ärztlicher Anordnungen fördert und damit auch die Chancen verbessert, die *vom Arzt* angestrebten Behandlungsziele zu erreichen (»satisfaction-compliance-link«, Williams 1994: 510). Raspe et al. sprechen in diesem Zusammenhang von einer Funktionalisierung des Themas Patientenzufriedenheit zum Nutzen der professionellen Akteure (Raspe et al. 1996: 372). Die Gefahr einer solchen Funktionalisierung in einem den Patientenbedürfnissen übergeordneten Interesse ist nach wie vor virulent, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der aktuellen Kostensituation im Gesundheitswesen und den damit verbundenen Rationalisierungsbestrebungen. Die heutige Würdigung der Nutzerperspektive hat sich sicherlich noch nicht durchgängig von dem Motiv emanzipiert, durch bessere Patientencompliance bessere Versorgungsergebnisse im Sinne der professionellen Akteure zu erreichen.

Patientenrechte und Verbraucherinteressen

Wenig im Verdacht einer Funktionalisierung stehen Bemühungen zur Stärkung von Patientenrechten und Verbraucherinteressen. Sie streben insbesondere die Verbesserung der Mitwirkungsmöglichkeiten des einzelnen Leistungsnutzers, von Patientenorganisationen oder anderen institutionalisierten Interessenvertretungen an, außerdem mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Leistungsgeschehens und eine stärkere Anpassung des Leistungsangebotes an Bedarf und Bedürfnisse bestimmter Patientengruppen (vgl. Badura et al. 1999; von Reibnitz et al. 2001). Hier ist ein breites Spektrum von Akteuren zu verzeichnen; es reicht von Selbsthilfeorganisationen und anderen Zusammenschlüssen von Patienten und Angehörigen über fest etablierte Landesseniorenvertretungen bis hin zu den Verbraucherzentralen. Deren seit den neunziger Jahren zunehmendes En-

agement hat dazu beigetragen, dass auch klassische Themen des Verbraucherschutzes Eingang in die Diskussion gefunden haben: Ausreichende Beratung und Information im Vorfeld und während der Leistungserbringung, Vertragsgestaltung, Leistungs- und Kostentransparenz sowie Aufklärung über Fragen der Versorgungsqualität markieren als Themen gewissermaßen die Verlängerung von Verbraucherschutz und -beratung in die gesundheitliche Versorgung hinein (Schnetz 1998; Vahrenhorst/Wißmann 1997). Ausdruck dieser Entwicklung ist u.a. der Umstand, dass die Stiftung Warentest vor einigen Jahren beachtenswerte Befragungen von Pflegebedürftigen zur Qualität der pflegerischen Versorgung durchführte (Stiftung Warentest 1997 und 1998).

Marketing

Der dritte Kontext, in dem die Nutzerperspektive eine ganz besondere Aufmerksamkeit findet, ist durch Marketinginteressen der Leistungsanbieter gekennzeichnet und hat mit der Stärkung marktwirtschaftlicher Prinzipien in der Gesundheitsversorgung zunehmend an Bedeutung gewonnen. So wurde mit der Einführung der Pflegeversicherung die Beziehung zwischen ambulanten Pflegediensten und Pflegebedürftigen auf eine neue Grundlage gestellt und das Vertragsverhältnis zwischen beiden Seiten unabhängig von einer ärztlichen Verordnung definiert. Pflegebedürftige wurden auf diesem Wege zu umworbenen »Kunden« von miteinander konkurrierenden Pflegeeinrichtungen. Auch in anderen Bereichen waren und sind die Folgen einer Stärkung des Wettbewerbs deutlich spürbar, u.a. in der Krankenhausversorgung, die mit dem Übergang zu einer auf dem DRG-System basierenden Finanzierung auch unter Marketinggesichtspunkten vor weitreichenden Herausforderungen steht.

Vor diesem Hintergrund setzen die Leistungsanbieter mehr und mehr auf »Kundenorientierung«. In Slogans wie »König Kunde kennenlernen« (von Bandemer 1997) oder »Klarheit durch Kundenbefragung« (Häberlein et al. 1996) kommt die Zielsetzung zum Ausdruck, ihr Leistungsangebot und ihre Unternehmenskultur stärker auf die Erwartungshaltung der Patienten bzw. Pflegebedürftigen abzustimmen und damit die eigene Stellung am Markt zu verbessern. Das Hintergrundmotiv besteht in einer dauerhaften Bindung des Kunden an den Leistungsanbieter, die Gewinnung eines bereits eingebundenen Kunden für zusätzliche Leistungsangebote und die Imagepflege: »In einem zunehmend wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystem sind zufriedene Kunden nicht nur im Rahmen der medizinischen Ergebnisqualität erwünscht, sondern werden aufgrund ihres Multiplikatoreffektes zu einem entscheidenden Kriterium für die Wettbewerbsfähigkeit von Leistungsanbietern« (Perschke-Hartmann 2000: 18). An der Nutzerperspektive orientierte Qualitätssicherungsmaßnahmen werden dann vor allem danach beurteilt, inwieweit sie einem erfolgreichen Marketing zweckdienlich sind. Dies gilt beispielsweise für das Beschwerdemanagement: »Der soziale Dienstleistungsbetrieb muss ein Interesse daran haben, die Zusammenhänge herauszubekommen, die zu Beschwerden führen, um ihre Ursachen zukünftig zu vermeiden« und um »die Geschäftsbeziehung zu dem unzufriedenen Kunden wieder zu stabilisieren, ihn zu einem zufriedenen Kunden und damit zum Positivmultiplikator zu machen« (Göpfert-Divivier/Robitzsch 1999: 27). Qualitätssiche-

nung und Marketing verschmelzen auf diese Weise zu einer einheitlichen Strategie, was für die Qualität des Qualitätsmanagements nicht folgenlos bleibt, im übrigen jedoch angesichts der schon vor langem begonnenen Übernahme von Qualitätsmanagementkonzepten aus der gewerblichen Wirtschaft eine konsequente Entwicklung darstellt.

Pflege- und Sozialwissenschaft

Gänzlich anders ist die Herangehensweise in dem vierten und letzten an dieser Stelle angesprochenen Kontext der Beschäftigung mit der Nutzerperspektive, der Pflegeforschung und der pflegenahen sozialwissenschaftlichen Forschung. Die von ihnen getragene Diskussion um die Patientenperspektive hat auf internationaler Ebene bereits eine lange Tradition, die sich u.a. in vielen anspruchsvollen Publikationen ausdrückt. Im Großen und Ganzen lassen sich auf diesem Feld zwei Richtungen unterscheiden:

1. Ansätze, die die Frage des *Versorgungserlebens* in den Mittelpunkt stellen (»patient view«, »patient satisfaction«): Hierzu gehören zum einen Bemühungen, die Patientenperspektive auf theoretischer Ebene zu konzeptualisieren. Sie greifen vor allem die Frage auf, welche Faktoren für die Wahrnehmung und Beurteilung von Versorgungsleistungen ausschlaggebend sind, nach welchen Kriterien Patienten bewerten, wie sich die soziale Beziehung zu den Leistungserbringern in Beurteilungen niederschlägt und welche methodischen Anforderungen sich daraus für die Forschung ableiten lassen (vgl. z.B. Williams 1994; Aharony/Strasser 1993; Armstrong 1984). Daneben gibt es eine Reihe empirischer Studien, die das Versorgungserleben von Patienten in bestimmten Versorgungssettings bzw. während bestimmter Episoden des Versorgungsverlaufs zum Gegenstand haben oder auf der Basis eines strukturanalytischen Ansatzes das Verhältnis zwischen Versorgungsgeschehen und Patientensituation hinterfragen (vgl. z.B. Schaeffer/Moers 1994; Owens/Batchelor 1996; Müller/Thielhorn 2000; Attree 2001).
2. Davon (nicht ganz trennscharf) zu unterscheiden sind Ansätze, die eher die *Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit* ins Auge fassen (vgl. Schaeffer 2002a; Schaeffer/Moers 2000). Ihnen sind zahlreiche der Grounded Theory verpflichtete Arbeiten zuzurechnen, die die Kategorien und Konzepte, in und mit denen Patienten denken, kommunizieren und handeln, zum Ausgangspunkt der Theoriebildung machen (z.B. Corbin/Strauss 1993 und 1998; Strauss 1991; Strauss et al. 1991). Beispiele für weitere Ansätze, die die durch Krankheit bedingten Anpassungserfordernisse und Bewältigungsstrategien zu erfassen versuchen, sind Modelle der Transition (Im/Meleis 1999; Schumacher/Meleis 1994; Selder 1989), der Rollenadaptation (Roy/Andrews 1991; Shyu 2000) und natürlich auch die gesamte Tradition der Coping-Forschung (vgl. etwa Broda 1987). Im Bereich der pflegewissenschaftlichen empirischen Forschung fällt es generell schwer, eine charakterisierende Eingrenzung vorzunehmen, denn auf internationaler Ebene gehören Krankheitserleben und Krankheitsbewältigung zu den zentralen Fragen der Pflegeforschung. Auch in Deutschland ist eine zunehmende Aktivität zu beobachten, die sich in verschiedenen, vor-

nehmlich qualitativen Studien niedergeschlagen hat (vgl. z.B. Moers et al. 1999).

Auf diesen zweiten, weniger auf das Versorgungs- als auf das Krankheitserleben ausgerichteten Bereich der Theorieentwicklung und Forschung wird an dieser Stelle nicht nur deshalb hingewiesen, weil hier Phänomene thematisiert werden, ohne deren Berücksichtigung es schwer fällt, die Patientensicht auf das Leistungsgeschehen nachzuvollziehen. Die Unterscheidung von Ansätzen anhand der Frage, ob sie sich primär für das Versorgungs- oder Krankheitserleben interessieren, verweist auch auf zwei unterschiedliche Wege, der Patientenperspektive im Versorgungsalltag Rechnung zu tragen. Während in dem einen Fall getreu der Forderung Donabedians *Qualitätsanforderungen der Leistungsnutzer* fokussiert werden, besteht das grundlegende Interesse im anderen Fall darin, ein adäquates, wissenschaftlich fundiertes *Verständnis von Patientenproblemen* zu gewinnen, um davon ausgehend problemangemessene pflegerische Interventionen zu entwickeln. Es steht hier also eine andere Handlungsstrategie und auch ein anderes Erfolgskriterium im Vordergrund: Nicht so sehr die *geäußerten* Erwartungen und Beurteilungen von Patienten, sondern die für das Patientenerleben maßgeblichen Probleme stehen im Mittelpunkt des Interesses, und Ergebnisqualität bemisst sich dementsprechend weniger in Kategorien der Zufriedenheit als vielmehr anhand der Frage, ob pflegerische Interventionen tatsächlich zur Lösung der jeweiligen Patientenprobleme beigetragen haben.

1.2 Befragungen

Die Messung von Zufriedenheit stellt seit langem die populärste Methode dar, die Nutzerperspektive in die Leistungsevaluation und Qualitätsentwicklung einzubeziehen. Bis in die neunziger Jahre konzentrierten sich entsprechende Erhebungen auf die kassenärztliche Versorgung und die Krankenhausversorgung (vgl. Aust 1994), seit der Einführung der Pflegeversicherung erfreuen sie sich jedoch auch in der pflegerischen, vornehmlich der ambulanten pflegerischen Versorgung einer zunehmenden Verbreitung. Zufriedenheitsbefragungen gehen hier zum Teil auf Initiativen der Pflegeeinrichtungen und Kostenträger, zum Teil auf Untersuchungsaufträge öffentlicher Behörden zurück. Wenngleich sie große Unterschiede im Hinblick auf ihre methodische Qualität und den Differenzierungsgrad bei der Erfassung von Beurteilungen zum Leistungsgeschehen zeigen, ist ihnen eines gemeinsam: Sie führen regelmäßig zu bemerkenswert positiven Gesamtschätzungen des Versorgungsgeschehens.

Ergebnisse ausgewählter Befragungen zur Zufriedenheit mit der Qualität ambulanter Pflege		
	Anzahl der Befragten	Zufriedene Personen
Häberlein et al. 1996	75	»fast alle«
von Bandemer 1997	271	92%
Sozialmin. Baden-Württemb. 1997	218	91%
DAK 1999	ca. 530	92%
Perschke-Hartmann 2000	2.326	96%
Owens/Batchelor 1996 (GB)	60	98%

Solche Resultate stehen durchaus im Einklang mit Erfahrungen früherer Untersuchungen in anderen Versorgungsbereichen und auch mit den Ergebnissen ausländischer Studien, wie der Hinweis auf die in Großbritannien durchgeführte (qualitative) Untersuchung exemplarisch verdeutlicht. Patienten bzw. Pflegebedürftige beurteilen die Qualität der pflegerischen Versorgung offenkundig weit positiver als es angesichts der Berichterstattung in den Medien, der intensiven Diskussion um Qualitätsprobleme in Politik und Fachkreisen sowie aufgrund anderer Untersuchungsergebnisse (vgl. z.B. Zink et al. 2000) zu erwarten wäre. Zwar liegen die Ergebnisse der aufgeführten Befragungen zu Einzelaspekten der Versorgungsqualität (»Teilzufriedenheiten«) gelegentlich auch unter der 90%-Marke, doch ändert dies nichts am Gesamteindruck einer bemerkenswerten und erklärungsbedürftigen Diskrepanz zur aktuellen Qualitätsdiskussion. Der mit den Befragungen dokumentierte Grad der Zufriedenheit wirkt außerdem im Hinblick auf das Ziel einer an der Nutzerperspektive orientierten Qualitätsentwicklung eher ernüchternd. Diese ist zuallererst auf Kritik an der Versorgung, weniger auf Zustimmung angewiesen. Vor allem die Unzufriedenheit der Leistungsnutzer muss daher im Mittelpunkt des Interesses stehen: »Relative Unzufriedenheit vermag anzuzeigen, in welchen Bereichen und in Hinblick auf welche Anforderungen und Werte die Versorgungsqualität weiter zu entwickeln wäre« (Raspe et al. 1996: 373). Befragungsergebnisse, die den Status Quo lediglich bestätigen, liefern wenig Ansatzpunkte für konkrete Maßnahmen der Qualitätsentwicklung.

Die Frage nach dem praktischen Nutzen von Zufriedenheitsmessungen im Gesundheitswesen wird in Deutschland bislang jedoch nur verhalten diskutiert. Standardisierte Befragungen erfreuen sich nach wie vor einer großen Beliebtheit, wohl nicht zuletzt weil sie geringe Kosten verursachen, vergleichsweise wenig organisatorische Probleme aufwerfen und quantifizierbare Informationen liefern, die auswertungstechnisch relativ leicht zu bewältigen sind und zudem ein auf längere Zeit angelegtes Monitoring ermöglichen.

Der Schein trägt allerdings, und es gibt leider nur wenige Untersuchungen, die sich mit den methodischen und konzeptionellen Anforderungen standardisierter Nutzerbefragungen ernsthaft auseinandersetzen. Oftmals

finden in der Praxis Erhebungsinstrumente und Fragetechniken Anwendung, die in dieser Hinsicht äußerst kritisch zu bewerten sind. Wenn Patienten beispielsweise um eine Stellungnahme zu der Aussage »Ich bin zufrieden mit der Qualität der Pflege« (ja - teilweise - nein) gebeten werden, oder Erwartungen anhand der Aussage »Ich lege Wert auf eine gute Qualität der Pflege« abgebildet werden sollen, kann aus methodischer Sicht nur festgestellt werden, dass darauf gestützte Befragungsergebnisse völlig wertlos sind. Abgesehen davon, dass kaum Patienten vorstellbar sind, die auf die Qualität von Versorgungsmaßnahmen keinen Wert legen und abgesehen vom Verstoß gegen den Grundsatz, in Frageformulierungen keine Antworttendenz vorzugeben, müssen die Angaben der Befragten vor allem aus folgendem Grund als nicht interpretierbar eingestuft werden: Es bleibt unklar, was die Untersucher mit »Qualität« meinten, und ebenso, woran die Patienten dachten, als sie auf die Frage antworteten.

Es handelt sich hier zugegebenermaßen um ein krasses Beispiel der Vernachlässigung grundlegender methodischer Anforderungen, dem eine Reihe anspruchsvollerer Untersuchungen gegenüber steht. Methodische Fehler sind jedoch nicht selten und es stimmt bedenklich, dass mitunter Erhebungsinstrumente mit ganz offensichtlichen Mängeln den Pflegediensten in Fachzeitschriften zur Verwendung empfohlen werden, wie dies auch bei dem Fragebogen der Fall war, aus dem die oben zitierten Fragen stammen.

Ein weiter reichendes, aus der empirischen Sozialforschung altbekanntes Problem betrifft die Frage, inwieweit das Antwortverhalten der Leistungsnutzer von Faktoren abhängt, die keine oder nur eine lose Beziehung zum Versorgungsgeschehen als dem eigentlichen Gegenstand des Interesses aufweisen. Sie stellt sich u.a. vor dem Hintergrund einiger allgemeiner Erfahrungen mit der Zufriedenheitsforschung im Gesundheitswesen, die sich mit folgenden Punkten zusammenfassen lassen (vgl. Aust 1994):

- Je allgemeiner nach Zufriedenheit gefragt wird, um so besser fällt das Ergebnis für den Leistungsanbieter aus.
- Allgemeine Zufriedenheit und Kritik an Einzelaspekten der Versorgung schließen sich nicht aus.
- Zufriedenheit variiert mit dem Bildungshintergrund. Je höher der Bildungsstand, um so mehr Unzufriedenheit wird geäußert.
- Die allgemeine Zufriedenheit steigt mit zunehmendem Alter. Die Erwartungshaltung älterer ist häufig weniger ausgeprägt als die der jüngeren Generationen.
- Zufriedenheit korreliert mit der vom Patienten wahrgenommenen Verbesserung oder Verschlechterung seines Gesundheitszustandes sowie mit dem allgemeinen Wohlbefinden.
- Beurteilungen hängen stark vom Erleben erst kurz zurück liegender Ereignisse ab.
- Angehörige äußern sich in der Regel kritischer als die Patienten selbst.

Vor diesem Hintergrund fällt es nicht leicht, bei der Interpretation von Befragungsergebnissen zu entscheiden, inwieweit Äußerungen der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit tatsächlich Rückschlüsse auf das Leistungsgeschehen zulassen. Um in dieser Hinsicht mehr Sicherheit zu gewinnen,

müssen Befragung entsprechende Kontrollmöglichkeiten vorsehen, die es gestatten, den Einfluss sog. intervenierender Variablen in Rechnung zu stellen – eine Anforderung, die ebenfalls häufig unterschätzt wird.

Die bislang angesprochenen Punkte berühren *allgemeine* Probleme standardisierter Patientenbefragungen, die mit entsprechender methodischer Sorgfalt prinzipiell lösbar erscheinen. Daneben ist jedoch noch ein *spezifisches* Grundproblem zu berücksichtigen, das die zentrale Kategorie »Zufriedenheit« betrifft. Im Großen und Ganzen lassen sich in der Forschung zur Nutzerperspektive zwei Ansätze unterscheiden, mit dieser Kategorie umzugehen. Der erste Ansatz beruht auf der Annahme, dass Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem Leistungsgeschehen ohne weiteres messbar ist und lediglich in geeigneter Form erhoben werden muss. Aussagen zur Zufriedenheit gelten insofern als selbstevident und als verlässliches Datum für die Leistungsevaluation. Hiervon zu unterscheiden ist ein zweiter Ansatz, der davon ausgeht, dass die Erfassung der Nutzerperspektive weitergehende theoretische und methodische Überlegungen voraussetzt, die eine Klärung der Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen des Konzepts »Zufriedenheit« einschließen. Um aus Informationen zur Patientenzufriedenheit, so der Grundgedanke, praktischen Nutzen ziehen zu können, müsse man wissen,

- was Patienten meinen, wenn sie Zufriedenheit mit einem bestimmten Aspekt der Versorgung äußern,
- warum sie meinen, was sie zum Ausdruck bringen, und
- wie sie zu der betreffenden Einschätzung kamen (vgl. Williams 1994: 509).

Inwieweit kann also das »Konstrukt Zufriedenheit« (Ipsen 1978) als geeignete Basis zur Erforschung der Nutzerperspektive im Gesundheitswesen gelten? Im anglo-amerikanischen Raum gab und gibt es hierzu eine recht intensive Diskussion (vgl. z.B. Avis et al. 1995, Batchelor et al. 1994, Coy-le 1999, Mahon 1996, Veenhoven 1996), und auch in Deutschland ist in den letzten Jahren ein vermehrtes Interesse an grundlegenden theoretischen und methodischen Fragen der Zufriedenheitsforschung im Gesundheitswesen auszumachen (z.B. Aust 1994; Raspe et al. 1996; Satzinger/Raspe 2001; Wingenfeld/Schaeffer 2001; Schaeffer i.E.).

1.3 Das Konstrukt Zufriedenheit

Ansätze zur Konzeptualisierung von Zufriedenheit mit Produkten oder Dienstleistungen beruhen auf verhaltenswissenschaftlichen Theorien und finden sich vor allem im Bereich des Marketings: »Das Konzept der Kundenzufriedenheit nimmt eine zentrale Stellung in der heutigen Marketingtheorie und -praxis ein. (...) Generell wird Kundenzufriedenheit als das Ergebnis eines komplexen psychischen Vergleichsprozesses verstanden. Der Kunde vergleicht seine wahrgenommenen Erfahrungen nach dem Gebrauch eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sogenannte Ist-Leistung, mit den Erwartungen, Wünschen, individuellen Normen oder einem anderen Vergleichsstandard vor der Nutzung. Wird diese zugrundegelegte Soll-Leistung bestätigt oder übertroffen, entsteht Zufriedenheit beim Kunden. Zufriedenheit wird in diesem Zusammenhang häufig als die

emotionale Reaktion auf einen kognitiven Vergleichsprozess angesehen« (Homburg/Rudolph 1995: 31). Ausgehend von solchen oder ähnlichen Grundannahmen wurden verschiedenste Modelle entworfen (Übersicht bei Homburg/Rudolph 1995), die dann auch in Bereichen außerhalb der Privatwirtschaft aufgegriffen wurden. Im Gesundheitswesen wurde ihre Adaption nicht zuletzt durch das ebenfalls aus der Privatwirtschaft entlehnte Total Quality Management gefördert, in dem Aktivitäten und Abläufe wie generell die Ausprägung des Qualitätsbegriffs eng auf die Anforderungen und Erwartungen der jeweiligen Kunden zugeschnitten sein sollen (vgl. Homburg 1995).

Das verbreitetste Basismodell beruht auf dem sog. Confirmation/Disconfirmation-Paradigma: »Zufriedenheit entsteht durch Entsprechen bzw. Übertreffen der Soll-Leistung, Unzufriedenheit wird durch zu hohe Erwartungen oder eine zu geringe Ist-Leistung oder eine Kombination von beidem hervorgerufen« (Homburg/Rudolph 1995: 36). Jenseits dieses Basismodells existieren unterschiedlichste Auffassungen darüber, wie der angesprochene Soll-Ist-Vergleich durchgeführt wird, welche Kriterien in ihn einfließen, welche Dimensionen Zufriedenheit im Einzelnen aufweisen kann, wie stark Zufriedenheit von anderen Faktoren abhängt usw.

Die an dieser Stelle nur angedeuteten Verästelungen der theoretischen Diskussion im Marketingbereich haben in die deutsche Diskussion um die Patientenzufriedenheit nur wenig Eingang gefunden. Abgesehen von der Annahme, dass Zufriedenheit das Ergebnis der Übereinstimmung zwischen Erwartungen und tatsächlich erbrachten Leistungen darstellt, stößt man hierzulande nur selten auf weitergehende Überlegungen theoretischer Art. Es existiert zwar eine rege Debatte um die Frage, ob der Begriff »Kunde« eine angemessene Kategorie zur Bezeichnung der Nutzer gesundheitlicher Versorgung darstellt (vgl. z.B. Schnell 1999; Göpfert-Divivier/Robitzsch 1999; DAK 1999), doch wird kaum näher hinterfragt, inwieweit die dem Konzept der Kundenzufriedenheit hinterlegten Annahmen auch im Gesundheitswesen Geltung beanspruchen dürfen.

Ausgehend vom Confirmation/Disconfirmation-Paradigma wären hierbei im Einzelnen folgende Hypothesen zu überprüfen:

1. Patienten verfügen über einen individuellen Vergleichsstandard, haben also bestimmte Erwartungen an Eigenschaften und Ergebnisse von Versorgungsleistungen.
2. Patienten nehmen wesentliche Merkmale der erbrachten Leistungen wahr.
3. Die auf die Leistungen bezogenen Erwartungen (und weniger andere Kriterien) sind ausschlaggebend für die Beurteilung. Es wird also unterstellt, dass Patientenerwartungen und -beurteilungen unmittelbar zueinander in Beziehung stehen.
4. Die Beurteilung bzw. das Ergebnis des Vergleichs drücken sie als Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der Versorgung aus.

Von grundlegender Bedeutung für die Überprüfung der Angemessenheit des Konzeptes Zufriedenheit ist des Weiteren die Frage, ob Leistungen der Gesundheitsversorgung prinzipiell mit anderen Produkten bzw. personenbezogenen Dienstleistungen vergleichbar sind und über welche Merkmale

des Leistungsgeschehens Zufriedenheit Aufschluss geben soll. Man kann diese Frage mit dem Hinweis von Donabedian auf die ultimative Definitionshoheit der Leistungsnutzer relativieren, wonach *alle* Aspekte, die aus deren Perspektive Bedeutung haben, auch im Rahmen der Evaluation ernst genommen werden müssen. Ergänzend wäre dann allerdings zu klären, welchen Stellenwert die Nutzerperspektive im Gesamtkonzept eines Qualitätsmanagements einnehmen soll bzw. welche weitergehenden Anforderungen ggf. zu berücksichtigen sind. Außerdem wird damit nicht die Frage beantwortet, ob Zufriedenheit eine für die Beurteilung von Versorgungsleistungen geeignete, d.h. eine mit dem Charakter von Versorgungsleistungen kompatible Kategorie darstellt. Es liegt beispielsweise auf der Hand, dass Zufriedenheit mit dem Preis-Leistungs-Verhältnis, das in anderen Dienstleistungsbereichen aus der Kundenperspektive zentrale Bedeutung hat, innerhalb des Gesundheitswesens kaum aussagekräftig sein kann, da die erhaltenen Leistungen von den Patienten selbst i.d.R. nicht oder nur zu einem Teil direkt entgolten werden. Der Patient oder Pflegebedürftige ist u.a. aus diesem Grund nicht ohne weiteres mit einem als Käufer auf dem Dienstleistungsmarkt auftretenden Kunden vergleichbar.

So eingängig und aus sich selbst heraus verständlich die Kategorie Zufriedenheit im Alltagsverständnis erscheint, so wenig geklärt sind die zahlreichen Probleme, die sich mit ihrer Verwendung in der wissenschaftlichen Forschung und im Qualitätsmanagement von Versorgungseinrichtungen verbinden. B. Williams bezeichnete Zufriedenheit einstmals als »ungrounded concept« (Williams 1994: 514) und wies nachdrücklich darauf hin, dass bislang nur wenig Verlässliches darüber bekannt ist, auf welche Art und Weise Patienten ihre Versorgung tatsächlich beurteilen. »Many of the assumptions on which the utility of satisfaction surveys is based are currently unsubstantiated. Patients may have a complex set of important and relevant beliefs which cannot be embodied in simple expressions of satisfaction. Patient satisfaction questionnaires do not access an independent phenomenon but, in a sense, actively construct it by forcing service users to express themselves in alien terms« (ebd.: 515).

Diese kritischen Anmerkungen haben bis heute ihre Gültigkeit behalten. Sie verweisen nicht nur auf einen großen Forschungsbedarf, sondern verlangen auch nach einer eingehenden Reflexion solcher Strategien der Leistungsevaluation und Qualitätsentwicklung, die sich wesentlich auf Informationen zur Nutzerzufriedenheit stützen und die Herstellung derselben zum vorrangigen Ziel erklären.

2. Was erwarten und wie beurteilen Pflegebedürftige?

Mit den folgenden Ausführungen sollen über die Auseinandersetzung mit gängigen Annahmen der Zufriedenheitsforschung Anhaltspunkte dafür gewonnen werden, auf welcher Basis Pflegebedürftige das Versorgungsgeschehen beurteilen und inwieweit die von ihnen formulierten Beurteilungen tatsächlich als Ausdruck der Bewertung von Versorgungsleistungen gelten dürfen. Ausgangspunkt sind dabei die Annahmen, die dem oben skizzierten Confirmation/Disconfirmation-Paradigma zugrunde liegen. Das empirische Material, auf das Bezug genommen wird, stammt aus einer qualitativen Befragung von ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die vor einiger Zeit im Rahmen eines Studienprojektes an der Universität Bielefeld durchgeführt wurde (vgl. Becker et al. 1998 und Müller/Thielhorn 2000)⁴. Es sei an dieser Stelle insbesondere auf die Arbeit von Müller/Thielhorn hingewiesen, mit der zahlreiche Aspekte des Versorgungserlebens von zu Hause lebenden Pflegebedürftigen beschrieben wurden und auf die im Folgenden mehrfach Bezug genommen wird.

2.1 Erwartungen als abhängige Größe

Das Confirmation/Disconfirmation-Paradigma unterstellt, dass Erwartungen an die Versorgung (Vergleichsstandard) existieren und eine Beurteilung davon abhängt, ob diesen Erwartungen entsprochen wurde oder nicht. Pflegebedürftige haben jedoch, bevor sie Leistungen in Anspruch nehmen müssen, in der Regel keine Erfahrung mit der beruflichen Pflege und dementsprechend allenfalls rudimentäre Vorstellungen vom möglichen Spektrum pflegerischer Unterstützung. Insofern fällt es ihnen schwer, konkrete Erwartungen zu entwickeln:

»Ich habe überhaupt keine (...) Erwartungen gehabt, weil ich nicht auf die, weil ich mir schon als junger Mensch nicht denken konnte, dass ich mal pflegebedürftig sein würde« (P5).

»Eigentlich gar keine Vorstellungen. (...) Ich hab gedacht, du brauchst gar keine Pflege, du hilfst dir selber« (P2).

»Ja, ich selbst habe überhaupt keine Vorstellungen gehabt, weil ich mit den Dingen weit entfernt, gar nichts zu tun hatte« (P6).

Ähnliche Aussagen finden sich auch in den anderen Interviews, fast durchgängig unter Betonung des Umstandes, sich bis zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht mit Fragen der pflegerischen Versorgung auseinander gesetzt zu haben. Zu diesem Zeitpunkt liegt also noch kein oder nur ein schwach ausgeprägter Vergleichsstandard vor. Erwartungen entwickeln sich offenbar erst im weiteren Versorgungsverlauf und sind insofern das *Ergebnis verarbeiteter Erfahrungen*. Diese Erfahrungen bleiben allerdings für gewöhnlich auf einen, vielleicht auch auf zwei Pflegedienste begrenzt oder beziehen sich auf andere Versorgungsbereiche wie stationäre Pflege-

⁴ Es handelt sich um insgesamt zwölf leitfadengestützte Interviews mit Patienten im Alter ab 67 Jahren.

einrichtungen⁵, wodurch sich die Normativität des Faktischen in den Erwartungen spürbar niederschlägt⁶. Dies wird mitunter deutlich, wenn Pflegebedürftige nach ihren Vorstellungen von einer guten Pflege gefragt werden:

»Ja, Sie fragen vielleicht. Ich habe gar keine Vergleichsmöglichkeiten, ich bin ja in der Lage noch nie gewesen. (...) Ja, das, was sie in der Regel machen und was die Pflegedienste auch bei mir machen, mehr können die auch praktisch nicht, und das machen die gut. Und da mach ich mir auch keine Sorgen« (P2).

Vor diesem Hintergrund kann der Vergleich zwischen erwarteter und erhaltener Leistung schwerlich als Vergleich zweier voneinander unabhängiger Größen gelten. Es handelt sich hier um ein altbekanntes Problem der Messung von Zufriedenheit mit Dienstleistungen, das im Gesundheitsbereich bislang noch wenig zur Kenntnis genommen worden ist: »Mißt man Erwartungen ex post, d.h. nach der Wahrnehmung (der Leistung, K.W.), dann werden nicht die a priori Erwartungen erfaßt, sondern irgendetwas, was von den Erfahrungen während des Prozesses beeinflußt wurde. Mißt man Erwartungen ex ante, erfaßt man nicht die Standards, mit denen die Kunden ihre Wahrnehmungen vergleichen, weil sich die Erwartungen im Kundenprozeß verändern« (Stauss/Seidel 1995: 199).

Es wäre daher auch eine Illusion anzunehmen, man könne unbeeinflusste Erwartungen von anderen unterscheiden oder verlässlich abschätzen, wie stark Erwartungen von der erlebten Versorgung geprägt werden⁷. Vor diesem Hintergrund ist vielleicht auch besser nachvollziehbar, dass Beurteilungen von Leistungsnutzern dazu tendieren, den Status Quo zu bestätigen: Wenn die tatsächlich geleistete Versorgung (bis zu einem gewissen Grad) an sich selbst gemessen wird, ist nicht viel anderes zu erwarten.

2.2 Bewältigungsanforderungen als Basis von Erwartungen

Die Feststellung, dass Erwartungen an die pflegerische Versorgung das Resultat verarbeiteter Erfahrungen mit eben dieser Versorgung darstellen, führt zu der zweiten wichtigen Frage nach Charakter und Voraussetzungen dieses Verarbeitungsprozesses. Das konkrete Versorgungsgeschehen wirkt

⁵ »Und wie ich in der Kurzzeitpflege war, (...) da ist es jetzt besser mit der Pflege, als in dem Heim da. Zu der Zeit hatte ich ja auch schon mit den Durchfällen immer zu tun (...) Wenn ich auf's Klo musste, die Mädchen kamen dann nicht und so weiter. Das war die unangenehmste Zeit da für mich« (P8).

