

***Implementierung einer Balanced Scorecard in einer
Non-Profit-Organisation
- Alten- und Pflegeeinrichtung der Freien
Wohlfahrtspflege -***

***Überprüfung der Bedeutung der Balanced Scorecard für die
Strategieentwicklung und -realisierung unter Anwendung
sozialempirischer Analysemethoden***

**Dissertation
zur Erlangung des Grades
Doktor der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
(Dr. rer. pol.)
am Fachbereich Sozialwissenschaften
der Universität Osnabrück**

vorgelegt am 6. Oktober 2006

von:

**Claudia Schröder
Lieneschweg 78 A
49076 Osnabrück**

**Gabriele Schröder-Siefker
August-Niemann-Str. 42
26203 Wardenburg**

Die vorliegende Arbeit ist als Dissertation an der Universität Osnabrück im Fachbereich Sozialwissenschaften eingereicht worden. Sie wurde nach den Regeln der neuen deutschen Rechtschreibung, die seit August 2006 gültig ist, verfasst.

In der Arbeit wird auf Bewohner und Mitarbeiter Bezug genommen – das beinhaltet ebenfalls die Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen.

Wir möchten uns bei den Betreuern der Arbeit,

Herrn Prof. Dr. Arnold Schmieder

und

Herrn Prof. Dr. Manfred Haubrock

für die Anregungen und die motivierende Betreuung bedanken.

Zum Schluss möchten wir uns ganz besonders bei den Vorständen, den Heimleitungen und allen Mitarbeitern bedanken, die uns in Haus A und in Haus B bei der Durchführung dieser Arbeit unterstützt haben und bei den Personen, die durch ihre Teilnahme an den Befragungen diese Arbeit erst möglich gemacht haben.

Eine Reise von tausend Meilen beginnt mit dem ersten Schritt.

(Laotse)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	IX
Anlagenverzeichnis	XIV
Kapitel A	
Einleitung	1
I. Problemstellung	1
II. Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	6
III. Forschungskonzeption und -verlauf	11
Kapitel B	
Theoretische Grundlagen der Kommunikation für Alten- und Pflegeeinrichtungen	16
I. Darstellung der Kommunikationswissenschaft und -forschung	17
1. Kommunikationswissenschaft als interdisziplinäre Sozialwissenschaft	17
2. Rahmenbedingungen der Kommunikationsforschung	19
II. Kommunikationsbegriff	21
III. Grundlagen der Kommunikation	22
1. Kommunikationsgrundsätze nach WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON.....	22
2. Transaktionsanalyse.....	26
2.1 Historie der Transaktionsanalyse.....	27
2.2 Strukturanalyse	29
2.3 Funktionsmodell.....	34
2.4 Vier Grundeinstellungen	39
2.5 Entstehung der Lebensanschauungen	40
IV. Theorieperspektiven von Kommunikation	42
1. Kommunikation als Zeichenübertragung	42
2. Kommunikation als Interaktion.....	44
2.1 Symbolischer Interaktionismus	46
2.2 Theorie des kommunikativen Handelns	48
V. Kommunikation in einer Alten- und Pflegeeinrichtung	52
1. Kommunikation mit Bewohnern im Rahmen des Pflegekonzeptes nach Krohwinkel	52
2. Kommunikation im Rahmen der Dienstleistungserstellung und -inanspruchnahme	54
2.1 Rolle der Bewohner	56
2.2 Rolle der Mitarbeiter.....	59
2.3 Darstellung der Beziehungen Bewohner und Mitarbeiter.....	62
2.4 Mitarbeiterkommunikation	64

2.5 Marktkommunikation.....	68
-----------------------------	----

Kapitel C

Soziologie und Psychologie des Alterns.....75

I. Psychosoziale Theorien des Alterns.....	76
1. Defizitmodelle des Alterns	76
2. Qualitatives Verlaufsmodell	78
3. Theorien erfolgreichen Alterns.....	80
3.1 Disengagementstheorie.....	82
3.2 Aktivitätstheorie.....	83
3.3 Selektive Optimierung und Kompensation – SOK-Modell.....	85
4. Kognitive Theorie des Alterns.....	87
5. Wachstumstheorie.....	88
II. Altern und Gesellschaft.....	92
1. Gesellschaftliche Einstellungen gegenüber dem Altern.....	95
2. Altern und Familie.....	98
III. Alten- und Pflegeeinrichtungen in der Gesellschaft.....	101
1. Wohnen im Alter	101
2. Umsiedlung in eine Alten- und Pflegeeinrichtung	103