⁶ Andere Untersuchungen weisen in eine ähnliche Richtung. So zeigte sich beispielsweise im Rahmen einer in Großbritannien durchgeführten Studie, dass Art und Umfang der Informationen, die Pflegebedürftige vor Beginn der Versorgung erhalten, oder auch frühere Erfahrungen mit ambulanten Pflegediensten sich nicht erkennbar auf Beurteilungen auswirkten (Owens/Bachelor 1996).

⁷ »Die Messung von Erwartungen macht grundsätzlich keinen Sinn, da die Wahrnehmungen bereits verarbeitete Erwartungen enthalten« (Stauss/Seidel 1995: 199).

in Form einer beständigen Modifikation des Erwartungsprofils von Leistungsnutzern; manche Erwartungen erweisen sich im Zeitverlauf als inadäquat und werden fallen gelassen, andere entstehen erst durch konkrete Versorgungserfahrungen, wieder andere erhalten eine höhere oder geringere Gewichtung. Dieser Prozess ist allerdings eingebettet in einen von Krankheit und Pflegebedürftigkeit geprägten Lebenszusammenhang, dessen Bedingungen, Probleme und Anforderungen maßgeblich bestimmen, wie Erfahrungen mit der Versorgung verarbeitet werden, und damit die Grundlage für die Herausbildung von Beurteilungskriterien darstellen. Wie also fließen die durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit bedingten Anpassungs- und Integrationsanforderungen, Sicherheitsbedürfnisse und Abhängigkeiten, d.h. die Probleme, die die Patienten bewältigen müssen und bei deren Bewältigung berufliche Pflege Unterstützung leisten soll, in das Erleben und Beurteilen von Leistungsnutzern ein?

Fundamentale Verunsicherung

Krankheit und Pflegebedürftigkeit gehen oftmals mit einer weitreichenden Verunsicherung einher, die letztlich auch für das Versorgungserleben von konstitutiver Bedeutung ist. Sie betrifft elementare Grundlagen des Lebens, d.h. die körperliche, geistig-seelische und soziale Integrität ebenso wie die materiellen Lebensgrundlagen und hat insofern existentiellen Charakter. Chronische Krankheit ist nicht nur mit Einschränkungen und körperlichem wie psychischem Leiden verbunden, sondern beinhaltet zumeist auch das *Risiko eines progredienten Verlaufs*, das (mehr oder weniger bewusst) als bedrohlich empfunden wird (Mishel 1997). Darüber hinaus ergibt sich Verunsicherung ganz besonders aus der Sorge, ob und wie lange ein *Verbleib in der gewohnten Lebensumgebung* möglich sein wird. Der Gedanke, dass irgendwann der Übergang in eine stationäre Einrichtung unvermeidbar sein könnte, ist bei vielen zu Hause lebenden Pflegebedürftigen ständiger Begleiter der Auseinandersetzung mit den eigenen Lebensbedingungen. Dabei gilt das Heim oftmals als Sinnbild der sozialen Ausgrenzung und des Verlustes von Würde, Selbstbestimmung, Bewegungsfreiheit, von Lebensqualität schlechthin⁸. Anlass zur Verunsicherung geben aber auch die durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit bedingten *Risiken im Lebensalltag*, beispielsweise Sturzrisiken bei mobilitätseingeschränkten Personen (vgl. Niepel 1998: 78f). Stürze können bei Pflegebedürftigen nicht nur zu einer allein nicht mehr zu bewältigenden Situation führen, sondern auch zu Schädigungen (wie etwa dem berüchtigten Oberschenkelhalsbruch), durch die sie möglicherweise auch die noch verbliebene Selbständigkeit im Alltag für eine lange Zeit oder gar auf Dauer verlieren. Schließlich prägt das Bewusstsein der *Abhängigkeit von fremder Hilfe* das Lebensgefühl, d.h. die Abhängigkeit von Einrichtungen oder Personen, deren Handlungsweise und Verlässlichkeit vom Hilfebedürftigen nur sehr begrenzt gesteuert werden kann.

⁸ »Ich war auch mal 10 Tage in einem Altersheim, so untergebracht einfach. Meine Kinder wussten nicht, wo ich hin sollte. Und da waren nur so alte Leute. Also, das ist ja schrecklich. Wissen Sie, keine Ansprache. (...) Da saßen dann die vielen Leute und keiner hat sich um den anderen gekümmert. (...) Die waren gar nicht mehr ganz da. Also eigentlich nur so auf Absterbekommando« (P9). Vgl. auch Schaeffer 2002b.

Das Bedürfnis, diese existentielle Verunsicherung abzumildern, zu kompensieren oder in Teilbereichen vielleicht sogar gänzlich zu vermeiden, ist ein zentraler Faktor für die Beurteilung des Versorgungsgeschehens. Es handelt sich hierbei um eine Problematik bzw. um ein Bedürfnis, das in dieser Form in keinem anderen Lebensbereich, d.h. auch in keinem anderen Bereich personenbezogener Dienstleistungen existiert. Die Verwendung des Begriffs »Kunde« für Patienten und Pflegebedürftige blendet diesen äußerst wichtigen Aspekt aus, und ebenso läuft eine am Konzept der Kundenzufriedenheit orientierte Sichtweise Gefahr, diese spezifische Grundlage für das Erleben und Beurteilen von Versorgung zu unterschätzen.

In der Auseinandersetzung mit existentieller Verunsicherung ist aus der Perspektive von Pflegebedürftigen nicht so sehr die fachliche Qualität von Versorgungsleistungen von Bedeutung. Entscheidend sind vielmehr generelle Verfügbarkeit, Verlässlichkeit, Erreichbarkeit und nicht zuletzt eine stabile Vertrauensbasis. Vielfach erscheinen Pflegedienste in den Aussagen von Pflegebedürftigen als Garanten für den Verbleib im eigenen Zuhause. Allein der Umstand, dass Hilfe geleistet oder in Bereitschaft gehalten wird und im Bedarfsfall auch verfügbar ist, stellt im Hinblick auf die mit der Pflegebedürftigkeit verbundene Verunsicherung eine große Entlastung dar, die einer positiven Grundhaltung gegenüber den Pflegediensten Vorschub leistet: »Ja, dass ich weiß, dass jeden Tag jemand kommt. Das ist für mich ne gute Pflege« (P10). Dabei sticht insbesondere das Gefühl hervor, mit Hilfe der Pflegenden dem Schicksal einer Übersiedlung in ein Heim entronnen zu sein:

»Die sind hervorragend! Und was ich wünsche, kriege ich auch. Und ich würde jedem empfehlen, denn ich hab ne sehr große Antipathie gegen en Altersheim, da möchte ich nicht rein. (...) Ja, alleine könnt ich das ja nich. Da bin ich glücklich über. Bin ich sehr glücklich über. Das es so was gibt und unsere Regierung, die will ja auch, dass ich möglicherweise... Und ins Altersheim möchte ich nicht, da geh ich auch nicht hin. Nich, aber ich meine, man kann sich das nich aussuchen, aber deshalb haben wir die Regierung ja auch, dass die älteren Leute wirklich lange zu Hause bleiben können. Und das is ja auch hier die ambulante, häusliche Krankenpflege, nich wahr, und da bin ich sehr glücklich, dass ich die habe (...) . Da hab ich wirklich Glück gehabt und ich bin da sehr gut mit zufrieden« (P1).

Die Herstellung eines Gefühls der Sicherheit vor dem Hintergrund der Unwägbarkeiten und Risiken, die sich mit chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbinden, berührt aus der Sicht der Leistungsnutzer also vor allem drei Dimensionen: *generelle Verfügbarkeit*, d.h. die Gewissheit, dass es eine Instanz gibt, die für eine Bewältigung der Pflegebedürftigkeit Sorge trägt und damit auch die Voraussetzungen für den Verbleib in der gewohnten Lebensumgebung sicherstellt; *Verlässlichkeit*, also die Garantie, dass Hilfe zur Stelle ist, wenn sie gebraucht wird; *Erreichbarkeit*, d.h. die Gewissheit, auch in solchen Phasen, in denen MitarbeiterInnen der Pflegedienste abwesend sind, nicht ganz auf sich selbst gestellt zu sein und im Notfall Unterstützungsleistungen mobilisieren zu können.

Einbruch in die Intimsphäre

Die Nutzung beruflicher Pflege ist immer, unabhängig vom jeweiligen Versorgungssetting, mit einer Öffnung der Intimsphäre und den daraus erwachsenden Integrationserfordernissen verbunden. Pflegebedürftige müssen körperliche Nähe und Berührungen von Personen zulassen, die ihnen zunächst fremd sind und auch im weiteren Verlauf der Versorgung externe Personen bleiben. Sie müssen mit Schamgefühlen umgehen, gewohnte Tagesabläufe anpassen, die Organisation des Haushaltes erklären und ggf. auf die Tätigkeit externer Personen abstimmen bzw. entsprechende Arrangements aushandeln usw.

»Diese schrecklichen Nachtstühle, oh, da schäm ich mich immer so und die sind so lieb und die machen dies. Und manchmal trösten sie mich noch, ist doch menschlich (...). Ja, wenn ich jetzt ihre Tochter oder ihre Mutter oder was wäre, dann wäre das ja was anderes« (P2).

»Ich rede immer so viel dabei, (...) wenn ich in der Wanne bin, aber das kommt daher, weil mir das manchmal peinlich war, die jungen Männer. Könn' sich ja vorstellen, das wär Ihnen auch peinlich« (P5).

»Und dann muss man denen das dann zeigen, wo der Kaffee ist und so. Und das ist (...) für mich dann ein bisschen auch, erschwerend auch« (P1).

»(Den Personalwechsel) haben wir beklagt, natürlich haben wir sehr beklagt. Denn, wenn man sich auf jemanden eingespielt hat, (...) dann kam wieder jemand anderes. Und das war nicht sehr günstig, weil jeder Mensch sich, und der Kranke sowieso, im Besonderen darauf einstellt (...). Na ja, und das geht natürlich nicht so wie, wie in einem Krankenhaus oder wie in einem Hotel« (P6).

Vor allem aus den mit dem Eindringen in die Privat-/Intimsphäre verbundenen Belastungen dürfte sich erklären, weshalb meist viel Wert auf persönliche, vertrauensvolle und kontinuierliche Beziehungen zu den Pflegenden gelegt wird. Ein distanziertes, »geschäftsmäßiges« Auftreten von Pflegenden trifft daher oftmals auf Ablehnung. Zu häufiger Personalwechsel steht dem Aufbau vertrauensvoller Beziehungen ebenfalls entgegen und bringt darüber hinaus praktische Erschwernisse mit sich, weil neue Abstimmungen erforderlich sind und neue Arrangements ausgehandelt werden müssen. *Persönliche, vertrauensvolle Beziehungen* und *personelle Kontinuität* sind also in diesem Zusammenhang die zentralen Kategorien, die die Erwartungshaltung von Pflegebedürftigen kennzeichnen.

Selbstkonzept

Pflegebedürftigkeit führt zu einer Vielzahl von Anpassungserfordernissen, die auch auf psychischer Ebene schwer zu bewältigen sind. Es geht dabei u.a. um die Entwicklung von Akzeptanz einer biographischen Zäsur und die Revision der Selbstkonzeption (Schaeffer/Moers 2000: 451). Für Pflegebedürftige erweist es sich insbesondere als problematisch, den Verlust von Fähigkeiten und Selbstständigkeit in das Selbstbild zu integrieren, ihre Selbstwertschätzung aufrecht zu erhalten und die Erwartungen, die sie an sich selbst stellen, den veränderten Bedingungen anzupassen. Nicht mehr über die Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verfügen, die einstmal Grundlage von sozialem Status, Anerkennung und Rollenselbstbild waren, nicht

mehr das tun zu können, worüber in der Vergangenheit die eigene Identität definiert wurde, ist zumeist eine schwierige und schmerzhaft Erfahrung:

»Und dann, dann wars aus, gell. Und dann hatten wir die Gelegenheit, (...) wieder in unser Haus zu ziehen. (...) Wo wir jetzt, wo wir unser Ende erwarten. (...) Ich bin (...) ein flotter Bursche mal gewesen, aber leider das ist schlimm. Das ist sehr schlimm. (weint) Und das Häufchen, das bin ich jetzt« (P6).

»Und da hat es sich soweit verändert, dass ich ja nicht mehr alles das machen kann was ich ja eigentlich gelernt hab und was ich eigentlich bin. (...) furchtbar mit mir, dann denk ich immer, dass mit mir nichts mehr los is. (...) wie so ein faules Ei, so sitz ich denn da, es geht mir gar nicht in den Kopf, dass ich so doof bin« (P2).

»Re- und Neustrukturierung der Biographie einschließlich der dazu notwendigen Interpretations-, Revisions- und Integrationsarbeit, Planung des weiteren Lebens mit chronischem Kranksein, aber auch Ausbildung einer mit der eingetretenen Situation übereinstimmenden Identität, stellen somit eine zentrale Herausforderung der Krankheitsbewältigung dar« (Schaeffer/Moers 2000: 452). Die pflegerische Versorgung beinhaltet vor diesem Hintergrund eine besondere Art sozialer Begegnung, die sich von der Interaktion bei anderen personenbezogenen Dienstleistungen stark unterscheidet: Gerade jene Phänomene, die das frühere Selbstkonzept in Frage stellen, sind Gegenstand der Interaktion und überhaupt erst der Anlass ihres Zustandekommens. Die Frage, inwieweit beruflich Pflegende ihrer Klientel Anteilnahme, Respekt und Wertschätzung entgegenbringen, hat u.a. aus diesem Grund eine außerordentlich wichtige Bedeutung. Müller/Thielhorn (2000: 108ff) haben aufgezeigt, dass Pflegebedürftige nicht nur sehr sensibel auf Verhalten reagieren, das den Eindruck fehlenden Respekts hervorruft, sondern dass auch ein eher neutrales Verhalten, das kein explizites Interesse an ihrer Befindlichkeit signalisiert, als unangebracht gilt oder sogar als ausgesprochen kränkend erfahren wird. Insofern erwarten Pflegebedürftige Entlastung und Unterstützung bei der psychischen Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit, sei es durch bloßes Zuhören, durch verbal signalisierte Empathie oder auch ein konkretes Beratungsgespräch. Eine Pflege, die weniger auf die Person als auf körperliche Probleme und technisch-manuelle Handlungen ausgerichtet ist, ruft dementsprechend Enttäuschung, Kritik und das Gefühl mangelnder psychosozialer Unterstützung hervor:

»Aber das is eben leider so, die merken oft gar nich, was mit einem los is. Die Beine wickeln und dann ist es vorbei. Ja, so is es oft« (P2).

»Wenn se mal fünf Minuten Zeit haben und mal persönlich mit einem sprechen. (...) die schwere Krankheit wird dann etwas überbrückt« (P7).

Das Bedürfnis nach *Wertschätzung* und *emotionaler Entlastung*, so lässt sich als Fazit festhalten, ist ganz besonders aufgrund der als schwierig und schmerzhaft erlebten Revision des Selbstkonzeptes ein wesentlicher Bestandteil der Erwartungen, die sich an die Versorgung richten.

Körperliche Belastungen

Infolge funktioneller Einschränkungen und nachlassender Körperkraft werden alltägliche Handlungen für Pflegebedürftige oftmals zu einer beschwerlichen Angelegenheit. Daraus resultiert ein *Bedürfnis nach umfassender Entlastung*, das die Erwartungshaltung gegenüber pflegerischer Hilfe offenbar in doppelter Hinsicht prägt: Diese soll zum einen eine *gründliche* Versorgung gewährleisten (also vermeiden, dass die Pflegebedürftigen »nacharbeiten« müssen), zum anderen eine *vollständige* Versorgung, womit die Übernahme sämtlicher Teilhandlungen, die zu einer Versorgungssequenz gehören, durch die Pflegenden angesprochen ist. Ein Verstoß gegen diese Erwartungen wird mitunter als Zumutung empfunden und als Nachlässigkeit oder Bequemlichkeit gedeutet (Müller/Thielhorn 2000: 117ff).

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die durch Versorgungsmaßnahmen selbst hervorgerufenen körperlichen Belastungen. Ob und in welchem Maße Erschöpfung, das Gefühl der Überforderung oder Schmerzen im Verlauf pflegerischer Handlungen auftreten können, hängt zwar von der individuellen Ausprägung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit ab, in irgendeiner Form dürften sie jedoch für die meisten Patienten eine vertraute Begleiterscheinung des Versorgungsalltags sein. »Unter Schonung des Patienten« (P6) zu arbeiten bildet daher ebenfalls eine aus der Nutzerperspektive wichtige Anforderung an die Pflege.

Andere Fragen des Umgangs mit körperlichen Belastungen, insbesondere mit Schmerzen, gehören zwar ebenfalls zum Alltag des Lebens mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit, stehen aber interessanterweise nur selten in einem erkennbaren Zusammenhang mit Erwartungen an die pflegerische Versorgung. Entsprechende Schilderungen in den Interviews kreisen in erster Linie um das Erleben des Krankheitsverlaufs und Fragen der ärztlichen Therapie, wohingegen die Pflege – anders als im Falle emotionaler Belastungen – kaum in der Funktion wahrgenommen wird, auf dieser Ebene Unterstützung zu leisten. Die Bewältigung körperlicher Belastungen und Beschwerden scheint also die für das Versorgungserleben maßgebliche Hintergrunderwartung nur indirekt zu beeinflussen, etwa im Hinblick auf die schon angesprochene Funktion der Pflege, belastenden Situationen durch rechtzeitige Hilfestellung vorzubeugen und damit Sicherheit zu stiften oder auf emotionaler Ebene Beistand zu leisten.

Aktivitätsbegrenzung und Bedürfnisse

Die bisher benannten, für das Versorgungserleben relevanten Faktoren sind gewissermaßen negativ bestimmt, denn die meisten von ihnen umfassen Anforderungen, deren Bewältigung einer Reduzierung, Vermeidung oder Kompensation der durch chronische Krankheit und Pflegebedürftigkeit bedingten Belastungen gleichkommt. MitarbeiterInnen von Pflegediensten werden von Pflegebedürftigen jedoch oftmals auch als *Bereicherung* der ansonsten eher als defizitär empfundenen Lebensqualität gesehen. Ihr Handeln gilt aufgrund der begrenzten Möglichkeiten, alltäglichen, aber elementaren Bedürfnissen ohne Hilfe anderer Personen nachgehen zu können, als wichtiger Beitrag zur Erlangung von körperlichem und psychi-

schem Wohlbefinden. Diese Funktion zu erfüllen scheint vor dem Hintergrund einer veränderten Bedürfnisstruktur bzw. einer relativ bescheidenen Anspruchshaltung nur wenig Anstrengungen zu erfordern. Wenn weitergehende Aktivitäten unmöglich geworden sind, erhalten etwa ein Bad oder eine alltägliche Unterhaltung einen hohen Stellenwert für das Wohlbefinden:

»Und ich gehe heute noch jeden Morgen in die Badewanne. (...) und dann helfen sie mir die Beine da runter zu kriegen und dann, ich wasch mich soweit ich kann und die anderen waschen mir den Rücken und die Beine und dann braus ich mich noch eiskalt ab. (...) Und das ist das Schönste (...) dann werde ich erst Mensch, sag ich immer. Ja, aber es ist tatsächlich so. Dann werde ich munter und dann trinke ich meinen Tee« (P5).

»Jedenfalls, man hat so seine Lieblinge, nicht, mit denen man gut kann. Wo man sich freut, wenn die kommen« (P9).

»Ja, irgendwie hat man da doch Kontakt mit der Person, ja. Man erfährt dann auch so manches Persönliches und des is dann für mich auch interessant, wie die Leute so leben die so was tun« (P2).

»Und, bin ich sehr nervös und dann bin ich dankbar, wenn jemand kommt und fünf Worte mal mit mir spricht. (...) Dann freu ich mich, wenn se drauf eingehen und sagen, ach fünf Minuten setze ich mich zu Ihnen« (P7).

Pflege wird also nicht nur als sicherheitsstiftend und emotional entlastend empfunden, sondern auch als ein wesentlicher Beitrag zur alltäglichen Bedürfnisbefriedigung, insbesondere auf der Ebene der sozialen Teilhabe.

*

Lässt man die einzelnen Aspekte des skizzierten Anforderungs- und Problemspektrums Revue passieren und sucht man nach dem verbindenden Element, so stößt man unweigerlich auf die Kategorie *Wohlbefinden*. Pflegebedürftige beurteilen die Versorgung offenbar in erster Linie danach, inwieweit sie ihnen dazu verhilft, Wohlbefinden zu erlangen bzw. eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens zu vermeiden oder abzumildern. Relatives Wohlbefinden wird dabei vor allem mit dem Gefühl von Sicherheit und Kontinuität, mit Wertschätzung, emotionaler Entlastung, Vertrauen und Vertrautheit sowie mit der Befriedigung grundlegender Bedürfnisse und einer umfassenden Entlastung von beschwerlichen Alltagsverrichtungen in Verbindung gebracht. Wohlbefinden in diesem Sinne ist eine unmittelbare Reaktion auf die erlebte Versorgung, auf die Erfahrung, dass pflegerisches Handeln eine als wohltuend empfundene Wirkung entfaltet. »Ja, was ist gute Pflege? Wenn ich mich dabei wohl fühle« (P11). Vor dem Hintergrund der Feststellung, dass sich Erwartungen erst im Verlauf des Versorgungserlebens herausbilden und konkretisieren (vgl. Kapitel 2.1), könnten diese als Resultat eines Prozesses verstanden werden, in dem sukzessive Erfahrungen darüber angehäuft werden, welche Aspekte und Merkmale der Versorgung zu Wohlbefinden beitragen und welche es beeinträchtigen.

Wohlbefinden, nicht Zufriedenheit wäre nach diesen Überlegungen der übergeordnete Maßstab in der Beurteilung des Versorgungsgeschehens.

Aber handelt es sich hierbei wirklich um eine trennscharfe Unterscheidung? Sind Wohlbefinden und Zufriedenheit nicht begriffliche Ausdrücke für ein und dasselbe Phänomen? Beide Kategorien beziehen sich auf Empfindungen. Wohlbefinden bei andauernder Unzufriedenheit ist ebenso wenig vorstellbar wie Zufriedenheit trotz mangelnden Wohlbefindens. Insofern sind *allgemeine* Zufriedenheit (z.B. Lebenszufriedenheit) und Wohlbefinden kaum voneinander abgrenzbar. Allerdings unterstellt das Konzept der Zufriedenheit mit einer Dienstleistung (!) einen diskreten, d.h. auf ganz bestimmte Ereignisse und Erwartungen bezogenen Vergleichsprozess. Sie gilt als emotionale Reaktion auf das *Ergebnis dieses Vergleichsprozesses*, während Wohlbefinden im oben skizzierten Sinne eine unmittelbare emotionale Reaktion auf eine *Erfahrung* darstellt (ohne vorhergehenden Vergleichsprozess). Insofern besteht zwar sicherlich eine Beziehung zwischen beiden, jedoch steht ebenso fest, dass das Konzept der Zufriedenheit mit Dienstleistungen nicht in ein Konzept des Wohlbefindens aufgrund von Dienstleistungen transformiert werden könnte.

Möglicherweise speisen sich Zufriedenheitsaussagen von Patienten aus beiden Quellen. Möglicherweise ist die von Patienten geäußerte Zufriedenheit auch ihrerseits eine Reaktion auf Wohlbefinden, nicht das Resultat der Gegenüberstellung von erwarteter und tatsächlich geleisteter Versorgung. Mit dieser letzten Annahme geriete das Konstrukt der Zufriedenheit jedoch vollends in den Bereich der Spekulation. Wohlbefinden hängt von zahlreichen anderen Faktoren ab, u.a. von der Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes, mit dessen Auf- und Abwärtsbewegungen es beständigen Schwankungen unterliegt. Es könnte unter diesen Umständen nicht ernsthaft angenommen werden, dass eine emotionale Reaktion (Zufriedenheit) auf eine emotionale Reaktion (Wohlbefinden) noch irgendeinen Rückschluss auf Qualitätsmerkmale der pflegerischen Versorgung zulässt.

Die angesprochenen Fragen und Probleme können an dieser Stelle nicht abschließend geklärt werden. Sie verdeutlichen jedoch zur Genüge, dass kritisch hinterfragt werden muss, inwieweit sich die dem Konzept der Zufriedenheit zugrunde liegenden Annahmen auf das Gesundheitswesen übertragen lassen.

2.3 Harmonie

Erfahrungen mit Qualitätsprüfungen, aber auch mit der Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen zeigen, dass Leistungsnutzer Kritik auch deshalb nicht bzw. nur sehr zurückhaltend äußern, weil sie Sanktionen in Form einer Verweigerung von Unterstützung oder eines tendenziell feindseligen Kommunikationsverhaltens befürchten. Dies ist zwar bislang kaum durch Forschungsergebnisse belegt, wird aber von verschiedenen Seiten, insbesondere von Beratungsstellen übereinstimmend berichtet⁹. Befürch-

⁹ Insbesondere lässt sich schwer beurteilen, wie weit verbreitet Befürchtungen vor Sanktionen tatsächlich sind. Anfragen bei Beratungsstellen erfolgen zu meist aus konkretem Anlass und dürfen insofern nicht voreilig verallgemeinert werden. Auch scheint die stationäre pflegerische Versorgung stärker als die ambulante Pflege betroffen zu sein.

tungen vor Sanktionen scheinen auch dann wirksam zu sein, wenn das Personal der betreffenden Pflegeeinrichtung nicht anwesend ist, was etwa in dem Wunsch zum Ausdruck kommt, Beschwerden oder das Ersuchen um eine Beratung anonym zu behandeln.

Es würde allerdings zu weit gehen, allen oder auch nur der Mehrheit der Leistungsnutzer eine durch Angst vor direkten Sanktionen geprägte Grundhaltung zu unterstellen. Dagegen sprechen u.a. die Ergebnisse der Interviews, auf die an dieser Stelle Bezug genommen wird und die nicht selten eine zwar inkonsistente, aber stark ausgeprägte Idealisierung ambulanter Pflegedienste zum Ausdruck bringen. Die faktisch gegebene Abhängigkeit von den Pflegenden wirkt auf den Umgang mit Kritik viel subtiler als es die oben angesprochenen Erfahrungen von Beratungsstellen nahelegen: In einer Situation, die durch existentielle Verunsicherung, Schwierigkeiten bei der Adaption des Selbstkonzepts, den Einbruch in die Intimsphäre und reduzierte Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung geprägt ist, sind Pflegebedürftige in besonderer Weise auf eine *harmonische Beziehung* zu MitarbeiterInnen von Pflegediensten angewiesen¹⁰. Ein Gefühl der Sicherheit lässt sich ohne eine stabile Vertrauensbasis nur bedingt herstellen. Ebenso wird das Eindringen externer Personen in die Privatsphäre zu einer hohen Belastung, wenn die Beziehungen zu ihnen (vielleicht auch nur unterschwellig) angespannt sind. In Bezug auf die schwierige Adaption des Selbstkonzeptes kann dann auch nicht mehr erwartet werden, dass eine Ebene der Kommunikation erreicht wird, auf der Pflegebedürftige Entlastung und Wertschätzung erfahren. Und schließlich dürfte eine gestörte oder angespannte Beziehung von vornherein ausschließen, dass das oftmals ausgeprägte Kommunikationsbedürfnis zum Zuge kommt. Vor diesem Hintergrund besteht ein außerordentlich starkes Bedürfnis nach Realisierung einer harmonischen Pflegebeziehung, in der Konflikte oder Kritik wenig Platz haben. In folgender Interviewpassage kommt das damit verknüpfte Rollenselbstbild besonders deutlich zum Ausdruck:

»Wurde mir mal stillschweigend von jemand erzählt, die haben gesacht, is ein netter Patient, der meckert nich und ist immer freundlich. (...) Und das is ja ein Plus für mich, da freu ich mich über. (...) Aber wie gesagt, ich will keinen beschuldigen, um Gottes Willen, nich wahr, se sind alle freundlich und nett, und es is kaum einer, der irgendwie ein böses Wort über die Lippen bringen könnte. Und ich habe mich auch überall dafür bedankt, und das ist ja auch meine Pflicht« (P1).

Ein angenehmer, freundlicher Patient als Teil der idealtypischen Pflegebeziehung enthält sich also der Kritik oder formuliert sie allenfalls sehr vorsichtig, um die angestrebte vertrauensvolle Beziehung nicht zu gefährden. Er stimmt sein Verhalten auf die den Pflegenden unterstellten Erwartungen selbst dann ab, wenn er unter extremer Belastung steht:

»Das ist auch hier in der häuslichen Krankenpflege, ich rei mich da zusammen, zum Beispiel wenn ich so Schmerzanfälle habe, da könnte ich auch wimmern (...). Da habe ich natürlich auch zuerst manchmal fast geweint und habe gerufen: Helft mir doch oder irgendwas. Das habe ich mir dann ganz abgewöhnt, weil ich gemerkt habe, dass das dann Aversionen fördert« (P9).

¹⁰ »Ich brauche Harmonie in mir und um mich herum« (P5).

Es geht also weniger um Angst vor direkten Sanktionen als vor allem um das Festhalten an einer Vorstellung, deren Zerstörung das Ziel, Sicherheit und Wohlbefinden herzustellen, in Frage stellen würde. Enttäuschung und Kritik werden zum Teil verschwiegen, zum Teil bagatellisiert, die Anlässe als seltene Ausnahme eingestuft oder unbeeinflussbaren äußeren Rahmenbedingungen zugeordnet. Hierbei kommt dem Faktor *Zeit* eine außerordentlich wichtige Bedeutung zu:

»Ich werd ja richtig gewaschen und werde angezogen und was sie nicht so gut machen, das mache ich selber. Nicht, ich helfe dann immer mit. Aber sonst kann ich nicht darüber klagen. (...) Es geht immer ruckzuck. Nein, die Pflege, die Einrichtung ist gut. Aber die Menschen haben zu wenig Zeit« (P5).

»Da die Pflegekraft, die ja auch nie viel Zeit hat und dann ist ja auch vorgeschrieben, wie viel se bei jedem Patienten verbringen dürfen« (P7).

»Ja, ich glaube, dass die Krankenschwestern heute auch für die Patienten sehr wenig Zeit haben. Leider. Da wäre es in den Krankenhäusern auch notwendig, dass vielleicht noch mehr eingestellt werden. (...) Und wie man allgemein hört, sagen ja alle immer sie haben zu wenig Zeit, sich um die Patienten wirklich zu kümmern. Ich weiß, das ist beim Pflegedienst sicher nicht viel anders, denn die haben ja auch ihre bestimmten Zeiten und ich meine, wenn se viel haben müssen se auch machen, dass se vorankommen« (P10).

»Also ich kann überhaupt nich klagen, an sich geben die sich alle sehr viel Mühe, nich, die sind nur immer sehr eilig, das is es, die haben ja keine Zeit, aber sonst, ich fühle mich immer gut betreut, das kann ich nich anders sagen. (...) wenn sie mal zu spät gekommen sind, (...) und das ist das, was ich nich mag. (...) aber das sind ja Ausnahmen. (...) Die haben ja alle immer keine Zeit, die müssen ja gleich zum nächsten Patienten, is ja nich so einfach, ne, und alle warten darauf, ja« (P12).

In dem Festhalten an der Vorstellung einer harmonischen Pflegebeziehung, die sich auch durch gegenseitiges Verständnis auszeichnet, dürfte also einer der wesentlichen Gründe dafür liegen, dass Kritik, mit der eine Störung des angestrebten harmonischen Verhältnisses riskiert werden könnte, meist recht moderat formuliert oder so transformiert wird, dass sie sich kaum mehr auf die am Versorgungsgeschehen unmittelbar Beteiligten richtet.

2.4 Was verstehen Sie unter einer guten Pflege?

Nicht sämtliche, aber doch wohl die meisten und vor allem die wichtigsten Kriterien, nach denen Patienten die pflegerische Versorgung beurteilen, stehen in engem Zusammenhang mit den skizzierten Problemen, Anforderungen und Bedürfnissen, die sich direkt oder indirekt aus der Bewältigung von Krankheit, Pflegebedürftigkeit und dem Einbruch beruflicher Helfer in den Lebensalltag ergeben. Sie beziehen sich auf unterschiedlichste Aspekte der pflegerischen Versorgung, auf Fragen der Personal- und Einsatzorganisation ebenso wie auf Aspekte der Kommunikation und die Durchführung körperbezogener Pflegemaßnahmen.

Im Verlauf der Interviews wurden die Patienten u.a. danach gefragt, was für sie eine gute Pflege und eine gute Pflegekraft ausmacht. Die Ant-

worten auf diese Fragen beinhalten nur einen Ausschnitt der aus der Nutzerperspektive bedeutsamen Kriterien, weil hier die Ebene des pflegerischen Handelns angesprochen ist, aber auch weil nicht erwartet werden kann, dass Patienten auf eine solche Frage spontan erschöpfend Auskunft geben. Ihre Antworten lassen vielmehr erkennen, woran sie *zuerst dachten*, als sie zur Schilderung ihres Verständnisses einer guten Pflege aufgefordert wurden.

Es ist nach den vorangegangenen Ausführungen nicht verwunderlich, dass Kriterien im Vordergrund stehen, die auf der Ebene der Kommunikation angesiedelt sind. Hierzu gehört zunächst einmal das allgemeine Auftreten der Pflegekräfte:

»Eine gute Pflege (...) ich freu mich innerlich nich wahr, dass ich die habe (...) se sind alle nett zu mir, und wir haben auch nie irgendwie Meinungsverschiedenheiten gehabt, und so weiter und so fort« (P1).

»Also eine Person, die hauptsächlich, die viel Freude ausstrahlt. Wirklich, das ist wichtig. Denn wenn da eine mit so nem Gesicht ankommt, dann ist es bei mir aus, ja« (P2).

»Ja, nett und freundlich, immer gleich, nicht launisch (...) Orangensaft oder ein Tässchen Kaffee und so und nur immer schön freundlich und nett alles machen« (P4).

»Das ist schon sehr wichtig, dass man jemanden hat, der einem auch glaubt« (P9).

»Es ist sehr wichtig, dass jemand einfühlsam ist und die sind ja alle recht nett. (...) Das ist das Entgegenkommen, man spürt, die sind aufgeschlossen, und das is ganz wichtig« (P12).

Müller/Thielhorn (2000) haben aufgezeigt, dass es in diesem Zusammenhang keineswegs nur, wie diese Auszüge nahelegen, um Freundlichkeit und Aufgeschlossenheit geht, sondern auch um eine bestimmte Art der Beziehungsgestaltung und Zusammenarbeit bei konkreten Pflegehandlungen, in denen *Personenorientierung* das zentrale Element darstellt. Das Bedürfnis, als Person ernst genommen zu werden, ist sicherlich ein allgemeines Bedürfnis im Rahmen von sozialer Interaktion, erhält jedoch vor dem Hintergrund eines angeschlagenen Selbstkonzeptes einen besonderen Stellenwert. Pflegebedürftigen ist es außerordentlich wichtig, partnerschaftlich und nicht als bloßes Objekt pflegerischer Hilfen behandelt zu werden. Hierzu gehört u.a. die *Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Wünsche*: Pflegebedürftige stehen einer routinemäßigen, schematischen Durchführung von Pflegemaßnahmen ablehnend gegenüber. Sie erwarten vielmehr, dass die Pflegenden ihre aktuelle Befindlichkeit, ihre Gewohnheiten und situativen Bedürfnisse berücksichtigen, d.h. sie als Person ernst nehmen und einbeziehen. In engem Zusammenhang damit stehen *Transparenz und Nachvollziehbarkeit* des pflegerischen Handelns. Sie wollen also verstehen, was mit ihnen und in ihrer Umgebung geschieht und warum es geschieht. Und nicht zuletzt betonen sie die Anforderung, für eine *Minimierung von Belastungen durch pflegerische Maßnahmen* Sorge zu tragen. In einem der Interviews findet sich eine recht klare Formulierung entsprechender Erwartungen, die in anderen Fällen zumeist nur indirekt zu erschließen sind:

»Eine gute Pflege ist a) auf den Patient, in, mit seiner Krankheit einzugehen. Den Patient, die Äußerungen des Patienten nicht außer acht zu lassen und stur irgendwie welchem Prinzip zu folgen, sondern auch mal den zu befragen, was ihm angenehm ist, was ihm förderlich ist oder was ihm schädlich war. Und das wird oft nicht gemacht. Da wird nach einem Schema verfahren (...). Da wird oftmals nach einem Prinzip irgendwie, was weiß ich, unschönen Prinzip wird da gehandelt, ohne eine Rücksprache mit dem Patienten zu halten (...) des obligatorische ist immer Helfer sein. Helfer zu sein unter Schonung des Patienten unter dem, dem weitgehenden Verständnis des Patienten gemäß seiner Krankheit, seinen Schmerzen, seinen notwendigen Verlangen, was er hat und so weiter. Darauf eingehen, nicht sagen da haben Sie gar nichts zu melden (...). Es muss die Aufgabe eben immer, immer richtig verstanden werden, Helfer zu sein und nicht Diktator zu sein« (P6).

Ein zweiter wichtiger Kriterienbereich lässt sich vielleicht am Besten mit den Begriffen *Sorgfalt, Achtsamkeit und vollständige Versorgung* kennzeichnen. Er wird zumeist ebenfalls in Verbindung mit persönlichen Eigenschaften, insbesondere mit der Motivation und dem Engagement der Pflegenden thematisiert und mit Ausdrücken wie »ordentlich« oder »gründlich arbeiten« charakterisiert, häufig auch mit dem Ausdruck »sich Mühe geben«. In Kontrast hierzu steht ein Verhalten, mit dem es sich die Pflegenden vermeintlich leicht machen, indem sie ohne innere Beteiligung ihre Pflichtaufgaben erfüllen und ihr Handeln auf das Notwendigste beschränken oder gar wichtige Arbeiten vernachlässigen.

»Ja, ja, gute Pflege, die geben sich große Mühe« (P4).

»Tja, gute Pflege, dass Sie ordentlich gepflegt werden. Ordentlich gewaschen werden, Sie ordentlich angezogen werden. (...) (Im nahegelegenen Pflegeheim) wird die Wäsche verwechselt, die Kleider werden verwechselt oder die Leute laufen mit, mit kaputten Strümpfen rum und so weiter. Da achten die nicht drauf. Und so kann es natürlich auch privat sein, wenn der Patient das nicht mehr kann, und zum Schluss kommt es nämlich so, dann sind die müde, und sagen: Och lass doch, mir ist doch alles egal« (P5).

»Ja, ne gute Pflege, das ist vor allen Dingen find ich, dass sie aufpassen, dass ich nicht falle. (...) Und, dass beim Duschen, da wo ich nicht ran komme, Rücken, Gesäß und Beine und so, dass das sehr ordentlich gemacht wird. Und auch beim Abtrocknen, dass das nicht so oberflächlich gemacht wird« (P8).

»Ja, es muss irgendwie alles gründlich sein« (P11).

»Die arbeiten fleißig, ich meine, ich weiß das ja von ner Schwägerin, (...) die braucht auch Pflege jetzt, dass die Damens da mehr oder weniger rumsitzen und dass sie sich selber waschen muss. (...) Und dass die sich hinsetzen und Kaffee trinken und lassen mich da selber wurschteln, dass tun die hier nich, die arbeiten fleißig« (P3).

Die letzte Interviewpassage verweist auf die auch von anderen Befragten deutlich formulierte Erwartung einer vollständigen Entlastung und damit auf einen unter fachlichen Gesichtspunkten sehr wichtigen Aspekt: den Wunsch von Pflegebedürftigen, dass ihnen all jene Handlungen abgenommen werden, die sie nicht mehr oder nur mit Mühe selbst ausführen können (vgl. Kapitel 2.2). Sie unterscheiden hierbei offenbar nur selten, ob die betreffenden Handlungen aus fachlicher Sicht angebracht erscheinen oder vor dem Hintergrund vertraglicher Vereinbarungen in den Zu-

ständigkeitsbereich der Pflege fallen oder nicht (vgl. Müller/Thielhorn 2000: 116ff). Dies betrifft z.B. Reinigungsarbeiten, für die sich die Pflegenden nicht zuständig sehen. Erwartungen und fachliche Kriterien kollidieren ggf. auch in Situationen, in denen die Pflegenden nach den Grundsätzen einer ressourcenfördernden (aktivierenden) Pflege arbeiten und statt der vollständigen Übernahme der zu einer Alltagsverrichtung gehörenden Handlungen anstreben, den Patienten anzuleiten und bei einer Verrichtung nur punktuell zu unterstützen. Ein derartiges Vorgehen scheint von vielen Pflegebedürftigen eher als Ausdruck von Bequemlichkeit denn als professionelles Handeln wahrgenommen zu werden. Auch das häufig angesprochene Problem, dass die Besuche der Pflegenden zeitlich zu knapp bemessen sind, fördert aus ihrem Blickwinkel die Tendenz, anstehende Arbeiten nicht vollständig oder nur oberflächlich zu erledigen, den Patienten nicht schonend genug zu behandeln oder über dessen Bedürfnisse hinwegzugehen¹¹.

Andere Kriterien wurden anlässlich der Frage nach den Kennzeichen einer »guten Pflege« selten formuliert. Aspekte der Kommunikation und Beziehungsgestaltung sowie Sorgfalt, Gründlichkeit, Vermeidung von Belastungen und vollständige Versorgung scheinen insofern die aus der Nutzerperspektive herausragenden Qualitätsmerkmale auf der Ebene des pflegerischen Handelns zu sein.

2.5 Zufriedenheitsäußerungen und Kritik

Die bereits zitierte These von Williams, Zufriedenheitsbefragungen zwingen Patienten dazu, sich in ihnen fremden Kategorien (»alien terms«) auszudrücken (Williams 1994: 515), wird durch das vorliegende Interviewmaterial weitgehend gestützt. Nur zwei der zwölf befragten Patienten benutzten den Ausdruck »zufrieden« (oder wortverwandte Begriffe) einigermaßen regelmäßig im Gesprächsverlauf, in den übrigen Fällen wurde er bis zu dreimal verwendet (von zwei Patienten gar nicht), und dies zum Teil auch erst, nachdem die Interviewer den Begriff mit der Frageformulierung in das Interview eingebracht hatten. Die folgende Übersicht vermittelt einen Eindruck, worauf sich die Zufriedenheitsäußerungen bezogen (Reihenfolge nach Häufigkeit der Nennungen):

- Lebenssituation, Lebensverlauf, Weltgeschehen,
- Pflegedienst im Allgemeinen (z.B. zufrieden mit Wahl des Pflegedienstes),
- Pflegekräfte (Verhaltensweisen, Personen),
- andere Leistungsanbieter/berufliche Helfer (z.B. Ärzte).

Zufriedenheit scheint also tatsächlich keine Kategorie zu sein, auf die bei der Beurteilung der pflegerischen Versorgung bevorzugt zurückgegriffen

¹¹ »Ja, die sind dann so, wie soll ich sagen, so flott und so schnell, aber jetzt müssen wir fertig werden, ja aber jetzt, aber jetzt und schnell und denn geh'n se los: und dann waschen se an einem rum und schrubben. Ach, sag, ich, genug: es reicht, es reicht. Aber die sind dann so furchtbar: borstig und schnell. Es ist höchste Zeit, wir müssen doch wieder weiter, wir haben ja noch 27 Personen (...) am Vormittag« (P2).

wird. Dies gilt im Übrigen auch für andere Begriffe, die mitunter aus dem politischen, fachlichen oder wissenschaftlichen Diskurs in Patientenbefragungen eingebracht werden. Beispielsweise sprechen Patienten bzw. Pflegebedürftige für gewöhnlich nicht von »Qualität«. In den zwölf Interviews wurde der Begriff von den Befragten kein einziges Mal verwendet. Auch die Kategorie »Kunde« entspricht weder ihrem Sprachgebrauch noch ihrem Selbstverständnis. Sie wird zum Teil als Ausdruck einer Kommerzialisierung der Pflegebeziehung verstanden, die nicht ihren Vorstellungen von der Zusammenarbeit mit Pflegediensten entspricht. Sie bezeichnen sich selbst als Patienten, und gefragt, inwieweit sie sich als Kunden sehen, signalisieren sie eher Skepsis:

»Also, eigentlich, ich würde sagen, ich fühle mich als Dazuzahler, aber als Kunde – nö, das kann ich nicht sagen« (P9).

»Ja, es wird bezahlt. Schon, ja so halb Kunde so halb Patient. Also es, es ist ne besondere Art von Kunde. Man ist natürlich schon Kunde und sagt: Man bezahlt ja dafür, also sollen die das auch machen« (P6).

»Beinahe, ja, also das mit der Diakonie, wie das so früher war, das is ja heute nich mehr so üblich, man is mehr eine Nummer und ein Kunde, das stimmt schon, und das muss man akzeptiern. (...) und das hat sich ja jetzt geändert und jetzt is das alles auf kommerzieller Basis. (...) also, ich möchte ja nich sagen, dass ich unbedingt nur Kunde bin, ich werde sehr menschlich behandelt« (P12).

Doch zurück zur Zufriedenheit. Abgesehen davon, dass es sich aus der Nutzerperspektive um keine gängige Kategorie handelt, erweist sich ihre Verwendung in Befragungen als wenig verlässlicher Weg, Beurteilungen abzubilden. Wie aus der Forschungspraxis schon seit langem bekannt ist, schließen sich Zufriedenheit und Kritik keineswegs aus, und dieser Befund scheint besonders im Falle der gesundheitlichen Versorgung relevant zu sein. Hierzu exemplarisch zwei längere Interviewauszüge:

«Die Organisation, hier, die häusliche Krankenpflege hier (...) die sind hervorragend. (...) Die sind hervorragend! Und was ich wünsche, kriege ich auch. (...) es kommen verschiedene zu mir... Nich, und das is natürlich weniger schön, nich. Ich plädiere natürlich, aber ich kann ja denen ja keine Vorschriften machen. Ich plädiere dadrauf, dass das, abends kommen die auch jetzt, ne, dass immer dieselben kommen, aber, das is nich der Fall. (...) und das wäre aber das Einzige, aber ansonsten muss ich sagen, muss ich ein Lob aussprechen, für diese Organisation hier. (...) und vor allen Dingen, morgens hätte ich gerne, das um 9 Uhr hatte ich gesagt, dass um halb zehn, das dann jemand kommt (...) und vor allem die Männerwirtschaft, die hab ich nich so gerne (...) Da hab ich wirklich Glück gehabt (mit dem Pflegedienst) und ich bin da sehr gut mit zufrieden« (P1).

»Also ich bin schon sehr zufrieden, kann man schon sagen. Ja, ja. Natürlich is der eine oder andere nicht so gut zu ertragen, aber das liegt ja auch am Mensch, da is ja jeder anders. (...) Also erstens, dass doch mal möglichst eine Woche lang ein und dieselbe Person kommt. Das wäre mein großer Wunsch, ja, und auch noch mit Samstags- und Sonntagsbesuchen, da wechselt nämlich dann immer. Samstag und Sonntag kommt dann auch immer jemand anders. So is das dann (leise). (...) Es is irgendwie, es is net so einfach. Wie: was kommt jetzt da wieder für eine. (...) Und dann liegt man halt da und denkt, ha, ja, lässt man den lieben Gott 'nen guten Mann sein und plötzlich kommt irgendjemand. (...) Aber so ist das alles husch, husch. (...) Ich weiß nich, die nehmen sich

alle so furchtbar wichtig selber und das is unmöglich, dass versteh ich nich, aber das is eben leider so, die merken oft gar nich, was mit einem los is. Die Beine wickeln und dann ist es vorbei. Ja, so is es oft« (P2).

Patienten bezeichnen sich also als »sehr zufrieden«, *obwohl* elementare Erwartungen enttäuscht werden. Sie bewerten den Pflegedienst mit »herausragend« und betonen, dass all ihre Wünsche erfüllt werden, *obwohl* sie beklagen, dass der Pflegedienst sich über ihre Wünsche hinweg setzt. Es ließen sich weitere Beispiele angeben, in denen sich stets das gleiche Muster wiederfindet: Zufriedenheitsäußerungen und anderen positiven Aussagen stehen Schilderungen gegenüber, die eine gänzlich andere oder zumindest doch eine differenziertere Bewertung erwarten ließen. Dieses Phänomen kann nicht allein damit erklärt werden, dass globale Zufriedenheit das Resultat vieler Teilzufriedenheiten sein könnte, dass Unzufriedenheit also nur mit einzelnen Aspekten der Versorgung besteht und durch Zufriedenheit mit anderen aufgewogen wird. Denn wie der erste Interviewauszug illustriert, enthalten Zufriedenheitsaussagen oftmals eine ausgeprägte Widersprüchlichkeit, die Zweifel daran aufkommen lassen, ob globale Beurteilungen überhaupt in einem sachlichen Zusammenhang mit dem tatsächlichen Versorgungserleben stehen.

Diese Widersprüchlichkeit ist eine wichtige Herausforderung für die Klärung theoretischer und methodischer Fragen im Zusammenhang mit der Erforschung der Nutzerperspektive in der Pflege. Möglicherweise kommt hier das Phänomen der kognitiven Dissonanz zum Tragen, das bereits vor mehreren Jahrzehnten von Festinger (1957) beschrieben wurde. Er definierte Dissonanz als fehlende Übereinstimmung zwischen Einstellungen und Meinungen einer Person auf der einen und tatsächlichem Verhalten oder Sachverhalten der Umgebung auf der anderen Seite. Die Dissonanz aufzuheben gilt in diesem Konzept als elementares menschliches Bedürfnis, und so komme es zu Adaptionsprozessen, etwa zu Umdeutungen wahrgenommener Situationen, Einstellungsveränderungen usw. – Adaptionen, die für die betreffende Person Konsistenz herstellen, jedoch ggf. Spuren in Form von Unstimmigkeiten innerhalb von Schilderungen gegenüber dem außenstehenden Beobachter hinterlassen. Im Ergebnis können Personen Zufriedenheit empfinden, wenngleich sie allen Grund hätten, unzufrieden zu sein. Das Zufriedenheitsparadoxon beruht also darauf, dass es für das Individuum unerträglich erscheint, dauerhaft mit dem Gefühl der Unzufriedenheit zu leben, vor allem dann, wenn es um elementar wichtige, für das Wohlbefinden entscheidende Lebensbedingungen geht (vgl. Glatzer/Zapf 1984). Es ist eine Variante dessen, was in der Literatur auch als »Paradox des subjektiven Wohlbefindens« beschrieben wird (Staudinger 2000). Zufriedenheit und Wohlbefinden unterliegen einem komplizierten Mechanismus der Selbstregulation von Individuen, und allein schon dies macht sie zu einem denkbar schlechten Indikator für das Versorgungserleben von Pflegebedürftigen.

2.6 Gute Pflege und fachliche Qualität

Von großer Bedeutung für das Qualitätsmanagement ist die Frage, welche Schnittmenge Erwartungen von Patienten und fachliche Qualitätsanforderungen aufweisen und wie sie zueinander in Beziehung stehen. Das Konzept der Zufriedenheit stellt durchaus in Rechnung, dass keineswegs die Gesamtheit der Leistungsmerkmale wahrgenommen bzw. in den Vergleich von Soll- und Ist-Leistung einbezogen wird. Für die Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen einer Qualitätsbewertung anhand von Zufriedenheitsbefragungen ist es also wichtig zu wissen, welche Leistungsaspekte aus der Nutzerperspektive Relevanz besitzen und welche Qualitätsdimensionen die *wahrgenommenen* Aspekte abbilden bzw. welche nicht. Pflege ist eingebettet in einen komplexen organisatorischen und kommunikativen Zusammenhang, und daher müssen sich Forschung und Qualitätsmanagement im Klaren darüber sein, über welche Phänomene sie Auskunft erhalten wollen. Geht es um die pflegerische Unterstützung im engeren Sinne (die im einzelnen durchgeführten Maßnahmen, die auch Gegenstand des Vertragsverhältnisses sind), um organisatorische Fragen, oder interessieren bestimmte Ereignisse, Verhaltensweisen und Interaktionen im Rahmen der pflegerischen Versorgung? Zu welchen dieser Aspekte kann man von Leistungsnutzern Aussagen erwarten, die im Rahmen der Qualitätsentwicklung verwertbar sind? Was also ist der Gegenstand von Beurteilungen aus der Nutzerperspektive, worauf beziehen sich Erwartungen?

Nach den vorangegangenen Überlegungen lassen sich diese Fragen zumindest in Form einer Hypothese beantworten, die auch von den Ergebnissen anderer Studien gestützt wird. Aus der Nutzerperspektive beinhaltet eine »gute« pflegerische Versorgung in erster Linie folgende Elemente und Merkmale:

- eine vertrauensvolle, persönliche, durch Respekt und Wertschätzung gekennzeichnete Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten,
- Personenorientierung (Berücksichtigung individueller Gewohnheiten und Bedürfnisse, Ansprache und Abstimmung bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen),
- Kommunikation auch jenseits der mit Pflegemaßnahmen unmittelbar verknüpften Themen,
- ausreichende Zeit,
- personelle Kontinuität,
- Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit,
- Sorgfalt, Behutsamkeit und Engagement bei der Durchführung der Pflege,
- umfassende Unterstützung und Entlastung (»vollständige« Versorgung).

Eine gute pflegerische Versorgung ist eine Versorgung, die durch Beachtung dieser Anforderungen relatives Wohlbefinden ermöglicht und zusätzliche Belastungen (durch Versorgungsmaßnahmen, durch den Einbruch in die Intimsphäre etc.) vermeidet. Pflege wird, so lässt sich etwas überspitzt formulieren, durch bloße Präsenz als Entlastung und Bereicherung empfunden, solange eine aus der Nutzerperspektive tragfähige Pflegebezie-

hung erhalten bleibt, Individualität respektiert wird und Bedürfnisse nicht übergangen werden. Vor allem eine gelungene Kommunikation mit und eine vertrauensvolle Beziehung zu den Pflegenden dürfte oftmals für die Gesamtbeurteilung des Versorgungsgeschehens ausschlaggebend sein.

Kriterien hingegen, die aus der Sicht professioneller Akteure die fachliche Qualität pflegerischer Leistungen bestimmen, finden sich in diesem Verständnis scheinbar kaum wieder. Zwar gilt die Umsetzung der Forderung, Pflege müsse sich an individuellen Bedürfnissen ausrichten, psychosoziale Frage beachten und die Versorgung auch als einen Beziehungsprozess auffassen, schon seit langem als unverzichtbarer Bestandteil einer hochwertigen Versorgung, doch stehen in der aktuellen Diskussion um Qualitätssicherung und -entwicklung andere Themen und Anforderungen im Vordergrund (vgl. z.B. Igl et al. 2002) – Aspekte, die weitgehend außerhalb der Wahrnehmung von Patienten und der von ihnen als bedeutsam eingestuften Versorgungsmerkmale liegen. Die Qualität des pflegerischen Assessments etwa, eine differenzierte Pflegeplanung, eine am Ziel der Förderung von Selbstpflegeressourcen orientierte Auswahl von Pflegemethoden, die regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung von Pflegezielen, die Einhaltung fachlicher Standards oder auch die Pflegedokumentation verweisen auf eine Ebene von Versorgungsqualität, die von Pflegebedürftigen kaum thematisiert wird. Manche der aus fachlicher Sicht empfehlenswerten Handlungsmaximen kollidieren sogar mit den Erwartungen von Pflegebedürftigen. Dies gilt beispielsweise für eine ressourcenfördernde Pflege, die einen Schwerpunkt auf Anleitung und punktuelle Unterstützung legt. Ein Spannungsfeld zwischen Nutzererwartungen und professionellen Orientierungen ergibt sich bisweilen auch im Hinblick auf die Balance von Nähe und Distanz in der Pflegebeziehung: Dem Bedürfnis nach Vertrautheit und Familiarität steht die Forderung nach Einhaltung einer professionellen Distanz gegenüber, durch die u.a. vermieden werden soll, dass beruflich Pflegenden eine Funktion innerhalb des sozialen Netzwerkes ihrer Klientel auf sich ziehen, die Abhängigkeit fördert und die sie auf Dauer ohnehin nicht erfüllen können.

Mit den fachlichen Maßstäben, die in der Diskussion um Pflegequalität im Vordergrund stehen, weisen die für Pflegebedürftige relevanten Kriterien also nur eine begrenzte Schnittmenge auf. Daraus folgt erstens, dass man für das Qualitätsmanagement von der Einbeziehung der Patientenperspektive in Form von Befragungen selbst dann nur einen sehr begrenzten Nutzen erwarten kann, wenn mit größter methodischer Sorgfalt vorgegangen wird. Es mag sein, dass die Bedeutung mancher fachlicher Anforderungen für das Leistungsergebnis in der aktuellen Qualitätsdebatte überschätzt wird, doch steht wohl außer Diskussion, dass fachliche Kriterien nicht als nachrangig eingestuft werden dürfen, weil sie außerhalb des Blickfeldes der Leistungsnutzer liegen. Zweitens bedarf eine Versorgung, die den Anspruch der Patientenorientierung ernst nimmt, offenkundig besonderer Vorgehensweisen, die eine Überbrückung und Vermittlung von professioneller Sichtweise und Patientenperspektive gewährleisten, und zwar dort, wo Qualität realisiert wird: im individuellen Pflegeprozess.

2.7 Fazit

Ziel der vorangegangenen Ausführungen war es, wesentliche Kriterien, Rahmenbedingungen und Formen der Beurteilung des Leistungsgeschehens aus der Nutzerperspektive aufzuzeigen und hiervon ausgehend zu überprüfen, inwieweit die Annahmen, auf denen das aus anderen Dienstleistungsbereichen entlehnte Konzept der Zufriedenheit (Confirmation/Disconfirmation-Paradigma) beruht, für die pflegerische Versorgung Geltung beanspruchen dürfen. Das Ergebnis lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

Annahme 1: Patienten verfügen über einen individuellen Vergleichsstandard, haben also bestimmte Erwartungen an Versorgungsleistungen.

Patienten verfügen zweifellos über Erwartungen, allerdings nicht a priori. Auf die pflegerische Versorgung bezogene Kenntnisse und Erfahrungen sind vor dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit zumeist kaum vorhanden. Erwartungen entwickeln sich erst im Verlauf der Versorgung; sie sind das Ergebnis verarbeiteter Erfahrungen und stehen damit in Abhängigkeit von den Merkmalen der Versorgung selbst. Es handelt sich somit um einen Vergleichsstandard, der einem stetigen Einfluss durch das tatsächliche Versorgungsgeschehen ausgesetzt ist und dazu tendiert, den Status Quo zu bestätigen.

Annahme 2: Patienten nehmen wesentliche Merkmale der erbrachten Leistungen wahr.

Der Blickwinkel von Patienten richtet sich vornehmlich auf die Beziehungsgestaltung und Kommunikation sowie auf organisatorische Merkmale der Versorgung (Zeitorganisation, Personaleinsatz etc.). Pflegerische Maßnahmen werden vor allem im Hinblick auf Vollständigkeit und Belastungsminimierung sowie hinsichtlich der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse wahrgenommen. Die wahrgenommenen Leistungsmerkmale weisen mit fachlichen Qualitätsmerkmalen eine recht begrenzte Schnittmenge auf.

Annahme 3: Die auf Leistungen bezogenen Erwartungen sind ausschlaggebend für Beurteilungen. Patientenerwartungen und -beurteilungen stehen unmittelbar zueinander in Beziehung.

Vieles deutet darauf hin, dass andere Faktoren mit hoher Gewichtung in die Beurteilung der Versorgung einfließen. Hierzu gehört u.a. die durch Pflege ausgelöste Förderung oder Beeinträchtigung von Wohlbefinden, ggf. auch das allgemeine Wohlbefinden, das mehr aus der Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes erwächst als aus dem Einfluss pflegerischer Unterstützung. Ferner gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Beurteilungen in erheblichem Maße vom Wunschbild einer vertrauensvollen, harmonischen Pflegebeziehung überlagert werden. Schließlich beurteilen Patienten mitunter völlig anders, als es die Gegenüberstellung von erwarteter und geleisteter Versorgung im Einzelfall nahelegt.

Annahme 4: Die Beurteilung bzw. das Ergebnis des Vergleichs zwischen Soll und Ist wird als Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der Versorgung ausgedrückt.

Zufriedenheit ist keineswegs die bevorzugte Kategorie, mit der Pflegebedürftige ihre Beurteilung pflegerischer Versorgung in Worte fassen. Im

Großen und Ganzen kann der Kritik von Williams (1994) gefolgt werden, nach der es sich um einen für Patienten eher fremden Begriff handelt. Außerdem ist fraglich, inwieweit Zufriedenheitsäußerungen tatsächlich ein Resultat des unterstellten Vergleichsprozesses ausdrücken. Es gibt vielmehr Hinweise darauf, dass das sog. Zufriedenheitsparadoxon zum Tragen kommt und Patienten Zufriedenheit äußern, obwohl sie allen Grund zu Kritik hätten.

Diese Feststellungen basieren auf Interviews mit Pflegebedürftigen, die in häuslicher Umgebung versorgt wurden. Sie können vermutlich jedoch in weiten Teilen auch für andere Versorgungssettings Geltung beanspruchen, weil die genannten Probleme und Anforderungen der Bewältigung von Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit unabhängig von der jeweiligen Versorgungsumgebung existieren. Lediglich die konkreten Formen, in denen sie wirksam werden, weichen voneinander ab. So hat die für ambulant versorgte Pflegebedürftige äußerst wichtige Vorstellung, mit Hilfe der beruflichen Pflege den Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung sicherstellen zu können, für Heimbewohner oder Krankenhauspatienten natürlich keinerlei Bedeutung. Die mit existentieller Verunsicherung bzw. dem Sicherheitsbedürfnis verknüpften Aspekte Verfügbarkeit, Verlässlichkeit und Erreichbarkeit sind für sie jedoch gleichfalls relevant. Ebenso findet in stationären Einrichtungen ein Einbruch in die Intimsphäre statt, in dessen Folge ein Bedürfnis nach Vertrautheit und personeller Kontinuität entsteht. Auch die anderen Kennzeichen der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie das daraus resultierende Erwartungsprofil dürften im Großen und Ganzen für alle Versorgungssettings zutreffen, in denen berufliche Pflege stattfindet.

Allerdings stellt sich die Frage, inwieweit die angestellten Überlegungen der spezifischen Situation einzelner Nutzergruppen angemessen sind. Der überwiegende Teil der Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege, die hierzulande in den letzten Jahren durchgeführt wurden, beschäftigt sich ebenso wie die vorangegangenen Ausführungen mit älteren Pflegebedürftigen. Für die Krankheitsbewältigung und das Versorgungserleben von Kindern dürften die darauf basierenden Erkenntnisse kaum verwertbar sein. Auch ist offen, inwieweit die Verarbeitung von Versorgungserfahrungen, Erwartungsprofile und Beurteilungsprozesse durch generationenspezifische Normen und Wertvorstellungen geprägt sind. Jene Pflegebedürftigen, die heute die Hauptklientel der Pflegeeinrichtungen ausmachen, sind in ihren frühen Lebensphasen vielfach mit ausgesprochen krisenhaften politischen, ökonomischen und sozialen Entwicklungen konfrontiert worden, insbesondere während der Kriegs- und unmittelbaren Nachkriegszeit. Vor diesem Hintergrund könnte sich eine allgemeine Erwartungshaltung herausgebildet haben, die vergleichsweise geringe Ansprüche an das System der gesundheitlichen Versorgung stellt (vgl. Aust 1994: 28ff). Es wäre denkbar, dass spätere Generationen mit einem anderen Sozialisationshintergrund ein deutlich abweichendes Anspruchsniveau entwickeln.

Noch wenig erforscht ist außerdem der Stellenwert kulturspezifischer Normen und Wertvorstellungen für die Beurteilung des Versorgungsgeschehens. Ein Großteil der empirischen Befunde und theoretischen Überlegungen zur Nutzerperspektive beruht auf Studien über Patienten/Pflegebedürftige aus den westlichen Industrieländern. Die in den letzten Jahren

verstärkte Forschung zur gesundheitlichen Versorgung von Patienten aus anderen Kulturkreisen wirft hingegen die Frage auf, welche Reichweite Erkenntnissen, Modellen und Annahmen zugesprochen werden kann, die auf einem spezifischen kulturellen Kontext fußen (vgl. Kapitel 4).

Schließlich darf nicht übersehen werden, dass Anforderungen und Probleme der Krankheitsbewältigung mit der Art der jeweiligen Erkrankung und der Krankheitsphase stark variieren. Das Versorgungserleben und Erwartungsprofil von tödlich erkrankten Patienten in ihrer letzten Lebensphase (vgl. Jarrett et al 1999; Schaeffer et al. 2003: 45ff) kann schwerlich mit dem von häuslich versorgten Patienten in einer relativ stabilen Krankheitsphase verglichen werden. Besonders hinzuweisen ist auch auf die wachsende Gruppe der dementiell erkrankten alten Menschen, deren Versorgungserleben sich einem Konzept der Zufriedenheit, das einen kognitiven Vergleichsprozess unterstellt, von vornherein entzieht. Es wäre allerdings noch einmal genauer zu untersuchen, inwieweit die in Kapitel 2.2 skizzierten Bewältigungsanforderungen und -probleme nicht auch in ihrem Versorgungserleben wirksam sind. Möglicherweise ist, ähnlich wie bei der Frage nach dem Versorgungserleben außerhalb der häuslichen Umgebung, nur von anderen, krankheitsspezifischen Ausdrucksformen, aber von einer vergleichbaren Grundstruktur auszugehen. Das Bedürfnis nach Sicherheit, Kontinuität, Vertrautheit, Kommunikation etc. ist bei dementiell Erkrankten jedenfalls ausgesprochen stark ausgeprägt. Auch das relative Wohlbefinden bildet mittlerweile einen zentralen Bezugspunkt in der Erforschung von Reaktionen dementiell Erkrankter auf Unterstützungsleistungen, so im Falle des inzwischen weithin bekannten »Dementia Care Mapping«, einer Beobachtungsmethode, die aus Verhaltensweisen (und nicht aus dem Inhalt verbaler Äußerungen) Rückschlüsse auf das Versorgungserleben kognitiv beeinträchtigter Personen zieht.

Wie ersichtlich, konfrontiert die Frage nach der Nutzerperspektive die Wissenschaft ebenso wie die Praxis des Qualitätsmanagements mit einem weiten Feld noch unzureichend erforschter Probleme. Nach allem erscheint es wenig ratsam, sich bei dessen Erschließung auf ein Konzept der Zufriedenheit festzulegen, das mit teils unsicheren, teils falschen Annahmen operiert. Zufriedenheit und Leistungsbeurteilung können, wie auch Williams et al. (1998) nachgewiesen haben, erheblich voneinander abweichen. Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen hinterlassen daher stets die Ungewissheit, worüber sie letztlich etwas aussagen. Es bedarf anderer Modelle, Konzepte und Methoden, um verlässliche Auskunft über die Nutzerperspektive zu erhalten und eine daran orientierte Qualitätsentwicklung zu gewährleisten.

3. Ergebnisse einer standardisierten Befragung

Kann vor dem Hintergrund der dargestellten Probleme überhaupt noch davon ausgegangen werden, dass der Einsatz quantitativer Methoden einen sinnvollen Zugang zur Nutzerperspektive in der pflegerischen Versorgung bietet? Die klassische Form der standardisierten Zufriedenheitsbefragung bewegt sich, wie aufgezeigt wurde, auf höchst unsicherem Terrain. Aus diesem Grunde wenden sich Forscher und Versorgungseinrichtungen mitunter anderen Erhebungsstrategien zu. Zum einen ist es möglich, gänzlich darauf zu verzichten, mit dem Konstrukt Zufriedenheit zu operieren, und stattdessen auf direkte Beurteilungen einzelner Leistungsaspekte auszuweichen (vgl. z.B. Raspe et al. 1996). Zum anderen können mit Hilfe von sog. Reporting-Fragen Informationen über das Versorgungsgeschehen eingeholt werden, die auch unabhängig von der Bewertung durch die Leistungsnutzer Hinweise auf Qualitätsaspekte liefern (vgl. z.B. Zinn 2001 und Ruprecht 2001). Solche Informationen geben beispielsweise Auskunft über die Realisierung von Qualitätszielen; sie lassen sich aber auch in Kombination mit direkten Beurteilungen nutzen, um Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, ob diese Beurteilungen konsistent sind und welche Sachverhalte ihnen zugrunde liegen.