Kapitel D

Grundlagen und Bedeutung des Qualitätsmanagements

für Alten- und Pflegeeinrichtungen.....107

I. Stand der Qualitätsdiskussion in Alten- und Pflegeeinrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege	107
II. Qualitätsbegriff	111
III. Dienstleistungsqualität	114
1. Begriff der Dienstleistungsqualität	114
2. Dimensionen der Dienstleistungsqualität.....	118
3. Messung der Dienstleistungsqualität	124
IV. Qualitätskonzepte	127
1. Qualitätskonzepte im Überblick	127
2. Total-Quality-Management – TQM	128
3. EFQM-Modell für Excellence	134

Kapitel E

Gesetzliche Rahmenbedingungen und Eckpunkte

der stationären Altenpflege

I. Demografie und Eckpunkte der stationären Altenhilfe	140
II. Gesetzliche Rahmenbedingungen im Überblick.....	147
III. Gesetzliche Vorgaben zum Abschluss von Verträgen mit Dritten.....	151
IV. Gesetzliche Vorgaben zur Finanzierung und wirtschaftlichen Betriebsführung	154
V. Gesetzliche Qualitätsvorgaben.....	159
1. Pflegerische und soziale Anforderungen	159
2. Anforderungen an Unterkunft und Verpflegung	162

3. Anforderungen an die Qualifikation des Personals 164
 4. Anforderungen an die Qualitätsentwicklung und -sicherung 168

Kapitel F

Balanced Scorecard	171
I. Theoretische Grundlagen von KAPLAN/NORTON.....	171
II. Finanzperspektive.....	183
1. Bedeutung der Finanzperspektive für die BSC.....	183
2. Bedeutung der Finanzperspektive für Alten- und Pflegeeinrichtungen	187
III. Kundenperspektive.....	189
1. Bedeutung der Kundenperspektive.....	189
1.1 Marktsegmentierung	190
1.2 Wertangebote an den Kunden	192
2. Bedeutung der Kundenperspektive für Alten- und Pflegeeinrichtungen	193
IV. Interne Prozessperspektive	196
1. Bedeutung des Prozessmanagements	196
2. Bedeutung der Prozessperspektive für Alten- und Pflegeeinrichtungen	206
V. Lern- und Entwicklungsperspektive	208
1. Bedeutung der Lern- und Entwicklungsperspektive.....	208
1.1 Mitarbeiterpotenziale.....	209
1.2 Potenziale von Informationssystemen	217
1.3 Unternehmensklima für Mitarbeitermotivation und -initiative.....	218
2. Bedeutung der Lern- und Entwicklungsperspektive für Alten- und Pflegeeinrichtungen	220
VI. Verbindung der Balanced Scorecard mit dem EFQM-Modell für Excellence.....	221
VII. Stand der Implementierung der Balanced Scorecard in Alten- und Pflegeeinrichtungen.....	224

Kapitel G

Darstellung der Einrichtungen	229
I. Entwicklungsgeschichtliche Grundlagen und Beschreibung der Einrichtungen	229
1. Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A.....	229
2. Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B	230
II. Organisationsstruktur	232
1. Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A.....	232
2. Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B	234
III. Eckdaten	234
1. Belegungsstruktur/Alter/Einzugsgebiet/Konkurrenzsituation	234
1.1 Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A	234
1.2 Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B	235
2. Mitarbeiterausstattung und Personalkostenbudget.....	236
2.1 Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A	236
2.2 Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B	236

3. Sachkostenbudget.....	237
3.1 Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A	237
3.2 Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B	237

Kapitel H

Evaluation und Forschungsmethodik.....238

I. Aufgaben der empirischen Forschung	238
II. Phasen des Forschungsprozesses	241
III. Evaluationsstudie	246
1. Einordnung	246
2. Erhebungsverfahren	248
3. Quasi-experimentelles Design	254
3.1 Interne Validität	258
3.2 Externe Validität.....	259
IV. Statistische Verfahren	260