Die Möglichkeiten und Grenzen solcher Erhebungsstrategien sollen im Folgenden am Beispiel einer standardisierten schriftlichen Befragung diskutiert werden, die das Institut für Pflegewissenschaft Ende 1999/Anfang 2000 durchgeführt hat.

3.1 Methodisches Vorgehen

Die Studie wurde in Zusammenarbeit mit der Stadt Bielefeld durchgeführt und zielte in erster Linie auf eine Bestandsaufnahme und Einschätzung der häuslichen Versorgungssituation der in Bielefeld lebenden Pflegebedürftigen ab. Dabei sollten auch Wünsche und Erwartungen an die Versorgung und die Beurteilung des Versorgungsgeschehens in Erfahrung gebracht werden. Die Untersuchung umfasste zwei eigenständige Teilerhebungen. Die erste richtete sich an Personen, die Leistungen ambulanter Pflegedienste in Anspruch nahmen (n=286). Die zweite bezog sich auf Pflegebedürftige, die Geldleistungen der Pflegeversicherung bezogen (n=134); ihre Ergebnisse sind, da sie keine Auskunft über die Beurteilung beruflicher Pflege geben, an dieser Stelle weniger von Interesse und bleiben daher in den folgenden Ausführungen außer Betracht.

Die insgesamt 286 Fragebögen der ersten Teilerhebung, die bei der Auswertung berücksichtigt wurden, repräsentierten 16% der in Bielefeld ambulant gepflegten Personen, die in der kommunalen Pflegebedarfsplanung 1999 ausgewiesen waren. 64,3% waren Frauen, das Durchschnittsalter belief sich auf 79,3 Jahre. Der Anteil der Personen, die älter waren als 79, lag bei 57,5%. Rund 40% der Befragten lebten allein in ihrer Wohnung, knapp 43% in einem Zwei-Personen-Haushalt. Insgesamt 275 Befragte machten Angaben zum Grad der Pflegebedürftigkeit: Die Pflegestufe I war mit 30,2%, die Pflegestufe II mit 45,5% und die Stufe III mit 17,5% vertreten. In rund 7% der Fälle lag der Bedarf unterhalb der

Schwelle zur Pflegestufe I oder hatte eine Begutachtung mit Pflegestufenzuordnung noch nicht stattgefunden.

Die Verteilung der Erhebungsbögen sollte ursprünglich auf postalischem Weg erfolgen, um den Befragten von vornherein zu signalisieren, dass es sich um eine Untersuchung durch eine neutrale Stelle handelte und der jeweilige Pflegedienst keinerlei Zugriff auf die erhobenen Daten haben sollte. Dieses Vorhaben erwies sich allerdings aus organisatorischen und datenschutzrechtlichen Gründen als undurchführbar, so dass am Ende doch auf die Unterstützung der Bielefelder Pflegedienste zurückgegriffen wurde¹². Die Übermittlung der ausgefüllten Bögen erfolgte mit Hilfe eines beigefügten, an die Stadt Bielefeld adressierten Freiumschlages, wodurch die Befragten Gewissheit über die vollständige Wahrung ihrer Anonymität haben konnten.

Wie eingangs erwähnt, wurde darauf verzichtet, nach Zufriedenheit mit der Versorgung zu fragen. Der eingesetzte Erhebungsbogen enthielt vielmehr eine Mischung aus Fragen, die zu einer direkten Beurteilung einzelner Versorgungsaspekte oder zu neutralen Angaben über einzelne Sachverhalte aufforderten. Aus den schon dargelegten Gründen nahm die Untersuchung ebenso Abstand von dem Versuch, Hinweise auf die fachliche Qualität pflegerischer Maßnahmen zu erhalten.

Bei der Entwicklung des Fragebogens waren noch einige andere Anforderungen und Probleme zu berücksichtigen, die von genereller Bedeutung für standardisierte schriftliche Nutzerbefragungen sind. Aus der Form einer solchen Erhebung ergibt sich u.a. die Konsequenz, die Frageformulierungen so einfach wie möglich zu gestalten, so dass ältere Personen, die in der Regel wenig geübt darin sind, auch ohne Unterstützung durch Projektpersonal bzw. ohne jede Möglichkeit von Rückfragen zurechtzukommen. Wenngleich sich die eingesetzten Instrumente in dieser Hinsicht alles in allem bewährt haben, fiel die Zahl fehlender Angaben bei einzelnen Fragen relativ hoch aus; einige Fragebögen wiesen zudem derart widersprüchliche Angaben auf, dass sie bei der Auswertung gänzlich unberücksichtigt bleiben mussten. Das Ziel, den Erhebungsbogen überschaubar zu halten, zwang außerdem dazu, auf so manche Frage zu verzichten, die im Kontext einer Befragung von Pflegebedürftigen im Privathaushalt durchaus von Interesse gewesen wäre.

Trotz des Bemühens um Einfachheit konnte grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden, dass Pflegebedürftige bei der Bearbeitung des Fragebogens die Unterstützung anderer Personen in Anspruch nahmen. Er war deshalb so zu gestalten, dass er ggf. auch von Angehörigen ohne ein nennenswertes Risiko von Missverständnissen ausgefüllt werden konnte. Durch eine entsprechende Frage im Erhebungsbogen war kontrollierbar, wer in welcher Form am Ausfüllen beteiligt war:

¹² Das Projekt wurde von insgesamt 30 Pflegediensten unterstützt.

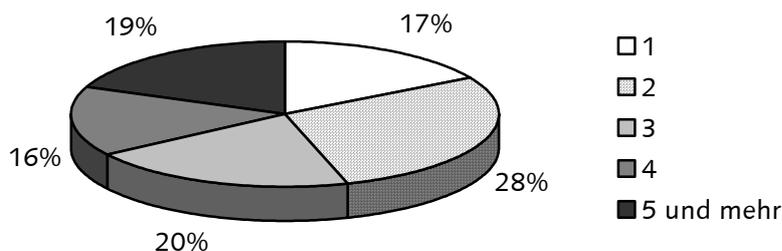
Personen, die den Fragebogen ausgefüllt haben (in Prozent)	
Pflegebedürftige allein	19,9
Pflegebedürftige mit Unterstützung Angehöriger	22,7
Angehörige allein	48,6
Pflegebedürftige mit Unterstützung des Pflegedienstes	5,2
Keine Angabe	3,5

Insbesondere in Fällen, in denen Pflegebedürftige von Angehörigen assistiert wurden, ist nicht verlässlich zu entscheiden, wessen Erfahrungen und Bewertungen sich in den Angaben letztlich widerspiegeln. Dieser Hinweis ist für eine angemessene Interpretation der Untersuchungsergebnisse nicht ganz unwichtig. Beurteilungen und Sichtweisen von Patienten und ihrer Angehörigen weichen mitunter erheblich voneinander ab (vgl. Aust 1994). Wenngleich sich (eher unerwartet) bei der Datenauswertung zeigte, dass das Antwortverhalten der hier unterschiedenen Teilgruppen in den meisten Punkten nur wenig differierte, bleibt festzuhalten, dass die Untersuchungsergebnisse die Erfahrungen von Pflegebedürftigen *und* Angehörigen abbilden.

3.2 Organisatorische Aspekte

Organisatorische Merkmale bieten verhältnismäßig gute Ansatzpunkte zum kombinierten Einsatz von Reporting- und Beurteilungsfragen. Im Rahmen der IPW-Studie sollte auf diesem Wege u.a. die *personelle Kontinuität* abgebildet werden, die aus den in Kapitel 2 dargelegten Gründen als eine der wichtigsten Anforderungen gelten kann, die Leistungsnutzer an die ambulante Pflege stellen. Nach den vorliegenden Daten kann sie jedoch in vielen Fällen nicht gewährleistet werden. Die folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse zu der Frage, wie viele verschiedene MitarbeiterInnen des Pflegedienstes in der vorangegangenen Woche an der Versorgung beteiligt waren:

**Personelle Kontinuität bei den Pflegeeinsätzen
(Anzahl der MitarbeiterInnen im Verlauf einer Woche)**



In rund 19% der Fälle wurden die Befragten im Verlauf der betreffenden Woche also von mehr als vier Pflegekräften versorgt, in 7,8% sogar von mehr als sechs MitarbeiterInnen. Die Fluktuation war erwartungsgemäß höher, wenn täglich Pflegeeinsätze geleistet wurden. Hier belief sich der Anteil der Personen, die im Verlauf der Woche von mehr als sechs MitarbeiterInnen aufgesucht wurden, auf rund 10,5%.

Dementsprechend stellt die Personalfuktuation einen der Aspekte dar, die im Rahmen der Untersuchung am kritischsten beurteilt wurden: Rund 30% der Befragten gaben an, dass aus ihrer Sicht »zu viele verschiedene Pflegekräfte« an der Versorgung beteiligt waren. Allerdings wichen die zugrunde liegenden Maßstäbe offensichtlich stark voneinander ab. Zwar lag die durchschnittliche Mitarbeiterzahl bei den Befragten, die die Personalfuktuation bemängelten, mit 4,3 etwas höher als bei den anderen (2,9), doch ist bei näherer Betrachtung der Daten keine Grenze erkennbar, ab der ein Personalwechsel als zu häufig empfunden wurde. Während einzelne Pflegebedürftige schon mehr als zwei MitarbeiterInnen als zu große Fluktuation empfanden, äußerten andere selbst dann keine Kritik, wenn fünf oder mehr Pflegekräfte beteiligt waren.

Die Ergebnisse zu der Frage, inwieweit Pflegedienste dem Wunsch nachkommen, *nur von Frauen bzw. nur von Männern gepflegt zu werden*, fielen vergleichsweise günstig aus. Ein solcher Wunsch war bei rund der Hälfte der Befragten vorhanden. Zwei Drittel von ihnen gaben an, dass der Pflegedienst *immer* ihrem Wunsch entspreche. Die Antwortvorgabe »Ja, meistens« wählten rund 30%, und lediglich drei Personen meinten, dass der Pflegedienst ihren Wunsch nicht bzw. zu selten erfülle.

Inwieweit individuelle Wünsche zur Organisation berücksichtigt werden, zeigt sich auch im zeitlichen Arrangement der Versorgung. Die Befragten wurden daher u.a. um Auskunft zu ihren *Mitbestimmungsmöglichkeiten über den Zeitpunkt des Pflegeeinsatzes* gebeten. Lediglich rund zwei Drittel von ihnen gaben an, dass der Zeitpunkt von den eigenen Wünschen abhängig war. Die übrigen meinten, die Zeiten würden sich größtenteils nach den Vorgaben des Pflegedienstes richten.

Zwei weitere Fragen bezogen sich auf die *Pünktlichkeit* der MitarbeiterInnen. Zum einen sollte in Erfahrung gebracht werden, ob Unpünktlichkeit als störend empfunden wird. Wie die folgende Tabelle erkennen lässt, traf dies auf rund 73% der Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen zu, wobei allerdings 31% angaben, nicht grundsätzlich Wert auf Pünktlichkeit zu legen:

Stört Unpünktlichkeit? (n = 263)		
	absolut	%
Ja, meistens	110	41,8
Ja, aber nur manchmal	81	30,8
Nein	72	27,4

Inwieweit Pflegekräfte tatsächlich pünktlich eintreffen, sollte anhand einer sechsstufigen Notenskala (von »sehr gut« bis »ungenügend«) beurteilt werden. Das Ergebnis fiel mit einem Durchschnittswert von 2,3 recht positiv aus (wenngleich etwas schlechter als bei anderen Versorgungsaspekten, deren Bewertung auf die gleiche Weise erfolgte – s.u.). Auch bei Einschränkung der Auswertung auf Personen, die Unpünktlichkeit »meistens« oder »manchmal« als störend empfanden, lag der Mittelwert mit 2,5 nur geringfügig höher.

Die *Erreichbarkeit des Pflegedienstes in Notfallsituationen* kann als Indikator dafür gelten, wie flexibel sich die Pflegedienste auf unerwartet auftretenden Hilfebedarf einstellen können. Es handelt sich hierbei ebenfalls um ein Qualitätsmerkmal, das abgebildet werden kann, ohne auf eine direkte Beurteilung der Leistungsnutzer angewiesen zu sein.

Etwas weniger als 40% der Befragten hatten in der Vergangenheit ein Mal (19%) oder mehrere Male (20%) versucht, den Pflegedienst wegen eines Notfalls kurzfristig zu erreichen¹³. Die große Mehrheit von ihnen (90%) gab an, der Pflegedienst habe auf die Anfrage schnell genug reagiert. In den übrigen Fällen wurde er nicht schnell genug erreicht (6%) oder zwar erreicht, ohne dass jedoch rechtzeitig Unterstützung geleistet werden konnte (4%). Bezogen auf die Gesamtheit der Befragten hatten also deutlich unter 5% schlechte Erfahrung in Notfallsituationen gemacht.

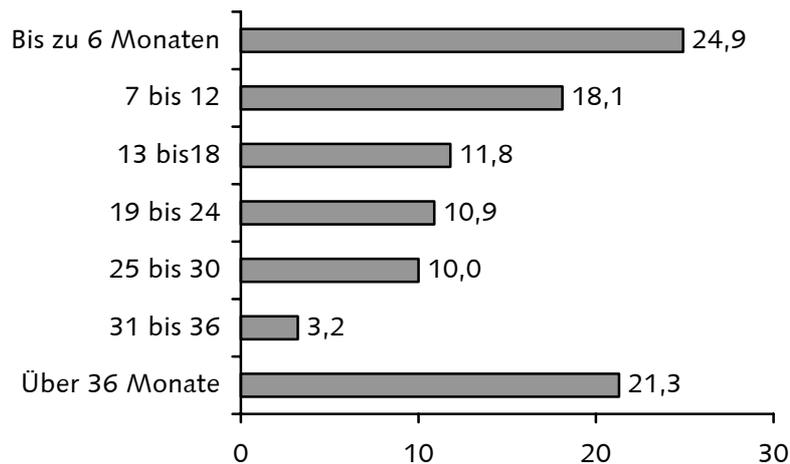
3.3 Verhalten als Indikator für Zustimmung oder Kritik

In der empirischen Sozialforschung geben Verhaltensweisen für gewöhnlich verlässlichere Hinweise auf Meinungen, Einstellungen oder Beurteilungen als die von tatsächlichem Verhalten losgelöste (Selbst-)Einschätzung. Mit entsprechenden Fragen kann auch die Gesamtbeurteilung eines Pflegedienstes durch die Leistungsnutzer indirekt erschlossen werden.

Von Interesse ist in diesem Zusammenhang u.a. die Dauer der Versorgung und die Häufigkeit, mit der Pflegebedürftige sich für einen Wechsel des Dienstes entscheiden. Zunächst ein Blick auf die Ergebnisse zur Dauer der Versorgung, zu der 221 Befragte Angaben machten:

¹³ Hier ist anzumerken, dass nicht spezifiziert wurde, was unter einem Notfall zu verstehen ist, so dass es sich um Situationen handelte, die Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen selbst als »Notfälle« einstufen.

Dauer der Versorgung (in Prozent der Befragten, n = 221)



Im Durchschnitt belief sich die Dauer auf knapp zwei Jahre. Bemerkenswert ist, dass Pflegebedürftige mit Werten von bis zu sechs Monaten und über drei Jahren, also Personen mit »Extremwerten« die am stärksten besetzten Gruppen darstellten. Wie eine nähere Auswertung der Daten zeigte, stand die Dauer der Versorgung offenbar in einem engen Zusammenhang mit der Pflegestufe und der Haushaltsgröße: Je höher die Pflegestufe, desto höher lag im Durchschnitt auch die Versorgungsdauer – ein erwartbares Ergebnis insofern, als Personen mit der Pflegestufe III zumeist schon über einen längeren Zeitraum pflegebedürftig sind als etwa Personen mit der Pflegestufe I. Interessanter ist der Zusammenhang mit der Haushaltsgröße: Je mehr Personen im Haushalt des Pflegebedürftigen lebten, um so geringer war die durchschnittliche Versorgungsdauer. Hierfür kommt vor allem eine Erklärung in Betracht: Alleinlebende Pflegebedürftige können meist weniger oder zumindest weniger kontinuierlich auf informelle Hilfpotenziale zurückgreifen und sind daher schon in einem relativ frühen Stadium der Pflegebedürftigkeit auf die Unterstützung durch ambulante Pflegedienste angewiesen. Umgekehrt werden ambulante Pflegeleistungen von Mehrpersonen-Haushalten oftmals erst dann nachgefragt, wenn das Verhältnis zwischen Hilfebedarf und informellen Hilfen aus dem Gleichgewicht gerät – weil sich entweder die Selbstversorgungsfähigkeiten im Entwicklungsverlauf der Pflegebedürftigkeit verringern oder aber, was vor allem für die Unterstützung durch Ehepartner gilt, weil die Pflegeperson selbst z.B. aufgrund zunehmenden Alters nicht mehr sämtlichen Unterstützungserfordernissen nachkommen kann (vgl. Pullwitt/Fischer 1996).

Gemessen an der *Häufigkeit eines Wechsels des Pflegedienstes* zeigte sich eine relativ hohe Stabilität der Bindung zwischen Pflegebedürftigen und Diensten: Nur 24 von 283 Befragten (8,4%) gaben an, den Pflegedienst schon einmal gewechselt zu haben, darunter lediglich vier Personen, die sich mehr als einmal für einen Wechsel entschieden hatten. Der Gesamteindruck stabiler Bindungen verstärkt sich, wenn berücksichtigt wird, dass die durchschnittliche Versorgungsdauer bei Personen, die schon einmal gewechselt hatten, deutlich höher lag als bei anderen¹⁴. Als

¹⁴ Die Bindung an einen Dienst kann anhand einer Kennzahl beschrieben werden, die die Häufigkeit eines Wechsels mit der Zeitdauer der Versorgung ver-

ein weiterer Indikator kann die *Bereitschaft zum Wechsel* angesehen werden. 90% der Befragten standen dem Gedanken an einen Wechsel ablehnend gegenüber. Immerhin 7,8% war es gleichgültig, ob die Pflege zukünftig von einem anderen Dienst geleistet würde, und sechs von 270 Personen (2,2%) hätten einen Wechsel sogar begrüßt. Angaben der Pflegebedürftigen und der Angehörigen wichen hier nur unwesentlich voneinander ab (Fälle, in denen MitarbeiterInnen der Pflegedienste beim Ausfüllen des Bogens mitgeholfen hatten, wurden bei dieser Auswertung aus naheliegenden Gründen ausgeschlossen). Insgesamt 10% der Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen waren von der Arbeit ihres Pflegedienstes also nicht so stark überzeugt, dass sie an einer weiteren Zusammenarbeit festhalten mochten.

Die Bereitschaft zum Wechsel und die faktische Wechselintensität können allerdings nur mit einer gewissen Einschränkung als Indikator für die Beurteilung des Pflegedienstes herangezogen werden. Da ein Wechsel stets mit einem Kontinuitätsbruch und Belastungen für die Pflegebedürftigen und/oder ihre Angehörigen verbunden ist, dürfte die Antwort auf derartige Fragen nicht allein davon abhängig sein, als wie befriedigend oder unbefriedigend die Zusammenarbeit empfunden wird. Neben den 10% der Befragten mit gleichgültiger oder aufgeschlossener Haltung gegenüber einem Wechsel könnte es im Falle der vorliegenden Untersuchung einige Personen gegeben haben, die an einer Zusammenarbeit möglicherweise deshalb festhalten wollten, weil die bei einem Wechsel erwarteten Beschwerden aus ihrer Sicht schwerer wogen als ihre Einwände gegenüber der vom Pflegedienst geleisteten Versorgung. Daten zur faktischen Wechselintensität und zur Bereitschaft eines Wechsels tendieren also dazu, den Anteil von Leistungsnutzern mit einem eher kritischen Blick auf ihren Pflegedienst zu unterschätzen.

Das *Beschwerdeverhalten* ist für gewöhnlich ein recht aussagekräftiger Indikator für Kritik an Produkten oder Dienstleistungen. Die Art und Weise, wie Pflegedienste auf Beschwerden reagieren, gibt außerdem Hinweise darauf, inwieweit die individuellen Belange der Pflegebedürftigen ernst genommen werden bzw. welcher Stellenwert ihnen von den Leistungsanbietern eingeräumt wird. Inzwischen gilt ein geeignetes Beschwerdemanagement bei mehr und mehr Leistungsanbietern als wichtige Voraussetzung zur Ausrichtung der Leistungen an den Erwartungen ihrer Klientel und zur Vermeidung des Verlustes unzufriedener »Kunden« (Robitzsch 1999).

Rund 25% der Befragten gaben an, sich bei ihrem Pflegedienst ein Mal (15,4%) oder öfter (10,4%) beschwert zu haben. Bei der überwiegenden Zahl der Beschwerden (77,1%) reagierte der Pflegedienst und behob deren Anlass. Der Anteil der Personen, bei denen trotz Zusage keine Veränderungen eingeleitet wurden, belief sich auf 17,1%. In 5,7% der Fälle reagierte der Pflegedienst überhaupt nicht. Diese Werte müssen in Relation

knüpft und die rechnerische Wahrscheinlichkeit für einen Wechsel im Zeitverlauf ausdrückt. Diese Wahrscheinlichkeit beträgt etwas mehr als 5% pro Jahr. Anders ausgedrückt: Nach den vorliegenden Daten entscheiden sich während eines Zeitraumes von einem Jahr im Durchschnitt 5 von 100 Pflegebedürftigen für den Wechsel zu einem anderen Pflegedienst.

zur Gesamtheit der Befragten gesehen werden: Der Anteil der Pflegebedürftigen, die bei Beschwerden schlechte Erfahrungen gemacht hatten, lag insgesamt in einer Größenordnung um 6%.

Doch auch das Beschwerdeverhalten lässt nur bedingt Rückschlüsse auf die aus der Nutzerperspektive relevanten Probleme und Unzulänglichkeiten im Versorgungsalltag zu. So kann eine einmalige Beschwerde schwerlich als Indiz einer generell unbefriedigenden Zusammenarbeit gelten. Andererseits liegt die Schwelle für den Entschluss, eine Beschwerde einzureichen, aufgrund des besonderen Abhängigkeitsverhältnisses zwischen Patienten und Pflegediensten relativ hoch. Beschwerden werden also möglicherweise zurückgehalten, wenngleich es aus der Nutzerperspektive hierzu genügend Anlass gäbe.

Um dies in Erfahrung zu bringen wurden Personen, die sich noch nie beschwert hatten, zusätzlich um eine Auskunft über die hierfür ausschlaggebenden Gründe gebeten. Dieser Aufforderung kamen insgesamt 203 Befragte nach. Die große Mehrheit von ihnen (91,6%) gab an, bislang keinen Anlass für eine Beschwerde gehabt zu haben. Die übrigen (insgesamt 17 Personen bzw. 6% aller Befragten) hatten auf Beschwerden verzichtet, weil sie

- Schwierigkeiten mit dem Pflegedienst befürchteten (14 Nennungen),
- meinten, eine Beschwerde würde keinen Erfolg haben (7 Nennungen),
- nicht wussten, an wen sie sich wenden sollten (4 Nennungen).

Der Blick auf die Beschwerdehäufigkeit allein birgt also sowohl das Risiko einer Über- als auch das Risiko einer Unterschätzung von Kritik der Leistungsnutzer. Er bedarf der Einbettung in Annahmen oder Modelle, zu deren Absicherung noch weitere Forschung erforderlich wäre. Unterstellt man beispielsweise, dass mehrfache oder zurückgehaltene Beschwerden Hinweise darauf geben, dass die Zusammenarbeit nicht nur punktuell, sondern in grundlegenden Aspekten nicht den Erwartungen der Leistungsnutzer entsprach, so wäre der Anteil der Personen mit einer tendenziell kritischen Haltung gegenüber den Leistungen ihres Pflegedienstes bei der vorliegenden Untersuchung in einer Größenordnung von 10 bis 15% anzusetzen. Es ist allerdings unschwer nachzuvollziehen, dass es sich bei dieser Aussage um eine zwar nicht unbegründete, aber letztlich doch recht vage Vermutung handelt.

3.4 Merkmale des Pflegehandelns

Die unmittelbare Interaktion zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen stellt vermutlich den mit Mitteln einer schriftlichen Befragung am schwierigsten abzubildenden Bereich dar. Da die Beziehungsebene für die Leistungsnutzer zentralen Stellenwert besitzt und aufgrund der Tendenz, gerade hier Kritik zurückzuhalten, sind empirische Daten zu diesem Thema besonders sorgfältig zu prüfen.

Ein aus der Nutzerperspektive wie auch von MitarbeiterInnen der Pflegedienste häufig formuliertes Problem ist der *Zeitdruck*, unter dem berufliche Pflege durchgeführt wird. Wie die Darlegungen in Kapitel 2 verdeutlicht haben, kommen aus der Sicht von Patienten so manche ihrer Probleme und Bedürfnisse aufgrund von Zeitdruck zu kurz. Welchen Eindruck hatten die Befragten in dieser Hinsicht von der Arbeitsweise der Pflegedienste? Der überwiegende Teil (74,2%) gab an, dass die Pflegekräfte ihre Arbeit zumeist in Ruhe erledigen. Jeder Vierte entschied sich für die Aussage, sie seien hektisch und würden unter Zeitdruck arbeiten. Dieses Ergebnis sagt nichts über die faktische Bedeutung von Zeitdruck im Versorgungsalltag aus, lässt jedoch vermuten, dass es im Versorgungsalltag größtenteils gelang, (trotz Zeitdruck) eine entspannte Arbeitssituation herzustellen.

Ähnliches gilt für die Transparenz des Pflegegeschehens: Recht positiv fielen die Antworten zu der Frage aus, ob die Pflegekräfte genügend *Erklärungen zur Versorgung* abgeben. Eine große Mehrheit gab an, die Erklärungen würden ihnen ausreichen, lediglich 6,5% wünschten sich mehr Erklärungen. Dabei vermissten Pflegebedürftige etwas häufiger als Angehörige ausreichende Erklärungen (8,8% gegenüber 5,8%). Auffällig ist, dass jene Befragten, bei denen die MitarbeiterInnen des Pflegedienstes Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens geleistet hatten, zu 100% angaben, genügend Erklärungen zu erhalten. Eine Bereinigung der Ergebnisse um diese Fälle ändert allerdings nichts an dem insgesamt positiven Gesamtbild: Der Anteil der Befragten, die Erklärungen vermissten, wäre dann auf 6,9% zu veranschlagen.

Darüber hinaus sollten die Befragten den Pflegedienst anhand einer Notenskala im Hinblick auf die *Berücksichtigung der eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Gewohnheiten* bewerten. Auch hier zeigte sich ein positives Gesamtbild. Rund 78% der Befragten, die gültige Angaben gemacht hatten, urteilten mit »sehr gut« oder »gut«. Die Noten »befriedigend« oder »ausreichend« wurden in rund 20% der Fälle vergeben. Für »mangelhaft« oder »ungenügend« entschieden sich lediglich zwei der Befragten.

Auf dieselbe Art und Weise sollten weitere Merkmale der Kommunikation im Rahmen der Pflegeeinsätze beurteilt werden. Wie die folgende Tabelle erkennen lässt, fielen die Ergebnisse nicht minder günstig aus. Außerdem scheint es kaum von Bedeutung gewesen zu sein, von welcher Person bzw. in welcher Personenkonstellation die Beurteilung formuliert wurde:

Bewertung ausgewählter Versorgungsmerkmale (Mittelwerte)				
	Alle	Pflege- bedürftige	Ange- hörige	Pflegebed. & Pflege- dienst
Freundliches Auftreten der Pflegekräfte	1,6	1,7	1,6	1,5
Sich Zeit zur Beantwortung von Fragen nehmen	1,9	2,0	1,9	1,9
Berücksichtigung von Wün- schen, Bedürfnissen, Gewohn- heiten	2,0	2,1	2,0	2,1
Beratung in alltagspraktischen Fragen	2,1	2,2	2,0	1,8

Bei näherer Betrachtung der Daten treten allerdings einige schwer interpretierbare Unstimmigkeiten in den Beurteilungen zu Tage. Wenn Pflegekräften ein von Zeitdruck und »Hektik« gekennzeichnetes Arbeiten bescheinigt wird, so wäre zu erwarten, dass sich dies auch in der Beurteilung von Kommunikationsaspekten niederschlägt. Dies ist jedoch nur in einem sehr moderaten Ausmaß der Fall. Die folgende Tabelle zeigt, inwieweit die Beurteilungen anhand der Notenskala mit den Ergebnissen zur Frage nach der Arbeitsweise in Beziehung stehen.

Bewertung ausgewählter Versorgungsmerkmale, differenziert nach Einschätzung der Arbeitssituation		
	Arbeiten in Ruhe	Arbeiten unter Zeitdruck
Freundliches Auftreten der Pflegekräfte	1,5	2,0
Sich Zeit zur Beantwortung von Fragen nehmen	1,8	2,5
Berücksichtigung von Wün- schen, Bedürfnissen, Gewohn- heiten	1,8	2,6
Beratung in alltagspraktischen Fragen	1,8	2,7

Die Bewertungen von Personen, die angaben, die Pflegekräfte würden unter Zeitdruck arbeiten, fielen im Durchschnitt zwar schlechter aus, doch ist »schlechter« an dieser Stelle eine sehr relative Charakterisierung. Die Mittelwerte bewegen sich immerhin noch im Spektrum zwischen »gut« und »befriedigend«. Möglicherweise drückt sich in diesen Zahlen das in Kapitel 2 skizzierte Phänomen aus, dass Patienten nur sehr zurückhaltend Kritik an Pflegekräften leisten, und ebenso könnte hier ein Validitätsproblem der verwendeten Skala zum Tragen kommen:

- Für das Vorhandensein der Tendenz, trotz enttäuschter Erwartungen positiv zu urteilen, sprechen verschiedene andere Ergebnisse der Untersuchung, etwa der Zusammenhang zwischen der Beurteilung, inwieweit individuelle Wünsche, Bedürfnisse und Gewohnheiten berücksichtigt wurden, und den Angaben zu den Einflussmöglichkeiten auf die Tageszeiten der Pflegeeinsätze oder zur Berücksichtigung des Wunsches, nur von Männern oder Frauen gepflegt zu werden. Stets zeigen sich Unterschiede in der Bewertung anhand der Notenskala, aber sie bleiben durchgängig in einem moderaten Rahmen.
- Ein Validitätsproblem läge dann vor, wenn die Entscheidung der Befragten für eine Antwortvorgabe bzw. einen Skalenwert nicht das ausdrückt, was der Untersucher aufgrund der jeweiligen Platzierung auf der Skala und des engeren Wortsinns schlussfolgert. Es könnte m.a.W. eine systematische Verzerrung in Richtung positiver Bewertungen stattgefunden haben. Dieses Phänomen ist ein allgemeines Problem in der empirischen Sozialforschung, sofern sie mit metrischen Bewertungsskalen arbeitet, die im Hinblick auf ihren Einsatzbereich noch nicht gründlich evaluiert wurden. In der Forschungspraxis behilft man sich unter diesen Umständen gelegentlich mit einer nachträglichen Transformation der Skala, etwa indem ein Mittelwert oder Median zum Bezugspunkt gewählt wird und die erhobenen Werte hiervon ausgehend als überdurchschnittlich gute oder überdurchschnittlich schlechte Beurteilungen reinterpretiert werden. Dieses Verfahren kann zweckmäßig sein, wenn Veränderungen im Zeitverlauf abgebildet oder Gruppenvergleiche (z.B. Vergleiche zwischen verschiedenen Einrichtungen) vorgenommen werden sollen. Bei einer Erhebung wie im vorliegenden Fall hilft es allerdings wenig weiter.

Von daher sind einige Beurteilungen der Befragten schwer zu deuten. Inwieweit sie wirklich Rückschlüsse auf das Versorgungsgeschehen und -erleben gestatten, lässt sich schwer beurteilen. Vermutlich muss man ihnen die Qualität von Tendenzaussagen zuschreiben. Eine exakte Abbildung der Nutzerperspektive können entsprechende Erhebungsergebnisse jedoch sicher nicht beanspruchen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob das Mittel direkter Beurteilungen tatsächlich einen überzeugenderen Weg darstellt als Frageformulierungen, die auf das Konstrukt der Zufriedenheit zurückgreifen. Die aus der Zufriedenheitsforschung im Gesundheitswesen bekannte Tendenz zu gewissen Widersprüchlichkeiten und zu systematischen Verschiebungen in Richtung positiver Aussagen scheint sich auch hier nicht ausschließen zu lassen.

3.5 Fazit

Ähnlich wie bei anderen standardisierten Nutzerbefragungen stellte sich die Bewertung von Pflegediensten auch im Falle der vorliegenden Erhebung recht positiv dar. Die anhand einer Notenskala vorgenommene Beurteilung von Verhaltensaspekten und organisatorischen Merkmalen der Pflegeeinsätze lagen zum größten Teil im Bereich von »sehr gut« bis »gut«. Der Vergleich mit Kontrollfragen zeigte jedoch gewisse Unstimmigkeiten. Sie lassen vermuten, dass bei den Beurteilungen ein aus anderen Nutzerbefragungen schon bekanntes Phänomen zum Tragen kam: Pflegebedürftige und auch Angehörige vermeiden es nicht selten, offen Kritik an ihren Pflegediensten zu üben.