Kapitel I

Prozess der Strategieentwicklung und BSC-Einführung für die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A – Teil I266

I. Ausgangssituation.....	266
II. Problemstellung.....	267
III. Festlegung der Forschungsziele	268
IV. Prozess der Strategieentwicklung und BSC-Einführung für die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A –Teil I	270

Kapitel J

Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung – Teil I: Vorgehensweise und Ist-Analyse284

I. Problemdefinition	284
II. Festlegung der Forschungsziele	285
III. Entwicklung der Befragungsinstrumente	287
IV. Befragungsdesign	291
V. Erhebung Teil I: Vorgehensweise.....	294
1. Interview ausgewählter Bewohner mittels eines standardisierten Fragebogens	294
2. Angehörigenbefragung mittels eines standardisierten Fragebogens.....	297
3. Mitarbeiterbefragung mittels eines standardisierten Fragebogens.....	298
4. Selbsteinschätzung durch den Vorstand und die Heimleitung	299
VI. Analyse der Befragungsergebnisse für Haus A und Haus B – Teil I.....	300
1. Aufbereitung der Daten.....	300
2. Resultate der Befragung	301
2.1 Bewohnerbefragung.....	301
2.2 Angehörigenbefragung	307
2.3 Mitarbeiterbefragung.....	313

2.4 Selbsteinschätzung durch den Vorstand und die Heimleitung ..	320
3. Kommunikation der Befragungsergebnisse	322
VII. Parallelisierung der Stichproben	322
VIII. Resümee Teil I	324

Kapitel K

Prozess der Strategie- und Balanced- Scorecard- Entwicklung für die Alten- und Pflegeeinrichtung

Haus A – Teil II	326
-------------------------------	------------

I. Prozess der Strategieentwicklung für die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A – Teil II	326
1. Entwicklung der Vision	327
2. Finalisierung der Strategieentwicklung	329
3. Etablierung der Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A als Marke	332
II. Prozess der Strategy-Map-Erstellung und Balanced-Scorecard- Entwicklung für die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A – Teil II	336
1. BSC-Prozess und Strategy Map	336
2. Finanzperspektive	348
3. Kundenperspektive	350
4. Prozessperspektive	352
5. Lern- und Entwicklungsperspektive	354

Kapitel L

Ziele, Projekte und Kennzahlen der Balanced-Scorecard- Perspektiven

I. Finanzperspektive	357
1. Kosten- und Erlöscontrolling	357
2. Kennzahlen als Steuerungsinstrument	360
II. Kundenperspektive	365
1. Interne Kommunikation mit Bewohnern und Angehörigen	365
1.1 Kommunikationstraining	365
1.2 Beschwerdemanagement	370
2. Externe Kommunikation	372
2.1 Öffentlichkeitsarbeit	372
2.2 Hausprospekt	374
2.3 Internet-Auftritt	376
III. Prozessperspektive	377
1. Teambesprechungen	377
2. Pflegevisite, Pflegestandards und MDK-Prüfung	378
3. Konzept Beschäftigungstherapie	381
IV. Lern- und Entwicklungsperspektive	383
1. Mitarbeiterfeedbackgespräche	383
2. Mitarbeiteraus- und -weiterbildung	393
3. Etablierung einer Besprechungskultur	394
V. Ziele, Projekte und Kennzahlen der vier BSC-Perspektiven	396

Kapitel M	
Evaluierende Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung – Teil II:	
Vorgehensweise und Analyse	398
I. Problemdefinition	398
1. Ausgangslage	398
2. Festlegung der Forschungsziele für die zweite Befragung	399
II. Design und Hypothese	401
1. Parallelisierung der Stichproben	401
2. Hypothese	403
III. Erhebung Teil II Vorgehensweise	403
1. Interview ausgewählter Bewohner mittels eines standardisierten Fragebogens.....	403
2. Angehörigenbefragung mittels eines standardisierten Fragebogens.....	405
3. Mitarbeiterbefragung mittels eines standardisierten Fragebogens ..	407
IV. Analyse Teil II	409
1. Aufbereitung der Daten.....	409
2. Resultate der Befragung.....	410
3. Kommunikation der Befragungsergebnisse	414
4. Diskussion der Hypothese	414
V. Resümee Teil II.....	417
Kapitel N	
Darstellung der Balanced Scorecard für Haus A.....	420
I. Finanzperspektive.....	420
II. Kundenperspektive.....	422
III. Prozessperspektive	424
IV. Lern- und Entwicklungsperspektive	426
V. Beantwortung der Forschungsfragen und Resümee	428
Kapitel O	
Schlussbetrachtung und Ausblick.....	431
Anlagen.....	437
Literaturverzeichnis.....	510

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AEDL	Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens
Az.	Aktenzeichen
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
Bd.	Band
BFS	Bank für Sozialwirtschaft
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BOLSA	Bonner Längsschnittstudie
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BRI	Begutachtungsrichtlinien
BSC	Balanced Scorecard
BSG	Bundessozialgericht
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BUKO	Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Pflege- und Gesundheitswesen e.V.
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CD	Compact Disc
CI	Corporate Identity
CWQC	Company-wide-Quality-Control
d. h.	das heißt
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität
DGTA	Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse
DIN EN	Deutsche Industrie Norm(en)
DIN	Deutsches Institut für Normung
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
Dr.	Doktor
DVD	Digital Versatile Disc
EATA	Europäische Gesellschaft für Transaktionsanalyse
EFQM	European Foundation for Quality Management
EKD	Evangelische Kirche Deutschland
EQA	European Quality Award
et al.	et alii (lat. und andere)
etc.	et cetera
e. V.	eingetragener Verein
f&w	Führen und Wirtschaften
f.	folgende Seite
ff.	fortfolgende Seiten
FMEA	Fehlermöglichkeits- und -einflussanalyse
FRAP	Frequenz-Relevanz-Analyse für Probleme
ggf.	gegebenenfalls
HeimG	Heimgesetz
HeimindBauV	Heimindestbauverordnung

HeimwV	Heimmitwirkungsverordnung
HeimPersV	Heimpersonalverordnung
HRI	Härtefallrichtlinien
Hrsg.	Herausgeber
i. d. R.	in der Regel
i.V.m.	in Verbindung mit
ISO	Internationale Organisation für Normung
ITAA	Internationale Gesellschaft für Transaktionsanalyse
Jg.	Jahrgang
JUSE	Japanese Union of Scientists and Engineers
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KIQ	Konzertierte Initiative zur Qualitätsentwicklung von Pflege und Betreuung
ku	Krankenhaus Umschau
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
LQV	Leistungs- und Qualitätsvereinbarung
lt.	laut
MBNQA	Malcolm Baldrige National Quality Award
MDK	Medizinischer Dienst der Pflegekassen
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
MW	Mittelwert
NPO	Non-Profit-Organisation
o.k.	okay
o.V.	ohne Verfasser
PBV	Pflege-Buchführungs-Verordnung
PfIRi	Pflegebedürftigkeits-Richtlinien
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
PR	Public Relation
Prof.	Professor
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragter
QZ	Qualitätszirkel
S.	Seite
s.	siehe
s.o.	siehe oben
SGB	Sozialgesetzbuch
TA	Transaktionsanalyse
TEUR	Tausend Euro
TQM	Total-Quality-Management
u.	und
u.a.	unter anderem/und andere
u.U.	unter Umständen
überarb.	Überarbeitet(e)
USP	Unique Selling Proposition
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
zzgl.	zuzüglich