Allerdings bleibt auch dann, wenn man diese Relativierung in Rechnung stellt, eine positive Gesamtbilanz: Andere, verlässlichere Indikatoren wie z.B. die Bereitschaft zu einem Wechsel des Pflegedienstes oder das Beschwerdeverhalten deuten darauf hin, dass der Anteil der Pflegebedürftigen/Angehörigen, denen eine insgesamt eher kritische Haltung gegenüber der Arbeit ihres Pflegedienstes unterstellt werden kann, in einer Größenordnung von 10% bis 15% zu suchen ist. Die von anderen Erhebungen ermittelten Anteile von deutlich über 90% »zufriedener Kunden« wurden damit zwar nicht erreicht, doch lassen sich die Ergebnisse im Grunde nicht vergleichen, weil die Gesamtbewertung im Rahmen der vorliegenden Studie anhand von strengeren Kriterien vorgenommen und auf den fragwürdigen Versuch, die allgemeine Zufriedenheit mit einem Pflegedienst direkt zu ermitteln, verzichtet wurde.

Wie die Diskussion der einzelnen Erhebungsergebnisse und der mit ihnen verknüpften methodischen Probleme gezeigt hat, können schriftliche Befragungen nur einen begrenzten Einblick in das Erleben von Pflegebedürftigen eröffnen. Für Pflegedienste bzw. beruflich Pflegenden, die das Leitbild einer patientenorientierten Pflege ernst nehmen, geben sie zwar Hinweise auf mögliche Schwachstellen der Versorgung, sie werden sich jedoch nicht damit begnügen. Schriftliche Befragungen sind ein Hilfsmittel, aber kein Ersatz für die stetige Reflexion, inwieweit es tatsächlich gelingt, Patientenorientierung im Versorgungsalltag zu realisieren.

Welche Schlussfolgerungen für das methodische Vorgehen beim Einsatz standardisierter Befragungsinstrumente zu Evaluationszwecken können nun aus den vorangegangenen Ausführungen gezogen werden? Zunächst einmal ist generell darauf hinzuweisen, dass es sich bei standardisierten Nutzerbefragungen um ein anspruchsvolles Unterfangen handelt, das nicht mit einem eilig und ohne Reflexion der oben skizzierten Probleme zusammengestellten Erhebungsinstrument erfolgreich durchgeführt werden kann (vgl. Dozier et al. 2001 und Leino-Kilpi/Vuoreneho 1994). Im Übrigen lassen sich zur Gestaltung der Instrumente folgende Empfehlungen formulieren:

1. Aufgrund der zahlreichen methodischen Unsicherheiten sollte auf eine Erhebung von Zufriedenheit nach Möglichkeit gänzlich verzichtet werden. Angesichts der langjährigen Diskussion um das Zufriedenheitskonstrukt im Gesundheitswesen stellen Zufriedenheitsmessungen eine höchst unsichere Basis für das Qualitätsmanagement dar.

2. Direkte Bewertungen von Versorgungsaspekten, die anhand metrischer Beurteilungsskalen vorgenommen werden, zeigen gleichfalls einige Schwachstellen. Entsprechende Fragetypen verzichten zwar auf das Konstrukt der Zufriedenheit (und damit auf die Annahme, dass Zufriedenheit als *emotionale Reaktion* das Ergebnis eines Vergleichsprozesses ausdrückt), sie führen offenbar jedoch ebenfalls zu teils widersprüchlichen, teils schwer interpretierbaren Ergebnissen.
3. Ergiebiger ist der Rückgriff auf einfache Frageformulierungen, mit denen Zustimmung oder Ablehnung direkt ermittelt wird (z.B. Personalfluktuations), sowie die Erhebung von tatsächlichem Verhalten (z.B. Beschwerden, Wechsel des Pflegedienstes etc.) oder favorisierten Handlungsoptionen. Auch Fragen nach Verbesserungsvorschlägen oder Wünschen können einen indirekten Zugang zu Beurteilungen aus der Nutzerperspektive eröffnen.
4. Reporting-Fragen verdienen bei Nutzererhebungen eine starke Gewichtung. Nach den Erfahrungen der IPW-Studie können sie als geeignetes Mittel gelten, verlässliche Informationen zum Versorgungsgeschehen zu erhalten.

Die theoretischen und methodischen Probleme, die sich mit Zufriedenheitsmessungen verbinden, stellen also standardisierte Patientenbefragungen durchaus nicht gänzlich in Frage. Es kommt vielmehr darauf an, ein methodisches Vorgehen zu wählen, das der Position und der Perspektive der Leistungsnutzer gerecht wird. Angesichts des Umstandes, dass Zufriedenheitsbefragungen und die Erhebung direkter Beurteilungen in der Praxis die bislang favorisierte Strategie im Rahmen des Qualitätsmanagements darstellen, besteht hier allerdings ein großer Bedarf an Forschung, mit der die Verlässlichkeit entsprechender Instrumente nachgewiesen und eine optimale Adaption im Rahmen des Qualitätsmanagements erreicht werden kann.

4. MigrantInnen als Nutzer pflegerischer Leistungen

Das vielschichtige Potenzial an Kollisionen zwischen Wertvorstellungen, Erwartungshaltungen, Handlungsorientierungen und Beurteilungskriterien, das die Pflegebeziehung birgt, zeigt sich in der Versorgung pflegebedürftiger MigrantInnen in besonderer Deutlichkeit. In der Begegnung zwischen beruflich Pflegenden und Leistungsnutzern, die aus demselben Kulturkreis stammen, existiert eine Interaktionsbasis in Form von alltagsweltlichen Wissensbeständen, Normen und Gewohnheiten, auf die beide Seiten stillschweigend Bezug nehmen. Bei der Versorgung von MigrantInnen steht ein solcher gemeinsamer Bezugsrahmen oftmals nicht oder nur zum Teil zur Verfügung. Ein Blick auf die hier entstehenden Problemkonfigurationen ist daher hilfreich, die Aufmerksamkeit für die Nutzerperspektive zu schärfen. Kommunikationsprobleme und Schwierigkeiten der Überbrückung abweichender Vorstellungen und Handlungsorientierungen, die in anderen Konstellationen scheinbar leicht zu bewältigen sind, treten dabei besonders klar zu Tage.

In Deutschland leben über sieben Millionen Personen ausländischer Herkunft. Sie weisen eine von der Wohnbevölkerung deutscher Nationalität, deren Zusammensetzung zunehmend durch den Prozess der sog. demographischen Überalterung geprägt wird, auffällig abweichende Altersstruktur auf. So belief sich 2002 der Anteil der 65-jährigen und älteren AusländerInnen auf lediglich knapp 6% (Bevölkerung insgesamt: über 17%). Vor allem aufgrund der steigenden Zahl der Arbeitsmigrantinnen und -migranten, die nach Abschluss ihres Erwerbslebens nicht in ihre Heimat zurückkehren, wird sich diese Situation in Zukunft jedoch grundlegend verändern. Damit ist auch eine deutliche Zunahme der Zahl ausländischer Mitbürger zu erwarten, die im Alter pflegebedürftig werden und ggf. auf professionelle pflegerische Leistungen angewiesen sind.

MigrantInnen nutzen pflegerische Versorgungsangebote bislang jedoch nur in geringem Maße. Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass dies nicht allein mit der oben angesprochenen demographischen Situation erklärt werden kann. Vielmehr scheint das komplexe Zusammenspiel zwischen sozialer Benachteiligung, kulturspezifischen Wertvorstellungen über die Versorgung im Alter und der (vermuteten) Diskrepanz zwischen dem qualitativen Profil des Leistungsangebotes einerseits und den besonderen Bedürfnissen, Lebensgewohnheiten und Erwartungen pflegebedürftiger MigrantInnen andererseits wesentlich dazu beizutragen, dass gegenwärtig nur eine sehr verhaltene Nachfrage nach entsprechenden Leistungen zu verzeichnen ist.

Die Frage nach den Konsequenzen für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems wird unterschiedlich beantwortet. Zum Teil wird davon ausgegangen, dass der Wunsch älterer, hilfsbedürftiger MigrantInnen nach einer Versorgung durch Familienangehörige so stark ausgeprägt ist und die verfügbaren informellen Hilfpotenziale so stabil sind, dass vorläufig keine spürbare Veränderung der Nachfrage nach professionellen Leistungen zu erwarten ist. Demgegenüber stehen Einschätzungen, die von einer zunehmenden Erosion dieser Hilfpotenziale und einem entsprechend wachsenden Bedarf ausgehen – einem Bedarf, der sich allerdings nicht in vollem Umfang als Leistungsnachfrage darstellt, weil zahlreiche, für die

Migrantenbevölkerung spezifische Barrieren die Inanspruchnahme professioneller Leistungsangebote erschweren und, so wird unterstellt, weil die verfügbaren Leistungsangebote nicht hinreichend auf die besonderen Problemlagen und Erwartungen dieser Bevölkerungsgruppe abgestimmt sind.

Die folgenden Ausführungen stützen sich auf Ergebnisse der IPW-Studie »Zur pflegerischen Versorgungslage von MigrantInnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen« (Wingefeld 1998). Die Studie sollte vor allem klären, von welchen Bedingungen die Inanspruchnahme von Leistungsangeboten durch pflegebedürftige MigrantInnen abhängt, welche Anforderungen sich ggf. an die Angebotsstruktur stellen, um den Zugang zu erleichtern, und welche spezifischen Anforderungen im pflegerischen Alltag zu berücksichtigen sind. Das Ziel bestand darin, Kernprobleme der pflegerischen Versorgung von MigrantInnen herauszuarbeiten, d.h. typische Problemlagen, die im Hinblick auf die künftige Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten pflegerischen Versorgung von zentraler Bedeutung sind. Die Untersuchung stützte sich in erster Linie auf Expertengespräche, Befragungen von MitarbeiterInnen aus Pflegeeinrichtungen (leitfadengestützte Interviews) sowie auf Literaturlauswertungen¹⁵. Als ExpertInnen wurden Wissenschaftler aus dem universitären Bereich, MitarbeiterInnen aus Modellprojekten und ReferentInnen von Trägerverbänden einbezogen. Die Interviews konzentrierten sich ansonsten auf MitarbeiterInnen von ambulanten Pflegediensten, da in stationären Einrichtungen bislang nur sehr wenige Erfahrungen mit der Versorgung von MigrantInnen vorliegen. Insgesamt wurden 24 Expertengespräche und Interviews durchgeführt.

4.1 Migration und Ausländerstatus

Im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen stellt sich die berechnigte Frage, inwieweit von »typischen Problemlagen« überhaupt die Rede sein kann, und deshalb sei vorweg auf einige grundlegende Schwierigkeiten und Begrenzungen hingewiesen, mit denen sich jede Studie konfrontiert sieht, die sich mit der Versorgung von MigrantInnen befassen will.

Auf der einen Seite lässt sich eine Reihe von Ausgangsbedingungen für die gesundheitliche Versorgung benennen, die für die Wohnbevölkerung deutscher Herkunft nicht oder in wesentlich geringerem Maße von Bedeutung sind. Hierzu gehören insbesondere:

¹⁵ In den 1990er Jahren sind mehrere, zum Teil umfangreiche Studien zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen erschienen. Zu erwähnen sind insbesondere das in Nordrhein-Westfalen durchgeführte Projekt »Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer« (Olbermann/Dietzel-Papakyriakou 1995) sowie verschiedene, von Verbänden oder anderen Bundesländern initiierte Untersuchungsvorhaben (z.B. BAGS 1998; DZA 1998; Zft 1992; DRK 1991).

- Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen, die gemessen an den hierzulande geltenden Normen als kulturspezifisch¹⁶ gelten und denen die qualitativen Merkmale des Versorgungsangebotes bislang wenig angepasst sind,
- sprachliche Verständigungsprobleme,
- ökonomische und soziale Benachteiligungen, die die Lebenssituation vieler MigrantInnen nach wie vor kennzeichnen,
- die mit den ausländerrechtlichen Bestimmungen verbundenen Auflagen und Begrenzungen (je nach Aufenthaltsstatus),
- Fremdheits- und nicht selten auch Ausgrenzungserfahrungen, die beispielsweise den Umgang mit öffentlichen Behörden erschweren.

Andererseits darf nicht übersehen werden, dass es sich um eine in jeder Hinsicht heterogene Bevölkerungsgruppe handelt. Sie umfasst ArbeitsmigrantInnen, die im Zuge der Anwerbemaßnahmen seit Mitte der 1950er Jahre nach Deutschland kamen, Flüchtlinge aus Kriegsgebieten, Asylsuchende, Personen ausländischer Herkunft mit deutscher Nationalität (AusiedlerInnen) und andere. Häufig werden auch die in Deutschland geborenen Nachkommen als MigrantInnen bezeichnet (die sog. zweite oder dritte Generation). Je nach Herkunftsland stammen MigrantInnen also aus kulturellen Kontexten, die untereinander ebenso wenig vergleichbar sind wie beispielsweise der kulturelle Hintergrund deutscher und libanesischer Staatsangehöriger. Aufenthaltsdauer, Verläufe der Akkulturation und soziale Lebensbedingungen weisen auch innerhalb der einzelnen Ethnien erhebliche Unterschiede auf.

¹⁶ Im Folgenden wird noch des Öfteren der Begriff »kulturspezifisch« benutzt. Zum Kulturbegriff gibt es eine umfangreiche Diskussion, die u.a. darauf hinweist, dass seine Verwendung oftmals mit einer impliziten Ausgrenzung und Diskriminierung des als fremd Geltenden verbunden ist, wenn nicht die eigenen sozialen Normen und Wertvorstellungen gleichfalls in der Tradition einer spezifischen Kultur gesehen werden (vgl. z.B. Uzarewicz 1998). Diese Feststellung ist für pflegerische Orientierungen im Versorgungsalltag von großer Bedeutung: Ein Denken, welches das Unbekannte oder Ungewohnte stets als Ausdruck einer »besonderen« Kultur einstuft, wird die Bedingtheit der eigenen Normen und Wertmaßstäbe kaum in Rechnung stellen, also die eigenen Handlungsorientierungen nicht hinterfragen und damit eine auf gegenseitige Akzeptanz angewiesene Kooperation erschweren.

Zudem darf die Vielfalt innerhalb von Kulturen nicht übersehen werden. Wenn beispielsweise vom islamischen Kulturkreis oder Angehörigen des muslimischen Glaubens gesprochen wird, so hat man es entgegen der sprachlichen Vereinfachung mit einem breiten Spektrum unterschiedlicher sozialer Normen, Wertvorstellungen und Lebensstile zu tun. Auch das Verständnis des kulturellen Hintergrundes türkischer MigrantInnen ist in Deutschland von den Erfahrungen mit einer bestimmten, vorwiegend aus ökonomisch schwachen, ländlichen Gebieten der Türkei stammenden ArbeitsmigrantInnen geprägt, für die eine deutlich stärkere Orientierung an Traditionen kennzeichnen ist als für die dortige Stadtbevölkerung (vgl. z.B. García 1999).

Und schließlich ist in Rechnung zu stellen, dass Gesundheitsverhalten, Einstellungen, Erfahrungen und Versorgungserwartungen auch innerhalb der einheimischen Bevölkerung nicht einheitlich sind. Sie können beispielsweise mit der Zugehörigkeit zu sozialen Schichten oder zwischen ausgeprägt ländlichen Gebieten und Ballungsräumen differieren.

Generalisierende Aussagen über *die* Belange von MigrantInnen verbieten sich daher streng genommen. Insofern kann auch im Rahmen des vorliegenden Beitrags lediglich ein *Problemspektrum* aufgezeigt werden, das für einzelne Migrantengruppen nur in Teilen und mit jeweils anderen Schwerpunkten von Relevanz ist.

Eine zweite Schwierigkeit betrifft die konkrete Eingrenzung der Bevölkerungsgruppe. Der Begriff »MigrantInnen« hat sich – abgesehen von amtssprachlichen Verwendungszusammenhängen, wo nach wie vor die Formulierung »Ausländer« üblich ist – in Politik, Wissenschaft und Fachkreisen in den letzten Jahren zunehmend durchgesetzt, doch hat dies keineswegs zu einem einheitlichen Sprachgebrauch geführt. Der Begriff wird sehr unterschiedlich verwendet, je nachdem, welche Kriterien bezüglich Aufenthaltsdauer und Anlass/Zweck des Wohnsitzwechsels zugrunde gelegt werden, teilweise auf Individuen bezogen, teilweise auf größere soziale Gruppen (z.B. »ArbeitsmigrantInnen«), wobei dann in Deutschland geborene Nachkommen, die in ihrer Lebenseinstellung und ihren Werthaltungen ggf. stark vom kulturellen Hintergrund ihrer Eltern geprägt sind, mitunter hinzugerechnet werden. »MigrantInnen« kann auch nicht synonym mit »AusländerInnen« verwendet werden, was z.B. bei der Auswertung amtlicher Statistiken Schwierigkeiten aufwirft. Im Gegensatz zu den international gängigen Normen wird die deutsche Staatsangehörigkeit nicht vom Geburtsort, sondern von der Nationalität der Eltern bzw. anderer Vorfahren abhängig gemacht. In der amtlichen Statistik gelten daher auch solche Personen als AusländerInnen, die zwar in Deutschland geboren sind, aber Eltern nichtdeutscher Staatsangehörigkeit haben. Zuwanderer aus der ersten Generation, die die deutsche Staatsbürgerschaft erworben haben, werden dagegen weder in der Statistik noch in anderen amtlichen Zusammenhängen als »AusländerInnen« geführt. Die Schwierigkeiten einer Definition oder begrifflichen Präzisierung wird in den folgenden Ausführungen stillschweigend übergangen.

4.2 Barrieren auf dem Weg in die Versorgung

Für die Nutzung pflegerischer Leistungen ist eine Vielzahl von Aspekten von Bedeutung, von denen Art und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit keineswegs immer im Vordergrund stehen (vgl. z.B. Brandenburg 1998). Es hängt insbesondere von der Pflegebereitschaft und -fähigkeit der Angehörigen ab, ob und inwieweit ambulante Dienste eingebunden werden und ob ggf. eine vollstationäre Pflege in Betracht gezogen werden muss. Welche konkreten Arrangements für möglich oder erstrebenswert gehalten werden, hängt wiederum von den Kenntnissen über alternative Versorgungsmöglichkeiten, dem Zugang zu Leistungsangeboten und ihrer Akzeptanz ab. Auf Pflegeleistungen wird ggf. auch dann verzichtet, wenn die Versorgung auf Wegen sichergestellt werden kann, die den Nutzern unter ökonomischen Gesichtspunkten attraktiver erscheinen. Ein Leistungsangebot wird schließlich umso eher in Anspruch genommen, je mehr es im Einklang steht mit allgemeinen Wertvorstellungen potenzieller Nutzer über die Art der Versorgung von Hilfebedürftigen. Dies zu beurteilen setzt zumindest ungefähre Vorstellungen und eine grobe Information über das Leistungsangebot voraus. Wie in Kapitel 2 anhand der Ergebnisse von Be-

fragungen ambulant versorgter Pflegebedürftiger dargelegt wurde, bestehen auch bei Personen deutscher Nationalität nur wenig konkrete Erwartungen und eine schlechte Informationslage zur pflegerischen Versorgung. Viele ältere MigrantInnen haben es infolge von Sprachproblemen und einem anderen Erfahrungshintergrund noch ungleich schwerer, realitätsnahe Vorstellungen zu entwickeln.

Information

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde das Spektrum pflegerischer Leistungsangebote wesentlich erweitert bzw. ausdifferenziert. Dies hatte einen wachsenden Beratungsbedarf zur Folge, der sich auf Fragen des Antragsverfahrens, die Finanzierung von Leistungen und die in Betracht kommenden Leistungsformen bzw. Einrichtungen erstreckt. Die Struktur des Leistungsangebotes ist für potenzielle Nutzer kaum mehr überschaubar: »Der einzelne Bürger ist gegenüber dem komplexen, differenzierten und hochspezialisierten System von Versicherung und Versorgung absolut überfordert. Er durchschaut das Zusammenspiel von Pflegeversicherung, Krankenversicherung und anderen Sozialversicherungssystemen (...) schon längst nicht mehr. Selbst für professionelle Akteure ist die Transparenz über Ansprüche und Angebote verloren gegangen« (Knieps 1998: 137).

MigrantInnen sind von diesem Problem in besonderem Maße betroffen. Bereits vor Einführung der Pflegeversicherung wurde im Rahmen einer vom DRK durchgeführten Studie (1991) ein erheblicher Informationsbedarf von MigrantInnen im Bereich sozialer und gesundheitlicher Leistungsangebote konstatiert. Jenseits der zentralen medizinischen Versorgungsangebote – niedergelassener Arzt und Krankenhaus – verfügten die in dieser Studie Befragten nur über geringe oder verzerrte Vorstellungen über Möglichkeiten sozialer und pflegerischer Unterstützung. Der Grad der Informiertheit über das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung stellt sich heute ähnlich dar: Häufig herrscht nicht nur Unklarheit über das konkrete Leistungsprofil pflegerischer Angebote (ambulante Pflege, Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege usw.), zum Teil verfügen MigrantInnen nicht einmal über die Information, dass solche Angebote überhaupt existieren. Dies dürfte sich u.a. daraus erklären, dass ein Teil dieser Versorgungsangebote in den Herkunftsregionen nicht verfügbar war. Gibt es auch im näheren Bekanntenkreis keine Berührungspunkte zu Pflegeeinrichtungen, so kann es passieren, dass beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit keinerlei Vorstellungen zu den in Betracht kommenden Leistungen bestehen. Besonders ausgeprägt scheint die Unklarheit über Finanzierungsfragen zu sein. Sie kann z.B. die Annahme zur Folge haben, für pflegerische Leistungen ganz oder teilweise selbst aufkommen zu müssen. Da sich die Einkommenssituation von MigrantInnen im Gesamtbild schlechter darstellt als die der deutschen Bevölkerung, gewinnt diese Befürchtung entsprechend hohes Gewicht für das Nachfrageverhalten¹⁷.

¹⁷ MigrantInnen sind im Alter finanziell deutlich schlechter gestellt als der Durchschnitt der übrigen Wohnbevölkerung. Das niedrige Niveau der Altersrenten erklärt sich aus mehreren Faktoren: Die Dauer der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung war aufgrund der Migration vergleichsweise kurz.

Eine schwer zu überwindende Informationshürde stellen häufig Sprachprobleme dar. Von ihr betroffen sind insbesondere MigrantInnen der sog. ersten Generation, also MigrantInnen in höherem Alter, die damit auch ein vergleichsweise hohes Risiko der Pflegebedürftigkeit tragen. Eine im Jahr 1993 durchgeführte Studie kam zu dem Ergebnis, dass mehr als 60% der Befragten nach eigener Einschätzung keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse besaßen. Mit höherem Alter, d.h. mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, macht sich der Umstand bemerkbar, dass mit dem Arbeitsplatz ein wichtiges sprachliches Trainingsfeld verloren geht und sich die Kontakte zu deutschen (ehemaligen) ArbeitskollegInnen reduzieren. Viele MigrantInnen ziehen sich im Alter in die eigene Ethnie zurück (Helmstaedter 1997). Im Zuge dieser Entwicklung verschlechtern sich oftmals die Deutschkenntnisse, die sie sich in ihrem Arbeitsleben angeeignet haben.

Vor allem also bei jenen Migrantengruppen, die am ehesten auf Pflege angewiesen sind, besteht aufgrund ihres kulturspezifischen Erfahrungshintergrundes, geringer sozialer Integration und sprachlicher Verständigungsprobleme eine unzureichende Informiertheit über finanzielle Fragen und das Leistungsprofil des Versorgungsangebotes. Zwar existieren inzwischen zahlreiche, speziell auf MigrantInnen zugeschnittene Angebote sozialer Beratung, doch sind die im Bereich der *Pflege* verfügbaren Informations- und Beratungsmöglichkeiten nach wie vor deutschsprachig ausgerichtet. Dort, wo sich Pflegekassen oder kommunale Beratungsstellen auf Sprachprobleme einstellen, geschieht dies in der Regel auf der Ebene von schriftlichem Informationsmaterial, was erfahrungsgemäß auch bei vielen älteren Menschen deutscher Staatsangehörigkeit keine hinreichende Information gewährleistet. Sprachprobleme können sich somit als erhebliche Barriere für die Inanspruchnahme pflegerischer Leistungsangebote erweisen.

Eine weitere Schwachstelle des Informationsangebotes ist bei den Leistungsanbietern selbst festzustellen. Wie eine Recherche der Stiftung Warentest vor einigen Jahren belegte, sind Information und Beratung durch ambulante Pflegedienste zum Teil erheblich verbesserungsbedürftig (Stiftung Warentest 1997/1998). Es zeigte sich, dass ein nicht unerheblicher Teil der Pflegedienste bei entsprechenden Anfragen keine befriedigenden mündlichen oder schriftlichen Auskünfte über Fragen der Finanzierung, der Vertragsgestaltung und des Leistungsumfanges übermitteln konnte. Stellt man die bereits angesprochenen Problemfelder – unzureichende Vorinformation und sprachliche Verständigungsschwierigkeiten – in Rechnung, so ist leicht vorstellbar, dass sich MigrantInnen häufig vor die Frage gestellt sehen, ob sie ein Leistungsangebot in Anspruch nehmen sollen,

Außerdem treten MigrantInnen aus gesundheitlichen Gründen im Durchschnitt früher in den Ruhestand als deutsche ArbeitnehmerInnen (Collatz 1998; Rehfeld 1991). Eine große Gruppe war in Bereichen berufstätig, die nicht nur durch hohe körperliche Belastungen, sondern auch durch geringe Entlohnung gekennzeichnet waren (z.B. ungelernte, schlecht bezahlte Hilfstätigkeiten). Viele MigrantInnen (insbesondere Frauen) bekleideten sogenannte geringfügige Beschäftigungsverhältnisse, die nicht einer Sozialversicherungspflicht unterlagen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass berentete MigrantInnen häufiger als deutsche SeniorInnen auf Sozialhilfe angewiesen sind.

dessen Umfang, Qualität und Finanzierung sie nicht einmal annähernd abschätzen können.

Zu einer direkten Kontaktaufnahme zu einem Pflegedienst scheinen sich MigrantInnen in der Regel erst dann zu entschließen, wenn sie eine gewisse Vertrautheit erwarten können – wenn sie auf sprachlicher Ebene keine Verständigungsprobleme befürchten müssen und wenn der Pflegedienst in irgendeiner Form bereits bekannt ist, sei es dadurch, dass eine Sozialstation in der näheren Wohngegend gelegen ist oder der Träger des Pflegedienstes (z.B. als Träger einer Beratungsstelle) bekannt ist.

Begutachtungsverfahren

Im Bereich der Pflegeversicherung muss zunächst jedoch das Antragsverfahren und die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchlaufen werden. Der Besuch des Gutachters ist in vielen Fällen die erste handgreifliche Begegnung mit dem System der Pflegeversicherung. Die Ergebnisse der IPW-Studie deuten darauf hin, dass die Durchführung der Begutachtung bei MigrantInnen häufig ebenfalls durch erhebliche Informationsprobleme, Sprachbarrieren sowie abweichende kulturspezifische Erwartungs- und Verhaltensmuster belastet wird. Das Problem der unzureichenden Informiertheit macht sich im Falle des für den Laien oft schwer nachvollziehbaren Begutachtungsverfahrens besonders deutlich bemerkbar. Nach Einführung der Pflegeversicherung fiel es selbst ausgebildeten Pflegekräften zunächst schwer, den Hilfebedarf eines Patienten im Sinne der gutachterlichen Kriterien umfassend darzustellen (Domscheit/Wingenfeld 1997: 43f). Aus der Beratungspraxis ist ferner bekannt, wie schwierig es im Allgemeinen ist, Pflegebedürftige und Angehörige über Zielsetzungen und Ablauf des Begutachtungsverfahrens sowie über Kriterien der Einstufung soweit aufzuklären, dass sie die vom Gutachter erwarteten Informationen in geeigneter Weise zur Verfügung stellen können – und somit die Kluft zwischen dem Alltagsverständnis der Betroffenen und den spezifischen Kriterien, nach denen die Medizinischen Dienste Hilfebedarf einzuschätzen haben, überbrückt werden kann. Älteren MigrantInnen bleiben das Begutachtungsverfahren und die damit verbundenen Anforderungen noch häufiger intransparent als deutschen SeniorInnen.

Je intransparenter aber Ablauf und Anforderungen der Begutachtung bleiben, um so eher neigen Pflegebedürftige dazu, die mit Schamgefühlen verbundene Thematisierung bestimmter Hilfebedarfe zu vermeiden. Als besonders sensibles Thema gilt nach den Aussagen unserer GesprächspartnerInnen Inkontinenz. Wenn Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Vorfeld nicht darüber informiert worden sind, dass entsprechende Fragen des Gutachters zu erwarten sind, wenn außerdem besondere Hemmschwellen bestehen, über Probleme im Bereich von Körperausscheidungen zu sprechen, und kommt womöglich noch eine ungünstige Personenkonstellation hinzu (z.B. männlicher Gutachter und weibliche Pflegebedürftige türkischer Herkunft), so bestehen nur geringe Chancen, dass alle für die Zuordnung zu einer Pflegestufe wichtigen Hilfebedarfe bei der Begutachtung erhoben werden können.

Doch auch jenseits solcher durch das Zusammenspiel von Informationsdefiziten und Schamgefühlen verursachter Barrieren können allein schon sprachliche Verständigungsschwierigkeiten die Begutachtung nahezu unmöglich machen. In einem wesentlich auf verbale Kommunikation angewiesenen Prozess stehen sich die Beteiligten gewissermaßen sprachlos gegenüber, was von Beginn an zu erheblichen Missverständnissen führen kann.

Ferner kommt bei der Begutachtung eine generelle Problematik der medizinischen bzw. pflegerischen Diagnostik zum Tragen: Infolge des unterschiedlichen kulturellen Hintergrundes, zum Teil aber auch infolge von Sprachbarrieren sehen sich Gutachter teilweise mit erheblichen Deutungsschwierigkeiten konfrontiert. In der Literatur wird beispielsweise darauf hingewiesen, dass MigrantInnen aus dem südosteuropäischen Raum Krankheitssymptome des Öfteren auf eine Art beschreiben, die von Ärzten oder Pflegekräften als eher befremdlich erfahren wird: »Die von ihnen erlebten Beschwerden werden dem Arzt teilweise sehr dramatisch, diffus und verbunden mit starken Klagen dargestellt. Dabei fühlen sie sich in ihrer ganzen Person von ihrer Krankheit betroffen, d.h. sie unterscheiden nicht zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen, sondern sie fühlen sich insgesamt 'schlecht', 'kaputt' und in ihrer gesamten Lebensweise eingeschränkt. Geschilderte Schmerzen sind oft nicht mehr lokalisierbar, sondern beziehen sich auf den ganzen Körper« (Bay et al. 1993: 217; vgl. auch Zimmermann 1994). Eine angemessene Interpretation ist aufgrund der Heterogenität kultureller Erklärungsansätze jedoch schwierig (Berg 1998; Koen 1986).

Schmacke hat darauf hingewiesen, dass infolge von Sprachbarrieren »häufiger Verdeutlichungstendenzen anzutreffen sind, bei denen mangels verbaler Ausdrucksfähigkeit zum Mittel der drastischen Schilderung körperlicher Beschwerden wie Schmerzen gegriffen wird« (Schmacke 1997: 278). Dies kann leicht als Übertreibung oder gar Simulation missdeutet werden oder aus anderen Gründen den Blick auf wesentliche Problemlagen verstellen: »Das für den Behandlungsbereich bedeutsame 'Einverständnis im Mißverständnis', das vom organzentrierten Krankheitsbegriff getragen wird (...), wirkt auch in den Begutachtungsbereich hinein. Die GutachtenpatientIn glaubt sicher in erster Linie, unter körperlichen Krankheiten zu leiden, geht aber andererseits auch davon aus, dass somatische Beschwerden von den ÄrztInnen am ehesten verstanden und akzeptiert werden« (ebd.: 278f).

Die Begutachtung bei MigrantInnen erweist sich damit als große Herausforderung für die Medizinischen Dienste: »Verständnis für die Migrationsproblematik und Verstehen der Sprache sind im Begutachtungsprozeß die Grundvoraussetzungen für qualifizierte Arbeit« (ebd.: 282).

4.3 Vorstellungen zur Versorgung im Alter

Immer wieder wird betont, bei MigrantInnen habe die Vorstellung, dass alte und hilfebedürftige Menschen durch Familienmitglieder und nicht durch Einrichtungen versorgt werden sollten, einen ausgesprochen hohen

Stellenwert. Außerdem seien die informellen Hilfenetze deutlich stabiler und leistungsfähiger als die der 'einheimischen' Wohnbevölkerung.

Unzweifelhaft ist das Ideal der familiären Fürsorge in vielen anderen Ländern bzw. Kulturen stärker ausgeprägt als in entwickelten Industrienationen, die über ein differenziertes System staatlich garantierter sozialer Sicherung verfügen. Zum Teil stützt es sich auf religiöse Vorschriften, die die Versorgung hilfebedürftiger Familienmitglieder zu einer strengen Verpflichtung machen. Ein vermeintliches Versagen familiärer Fürsorge wird unter diesen Umständen ggf. ausgesprochen negativ gewertet. Der Umstand beispielsweise, dass ein PKW mit der Aufschrift eines ambulanten Pflegedienstes vor der Haustür steht, wird so möglicherweise als Eingeständnis des Unvermögens der Angehörigen gedeutet, ihrer Verpflichtung zur Versorgung des Hilfebedürftigen nachzukommen¹⁸. Manchmal ist die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen eine derart fremde Vorstellung, dass sie nicht einmal als Möglichkeit in Betracht gezogen wird (vgl. z.B. Schnepf 1998).