Abbildungsverzeichnis

Abb. B-1:	Strukturdiagramme einer Persönlichkeit	34
Abb. B-2:	Beispiel für eine parallele Transaktion	35
Abb. B-3:	Beispiel für eine Komplementär-Transaktion	36
Abb. B-4:	Beispiel für eine Überkreuz-Transaktion	37
Abb. B-5:	Beispiel für eine doppelbödige Transaktion	38
Abb. B-6:	Schema eines allgemeinen Kommunikationssystems	43
Abb. B-7:	Kommunikationsprozess	44
Abb. B-8:	Internes Marketing für Dienstleistungsunternehmen	66
Abb. B-9:	Instrumente und Mittel der Unternehmenskommunikation für Dienstleistungsunternehmen	69
Abb. D-1:	Auf Alten- und Pflegeeinrichtungen adaptiertes Strukturmodell zur Klassifizierung der Altenheimqualität	122
Abb. D-2:	Ansätze zur Messung der Dienstleistungsqualität	125
Abb. D-3:	Hauptcharakteristika des TQM	131
Abb. D-4:	Regelkreis des Qualitätsmanagements	133
Abb. D-5:	EFQM-Modell für Excellence	135
Abb. E-1:	Lange Reihen – Bevölkerung nach Altersgruppen – Deutschland	141
Abb. E-2:	Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland	144
Abb. E-3:	Trägerschaft der Alten- und Pflegeeinrichtungen	146
Abb. E-4:	Pflegestufenverteilung in der stationären Altenhilfe	146
Abb. E-5:	Personal in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen nach Tätigkeitsbereichen	146
Abb. E-6:	Darstellung der Beschäftigungsverhältnisse in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen	147

Abb. E-7:	Inhalte des Sozialgesetzbuches Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung	149
Abb. E-8:	Die LQV als Bestandteil von Verträgen und Vereinbarungen	158
Abb. E-9:	Pflegebedürftigkeit – Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen.....	160
Abb. E-10:	Personalrichtwerte des Landes Niedersachsen.....	165
Abb. F-1:	Ziele und Kennzahlen abgeleitet aus der Vision und Strategie des Unternehmens	178
Abb. F-2:	Messung/Bewertung strategischer finanzwirtschaftlicher Themen	187
Abb. F-3:	Die interne Prozessperspektive – das generische Wertkettenmodell.....	197
Abb. F-4:	Dach und Säulen des Prozessmanagements.....	204
Abb. F-5:	Ein kundenorientiertes Unternehmensmodell	205
Abb. F-6:	Prozesslandschaft einer Alten- und Pflegeeinrichtung	207
Abb. F-7:	Verknüpfung des EFQM-Modells für Excellence mit der Balanced Scorecard	222
Abb. F-8:	Funktionen und Charakteristika des EFQM- und des Balanced-Scorecard-Ansatzes	224
Abb. G-1:	Organigramm der Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A.....	233
Abb. H-1:	Fünf Phasen eines Forschungsprozesses.....	242
Abb. H-2:	Pretest/Posttest-Designs für eine und zwei Untersuchungsgruppen	255
Abb. H-3:	Pretest/Posttest-Design mit Parallelisierung.....	257
Abb. I-1:	Terminplan.....	271
Abb. I-2:	Horváth & Partners-Schalenmodell zur Strukturierung der Strategieinhalte.....	273

Abb. I-3:	Preisvergleich der Alten- und Pflegeeinrichtungen im Einzugsbereich des Hauses A.....	278
Abb. I-4:	Subskalen der Fragebögen mit Crohnbachs Alpha	291
Abb. I-5:	Befragungs- und Interventionsdesign	292
Abb. I-6:	Übersicht der befragten Bewohner – Haus A und Haus B	296
Abb. I-7:	Übersicht der befragten Angehörigen – Haus A und Haus B	298
Abb. I-8:	Übersicht der befragten Mitarbeiter – Haus A und Haus B	299
Abb. I-9:	Gründe für die Einrichtungsauswahl der Bewohner 2004 absolut und in %	302
Abb. I-10:	Auswertung der Bewohnerbefragung 2004	303
Abb. I-11:	Gründe für Bewohnerzufriedenheit 2004 absolut und in % ...	304
Abb. I-12:	Mittelwert der Bewohnerzufriedenheit 2004.....	305
Abb. I-13:	Gründe für die Einrichtungsauswahl 2004 der Angehörigen absolut und in %	307
Abb. I-14:	Auswertung der Angehörigenbefragung 2004	308
Abb. I-15:	Gründe für Angehörigenzufriedenheit 2004 absolut und in %	309
Abb. I-16:	Mittelwert der Angehörigenzufriedenheit 2004	310
Abb. I-17:	Auswertung der Bewohner- und Angehörigenbefragung Haus A 2004.....	312
Abb. I-18:	Auswertung der Bewohner- und Angehörigenbefragung Haus B 2004.....	313
Abb. I-19:	Gründe für die Einrichtungsauswahl durch Mitarbeiter 2004 absolut und in %	314
Abb. I-20:	Auswertung der Mitarbeiterbefragung 2004.....	315