In vielen Fällen scheint auch ein auf den Gesamtzusammenhang der Familie ausgerichtetes Nützlichkeitsdenken die Arrangements zur Sicherstellung der Versorgung zu beeinflussen. Pflegebedürftige ausländischer Herkunft seien, so die Einschätzung unserer GesprächspartnerInnen, häufig bestrebt, der Familie finanziell nicht zur Last zu fallen, und würden manchmal große Entbehrungen auf sich nehmen, um dies zu vermeiden. In dieser Hinsicht ist der materielle Stellenwert, den das Pflegegeld für das Familieneinkommen haben kann, nicht zu unterschätzen: Angesichts der oft geringen Rentenbezüge (s.o.) können Pflegegeldleistungen nach dem SGB XI einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der materiellen Lebensgrundlage der Familienmitglieder leisten. Wenn jedoch sowohl soziale Wertvorstellungen als auch ökonomischer Druck zur informellen Hilfe motivieren, dürfte die Schwelle zum Eingeständnis der eigenen Überforderung, d.h. das Risiko der Überlastung von pflegenden Angehörigen besonders hoch liegen. Darauf deuten zumindest die Erfahrungen hin, die im Rahmen unserer Interviews geschildert wurden. Das eigene Pflichtgefühl, die Erwartungshaltung des Pflegebedürftigen und anderer Familienmitglieder sowie Rollenzuweisungen sind mitunter so stark, dass auch Anzeichen psychischer und körperlicher Überforderung nicht zur Suche nach Unterstützung führen¹⁹.

¹⁸ Allerdings handelt es sich bei solchen Deutungen keineswegs um ein Phänomen, das sich auf die Bevölkerungsgruppe der MigrantInnen beschränkt. So wurde auch im Rahmen unserer Interviews wiederholt darauf hingewiesen, dass Versagens- oder Schamgefühle bei deutschen Pflegebedürftigen und Angehörigen vielleicht nicht so stark ausgeprägt, aber durchaus vorhanden seien. Beispielsweise wurde der Fall einer älteren, gehbehinderten Frau geschildert, die es nur schwer verwinden konnte, anlässlich eines Arztbesuches ein Taxi benutzen zu müssen. Besondere Schwierigkeiten bereitete ihr die Vorstellung, dass in der Nachbarschaft durch das vorfahrende Taxi der Eindruck entstehen könnte, ihr eigener Sohn sei sich nicht gut genug, ihr einen kleinen Fahrdienst zu erweisen.

¹⁹ In einem der uns geschilderten Fälle wurde auf die offensichtliche Überlastung der pflegenden Ehefrau nicht durch Familienangehörige reagiert, sondern durch den Hausarzt, der die Situation für untragbar hielt und einen Pflegedienst einschaltete. Auch in einem anderen Fall führte erst die ärztliche Inter-

Das Ideal der familiären Fürsorge stützt sich jedoch ebenso auf negative Vorstellungen und Assoziationen, die sich auf die Versorgungseinrichtungen selbst beziehen. Insbesondere gegenüber der Nutzung stationärer Pflegeeinrichtungen bestehen Vorbehalte. Zwar wird die Übersiedlung in ein Heim auch innerhalb der Bevölkerung deutscher Herkunft nicht selten als Versagen oder Fehlverhalten der Angehörigen gedeutet, doch scheinen solche Wertungen innerhalb weiter Teile der Migrantenbevölkerung ungleich stärker ausgeprägt. Die kaum zu übersehende Diskrepanz zwischen Leistungsangebot und Bedürfnissen oder Lebensgewohnheiten von MigrantInnen beginnt hier bereits bei der Frage der Ernährung. Angehörigen des muslimischen Glaubens ist es bekanntlich verboten, Schweinefleisch zu sich zu nehmen. Nun übersteigt es keineswegs die Möglichkeiten stationärer Einrichtungen, auf spezielle Ernährungswünsche der Bewohner Rücksicht zu nehmen. Das Problem wird dadurch jedoch nicht behoben, denn es besteht ein ausgeprägtes Misstrauen gegenüber einer Küche, in der die Verarbeitung von Schweinefleisch Gang und Gäbe ist. Hinzu kommen eingeschränkte Möglichkeiten für die Religionsausübung. Weder die Tagesstrukturierung noch die Räumlichkeiten der allermeisten Einrichtungen sind auf die Bedürfnisse von Angehörigen nichtchristlicher Glaubensgemeinschaften eingestellt. Darüber hinaus bestehen zum Teil andere Vorstellungen über Formen der Geselligkeit und Beschäftigung, bei denen u.a. ein bestimmtes Verständnis der Geschlechterrollen zum Tragen kommt. MigrantInnen können in stationären Pflegeeinrichtungen in eine ausgeprägte Trennung von ihrer eigenen Ethnie geraten, die – ggf. verstärkt durch Sprachprobleme – in eine generelle soziale Isolation münden kann. Und schließlich dürfte auch die Berichterstattung in den Medien, die in den letzten Jahren vermehrt Missstände in den Einrichtungen anprangert, nicht ohne Konsequenzen bleiben. Kurz: Stationäre Pflegeeinrichtungen werden vielfach als kulturfremdes Milieu gesehen, das man alten bzw. pflegebedürftigen Menschen während ihres Lebensabends nicht zumuten will (vgl. auch Koch-Straube 1999).

Darüber hinaus scheinen die Vorstellungen über den Charakter bzw. das Milieu einer Pflegeeinrichtung je nach den vom Herkunftsland oder von der Ankunft in Deutschland geprägten Erfahrungen abzuhängen. So wurde im Rahmen unserer Interviews berichtet, dass bei AussiedlerInnen aus der ehemaligen Sowjetunion die Haltung gegenüber Versorgungsinsti-

vention dazu, dass Pflegedefizite (Dekubitus in Folge unsachgemäßer Lagerung) abgestellt werden konnten, indem ein Pflegedienst fortan einen Teil der Versorgung übernahm. Bezeichnenderweise entwickelte die pflegende Ehefrau daraufhin ausgeprägte Schuldgefühle, weil sie der Überzeugung war, versagt zu haben, wenngleich der pflegebedürftige Ehemann selbst meinte, dass sie ohne weitere Unterstützung nicht mehr auskommen könne. Mehrfach wurde allerdings auch auf eine stark fordernde Erwartungshaltung der Pflegebedürftigen hingewiesen. Neben der Auffassung, eine pflegerische Versorgung durch Familienangehörige sei selbstverständlich, werden dabei offensichtlich auch finanzielle Argumente ins Feld geführt. Beispielsweise wurde von einer ihren schwerstbehinderten, erwachsenen Sohn pflegenden Mutter berichtet, die mit der Erwartung ihres Sohnes konfrontiert war, stets für sie verfügbar zu sein; er begründete dies nicht nur mit ihrer mütterlichen Verantwortung, sondern auch damit, dass sie ihren Lebensunterhalt über die (sehr klägliche) Rente des Sohnes sowie das Pflegegeld der Pflegeversicherung bestritt.

tutionen manchmal durch Erinnerungen an Verfolgungserfahrungen (zwangsweise Unterbringung in lagerähnlichen Sammelunterkünften) der Vergangenheit beeinflusst wird. Auch die Erfahrungen der ersten Generation der ArbeitsmigrantInnen bei ihrer Ankunft in Deutschland können das Bild von stationären Pflegeeinrichtungen beeinflussen. Ihre kollektive Unterbringung war häufig durch extrem beengte, ärmliche und stark reglementierte Verhältnisse geprägt²⁰. Natürlich wird bei einem entsprechenden biographischen Hintergrund nicht direkt erwartet, dass sich solche Erfahrungen bei der Nutzung stationärer Leistungsangebote wiederholen. Die Hinweise unserer Gesprächspartner dürften im Kern jedoch dennoch für Teile der älteren ausländischen Bevölkerung zutreffen, weil die in früheren Zeiten erlebten Verhältnisse existentiellen Charakter hatten und sich von daher Erfahrungsmuster ausgebildet haben, die selbst heute, in einem Abstand von vielen Jahren, beim Gedanken an eine Heimunterbringung wiederbelebt werden können, wenn ansonsten keine konkreten Informationen oder Erfahrungen zur Heimversorgung greifbar sind²¹.

Allerdings muss hier erneut auf die Fragwürdigkeit von Verallgemeinerungen hingewiesen werden, und dies nicht nur deshalb, weil sich kultureller Hintergrund und biographische Erfahrungsmuster je nach Migrantengruppe unterscheiden. Auch innerhalb einer Ethnie bestehen stark abweichende Erwartungen und Einschätzungen. Soweit ersichtlich, gibt es positive Einstellungen gegenüber der stationären Pflege in erster Linie bei MigrantInnen, die bezweifeln bzw. aufgrund des Fehlens von Angehörigen nicht davon ausgehen können, dass sie im Alter von Familienmitgliedern versorgt werden. Interviews mit ausländischen SeniorInnen zeigen jedenfalls, dass unabhängig von allen Idealvorstellungen nüchterne Überlegungen zu den Rahmenbedingungen der Versorgung im Alter den Ausschlag dafür geben, ob eine Unterbringung in einem Heim für denkbar oder sogar erstrebenswert gehalten wird (vgl. z.B. AWO Kreisverband Bielefeld 1995: 16).

Es ist zu vermuten, dass solche Überlegungen in Zukunft an Bedeutung gewinnen werden. Forschungsergebnisse belegen zwar, dass die Familien-

²⁰ »Die Firma hatte ein Heim in der Maybachstraße. Dort wohnten wir. Zu essen gab es auch dort. Weil es jeden Tag Schweinefleisch gab, konnten wir es natürlich nicht essen. Ich versuchte, Schweinefleisch zu essen, um nicht hungrig bleiben zu müssen, aber ich konnte es nicht. (...) Jeden Monat wurden mir 180,- DM dafür von meinem Gehalt abgezogen. (...) Ein paar Mal ging ich in den Laden, um Joghurt zu kaufen, aber ich konnte mein Anliegen nicht verständlich machen. (...) Wir waren 8 türkische Frauen. Ich hatte ein Zimmer für 5 Personen. In dem Gebäude gab es noch andere Arbeiterinnen, die aus anderen Ländern gekommen waren. Jedes Zimmer war belegt, es gab spanische und griechische Frauen. Es war verboten, Tee zu kochen, deswegen haben wir in diesem ersten Jahr alle gefastet. Der Ramadan war gekommen. Nachts versteckten wir heimlich eine Orange in unserer Tasche und aßen sie beim Fastenessen vor Sonnenaufgang und fasteten damit. Am nächsten Morgen frühstückten wir nicht, weil wir ja fasteten. Abends gab es beim Essen Schweinefleisch und das aßen wir wiederum nicht. Also wir fasteten auf nüchternen Magen« (zit. nach AWO Kreisverband Bielefeld 1995: 16).

²¹ Auf der anderen Seite dürfte ein tiefer gehender Einblick in die heutige Versorgungswirklichkeit in stationären Pflegeeinrichtungen nur selten geeignet sein, die Motivation zur Nutzung dieses Versorgungsangebotes zu fördern.

verhältnisse innerhalb der Migrant*innenbevölkerung in der Regel umfangreichere und stabilere Unterstützungspotenziale gewährleisten als es im Durchschnitt für die einheimische Bevölkerung angenommen werden kann (vgl. z.B. BAGS 1998; DRK 1991; Olbermann/Dietzel-Papakyriakou 1995). Uneinigkeit besteht jedoch in der Frage, ob diese Unterstützungspotenziale angesichts veränderter Wertorientierungen, Lebensentwürfe und sozialer Lebensbedingungen der jüngeren Generationen auch zukünftig Bestand haben. Häufig wird aus der Gegenüberstellung einer niedrigen Akkulturation der ersten Migrant*innengeneration mit der kulturellen Assimilation nachfolgender Generationen gefolgert, dass kulturelle Wertorientierungen und Lebensstile als Grundlage der Unterstützungsbereitschaft immer weiter auseinander klaffen. Andere Positionen vertreten die Auffassung, dass die These einer Aufkündigung der Familiensolidarität zu unzulässigen Generalisierungen und Dramatisierungen führe (DZA 1998: 63ff). Die Migrationsverläufe, die Alters- und Generationenstruktur sowie die konkreten Familienkonstellationen seien je nach Herkunftsland allzu unterschiedlich und »Integrationsprozesse der nachfolgenden Generationen (...) sehr differenziert zu betrachten, zumal hierzu auch viele Seiteneinsteiger, also später eingereiste und im Herkunftsland sozialisierte Kinder und Jugendliche gehören. Integrationsprozesse, die die zweiten und nachfolgenden Migrant*innengenerationen betreffen, können von einer Assimilation bis zur starken Ethnisierung reichen. Diese unterschiedlichen Ausprägungen können sogar innerhalb einer Migrant*innenfamilie vorkommen«. Deshalb könne lediglich »über die vielen möglichen Arrangements in Beziehungen zwischen den Migrant*innengenerationen« gesprochen werden (ebd.: 65).

Die Unterstützungsbereitschaft der Angehörigen wurde von den meisten der von uns befragten Pflegekräfte im Vergleich zu deutschen Familien als insgesamt selbstverständlicher empfunden. Sie reiche zum Teil auch über den engeren Familienkreis hinaus: Selbst entfernte Verwandte, die ansonsten keine Hilfe aus ihrem Umfeld erhalten, würden versorgt. Besonders betont wurde die Solidarität innerhalb von Hausgemeinschaften, die in vielen Fällen weit verbindlicher seien als in der 'einheimischen' Bevölkerung. Die meisten Aussagen, die auf eine hohe Unterstützungsbereitschaft hinwiesen, bezogen sich allerdings auf ältere weibliche Familienmitglieder bzw. Ehefrauen. Die Einschätzungen zu Bereitschaft und Möglichkeiten von Kindern und Enkelkindern, pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung zu leisten, waren weit weniger einheitlich und positiv. Bei getrennt wohnenden Generationen komme die Versorgung im Haushalt der Kinder nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit schon aufgrund beengter Wohnbedingungen meist kaum in Frage. Ferner müsse davon ausgegangen werden, dass traditionelle Familienhierarchien zunehmend an Bedeutung eingebüßt hätten. Das Bild der »gehorsamen Kinder« würde nicht den wirklichen Verhältnissen entsprechen. Soziale Pflichten, die etwa im islamischen Kulturkreis eine große Rolle spielen, hätten stark an Verbindlichkeit verloren. Ein weiterer Hintergrund für die Schwierigkeit der Migrant*innengenerationen, sich aufeinander einzustellen, bestünde darin, dass ältere Migrant*innen häufig aus ländlichen Gebieten stammen, während die jüngeren Generationen überwiegend in Städten aufgewachsen seien. Dies verstärke noch einmal die Kluft zwischen Wertorientierungen und Erfahrungswelten. Im Übrigen sei häufig eine mit zunehmendem Alter gegenläufige Entwicklung der Generationen zu beobachten. Ältere Migrant*innen würden – wie ältere Menschen generell – zu einer Rück-

wendung zu Wertvorstellungen und Erfahrungswelten neigen, die für frühere Lebensphasen von Bedeutung waren (z.B. religiöse Traditionen, Lebensgewohnheiten und Brauchtum). Dies drücke sich u.a. in dem oft zu beobachtenden Rückzug in das vertraute soziale (ethnische) Milieu aus. Die soziokulturelle Rückwendung könne jedoch von den jüngeren Generationen nicht mitvollzogen werden, was innerfamiliäre Spannungen und Konflikte zur Folge habe.

Insofern hat die Annahme einer hohen innerfamiliären Pflegebereitschaft von MigrantInnen sicherlich ihre Berechtigung, allerdings muss zwischen den Generationen differenziert werden. Hilfebedarf wird überwiegend durch nicht berufstätige Ehefrauen abgedeckt. Die Unterstützungsbereitschaft und -möglichkeit der Kinder und Enkelkinder hingegen scheint insgesamt weniger ausgeprägt zu sein, auch in jenen Migrantengruppen, deren Familienbeziehungen als besonders verbindlich gelten. Wenngleich daher nicht von einer dramatischen Erosion der informellen Hilfefpotenziale gesprochen werden kann, ist zukünftig mit einem spürbaren Anstieg des Bedarfs an (ergänzenden) professionellen Leistungen zu rechnen. Inwieweit sich dieser Bedarf als Leistungsnachfrage darstellen wird, hängt u.a. davon ab, inwieweit die angesprochenen Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem abgebaut werden. Wo Informationsmangel, sprachliche Verständigungsprobleme und der Eindruck eines auf die eigenen Bedürfnisse nicht zugeschnittenen Leistungsangebotes vereint auftreten, bestehen kaum überwindliche Schwellen zur Inanspruchnahme professioneller Leistungen. Der Hinweis auf das Ideal der familiären Fürsorge und die stabilen Hilfenetzwerke von Migrantenfamilien darf daher nicht den Blick auf die Notwendigkeit der Anpassung des Informations-, Beratungs- und Leistungsangebotes auf die Belange dieser Bevölkerungsgruppe verstellen.

4.4 Sprachliche Verständigung im Pflegealltag

Verständigungsprobleme stellen im Versorgungsalltag eines der größten Probleme in der Pflege von MigrantInnen dar. Sie machen sich bereits im Vorfeld der Leistungserbringung bei der Ausgestaltung der Vertragsbeziehungen bemerkbar. Informationsmaterialien und Vertragsformulare der Leistungsanbieter sind, wie bereits angemerkt, keineswegs immer so klar formuliert, dass ein hinreichendes Verständnis und die Einschätzung von Detailspekten ohne Unterstützung durch Dritte gewährleistet ist. MigrantInnen, die nicht über gute Deutschkenntnisse verfügen, kommen hier ohne fachkundige, muttersprachliche Beratung nicht aus. Vor allem aber ist der gesamte Pflegeprozess – die Feststellung von Pflegeproblemen und -ressourcen (Assessment), die Festlegung von Pflegezielen, die konkrete Ausgestaltung der pflegerischen Maßnahmen und die Überprüfung der Pflegeziele (Evaluation) – auf sprachliche Verständigung angewiesen. Eine Aushandlung zur Gestaltung des Pflegeprozesses ist ohne dieses Mittel äußerst kompliziert. Dies gilt u.a. dann, wenn im Rahmen der aktivierenden Pflege weniger die vollständige Übernahme von alltäglichen Verrichtungen durch die Pflegekraft als vielmehr Unterstützung und Anleitung des Pflegebedürftigen im Mittelpunkt stehen soll. Kompliziert gestaltet sich auch die Vermittlung spezieller pflegerischer Fertigkeiten, etwa die Anleitung von diabeteskranken MigrantInnen oder von deren Angehöri-

gen zur Durchführung von Insulininjektionen. Überhaupt ist das gesamte Aufgabenfeld der pflegerischen Schulung, Anleitung und Beratung ohne hinreichende sprachliche Basis nur unter großen Schwierigkeiten und mit Abstrichen in der Praxis gestaltbar.

Empirische Studien zeigen, dass es aufgrund von sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten zu erheblichen Missverständnissen und Fehleinschätzungen kommen kann, die sich negativ auf die Pflege auswirken. Hierauf ist u.a. von Giesen auf der Basis einer teilnehmenden Beobachtung hingewiesen worden: »Wenn man einen Patienten pflegt, der immer von mehreren Familienmitgliedern umlagert ist, die unverständliche Erklärungen über ihren Kranken abgeben wollen, kann es geschehen, daß dies fälschlich mit 'die schreien immer so laut' interpretiert wird und damit dem Patienten die richtige Therapie vorenthalten bleibt« (Giesen 1993: 200). Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten in Kombination mit fehlendem Einblick in das kulturspezifische Krankheitsverständnis und -verhalten können also leicht dazu führen, dass Äußerungen des Pflegebedürftigen missdeutet werden.

Um die für den Pflegeprozess erforderliche Verständigung dennoch zu gewährleisten, bedienen sich ambulante Pflegedienste verschiedener Strategien. An erster Stelle steht hier die Bemühung, einen Familienangehörigen oder eine Person aus dem sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen hinzuzuziehen. Je nach familiärer Situation sind damit unterschiedliche Erfahrungen gemacht worden. Zum Teil kann auf diesem Weg eine ausreichende Verständigung erreicht werden, zum Teil hat sich die Hinzuziehung von deutsch sprechenden Familienangehörigen jedoch als nicht unproblematisch erwiesen: »Die Jugendlichen fühlten sich damit oft überfordert und hatten – verständlicherweise – keine Lust, immer zu Hause zu bleiben, wenn ein Hausbesuch (...) angekündigt war. Einige Kinder müssen offensichtlich in so vielen Situationen das 'Sprachrohr' für ihre Mütter sein, daß es nicht selten aus diesem Grund zu Spannungen in den Familien kommt. (...) Eine andere Schwierigkeit war, daß das Interesse zu dolmetschen von seiten der Ehemänner bei den ersten zwei bis drei Hausbesuchen recht groß war, dann aber sehr schnell schwand, und daß sie bei den weiteren Hausbesuchen nicht mehr anwesend waren« (Beikirch/Korporal 1985: 427).

Darüber hinaus bemühen sich Pflegedienste darum, während der ersten Einsätze Unterstützung durch MitarbeiterInnen von Beratungsstellen zu erhalten. Meist werden Beratungsstellen des gleichen Trägers angesprochen, die über entsprechende Sprachkenntnisse verfügen. Diese Personen werden zum Teil auch weiterhin einbezogen, wenn im Verlauf der Betreuung Situationen eintreten, die eine sprachliche Klärung erforderlich machen. Beikirch/Korporal haben darauf hingewiesen, dass bei Unterstützung durch »familienfremde« Dolmetscher ggf. die jeweilige Ausprägung der Geschlechterrollen beachtet werden muss. In Anwesenheit männlicher Dolmetscher seien insbesondere muslimische Frauen oft befangen. Doch auch wenn dies berücksichtigt wird und Dolmetscher aus der gleichen Ethnie stammen, ist gegenseitige Akzeptanz der Beteiligten nicht automatisch gewährleistet. Durch Unterschiede im Bildungsstand und in der sozialen Herkunft scheint sich des Öfteren eine soziale Dynamik zu entfalten,

die z.B. darin mündet, dass Pflegebedürftige oder Angehörige herablassend behandelt werden (vgl. Beikirch/Korporal 1985: 427f).

Weitere Möglichkeiten im Umgang mit Sprachbarrieren bieten nonverbale Kommunikationsformen, besonders im Rahmen der Anleitungspflege. Diese Art der Verständigung ist jedoch nicht in allen Bereichen der pflegerischen Betreuung hinreichend. Insbesondere wenn es darum geht, Leistungen auf die Bedürfnisse und Gewohnheiten des Patienten abzustimmen, die (im Zeitverlauf schwankenden) Hilfebedarfe und Ressourcen einzuschätzen und sich mit anderen an der Pflege beteiligten Personen (z.B. Ehepartner) abzustimmen, kann die nonverbale Kommunikation schnell an Grenzen stoßen. Hinzu kommt, dass sie wesentlich zeitaufwendiger ist²² und damit von Pflegekräften, die während ihrer Hausbesuche oftmals unter Zeitdruck stehen, nur die allernotwendigsten Informationen thematisiert werden. Schließlich ist das Risiko, dass im Rahmen nonverbaler Kommunikation Missverständnisse auftreten, umso höher, je mehr der kulturelle Hintergrund der beteiligten Akteure voneinander abweicht.

Sprachliche Barrieren sind auch eine Hürde für den Aufbau einer aufgrund des Gefühls von Fremdheit ohnehin nur schwer herstellbaren Vertrauensbasis. Auf das zwanglose Gespräch über Alltagsthemen, das oftmals ein wirksames Mittel zum Abbau von Distanz und Verunsicherung ist, können beide Seiten nicht zurückgreifen. Fehlendes Vertrauen ist generell eine Erschwernis für die Beteiligten, kann unter Umständen jedoch auch dazu führen, dass für die Pflege wichtige Informationen zunächst zurückgehalten und insgesamt eine am individuellen Bedarf orientierte Pflege behindert wird (Giesen 1993: 199f; Großmann/Tschann 1997: 30f).

Abschließend sei noch auf Einschränkungen hingewiesen, die sprachliche Verständigungsprobleme im Rahmen der Pflegeeinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI mit sich bringen. Dem ohnehin weit verbreiteten Eindruck, es handele sich um reine Kontrollbesuche, kann ohne das Mittel der verbalen Erläuterung kaum etwas entgegengesetzt werden. Zudem ist eine Beurteilung der häuslichen Pflegesituation ohne ausführliche Auskünfte des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen nur eingeschränkt möglich und eine Beratung in pflegerischen Fragen entsprechend schwierig.

4.5 Umgangsformen und Lebensgewohnheiten

Bei der Versorgung von MigrantInnen sollten dem Pflegepersonal kulturspezifische Gewohnheiten und Umgangsformen geläufig sein. Dies gilt insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege, die innerhalb der Privatsphäre stattfindet. Kenntnis und Akzeptanz dieser Gewohnheiten und

²² Eine Pflegekraft berichtet dazu beispielhaft: Einer diabeteskranken Migrantin sei zu vermitteln gewesen, selbständig Insulin zu injizieren. Da die Patientin weder deutsch sprach noch lesen konnte, wurde ihr anhand der Häufigkeit des Knackens des Pens (Injektionsinstrument) verdeutlicht, wie viel Insulin sie sich zu injizieren hat. Dabei entsprach jedes Knacken zwei Einheiten Insulin. Das Vorgehen sei aufwendig gewesen und habe bei jeder Umstellung auf andere Einheiten erneut erklärt werden müssen.

Umgangsformen gehören zu den wichtigsten Voraussetzungen einer für beide Seiten befriedigenden Zusammenarbeit.

Dies betrifft u.a. die zeitliche Lage der Pflegeeinsätze. Die in den letzten Jahren vermehrt durchgeführten Befragungen von ambulant gepflegten Patienten zeigen, dass die Berücksichtigung der gewohnten Tagesstrukturierung generell eine der wichtigsten Erwartungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen darstellt (vgl. z.B. Baumgartl/Dinse 1997; Häberlein et al. 1996; Owens/Batchelor 1996). Dies gilt für MigrantInnen und andere SeniorInnen gleichermaßen, allerdings lassen sich Migrantengruppen ausmachen, deren Tagesstrukturierung einige Besonderheiten aufweisen. In muslimischen Familien ist der Tagesablauf mitunter stark von religiösen Ritualen bestimmt, etwa durch Gebete, die mehrfach täglich zu bestimmten Tageszeiten erfolgen sollen. Zwar wird von alten und kranken Menschen nicht erwartet, dass sie die Verpflichtung zur Einhaltung der Gebetszeiten vollständig einhalten, doch können Pflegeeinsätze zu unpassenden Zeiten die Religionsausübung anderer Familienmitglieder stören. So wurde bei unserer Untersuchung häufig darauf hingewiesen, dass die Erwartung, pflegerische Einsätze flexibel auf die durch den Gebetsrhythmus geprägte Tagesstruktur abzustimmen, bei muslimischen MigrantInnen einen hohen Stellenwert besitzt. Nicht nur in der vollstationären Pflege, wo die Arbeitsorganisation bzw. die Tagesstrukturierung schwer auf individuelle Bedürfnisse zuzuschneiden ist, stößt diese Erwartung an Grenzen.

Darüber hinaus gibt es Gepflogenheiten, denen Pflegekräfte bei der Betreuung deutscher Hilfebedürftiger nicht oder nur selten begegnen. So wird zum Teil erwartet, dass Besucher vor Betreten der Wohnung die Schuhe ausziehen. Schon in dieser ersten Phase des Kontaktes kann es, wenn die Pflegekräfte nicht darauf vorbereitet sind, zu einer erheblichen Belastung des Verhältnisses zwischen Familie und Pflegedienst kommen. Manchmal lehnen Pflegekräfte es einfach ab, die Wohnung ohne Schuhe zu betreten. Begründet wird dies beispielsweise mit Verletzungs- oder Unfallgefahr, mit dem Risiko, sich im Winter eine Erkältung einzuhandeln, oder auch mit den damit verbundenen Unbequemlichkeiten und dem Zeitaufwand. Eine unserer InterviewpartnerInnen schilderte, dass sie sich in einem Fall strikt geweigert habe, die Schuhe auszuziehen. Sie hielt es für völlig ausreichend, die Füße auf der Matte abzutreten. In diesem Fall wurde die ablehnende Haltung durch die Reaktion auf eine als unangemessen fordernd erlebte Haltung des türkischen Mannes verstärkt, der die Tür geöffnet hatte. Nach einigen Verhandlungen habe man sich darauf geeinigt, dass das Kind, dem Medikamente zu verabreichen waren, an die Tür kam, um sie dort einzunehmen. Wenngleich solche Geschehnisse sicherlich nicht für den Pflegealltag typisch sind²³, wird an diesem Beispiel doch recht deutlich, wie durch Unkenntnis oder auf beiden Seiten fehlende Kompromissbereitschaft die Herstellung einer wirklichen Beziehung zwischen den Beteiligten und damit auch eine für die Pflege wichtige, weitergehende Kommunikation (z.B. über die Entwicklung des Gesundheitszustandes und den Versorgungsbedarf) verhindert wird.

²³ Die meisten der von uns befragten Pflegedienste gaben an, dass ihre MitarbeiterInnen entsprechenden Wünschen in der Regel Rechnung tragen.

Die Herstellung einer Vertrauensbeziehung setzt weiterhin voraus, adäquat auf die Gepflogenheiten im Bereich der Gastfreundschaft zu reagieren. Gastfreundschaft ist nicht nur Ausdruck von Höflichkeit. Insbesondere bei den ersten Kontakten stellt sie vielmehr den formalen Rahmen her, in dem eine auf gegenseitigem Respekt gegründete soziale Beziehung konstituiert und das Einfinden in die dem Besuchsanlass entsprechenden sozialen Rollen erleichtert werden soll (vgl. Mutawaly 1996: 27). Auch in unseren Interviews wurde auf die große Bedeutung einer adäquaten Reaktion von Pflegekräften auf angebotene Gastfreundschaft hingewiesen. Man müsse sehr darauf achten, das Vertrauensverhältnis nicht zu stören, indem man z.B. angebotene Speisen oder Getränke ablehnt. Dabei wird das Verhalten der Familienmitglieder auch als Ausdruck des Bestrebens gewertet, die Pflegekraft gewissermaßen in den Kreis der Familie aufzunehmen und damit eine soziale Rolle zu konstituieren, die dem Umstand Rechnung trägt, dass die Pflegekraft in einem intimen Lebensbereich des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen tätig wird.

Pflegekräfte geraten dadurch leicht in einen Zwiespalt. Einerseits wissen oder spüren sie, dass ein Ignorieren der mit der Gastfreundschaft verbundenen Erwartungen leicht zum Scheitern der Beziehungsaufnahme führen kann, andererseits arbeiten sie häufig unter hohem Zeitdruck, der die Möglichkeiten zur Kommunikation sehr begrenzt. In unseren Interviews wurden verschiedene Strategien geschildert, mit diesem Zwiespalt umzugehen. So werden z.B. Absprachen getroffen, dass nicht bei jedem Besuch, sondern nur von Zeit zu Zeit gemeinsam Tee getrunken wird. Andere Pflegekräfte nutzen, sofern eine hinreichende sprachliche Verständigungsbasis da ist, das Zusammensein im Kreis der Familie, um die mit der pflegerischen Betreuung zusammenhängenden Fragen zu thematisieren.

Gepflogenheiten der Gastfreundschaft stellen die vielleicht wichtigste Anforderung bei der Zielsetzung dar, das für eine erfolgreiche Zusammenarbeit notwendige Vertrauensverhältnis herzustellen. So betonte auch eine aus der Türkei stammende Leiterin eines ambulanten Pflegedienstes, dass sie (abgesehen von etwaigen Verständigungsproblemen auf sprachlicher Ebene) keinen Grund sähe, MigrantInnen ausschließlich von Personal gleicher nationaler Herkunft zu versorgen, wenn gewährleistet sei, dass die Pflegekräfte die erforderlichen Kenntnisse haben und in der Lage sind, sich auf Wünsche und Gewohnheiten einzustellen.

4.6 Geschlechterrollen und soziale Wertschätzung

Die pflegerische Betreuung durch Angehörige des anderen Geschlechts gibt unabhängig von der Nationalität Anlass zu mitunter schwer zu bewältigenden Schamgefühlen. Bei einigen Migrantengruppen sind jedoch Tabuzonen auszumachen, deren Beachtung unumgänglich ist, wenn eine pflegerische Versorgung überhaupt stattfinden soll. Dies gilt wiederum insbesondere für Angehörige des islamischen Glaubens. Hier ist die Versorgung pflegebedürftiger Frauen durch männliche Pflegekräfte häufig entweder gänzlich ausgeschlossen oder nur mit Hilfe spezieller Arrangements möglich (vgl. Khoshrouy-Sefat 1984). Gläubige Musliminnen fühlen sich durch den Kontakt zu Krankenpflegern oder Ärzten entwürdigt (Neu-

berger 1995: 42). Scham gilt als »Schutz des Körpers und der Seele, eine nicht sichtbare Hülle als Teil der Patientin« (Kentenich 1998: 13). In Gegenwart eines fremden Mannes kann für an traditionellen Normen orientierte Frauen bereits die Nahrungsaufnahme unmöglich sein (Mutawaly 1996: 27). Auch die Begleitung durch jüngere Männer (z.B. Zivildienstleistende) gilt mitunter als unschicklich.

Die meisten der von uns befragten Pflegedienste bemühen sich, diesem Problem durch eine entsprechende Personaleinsatzplanung Rechnung zu tragen. Ist dies nicht möglich, so wird versucht, das Problem durch bestimmte Vorgehensweisen in der Pflege zumindest abzumildern. So wurde darauf hingewiesen, dass die Erfassung des körperlichen Zustandes im Rahmen der Pflegeeinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI auch durch männliche Pflegekräfte möglich ist, allerdings müsse damit gerechnet werden, dass die Pflegebedürftige nur mit partiell aufgedeckten Körperregionen untersucht werden könne. Im Zweifelsfall muss auch in Kauf genommen werden, dass das Familienoberhaupt den Verlauf der pflegerischen Betreuung maßgeblich dirigiert. So wurde beispielsweise über ein türkisches Ehepaar berichtet, dessen Tochter die Eltern überredet habe, die Versorgung der Mutter (Insulininjektionen) durch männliche Pflegekräfte zuzulassen. Der gefundene Kompromiss bestand darin, dass der Ehemann stets anwesend war und beispielsweise mitentscheiden konnte, an welcher Körperstelle die Injektion verabreicht werden sollte. Dagegen wurde von einer anderen Gesprächspartnerin berichtet, dass Injektionen durch männliche Pflegekräfte bei älteren türkischen Patientinnen ihrer Erfahrung nach völlig ausgeschlossen seien.

Ausgeprägte Schamgefühle erschweren die Pflege noch in anderer Weise. Manche MigrantInnen, so eine unserer InterviewpartnerInnen, erleben es als peinlich, wenn eine fremde Person die eigenen Angehörigen unbedeckt sieht, und entfernen sich deshalb aus dem Raum. Die Zusammenarbeit am Krankenbett gestaltet sich dann schwierig, pflegebezogene Fragen müssten vor oder nach der eigentlichen Pflegeaktion geklärt werden. Dieses Problem ergäbe sich besonders bei der Intimpflege und bei Katheterisierungen.

Geschlechterrollen prägen auch die Zusammenarbeit mit den Familienangehörigen. Häufig wird eine große Kooperations-, Hilfs- und Anpassungsbereitschaft der pflegenden Frauen hervorgehoben. Weibliche Familienangehörige seien oftmals bemüht, pflegerische Tätigkeiten selbst auszuführen, und hätten meist großes Interesse daran, in pflegerischen Maßnahmen angeleitet zu werden. Erklärt wurde dies u.a. mit dem Bestreben, die eigene Kompetenz zur pflegerischen Versorgung so weit zu verbessern, dass die Unterstützung durch ambulante Dienste nicht oder nur punktuell erforderlich ist²⁴.

²⁴ Zum Teil dürfte hier auch ein grundlegend anderes Verständnis der Aufgabenteilung zwischen Angehörigen und professionell Pflegenden eine Rolle spielen: In den Heimatregionen mancher MigrantInnen werden einfache pflegerische Tätigkeiten selbst bei einem Krankenhausaufenthalt von der Familie übernommen.

Männer hingegen wurden eher als wenig hilfsbereit und wenig kooperativ beschrieben²⁵. Sofern in den Interviews von einer »überzogenen« oder unangemessen »fordernden« Haltung die Rede war, bezog sich dies zumeist auf Verhaltensweisen von Männern oder auf Situationen, in denen offensichtlich weitreichende Missverständnisse über das Aufgabenprofil der Pflege mit im Spiel waren: Gelegentlich würden auch Hilfeleistungen erwartet, die über die verordneten bzw. vertraglich vereinbarten Leistungen weit hinausgehen²⁶.

Die oft sehr starke Position der Männer in den Migrantenfamilien macht es mitunter notwendig, den Pflegeeinsatz zeitlich so zu legen, dass sie zugegen sein können. Insbesondere in türkischen Familien sei oftmals eine strikte Aufgabenteilung zu beobachten: Weibliche Familienmitglieder übernehmen die Betreuung des Pflegebedürftigen oder beteiligen sich daran, während Männer als Ansprechpartner bei der Erledigung von Formalitäten fungieren und, so der Eindruck der Pflegedienste, für die Einhaltung der aus ihrer Sicht erforderlichen Regeln während der Leistungserbringung Sorge tragen. Es werde daher oft verlangt, dass der Pflegeeinsatz nachmittags stattfindet, weil dann der Mann zu Hause sei, und – so die Begründung der Familienmitglieder – die Frau nicht genügend deutsch spreche. Von den Pflegediensten wird allerdings vermutet, dass dieser Wunsch eher auf die Auffassung zurückzuführen sei, die Belange der Familie könnten nur durch einen Mann adäquat vertreten werden. Offensichtlich bestünden hier Ängste, dass im Rahmen der Pflege etwas veranlasst werden könnte, das nicht im Interesse der Familie liegt.

Hinzu kommt ggf. ein Verständnis beruflicher Pflege, das von den Verhältnissen in den Herkunftsländern ausgeht. So genießen Krankenschwestern in manchen Kulturkreisen ein vergleichsweise geringes soziales Ansehen. Wenn sich weibliche Pflegekräfte mit männlichen Angehörigen abstimmen müssen, mischt sich daher ggf. traditionelles Rollenverhalten mit einer gewissen Geringschätzung des Pflegeberufs²⁷.

²⁵ »Die Zusammenarbeit in der Pflege bei Migranten ist eigentlich tadellos, wenn der Mann gepflegt wird und die Frau als Hilfsperson zur Verfügung steht. Die Frau hilft, lässt einen auch arbeiten, so wie man es für richtig hält, gibt also keine Vorschriften« (aus den Interviews). Wenn Handtücher oder andere Hilfsmittel gebraucht würden, wären weibliche Personen sofort zur Stelle, um diese anzureichen. Sie würden auch selbstverständlich mithelfen, z.B. bei Lagerungen. Dies sei bei Männern anders; sie würden Hilfsmittel meist nur nach Aufforderung besorgen und ungern bei Pflegemaßnahmen helfen.

²⁶ Wie schon erwähnt, haben viele, vielleicht sogar die meisten Pflegebedürftigen nur vage oder wirklichkeitsfremde Vorstellungen vom erwartbaren Leistungsspektrum der ambulanten Pflege. Dies kann soweit gehen, dass Pflegedienste als zuständig für die Gesamtheit des sozialen Hilfebedarfs gesehen werden (vgl. auch Owens/Batchelor 1996). Aufgrund der schon angesprochenen Informations- und Verständigungsprobleme könnten Missverständnisse dieser Art bei älteren MigrantInnen überdurchschnittlich häufig auftreten, und infolge von Sprachbarrieren kann es dann sehr schwierig sein, die Situation aufzuklären.

²⁷ Diese Haltung, die insbesondere bei älteren muslimischen Migranten zu beobachten ist, betrifft nicht nur die Pflege, sondern scheint generell den Blickwinkel auf Frauen zu prägen, die einen Gesundheitsberuf ausüben. Sie werden häufig aufgrund ihres berufsbedingten Körperkontakts zu Männern, der als

Anders verhält es sich, wenn Krankenschwestern aus der Sicht von MigrantInnen explizit im Auftrag des Arztes handeln. In diesem Fall partizipieren Pflegekräfte an dem oftmals hohen sozialen Status, den die Ärzteschaft in den Herkunftsländern genießt. Dies kann dazu führen, dass Pflegekräfte nicht nur in einer Assistenzfunktion von Ärzten gesehen werden, sondern als Teil der Ärzteschaft selbst: »Die Zuständigkeit der Kinderkrankenschwester ausschließlich für Kinderkrankenpflege – im weitesten Sinne – wird uns oft nicht abgenommen. Nicht selten werden wir als 'Doktor' bezeichnet und angeredet und mit entsprechenden Erwartungen konfrontiert. Nach Beendigung des Hausbesuchs werden wir manchmal von den Ehemännern zum Auto begleitet, wobei sie selber oder die älteren Kinder (meist die Jungen) unsere Pflgetaschen tragen, auch wenn wir noch so starken Protest einlegen. (...) Wir haben gelernt, solche Situationen zu akzeptieren und uns in ihnen als Kinderkrankenschwestern zu bewegen. Es bedarf aber eines erheblichen Takts und Fingerspitzengeföhls, mit ihnen korrekt umzugehen, ohne jemanden zu verletzen« (Beikirch/Korporal 1985: 428).

4.7 Krankheits- und Pflegeverständnis

Missverständnisse und abweichende Orientierungen sind auch im Zusammenhang mit Umfang, Zielsetzungen und Art der Durchführung pflegerischer Maßnahmen sowie in Bezug auf die Deutung von für die Pflege wichtigen Sachverhalten relevant. Dabei sind die vorstellbaren Konstellationen ebenso vielfältig wie die individuellen Ausprägungen kultureller Traditionen und Orientierungen, die sich in der Pflegesituation begegnen.

Mit der oben angesprochenen Schwierigkeit, Symptomwahrnehmung und -ausdrucksform auf einem kulturspezifischen Hintergrund adäquat zu deuten, sehen sich auch Pflegekräfte konfrontiert: Gefühlsmäßige Expressivität, die Krankheitsbeschreibungen begleitet, etwa ausdrucksstarke Schmerzäußerungen, werden von MitarbeiterInnen im deutschen Gesundheitswesen zum Teil als störende Übertreibungen empfunden²⁸. Vor diesem Hintergrund ist möglicherweise die Äußerung einer unserer InterviewpartnerInnen zu interpretieren, die türkische Patienten im Vergleich zu deutschen als im allgemeinen empfindsamer und wehleidiger beschreibt.

verrufen gilt, in ihrem Status sehr gering eingeschätzt. Negativ gewertet wird außerdem, dass sie nicht genügend durch Kleidung verhüllt sind, wenn z.B. Arme und Beine auch nur teilweise zu sehen sind. Die Zuweisung eines niedrigen sozialen Status erklärt sich des Weiteren daraus, dass sie mit den als unrein geltenden Ausscheidungen anderer Menschen umgehen müssen (vgl. Neuberger 1995: 42; Beikirch/Korporal 1985: 429)

²⁸ Vgl. Collatz 1992: 108. Nicht zuletzt im Falle einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik wird offenbar nicht selten vorschnell eine medikamentöse Intervention für erforderlich gehalten, wengleich es in vielen Fällen ausreichend wäre, mit einfachen Mitteln wie z.B. Massagen, Einreibungen, Wickeln oder auch Gesprächen zu reagieren (vgl. Hunstein et al. 1997: 254f., Arbeitsgruppe Interkulturelle Pflege 1997).

Gelegentlich stoßen Pflegekräfte bei der Betreuung von MigrantInnen auf Elemente traditioneller Volksmedizin (wie z.B. geweihte Amulette, Kräutermischungen etc.), die die Pflegebedürftigen am Körper tragen. Einige unserer InterviewpartnerInnen wiesen darauf hin, dass es zur Sicherstellung eines Vertrauensverhältnisses äußerst wichtig sei, der Überzeugung von der Heilkraft solcher Hilfsmittel adäquat zu begegnen. Einer der klassischen Fehler im Betreuungsalltag bestünde darin, sich skeptisch zu äußern oder sie kommentarlos zu entfernen, weil sie pflegerische Maßnahmen behindern. Ein solches Infragestellen der traditionellen Volksmedizin kann leicht als Übergriff, Respektlosigkeit gegenüber anderen medizinischen oder religiösen Autoritäten oder schlicht als böswillige Intervention in den eigenen Genesungsprozess erlebt werden (vgl. auch Kühl/Wehkamp 1990: 110).

Vorstellungen und Handlungsorientierungen, die den in der Pflegeausbildung erworbenen beruflichen Handlungsoptionen zu widersprechen scheinen, begegnen Pflegekräfte auch bei der konkreten Ausgestaltung der pflegerischen Betreuung. So können beispielsweise Kriterien bei der Frage, wie der Pflegebedürftige in Maßnahmen einbezogen werden sollte, voneinander abweichen. Eine am Grundsatz der aktivierenden Pflege orientierte Versorgung kollidiert gelegentlich mit der Auffassung, dass Krankheit oder Pflegebedürftigkeit für das soziale Umfeld des Betroffenen eine Gelegenheit bietet, Gutes zu tun, indem dem Pflegebedürftigen Alltagsverrichtungen soweit wie möglich abgenommen werden (vgl. Pollakowski 1995: 260). Umgekehrt kann das Handeln der Pflegekraft, wenn sie z.B. den Pflegebedürftigen bei der Körperhygiene unterstützt und anleitet, sie ihm aber nicht vollständig abnimmt, als unzureichende Hilfe oder als unnötige Belastung des Patienten interpretiert werden.

Ein anderes Beispiel ist der Umgang mit sterbenden Patienten. Schon seit vielen Jahren wird die im deutschen Gesundheitswesen verbreitete Tendenz, Sterben und Tod im Versorgungsalltag zu dethematisieren, kritisch hinterfragt und für Medizin und Pflege gleichermaßen gefordert, Verdrängung und Tabuisierung zu vermeiden und sensibel, aber offen damit umzugehen. Pflegekräfte sehen sich also auf fachlicher Ebene mit der Erwartung konfrontiert, Pflegebedürftigen und Angehörigen Gelegenheit zu geben, Bedürfnisse und Ängste im Verlauf des Sterbeprozesses zu äußern und darauf einzugehen. Dagegen ist es in manchen Kulturen verpönt, den Patienten offen mit der Tatsache zu konfrontieren, dass er an einer todbringenden Krankheit leidet. Für Angehörige islamischen Glaubens ist es oftmals nicht nachvollziehbar, wenn der nahende Tod in Gegenwart des Patienten erwähnt wird (Meyer et al. 1998: 38). Dies könnte den Eindruck erwecken, dass die Angehörigen ihrerseits darauf Wert legen, das nahende Todesereignis zu verdrängen. Diese Schlussfolgerung wäre jedoch übereilt, tatsächlich gibt es in anderen Kulturen zum Teil sehr genaue Vorschriften zur Einhaltung der religiösen Ordnung bei sterbenden Menschen. Sie sind gelegentlich mit Ritualen verbunden, aufgrund derer jedem Informierten, aber auch dem Kranken klar ist, dass er sterben wird, ohne dass dies in der Kommunikation direkt thematisiert wird. Was also im ersten Moment wie ein Widerspruch zu professionellen Handlungsorientierungen erscheint, erweist sich bei näherer Betrachtung als kulturspezifische Form der Verarbeitung von Trauer, Ängsten und Unsicherheiten, die den Bedürfnissen des Sterbenden gerecht werden soll. Dabei weichen Gepflo-

genheiten je nach kultureller Herkunft zum Teil erheblich ab. Während Sterbenden aus dem islamischen Kulturkreis mitunter ausgiebig aus dem Koran vorgelesen wird, ist es bei einigen afrikanischen Völkern üblich, sich am Bett des Sterbenden um eine freudige Stimmung zu bemühen (z.B. durch Gesang).

Besonders deutlich treten abweichende Orientierungen bei der Ausgestaltung der Körperhygiene zu Tage. Für muslimische Patienten, die nach den Maßgaben des Koran leben, gilt u.a. die Vorschrift, dass die Körperreinigung unter fließendem Wasser erfolgen soll. Auch wenn Wannenbäder nötig sind, erfolgt danach eine Reinigung unter fließendem Wasser. Da Körperausscheidungen als unrein gelten und damit religiöse Handlungen beeinträchtigen, wird ggf. Wert darauf gelegt, die Bettwäsche selbst bei kleinen Verunreinigungen mit Schweiß o.ä. zu wechseln (Mutawaly 1996: 31ff).

Aber auch bei anderen Maßnahmen, etwa im Bereich Ernährung und Medikation (ebd.: 25ff; Neuberger 1995), begegnen Pflegekräfte mehr oder weniger speziellen Gewohnheiten und Erwartungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, die unvorbereitete MitarbeiterInnen als fremdartig empfinden oder denen sie sogar ablehnend gegenüberstehen, weil sie gemessen am überwiegend funktional orientierten pflegerischen »Standard« unnötig kompliziert und zeitaufwendig erscheinen. Es ließen sich praktisch für jede Aktivität des täglichen Lebens Beispiele für Bedürfnisse und Gewohnheiten aufzeigen, die sich je nach kultureller Herkunft anders darstellen.

Auf die Frage nach der Bedeutung spezieller Bedürfnisse bei der Ausgestaltung pflegerischer Maßnahmen erhielten wir im Gesamtbild recht unterschiedliche Einschätzungen, die allerdings meist weniger über Erwartungshaltungen von MigrantInnen als über das Pflegeverständnis der beruflich Pflegenden Auskunft gaben. Ein Teil der Befragten meinte, kulturelle Besonderheiten würden in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielen und entsprechende Kenntnisse bei den Pflegekräften voraussetzen; zugleich wurde es nicht als übermäßig schwierig oder belastend gewertet, den Erwartungen der Pflegebedürftigen und Angehörigen Rechnung zu tragen. Häufiger allerdings begegneten wir dem Hinweis auf Gleichbehandlung: Krank und pflegebedürftig, so die dominierende Argumentationsfigur, werde man unabhängig von der kulturellen Herkunft. Pflege müsse sich zuallererst an dem Ziel orientieren, den konkreten Hilfebedarfen gerecht zu werden, und aus diesen Bedarfen sei abzuleiten, wie Maßnahmen auszugestalten sind. In dieser Argumentation gelten kulturell geprägte Bedürfnisse und Lebensstile als nachrangig, sie werden manchmal sogar gänzlich ausgeblendet. Pflegebedürftigkeit bzw. die aus Krankheit oder Behinderung erwachsenden Hilfebedarfe existieren aus diesem Blickwinkel losgelöst vom kulturellen Kontext des Pflegebedürftigen, damit letztlich auch losgelöst von seiner individuellen Persönlichkeit²⁹.

²⁹ Verstärkt wird diese Haltung noch durch ethisch motivierte Überzeugungen, wonach vermieden werden sollte, dass andere kulturelle Kontexte als »fremd«, d.h. als abweichend bewertet werden und somit tendenziell einem Risiko der Diskriminierung unterliegen.

4.8 Kumulation von Problemlagen am Beispiel Aids

Es liegt auf der Hand, dass die geschilderten Probleme in besonderer Weise bei Patientengruppen zum Tragen kommen, deren Versorgung infolge eines komplexen Bedarfs und schwieriger sozialer Konstellationen außergewöhnlich hohe Anforderungen stellt. Hierzu gehören u.a. HIV-Infizierte bzw. Aids-Kranke. Man geht überwiegend davon aus, dass der Anteil der MigrantInnen an den Aids-Kranken in Deutschland inzwischen deutlich höher liegt als ihr Anteil an der Wohnbevölkerung. Hierfür wird nicht zuletzt das Fehlen spezifischer Präventionsstrategien verantwortlich gemacht: »Migranten sind alleine deshalb einem höheren Risiko ausgesetzt, weil sie von den gängigen Präventionsbotschaften erwiesenermaßen nicht erreicht werden« (Narimani 1998: 242).

Die gesundheitliche Versorgung wird nach wie vor ganz überwiegend von spezialisierten Einrichtungen (Aids-Schwerpunktpraxen, Schwerpunktkliniken, Spezialpflegedienste und psychosoziale Dienste) getragen. Kennzeichnend ist des Weiteren eine regionale Konzentration dieser Einrichtungen auf die Ballungsgebiete, vor allem auf die Großstädte Frankfurt a.M., München, Berlin, Düsseldorf, Köln und Hamburg, aus denen mehr als die Hälfte aller bislang an Aids Erkrankten stammt (Ewers/Schaeffer 1998: 56). Es ist daher nicht verwunderlich, dass die allermeisten Pflegeeinrichtungen keine oder keine regelmäßige Versorgung von Aids-Patienten leisten. Insofern gehören diese Patienten »zur typischen Ausnahmeklientel ambulanter Pflege« (ebd.).

Da wesentliche Risikofaktoren für eine HIV-Infektion im Bereich des Sexualverhaltens und des Drogengebrauchs liegen, handelt es sich hier um einen Versorgungsbereich, in dem soziale Normen besonders stark wirksam sind und zusammen mit Sprachbarrieren, fehlenden Informationen zur Struktur des deutschen Versorgungssystems und einem eventuell ungesicherten Aufenthaltsstatus erhebliche Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen konstituieren (vgl. z.B. Heisel 1998; Ünal 1998). Sie führen nicht nur dazu, dass die heute gängigen Präventionsstrategien, insbesondere die verschiedenen Beratungsangebote zu wenig greifen, sondern auch dazu, dass die Behandlung HIV-infizierter MigrantInnen häufig erst in einem vergleichsweise fortgeschrittenen Krankheitsstadium einsetzt und somit die heute verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten (z.B. antivirale Kombinationstherapie), die den Ausbruch des Vollbildes Aids hinauszögern, nicht ausgeschöpft werden.

Innerhalb einiger Migrantengruppen ist die pflegerische Betreuung durch ausgeprägte Verdrängungstendenzen und dem Wunsch nach Geheimhaltung (auch innerhalb des näheren sozialen Umfeldes) geprägt. Dieser Wunsch und die ihm zugrunde liegenden Ängste können, so die Auskunft der von uns befragten Experten, besonders bei MigrantInnen aus dem islamischen Kulturkreis stark ausgeprägt sein. Es werde daher häufig versucht, die Krankheitssymptome als Folge einer Krebserkrankung darzustellen. Die Befürchtung, die Offenlegung des HIV-Status könnte zur Ausgrenzung, anderen Sanktionen oder schlichtweg zur Überforderung der Angehörigen (insbesondere der Eltern) führen, scheint dabei keineswegs

unbegründet zu sein. So wurde im Rahmen unserer Interviews über Fälle berichtet, in denen sich Patienten nach der Offenlegung ihrer Erkrankung mit regelrechten Beschimpfungen durch Familienmitglieder konfrontiert sahen. Zum Teil verdrängen Angehörige jedoch mögliche, im Lebensstil des Patienten angelegte Risikopotenziale für eine HIV-Infektion: So habe der Vater eines Erkrankten beharrlich eine imaginäre Frau, der er eine intime Beziehung zu seinem Sohn zuschrieb, für die Infektion verantwortlich gemacht, obwohl als gesichert galt, dass sein Sohn homosexuell ist und die Infektion vermutlich auf diesem Weg übertragen wurde.

Eine spezielle Ausprägung erfährt der Gegensatz zwischen sozialen Normen auf der einen und Lebensstil sowie sozialen Bedürfnissen des homosexuellen Erkrankten auf der anderen Seite, wenn die bislang im Ausland lebenden Familienangehörigen nach Deutschland kommen, um den Erkrankten in seinem letzten Lebensabschnitt zu begleiten. Die Angehörigen orientieren sich dabei an den jeweiligen kulturellen Gepflogenheiten, was auch mit einer Tabuisierung von Sexualität und der Ausblendung des damit assoziierten sozialen Umfeldes des Patienten einher gehen kann. In dieser Situation sieht sich die professionelle Pflege mit der besonderen Schwierigkeit konfrontiert, die Interessen des Patienten und seines vertrauten sozialen Umfeldes mit denen der Familie in Einklang zu bringen. Hier eine für alle Beteiligten tragfähige Lösung zu finden, scheidet nach Aussage unserer Interviewpartner häufig an der rigiden Durchsetzung elterlicher Autorität. So kann das außerfamiliäre soziale Umfeld des Patienten, das meist viel wirksamere psychosoziale Unterstützung leisten kann als die in einer ablehnenden Grundhaltung befangenen Familienmitglieder, leicht in den Hintergrund gedrängt werden.

Darüber hinaus wirken sich sprachliche Verständigungsprobleme in der Pflege von aidskranken MigrantInnen noch stärker aus als bei anderen Pflegebedürftigen ausländischer Herkunft. Es gibt nur wenige Dolmetscher, die mit den Themen Sexualität und Aids souverän umgehen und auch die emotionale Belastung der Übersetzungstätigkeit im Aidsbereich konstruktiv bewältigen können (Jung 1998: 297ff). Des Weiteren ist es schwierig, die Anonymität des Erkrankten zu wahren, weil die regional ansässigen Dolmetscher oft aus einer überschaubaren Gruppe von MigrantInnen stammen, die den Erkrankten und sein soziales Umfeld kennen. Verwandte, Freunde oder Bekannte als Dolmetscher einzusetzen ist aus den oben genannten Gründen problematisch und kann dazu führen, dass für die Pflege wichtige Informationen verschwiegen werden.

Dabei ist gerade die interaktionsintensive Pflege von Aids-Patienten auf funktionierende sprachliche Verständigung angewiesen. Können Sprachbarrieren bereits bei vergleichsweise unkomplizierten Pflegeproblemen zu weitreichenden Missverständnissen und ggf. zur ungewollten Vernachlässigung wichtiger Hilfebedarfe führen, so sind im Aidsbereich die daraus erwachsenden Konsequenzen ungleich schwieriger zu bewältigen. Dies betrifft nicht nur die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Pflegekräften und die Einbeziehung des Umfeldes, die erhebliche Sensibilität und eingehende Kenntnis des familiären und des übrigen sozialen Milieus verlangt, in dem sich der Patient bewegt. Sprachprobleme führen auch dazu, dass Pflegekräfte auf die mit Aids bzw. einer HIV-Infektion einhergehende fundamentale Verunsicherung und Ängste des Patienten kaum

adäquat reagieren können. Dies wirkt sich besonders im Hinblick auf den Übergang zwischen den Krankheitsstadien aus, bei dessen Gestaltung der Patient eine intensive Unterstützung benötigt. Und nicht zuletzt wird die Sicherstellung der Medikation erschwert: Mit den heute verfügbaren Möglichkeiten der Pharmakotherapie lässt sich der Ausbruch des Vollbildes Aids nach einer HIV-Infektion zwar erheblich hinauszögern, doch erfordert sie die Einhaltung eines strengen Therapieregimes (Reihenfolge, Zeiten und Kontextbedingungen der Medikamenteneinnahme). Kann bei der hierzu notwendigen Anleitung des Patienten nicht auf die Unterstützung eines Dolmetschers zurückgegriffen werden, entwickelt sie sich leicht zu einem mehrere Wochen andauernden Unterfangen, wie die folgende Schilderung einer Pflegekraft illustriert:

»Der Patient, den ich da versorgt habe mit der HIV-Infektion, der war Asylant aus Afrika. Und der hatte niemanden hier in Deutschland, der war völlig auf sich gestellt. (...). Der Mann war in einer Asylunterkunft für insgesamt mehr als 150 Menschen untergebracht (...). Da gibt es weder Namens- noch Türschilder, die Leute kennen sich untereinander auch überhaupt nicht. Der Patient sprach so gut wie kein Wort Deutsch und nur sehr schlecht Englisch. Die Schwestern haben fast die ganzen vier Wochen gebraucht, um ihm zu erklären, welche Medikamente er wann nehmen muß. Und am Ende hatten sie dann gemeinsam mit ihm ein Wandposter als Collage aus Medikamentenverpackungen, Symbolen für die Tageszeiten und die Mahlzeiten und aufgeklebten Mustertabellen zusammengebastelt« (zit. nach Ewers/Schaeffer 1998: 60f).

In der pflegerischen Versorgung von an Aids erkrankten MigrantInnen kommen diejenigen Rahmenbedingungen, die auch für andere Migrantengruppen kennzeichnend sein können, zum Teil besonders krass zum Tragen. Im Zusammenspiel mit den besonderen Bedarfs- und Problemlagen, die generell für die Situation von Aids-Patienten Bedeutung haben (Ewers 1998), sind ihre Auswirkungen ungleich dramatischer. Insofern ist hier die pflegerische Versorgung von einer ausgeprägten Kumulation von Problemlagen und Anforderungen gekennzeichnet (vgl. Ewers/Weicht 1995), durch die das Handlungspotenzial der meisten Pflegedienste schnell an Grenzen stößt.

4.9 Schlussbemerkung

Die Versorgung pflegebedürftiger MigrantInnen kann durch ungewohnte Anforderungen, Erschwernisse oder besondere soziale Konstellationen gekennzeichnet sein, auf die sich die beruflich Pflegenden einstellen müssen. An erster Stelle stehen vielfach sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, die die Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Pflege wie auch generell die Kooperation mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen beeinträchtigen. Darüber hinaus begegnen Pflegekräfte oftmals Umgangsformen, Lebensgewohnheiten und einem Krankheits- und Pflegeverständnis, die ihnen ungewohnt erscheinen und die mitunter in Konflikt stehen mit den eigenen, in der Ausbildung erworbenen Handlungsorientierungen. Als potenziell konfliktgeladen erweisen sich auch unterschiedliche, am jeweiligen Verständnis der Geschlechterrollen orientierte Erwartungen und Verhaltensweisen. Von daher geraten Pflegekräfte im Alltag leicht in ungewohnte Situationen, die – wenngleich sie meist in

irgendeiner Form gemeistert werden – Unsicherheit auslösen oder die Kooperation mit Patienten und Angehörigen beeinträchtigen. Die Versorgung von MigrantInnen verlangt somit nicht nur Kenntnisse über deren Lebenskontexte, kommunikative Gepflogenheiten und pflegerelevante Erwartungen, sondern auch ein hohes Maß an Sensibilität und Flexibilität, um sich situativ einstellen zu können.

Bei genauerem Hinsehen erscheint es allerdings fraglich, ob es sich bei all dem durchgängig um eine andere, durch kulturelle Besonderheiten bedingte Qualität von Problemen und Anforderungen in der Umsetzung einer patientenorientierten Pflege handelt. Fragen der Tagesstrukturierung, individuelle Lebensgewohnheiten, die mit dem Eindringen in die Privatsphäre verbundenen Belastungen und viele andere Aspekte sind, wie wir gesehen haben, unabhängig vom kulturellen Hintergrund der Beteiligten wichtige Themen in der Gestaltung der Pflegebeziehung. Anders ausgedrückt: Wäre die Berücksichtigung der als »kulturspezifisch« etikettierten Gewohnheiten und Erwartungen von pflegebedürftigen MigrantInnen und ihrer Familien überhaupt ein besonderes Thema für die Pflege, wenn das immer wieder proklamierte Ziel einer an den individuellen Bedürfnissen ausgerichteten Versorgung konsequent umgesetzt würde? Bedürfte es unter diesen Umständen spezieller Konzepte einer »transkulturellen« oder »interkulturellen« Pflege (vgl. Leininger 1998 und Uzarewicz/Piechotta 1997)? Sicherlich führen das Fehlen eines gemeinsamen kulturellen Hintergrundes und Sprachbarrieren dazu, dass Aushandlungen zur Gestaltung des Pflegeprozesses komplizierter sind, doch kann man wirklich davon ausgehen, dass es dabei um grundlegend andere Aspekte geht als in der Versorgung von Patienten deutscher Nationalität?

Die mit diesen Fragen angedeutete Diskussion kann hier nicht weiter aufgegriffen werden. Gegenwärtig tendiert die deutsche Fachdiskussion dazu, mit dem Begriff der »kultursensiblen« Pflege etwas Abstand zu nehmen von einer Programmatik, die nach dem Wesen von Kulturen fragt, aus kulturellen Unterschieden die Notwendigkeit gesonderter Versorgungskonzepte ableitet und damit Normen anlegt, deren Tragfähigkeit eingehender überprüft werden müsste. Der Begriff akzentuiert einen bestimmten Aspekt der Patientenorientierung, ohne auf die Dualität von Norm und Normabweichung zurückzugreifen. Möglicherweise erübrigen sich viele theoretische und konzeptionelle Bemühungen zur Berücksichtigung kultureller Besonderheiten, wenn man sich vergegenwärtigt, dass Pflege *immer* eine Begegnung zwischen differierenden Wahrnehmungen, Sichtweisen, Normen und Handlungsorientierungen darstellt, die durch Aushandlungsprozesse vermittelt werden müssen – unabhängig von der jeweiligen kulturellen Herkunft der Beteiligten: »Die Pflegebeziehung ist immer schon eine auf Verständigungsleistungen basierende Beziehung. Sinn- und Bedeutungszusammenhänge um Krankheit, Pflege und Therapie müssen in einem wechselseitigen Prozeß der Kommunikation erhellt werden. Professionelle Wirklichkeiten, konstruiert von pflegenden Experten, werden mit den lebensweltbezogenen, individuellen Wirklichkeiten der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen in Beziehung gebracht. (...) Es ist daher zu folgern, daß keine gesonderten 'transkulturellen' Pflege-theorien benötigt werden, oder umgekehrt, daß die theoretische Begründung einer jeden Pflegebeziehung im Kern auch interkulturell begründete Vermittlungsleistungen beinhalten muß« (Habermann 1999: 281).

5. Ausblick

Theoretische Ansätze und empirische Forschung zu Versorgungserleben und Versorgungserwartungen von Pflegebedürftigen sind inzwischen weit genug entwickelt, um auf der Basis von gut begründeten Hypothesen Orientierungen für eine an der Nutzerperspektive ausgerichtete pflegerische Versorgung ableiten zu können:

Versorgungserleben und Versorgungserwartungen werden wesentlich durch die Probleme und Anforderungen geprägt, die mit der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zusammenhängen, einschließlich der mit Versorgungsleistungen verknüpften Anforderungen. Zentrale Faktoren und daraus resultierende Erwartungen an die Pflege sind:

- Verunsicherung (Verfügbarkeit, Verlässlichkeit, Erreichbarkeit),
- Anpassung des Selbstkonzepts (Wertschätzung, emotionale Entlastung),
- Aktivitätsbegrenzung (Unterstützung, Kommunikation),
- Körperliche Belastungen (Erleichterung/Entlastung),
- Einbruch in die Intimsphäre (Vertrauen, Kontinuität).

Besonders hervorzuheben ist die Bedeutung interpersonaler Aspekte des Versorgungsgeschehens. Pflegemaßnahmen sollten aus der Perspektive der Leistungsnutzer in eine Kommunikation eingebettet sein, die durch genügend Zeit, gegenseitiges Interesse, Vertrauen und Partnerschaftlichkeit gekennzeichnet ist. Nicht zu unterschätzen sind außerdem einige konkrete Anforderungen an die Ausgestaltung pflegerischer Maßnahmen, die sich auf der Grundlage des aktuellen Kenntnisstandes vornehmlich auf folgende Aspekte beziehen:

- individuelle Pflege bzw. Vermeidung schematischer Pflege,
- wirksame und umfassende Entlastung,
- Transparenz und Nachvollziehbarkeit pflegerischen Handelns,
- Minimierung der durch Pflegemaßnahmen bedingten Belastungen.

Stellt man diese Anforderungen den vorherrschenden Themen der pflegfachlichen Qualitätsdiskussion gegenüber, so zeigt sich eine nur begrenzte Schnittmenge und zum Teil auch ein Spannungsfeld zwischen den Merkmalen einer »guten Pflege«, wie sie von Pflegebedürftigen formuliert werden, und fachlichen Qualitätskriterien. Es gibt zwar einige Berührungspunkte, doch viele aus fachlicher Sicht wichtige Qualitätskriterien liegen außerhalb der Wahrnehmung von Leistungsnutzern und der von ihnen als bedeutsam eingestuften Versorgungsmerkmale.

Diese Kluft erweist sich jedoch bei genauerem Hinsehen wenigstens zum Teil als Resultat eines verengten Pflegeverständnisses und einer verkürzten Sichtweise innerhalb des Qualitätsdiskurses, insofern als überbrückbar und auch überbrückungsbedürftig. Überbrückung setzt allerdings eine Reorientierung voraus, die sich nicht vor der Erkenntnis verschließt, dass der Nutzerperspektive weder durch den abstrakten Anspruch von »ganzheitlicher Pflege« noch durch ein am Ziel der »Kundenzufriedenheit« ausgerichtetes Qualitätsmanagement hinreichend Rechnung getragen werden kann. Notwendig ist eine nicht nur in Leitbildern proklamierte,

sondern auf der Ebene des pflegerischen Handelns praktisch umgesetzte Patienten- bzw. Bewohnerorientierung.

Sie setzt zunächst einmal voraus, von vorgefertigten Rollenzuschreibungen und Denkmodellen Abstand zu nehmen, die aus anderen Dienstleistungsbereichen stammen (oder auf der These kultureller Andersartigkeit fußen). Pflegebedürftige dürfen nicht auf die Rolle des Kunden von Versorgungseinrichtungen reduziert werden. Diese Zuschreibung, die ursprünglich die Überwindung der schwachen Position von Patienten und Pflegebedürftigen fördern sollte, tendiert in gewisser Weise selbst dazu, ihre Bedürfnisse und Belange zu übergehen. Abgesehen davon, dass sich die meisten von ihnen nicht als Kunden verstehen und ihre Beziehung zu Leistungsanbietern anders definieren, verstellt sie den Blick auf existentielle Anforderungen der Krankheitsbewältigung.

Patientenorientierung setzt weiterhin voraus,

- sich der begrenzten Gemeinsamkeiten von »Pflegequalität« und »guter Pflege« bewusst zu sein, ohne die Nutzerperspektive gering zu achten,
- die Versorgung auf der Basis einer Aushandlung von Zielen, Inhalten, Methoden zu gestalten,
- Erwartungen, Äußerungen und Verhalten von Pflegebedürftigen vor dem Hintergrund der mit der Krankheitsbewältigung verbundenen Anforderungen zu deuten (auch und besonders bei kognitiv beeinträchtigten Personen), also ein umfassendes Verständnis der Probleme, Bedürfnisse und Ressourcen des Pflegebedürftigen zu entwickeln und pflegerisches Handeln konsequent daran auszurichten.

Patientenorientierung in diesem Sinne verweist somit auf eine alte, scheinbar schlichte, aber in der Praxis schwer umsetzbare Zielsetzung der Pflege: die Probleme des Patienten bzw. Bewohners zu verstehen und wirksame Unterstützung bei ihrer Bewältigung zu leisten. Häufig ist die Versorgung auf ein vergleichsweise einfaches und oft genug somatisch verengtes Handlungsmodell festgelegt, das auf bestimmten Vorstellungen von Pflegebedarf (Patient X benötigt Hilfe bei ...) und daraus abgeleiteten Maßnahmen beruht. Die komplexen Anforderungen der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit, damit auch die aus der Nutzerperspektive relevanten Qualitätskriterien geraten dabei leicht aus dem Blick. Allerdings sind die fachlichen Voraussetzungen nicht zu unterschätzen: Eine wirksame Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit verlangt einiges an fachlichem Hintergrundwissen, pflegediagnostischer Erfahrung und Kompetenz. Denn vieles wird von den Patienten nicht, nicht deutlich, nur indirekt oder sogar in Form scheinbar widersprüchlicher Aussagen kommuniziert.

Fachliche Qualitätskriterien und Nutzerperspektive können und sollten insofern als unterschiedliche, aber durchaus kompatible Blickwinkel auf identische Sachverhalte gelten. Ihre Vermittlung erfordert allerdings eine Erweiterung der Perspektive von Einrichtungen sowie anspruchsvolle Arbeitskonzepte – und in der Folge auch entsprechend angepasste Formen der Leistungsevaluation bzw. des Qualitätsmanagements.

Literaturverzeichnis

- Abermeth, H.-D. (1977): Patientenzentrierte Krankenpflege. Ein Arbeitsbuch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Aharony, L./Strasser, S. (1993): Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review* 50, Nr. 1, 49-79
- Arbeitsgruppe Interkulturelle Pflege (1997): Kopf draußen - Füße drin? Wie erleben Patienten aus anderen Kulturen ein deutsches Krankenhaus? In: Uzarzewicz, C./Piechotta, G. (Hg.): *Transkulturelle Pflege*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 155-169
- Armstrong, D. (1984): The Patient's View. *Social Science and Medicine* 18, Nr. 9, 737-744
- Attree, M. (2001): Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing* 33, Nr. 4, 456-466
- Aust, B. (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Avis, M./Bond, M./Arthur, A. (1995): Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 22, Nr. 2, 316-322
- AWO Kreisverband Bielefeld e.V. (Hg.) (1995): »Ich suchte um jeden Preis nach Wegen, um meine Kinder studieren lassen zu können«. Interviews mit türkischen Seniorinnen und Senioren in Bielefeld. Bielefeld
- Batchelor, C./Owens, D.J./Read, M./Bloor, M. (1994): Patient satisfaction studies: methodology, management and consumer evaluation. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 7, Nr. 7, 22-30
- Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H. (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Baden-Baden: Nomos
- BAGS (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales) (1998): Älter werden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Hamburg
- Baumgartl, B./Dinse, P. (1997): An den KundInnen orientieren - Neue Wege der Dienstplangestaltung. *Häusliche Pflege* 6, Nr. 4, 10-14
- Bay, T./Stein, B./Wirsching, M. (1993): Möglichkeiten zur Verbesserung der psychosomatischen Grundversorgung von Migranten in der Hausarztpraxis. In: *Beratung von Migranten: Neue Wege der psychosozialen Versorgung*. Robert Bosch Stiftung (Hg.), Berlin: VWB, 211-229
- Becker, S./Lademann, J./Müller, K./Thielhorn, U. (1998): Das Pflegegeschehen in der ambulanten Versorgung aus Patientensicht. *Hochschulforum Pflege* 2, Nr. 2, 15-17
- Beikirch, E./Korporal, J. (1985): Häusliche Krankenpflege bei ausländischen Kindern. In: Collatz, J./Kürsat-Ahlers, E./Korporal, J. (Hg.): *Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*. Hamburg: EB-Verlag Rissen, 424-443
- Berg, G. (1998): Subjektive Krankheitskonzepte - eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patientin-Interaktion? In: David, M./Borde, T./Kentenich, H. (Hg.): *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, 81-94

- Bliesener, T. (1982): Die Visite - ein verhinderter Dialog. Tübingen: Gunter Narr Verlag
- Blum, K. (1998): Verwertungsdefizite von Patientenbefragungen - Eine Ursachenanalyse. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 6, Nr. 3, 259-274
- Brandenburg, H. (1998): Welche Faktoren beeinflussen die Nutzung sozialer Dienste bei älteren Menschen? Pflege 11, 5-10
- Broda, M. (1987): Wahrnehmung und Bewältigung chronischer Krankheiten. Eine Vergleichsstudie unterschiedlicher Krankheitsbilder. Weinheim: Deutscher Studienverlag
- Clancy, C.M. (1999): Consumer preferences: path to improvement. Health and Services Research 34, Nr. 4, 807-811
- Collatz, J. (1998): Kernprobleme des Krankseins in der Migration - Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David, M./Borde, T./Kentenich, H. (Hg.) (1998): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, 33-58
- Corbin, J./Strauss, A. (1993): Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie. München: Piper
- Corbin, J./Strauss, A. (1998): Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheit. In: Woog, P. (Hg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Modell. Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1-30
- Coyle, J. (1999): Exploring the meaning of »dissatisfaction« with health care: the importance of »personal identity threat«. Sociology of Health and Illness 21, Nr. 1, 95-124
- DAK – Deutsche Angestellten-Krankenkasse (1999): Qualität in der häuslichen Pflege. Häusliche Pflege 8, Nr. 10, 25-28
- Domscheit, S./Grusdat, M./Wingefeld, K. (1994): Kranken- und Altenpflege in Nordrhein-Westfalen. Trends in der Bedarfsentwicklung und beruflichen Qualifizierung. Sonderbericht der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: IDIS
- Domscheit, S./Wingefeld, K. (1997): Unterschiede in der Begutachtungspraxis bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Heimbewohnern in Nordrhein-Westfalen. Explorative Studie im Rahmen des Projekts »Evaluation des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen«, Bielefeld
- Donabedian, A. (1980): Explorations in Quality Assessment and Monitoring: Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press
- Donabedian, A. (1992): Quality assurance in health care: consumers' role. Quality in Health Care 1, Nr. 4, 247-251
- Dozier, A.M./Kitzman, H.J./Ingersoll, G.L./Holmberg, S./Schultz, A.W. (2001): Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care. Research in Nursing & Health 24, Nr. 6, 506-517
- DRK (Deutsches Rotes Kreuz) (1991): Ältere Migranten. Förderung des sozialen Engagements junger Menschen zur Vermittlung von Hilfen für ältere ausländische Mitbürger in der Bundesrepublik. Meckenheim-Merl
- DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen - Hg.) (1998): Wohnverhältnisse älterer Migranten. Frankfurt/New York: Campus Verlag
- Engelhardt, K./Wirth, A./Kindermann, L. (1987): Kranke im Krankenhaus. 2. Auflage, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- Ewers, M. (1998): Pflegequalität - Arbeitsbuch für die ambulante Pflege bei AIDS. Hrsg. von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Hannover: Schlütersche

- Ewers, M./Schaeffer, D. (1998): Qualität durch Qualifizierung. Analyse der Situation ambulanter Dienste nach Einführung der Pflegeversicherung. WZB - Berlin/IPW, Bielefeld
- Ewers, M./Weicht, W. (1995): Patientenprofil. In: Ewers, M./Weicht, W. (Hg.): Menschen mit AIDS pflegen: i.v. DrogengebraucherInnen. Frankfurt a.M.: Mabuse, 103-115
- Fengler, C./Fengler, T. (1980): Alltag in der Anstalt. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Festinger, L. (1957): A theory of cognitive dissonance. Evanston, Ill.: Row, Peterson & Co.
- García, C. (1999): Kranksein und Fremdsein in Institutionen der Gesundheitsversorgung. Pflege 12, Nr. 5, 273-277
- Giesen, D. (1993): Die Pflege von Patienten anderer Kulturen. Pflege 6, Nr. 3, 197-202
- Glatzer, W./Zapf, W. (1984): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt/Main: Campus
- Glück, J./Matt, E./Weingarten, E. (1981): Die sprachliche Herstellung und Aufrechterhaltung von Normalität in intensivmedizinischen Extremsituationen. Berlin: Universität Berlin
- Göpfert-Divivier, W./Robitzsch, M. (1999): Neue Qualitätsbegriffe. Forum Sozialstation 23, Nr. 101, 26-27
- Großmann, H./Tschann, C. (1997): Unsicherheiten und Schwierigkeiten zwischen männlichen deutschen Krankenpflegern und männlichen türkischen Patienten in der häuslichen Krankenpflege. Unveröffentlichte Projektarbeit an der ASFH und der HUB Berlin
- Häberlein, U./Militzke, P./Sackmann, J. (1996): Klarheit durch Kundenbefragung. Forum Sozialstation 20, Nr. 79, 36-39
- Habermann, M. (1999): Vom Fremden zum Eigenen: Zum Diskurs der Interkulturellen Pflege und seinen Impulsen für die Pflegewissenschaft. Pflege 12, Nr. 5, 278-282
- Heisel, A. (1998): Die verschiedenen Formen des Aufenthaltsstatus. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Handbuch Migration: Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige, Berlin, 95-106
- Helmstaedter, C. (1997): Endstation Deutschland - Altern fern der Heimat. Zur Situation alter Migranten in der BRD. Pro ALTER 4, Nr. 1, 6-11
- Homburg, C. (1995): Optimierung der Kundenzufriedenheit durch Total Quality Management. In: Simon, H./Homburg, C. (Hg.): Kundenzufriedenheit. Wiesbaden: Gabler, 229-240
- Homburg, C./Rudolph, B. (1995): Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit. In: Simon, H./Homburg, C. (Hg.): Kundenzufriedenheit. Wiesbaden: Gabler, S. 29-49
- Hunstein, D./Dreut, M./Eckert, S./Khosravanfar, F./Pfeffer, H./Schiff, A./Steeneck, A./Steinbrück, R./Tröger, M./Wogatzke-Zeiger, A. (1997): Kopf draußen - Füße drin. Wie erleben Patienten aus anderen Kulturen das deutsche Gesundheitswesen? Zweiter Teil. Pflege 10, 252-257
- Igl, G./Schiemann, D./Gerste, B./Klose, J. (Hg.) (2002): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer
- Im, E.-O./Meleis, I. (1999): A situation-specific theory of Korean immigrant women's menopausal transition. Journal of Nursing Scholarship 31, Nr. 4, 333-338

- Ipsen, I. (1978): Das Konstrukt Zufriedenheit. Soziale Welt 29, Nr. 1, 44-53
- Jarrett, N.J./Payne, S.A./Wiles, R.A. (1999): Terminally ill patients' and lay-carers' perceptions and experiences of community-based services. Journal of Advanced Nursing 29, Nr. 2, 476-483
- Jung, F. (1998): Sprachliches Nichtverstehen und kulturelle Fremdheit überwinden - aber wie? In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Handbuch Migration: Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Berlin, 297-315
- Kaltenbach, T. (1993): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management. 2. Auflage, Melsungen: Bibliomed
- Kentenich, H. (1998): Einführung. In: David, M./Borde, T./Kentenich, H. (Hg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, 11-15
- Khoshrouy-Sefat, H. (1994): Islam - Der Glaube, seine Gesetze und seine Auswirkungen auf das Verhalten, das Erleben und die Bedürfnisse des gläubigen Moslems im Krankenhaus. Krankenpflege 48, Nr. 12, 359ff
- Knieps, F. (1998): Das Zusammenwirken von gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung - Kritische Anmerkungen zur Patientenkarriere aus der Sicht der Krankenkassen. Sozialer Fortschritt 47, Nr. 6, 136-138
- Koch-Straube, U. (1999): Fremde(s) in der Altenpflege. Pflege 12, Nr. 5, 289-294
- Koen, E. (1986): Krankheitskonzepte und Krankheitsverhalten in der Türkei und bei Migranten in Deutschland: ein Vergleich. Curare 9, Nr. 2, 129-137
- Kühl, J./Wehkamp, S. (1990): Allah hat das so gewollt?! Interview mit einer türkischen Heilpädagogin in einem deutschen Rehabilitationszentrum für behinderte Kinder. In: Kentenich, H./Reeg, P./Wehkamp, K.-H. (Hg.): Zwischen zwei Kulturen. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, 110-116
- Leininger, M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg: Lambertus
- Leino-Kilpi, H./Vuorenheimo, J. (1994): The Patient's Perspective on Nursing Quality: Developing a Framework for Evaluation. International Journal of Quality in Health Care 6, Nr. 1, 85-95
- Mahon, P.Y. (1996): An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. Journal of Advanced Nursing 24, Nr. 6, 1241-1248
- Meyer, E./Strauß, A./Ulrich, R. (1998): Moslemische Patienten im Krankenhaus. 2. Teil. Heilberufe 50, Nr. 2, 38-39
- Mishel, M.H. (1997): Mit chronischer Krankheit leben: Mit Unsicherheit leben. In: Funk S.G./Tornquist, E.M./Champagne, M.T./Wiese, R.A. (Hg.): Die Pflege chronisch Kranker. Bern: Huber, 61-74
- Moers, M./Schiemann, D./Schnepp, W. (Hg.) (1999): Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen. Bern: Huber
- Müller, K./Thielhorn, U. (2000): Zufriedene Kunden? Problemsichten der Patienten auf das Versorgungsgeschehen und die Qualität ambulanter Pflege. Stuttgart: Kohlhammer
- Mutawaly, al, Sieglinde (1996): Menschen islamischen Glaubens individuell pflegen. Religiös und kulturell bedingte Besonderheiten, Bedürfnisse und Veränderungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) bei kranken oder alten islamischen Menschen. Hagen: Brigitte Kunz Verlag
- Narimani, P. (1998): Zur Notwendigkeit kulturspezifischer Angebote in der HIV/AIDS-Primärprävention. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Handbuch Mig-

- ration: Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Berlin, 240-261
- Neuberger, J. (1995): Die Pflege Sterbender unterschiedlicher Glaubensrichtungen. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby
- Niepel, T. (1998): Wohnberatung: wirksam und wirtschaftlich. Zwischenbericht im Modellprojekt »Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in NRW«. Projektbericht. Universität Bielefeld
- Olbermann, E./Dietzel-Papakyriakou, M. (1995): Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer. Hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Dortmund
- Oppl, H./Weber-Falkensammer, H. (1982): Der Sozialdienst im Krankenhaus in der Krise. In: Kreuter, H./Oppl, H./Weber-Falkensammer, H. (Hg.): Sozialarbeit im Krankenhaus. Frankfurt/Main: HAAG + HERCHEN Verlag, 12-30
- Owens, D.J./Batchelor, C. (1996): Patient Satisfaction and the Elderly. *Social Science and Medicine* 42, Nr. 11, 1483-1491
- Perschke-Hartmann, C. (2000): Wo Licht ist, ist auch Schatten. Umfrage zur ambulanten Pflege. *Gesundheit und Gesellschaft* 3, Nr. 1, 18-19
- Pollakowski, A. (1995): Krankheitsverständnis und Kultur. *Pflege aktuell* 49, Nr. 4, 258-261
- Psychiatrie-Enquête (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. BT-Drucksache 7/4200
- Pullwitt, D.H./Fischer, G.C. (1996): Warum nehmen ältere Ehepaare ambulante Pflegedienste in Anspruch? *Gesundheitswesen* 58, Nr. 5, 277-282
- Raspe, H./Voigt, S./Herlyn, K./Feldmeier, U./Meier-Rebentisch, K. (1996): Patienten-»Zufriedenheit« in der medizinischen Rehabilitation - ein sinnvoller Outcome-Indicator? *Gesundheitswesen* 58, Nr. 7, 372-378
- Rehfeld, U. (1991): Ausländische Arbeitnehmer und Rentner in der gesetzlichen Rentenversicherung. *Dtsch. Rentenversich.* 7, 468-492
- Robitzsch, M. (1999): Die Chance danach. Den Umgang mit Kritik und Ärger der Kunden kann man lernen. *Forum Sozialstation* 23, Nr. 97, 18-22
- Rohde, J.J. (1973): Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution. In: Döhner, O. (Hg.): *Arzt und Patient in der Industriegesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 13-35
- Rohde, J.J. (1975): Der Patient im sozialen System des Krankenhauses. In: Ritter-Röhr, D. (Hg.): *Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 167-210
- Roy, C./Andrews, H.A. (1991): *The Roy adaptation model*. San Mateo: Appleton & Lange
- Ruprecht, T. (2001): Patientenerfahrungen als Qualitätsindikator – das Picker-Modell. In: Satzinger, W./Trojan, A./Kellermann-Mühlhoff, P./Buck, R. (Hg.): *Patientenbefragungen in Krankenhäusern: Konzepte, Methoden, Erfahrungen*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag, 181-194
- Satzinger, W./Raspe, H. (2001): Weder Kinderspiel noch Quadratur des Kreises. Eine Übersicht über methodische Grundprobleme bei Befragungen von Krankenhauspatienten. In: Satzinger, W./Trojan, A./Kellermann-Mühlhoff, P./Buck, R. (Hg.): *Patientenbefragungen in Krankenhäusern: Konzepte, Methoden, Erfahrungen*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag, 41-80

- Schaeffer, D. (2002a): Geschichte und Entwicklungsstand qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum. In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Huber, 13-31
- Schaeffer, D. (2002b): Zur aktuellen Situation der (Alten-)Heimversorgung. In: Röttger-Liepmann, B./Hopfmüller, E. (Hg.): Initiative zur Einrichtung einer »Enquête der Heime«. Dokumentation einer Tagung am 21.03.2002. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P02-117. Bielefeld: IPW, 33-39
- Schaeffer, D./Günnewig, J./Ewers, M. (2003): Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, P03-120. Bielefeld: IPW
- Schaeffer, D. (i.E.): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Moers, M. (1994): Überleitungspflege - Analyse eines Modells zur Regulierung der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2, Nr. 1, 7-24
- Schaeffer, D./Moers, M. (2000): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München: Juventa, 447-483
- Schmacke, N. (1997): Medizinische Begutachtung von MigrantInnen: Ein Beispiel der doppelten Sprachlosigkeit. Zeitschrift für Sozialreform 43, Nr. 4, 276-286
- Schnell, M. (1999): Der Patient als Kunde? Genealogische Bemerkungen zu einem ethisch-ökonomischen Zwitter. Pflege und Gesellschaft 4, Nr. 3, 65-68
- Schnepp, W. (1998): »So ist das Leben« - Erfahrungen eines türkischen, pflegenden Mannes. Pflege Aktuell, Heft 52, 354-357
- Schnetzer, D. (1998): Der schwache Kunde. Marktöffnung im Bereich Pflege verlangt aktiven Verbraucherschutz. Pflegen Ambulant 9, Nr. 4, 20-23
- Schumacher, K.L./Meleis, A.I. (1994): Transitions: a central concept in nursing. Journal of Nursing Scholarship 26, Nr. 2, 119-127
- Selbmann, H.-K. (2000): DIN ISO, EFQM, KTQ und andere Verfahren zur Qualitätsbewertung - eine Übersicht. Das Krankenhaus 92, Nr. 8, 626-630
- Selder, F. (1989): Life Transition Theory: The Resolution of Uncertainty. Nursing and Health Care 10, Nr. 8, 437-451
- Shyu, Y.-I.L. (2000): Role tuning between caregiver and care receiver during discharge transition: an illustration of role function mode in Roy's Adaptation Theory. Nursing Science Quarterly 13, Nr. 4, 323-331
- Siegrist, J. (1978): Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.) (1997): Kundenbefragung in der ambulanten Pflege. Ein Modellprojekt. Stuttgart (Informationsschrift)
- Staudinger, U.M. (2000): Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. Psychologische Rundschau 51, Nr. 4, 185-197
- Stauss, B./Seidel, W. (1995): Prozessuale Zufriedenheitsermittlung und Zufriedenheitsdynamik bei Dienstleistungen. In: Simon, H./Homburg, C. (Hg.): Kundenzufriedenheit. Wiesbaden: Gabler, 179-203
- Stiftung Warentest (1997): Hohe Hürden für die Schwachen. test 5/97, 106-109
- Stiftung Warentest (1998): Samariter überfordert? test 7/98, 84-89

- Strauss, A. (1991): Experiencing body failure and a disrupted self-image. In: Strauss, A. (Hg.): Creating sociological awareness. Collective images and symbolic representations. New Brunswick: Transaction Publishers, 341-360
- Strauss, A./Fagerhaugh, S./Suczek, B./Wiener, C. (1991): Illness trajectories. In: Strauss, A. (Hg.): Creating sociological awareness. Collective images and symbolic representations. New Brunswick: Transaction Publishers, 157-174
- Ünal, A. (1998): Gesundheitsversorgung von MigrantInnen und Chancen einer interkulturellen Öffnung der Regeldienste. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Handbuch Migration: Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Berlin, 157-173
- Uzarewicz, C. (1998): Zur Problematik des Kulturbegriffs und das Phänomen des Fremden. Pflege 11, 156-160
- Uzarewicz, C./Piechotta, G. (Hg.) (1997): Transkulturelle Pflege. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung
- Vahrenhorst, V./Wißmann, P. (1997): Qualitätssicherung von unten – Verbraucherberatung und -unterstützung durch eine Koordinierungsstelle. Häusliche Pflege 6, Nr. 5, 52-54
- Veenhoven, R. (1996): Developments in satisfaction-research. Social Indicators Research 37, Nr. 1, 1-46
- von Bandemer, S. (1997): König Kunde kennenlernen. Häusliche Pflege 6, Nr. 1, 10-16
- von Reibnitz, C./Schnabel, P.-E./Hurrelmann, K. (Hg.) (2001): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim/München: Juventa
- Williams, B. (1994): Patients satisfaction: A valid concept? Social Science and Medicine 38, Nr. 4, 509-516
- Williams, B./Coyle, J./Healy, D. (1998): The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. Social Science and Medicine 47, Nr. 9, 1351-1359
- Wingenfeld, K. (1998): Zur pflegerischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen. Teilstudie im Rahmen des Projektes »Evaluation des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen«. Projektbericht. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft
- Wingenfeld, K./Schaeffer, D. (2001): Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, Nr. 2, 140-146
- ZfT – Zentrum für Türkeistudien (Hg.) (1992): Lebenssituation und spezifische Problemlage älterer ausländischer Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
- Zimmermann, E. (1994): Ausländische Patienten in der klinischen Praxis. In: Kiesel, D./Kriechhammer-Yagmur, S./Lüpke, von, H. (Hg.): Kränkung und Krankheit. Psychische und psychosomatische Folgen der Migration. Frankfurt/Main: Haag und Herchen, 25-38
- Zink, J./Zenz, A./Bokelmann, M./Mohrmann, M./Schwoerer, P. (2000): Qualitätsprüfung ambulanter Pflegedienste. Das Gesundheitswesen 62, Nr. 6, 329-334
- Zinn, W. (2001): Patientenbefragungen nach dem Modell der Forschungsgruppe Metrik. In: Satzinger, W./Trojan, A./Kellermann-Mühlhoff, P./Buck, R. (Hg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern: Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Sankt Augustin: Asgard-Verlag, 167-179

Weiterführende Literatur

- Almond, P. (2001): What is consumerism and has it had an impact on health visiting provision? A literature review. *Journal of Advanced Nursing* 35, Nr. 6, 893-901
- Andersen, H.H./Schwarze, J. (2000): Innovative Versorgung im Qualitätswettbewerb: Welche Präferenzen haben die Versicherten der GKV. *Sozialer Fortschritt* 49, Nr. 2-3, 48-56
- Applebaum, R.A./Straker, J.K./Geron, S.M. (2000): *Assessing Satisfaction in Health and Long-Term Care*. New York: Springer
- Avis, M./Bond, M./Arthur, A. (1997): Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. *Social Science and Medicine* 44, Nr. 1, 85-92
- Baberg, H.T./Jäger, D./Bojara, W./Lemke, B./von Dryander, S./de Zeeuw, J./Barmeyer, J./Kugler, J. (2001): Erwartungen und Zufriedenheit von Patienten während eines stationären Krankenhausaufenthaltes. *Gesundheitswesen* 63, Nr. 5, 297-301
- Bähr, K./Van Ackern, K. (1999): Kundenorientierung als Strategiefaktor für das Krankenhaus. *Das Krankenhaus* 91, Nr. 4, 217-222
- Beardwood, B./Walters, V./Eyles, J./French, S. (1999): Complaints against Nurses: a Reflection of 'the new Managerialism and Consumerism' in Health Care. *Social Science and Medicine* 48, Nr. 3, 363-374
- Beaudin, C.L./Pelletier, L.R. (1996): Consumer-Based Research: Using Focus Groups as a Method for Evaluating Quality of Care. *Journal of Nursing Care Quality* 10, Nr. 3, 28-33
- Bischofberger, I./Schaeffer, D. (2001): Normalisierung von Aids aus Sicht der Angehörigen. Von der akuten Krise zur Dauerkrise. *Pflege und Gesellschaft* 6, Nr. 2, 37-44
- Blonski, H. (1999): Dienstleistungsqualität aus Kundensicht und ihre Meinung: Was leistet der SERVQUAL-Ansatz. *PR-Internet Pflegemanagement* 1, Nr. 11, 260-267
- Bond, S./Thomas, L.H. (1992): Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 17, Nr. 1, 52-63
- Borde, T./David, M./Kentenich, H. (2002): Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus - eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. *Gesundheitswesen* 64, Nr. 8/9, 476-485
- Brunner, A./Wildner, M./Fischer, R./Ludwig, M.-S./Meyer, N./Crispin, A./Weitkunat, R. (2000): Patientenrechte in vier deutschsprachigen europäischen Regionen. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 8, Nr. 3, 273-286
- Carr-Hill, R. (1995): Measurement of user satisfaction. In: Wilson, G. (Hg.): *Community care asking the user*. London: Chapman & Hall, 16-36
- Carr-Hill, R.A. (1992): The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 14, Nr. 3, 236-249
- Chalmers, I. (1995): What do I want from health research and researchers when I am a patient. *British Medical Journal* 310, Nr. 6990, 1315-1320
- Coyle, J./Williams, B. (2000): An exploration of the epistemological intricacies of using qualitative data to develop a quantitative measure of user views of health care. *Journal of Advanced Nursing* 31, Nr. 5, 1235-1243

- Dale, A.E. (1995): A research study exploring the patient's view of quality of life using the case study method. *Journal of Advanced Nursing* 22, Nr. 6, 1128-1134
- Dockrell, J. (1995): Exploring the users' view. In: Wilson, G. (Hg.): *Community care asking the user*. London: Chapman & Hall, 37-68
- Edgman-Levitan, S. (1993): Providing Effective Emotional Support. In: Gerteis, M./Edgman-Levitan, S./Daley, J./Delbanco, T.L. (Hg.): *Through the Patient's Eyes*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher, 154-177
- Eriksen, L.R. (1987): Patient Satisfaction: An indicator of nursing care quality. *Nursing Management* 18, Nr. 7, 31-35
- Ewers, M. (2002): Dimensionen von Patientenorientierung in der Pflege Schwerkranker. In: Pleschberger, S./Heimerl, K./Wild, M. (Hg.): *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht*. Wien: Facultas Verlag, 77-94
- Fitzpatrick, R. (1991): Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *British Medical Journal* 302, Nr. 6781, 887-889
- Gerteis, M./Edgman-Levitan, S./Daley, J./Delbanco, T.L. (1993): Introduction: Medicine and Health from the Patient's Perspektive. In: Dies. (Hg.): *Through the Patient's Eyes*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher, 1-15
- Gilleard, C./Reed, R. (1998): Validating a measure of patient satisfaction with community nursing services. *Journal of Advanced Nursing* 28, Nr. 1, 94-100
- Hegedus, K.S. (1999): Providers' and consumers' perspective of nurses' caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing* 30, Nr. 5, 1090-1096
- Heyman, B. (1995): Matters of definition. In: Heyman, B. (Hg.): *Researching user perspectives on community health care*. London: Chapman & Hall, 8-27
- Hurrelmann, K. (2001): Wie lässt sich die Rolle der Patienten stärken? In: v. Reibnitz, C./Schnabel, P.-E./Hurrelmann, K. (Hg.): *Der mündige Patient*. Weinheim/München: Juventa, 35-47
- Jackson, J.F./Chamberlin, J./Kroenke, K. (2001): Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine* 52, Nr. 4, 609-620
- John, J. (1992): Why Are Older Patients and Less Educated Patients Less Satisfied with Health Care Quality. *Health Marketing Quarterly* 10, Nr. 1/2, 209-217
- Krentz, H./Olandt, H. (2001): Teilleistungsbezogene Messung der Qualitätswahrnehmung von Patienten. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 9, Nr. 4, 322-330
- Kyngäs, H./Hentinen, M./Barlow, J.H. (1998): Adolescents' perceptions of physicians, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self-care. *Journal of Advanced Nursing* 27, Nr. 4, 760-769
- Larrabee, J.H./Bolden, L.V. (2001): Defining patient-perceived quality of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality* 16, Nr. 1, 34-60
- Linder-Pelz, S. (1982): Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Social Science and Medicine* 16, Nr. 5, 583-589
- Linder-Pelz, S. (1982): Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine* 16, Nr. 5, 577-582
- Lutzen, K./Tishelman, C. (1991): Patients perceptions of nursing practice. *Scandinavian journal of caring sciences* 5, Nr. 4, 179-186
- McIver, S. (1993): *Obtaining the views of users of health services about quality of information*. London: King's Fund Centre

- Moers, M./Schaeffer, D. (2002): Patientenerwartungen an die häusliche Pflege bei schwerer Krankheit. In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Huber, 218-232
- Oermann, M.H. (1999): Consumers' descriptions of quality health care. *Journal of Nursing Care Quality* 14, Nr. 1, 47-55
- Price, P.J. (1993): Parents' perceptions of the meaning of quality nursing care. *Advanced in Nursing Science* 16, Nr. 1, 33-41
- Rantz, M.J./Zwygart-Stauffacher, M./Popejoy, L./Grando, V.T./Mehr, D.R./Hicks, L.L./Conn, V.S./Wipke-Tevis, D./Porter, R./Bostick, J./Maas, M. (1999): Nursing home care quality: a multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *Journal of Nursing Care Quality* 14, Nr. 1, 16-37
- Richards, D.A./Lambert, P. (1987): The nursing process: the effect on patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 12, Nr. 5, 559-562
- Schaeffer, D. (2001): Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Psychomed* 13, Nr. 4, 242-249
- Schaeffer, D. (2001): Patientenorientierung und -beteiligung in der pflegerischen Versorgung. In: v. Reibnitz, C./Schnabel, P.-E./Hurrelmann, K. (Hg.): *Der mündige Patient*. Weinheim/München: Juventa, 49-59
- Schaeffer, D. (2001): Qualitätsentwicklung und Nutzerorientierung in der Pflege. In: Naegele, G./Reichert, M./Maly, N. (Hg.): *10 Jahre gerontologische Forschung in Dortmund. Bilanzen und Perspektiven*. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik, Band 35. Münster: LIT, 99-114
- Scott, A./Smith, R.D. (1994): Keeping the Customer Satisfied: Issues in the Interpretation and Use of Patient Satisfaction Surveys. *International Journal of Quality in Health Care* 6, Nr. 4, 353-359
- Thomas, L.H./MacMillan, J./McColl, E./Priest, J./Hale, C./Bond, S. (1995): Obtaining Patients' Views of Nursing Care to Inform the Development of a Patient Satisfaction Scale. *International Journal of Quality in Health Care* 7, Nr. 2, 153-163
- Trojan, A./Nickel, S./Schneiders-Kastning, P. (1997): Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht - exemplarische Ergebnisse aus dem europäischen WHO-Projekt »Gesundheitsfördernde Krankenhäuser«. *Gesundheitswesen* 59, Nr. 12, 720-725
- Williams, S.A. (1998): Quality and Care: Patients' Perceptions. *Journal of Nursing Care Quality* 12, Nr. 6, 18-25