Abb. I-21:	Gründe für Mitarbeiterzufriedenheit 2004 absolut und in %...317
Abb. I-22:	Mitarbeitereinschätzung der Gründe für Bewohnerzufriedenheit 2004 absolut und in %.....318
Abb. I-23:	Mittelwert der eingeschätzten Bewohnerzufriedenheit durch die Mitarbeiter 2004319
Abb. I-24:	Haus A und Haus B: Bewohner-, Angehörigen und Mitarbeiterbefragung – Selbsteinschätzung durch den Vorstand und die Heimleitung 2004.....321
Abb. I-25:	Darstellung der ausgewählten 16 Items für die Überprüfung der Wirksamkeit des Interventionsprogramms.....323
Abb. K-1:	Markensteuerrad für das Haus A.....335
Abb. K-2:	Leitfragen und Ziele der BSC-Perspektiven.....337
Abb. K-3:	Strategy Map Haus A343
Abb. K-4:	Strategy Map: Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge am Beispiel ‚Verbesserung der Kundenzufriedenheit‘345
Abb. K-5:	Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A BSC – Finanzperspektive 2005.....349
Abb. K-6:	Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A BSC – Kundenperspektive 2005351
Abb. K-7:	Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A BSC – Prozessperspektive 2005353
Abb. K-8:	Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A BSC – Lern- und Entwicklungsperspektive 2005355
Abb. L-1:	Beschäftigungstherapeutische Angebote382
Abb. L-2:	Ziele, Projekte und Kennzahlen der vier BSC-Perspektiven..397
Abb. M-1:	Befragungs- und Interventionsdesign402
Abb. M-2:	Pretest/Posttest-Design mit Parallelisierung.....402
Abb. M-3:	Übersicht der befragten Bewohner – Haus A und Haus B – 1. und 2. Befragung.....405

Abb. M-4:	Übersicht der befragten Angehörigen – Haus A und Haus B – 1. und 2. Befragung.....	406
Abb. M-5:	Übersicht der befragten Mitarbeiter – Haus A und Haus B – 1. und 2. Befragung.....	408
Abb. M-6:	Darstellung der Befragungsergebnisse zweite versus erste Befragung	411
Abb. M-7:	Ergebnisvergleich 2004 und 2005 im Haus A und Haus B	413
Abb. M-8:	Haus A und Haus B: Status der für die BSC ausgewählten Kennzahlen aus der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung in 2004.....	415
Abb. M-9:	Haus A und Haus B: Vergleich der der BSC-Kennzahlen für 2005	416
Abb. N-1:	Haus A Finanzperspektive 2005.....	421
Abb. N-2:	Haus A Kundenperspektive 2005	423
Abb. N-3:	Haus A Prozessperspektive 2005.....	425
Abb. N-4:	Haus A Lern- und Entwicklungsperspektive 2005	427
Abb. O-1:	Vorteile der Implementierung einer BSC	435

Anlagenverzeichnis

Anlage I:	Bewohnerfragebogen.....	438
Anlage II:	Angehörigenfragebogen.....	444
Anlage III:	Mitarbeiterfragebogen.....	450
Anlage IV:	Haus A Statistische Auswertung der Befragungsergebnisse 2004 Häufigkeiten, Mittelwert, Median, Standardabweichung, Varianz, Korrelationsanalyse.....	458
Anlage V:	Haus B Statistische Auswertung der Befragungsergebnisse 2004 Häufigkeiten, Mittelwert, Median, Standardabweichung, Varianz, Korrelationsanalyse.....	479
Anlage VI:	Statistische Auswertung Haus A und Haus B 2004 der ausgewählten Items der Balanced Scorecard.....	500
Anlage VII:	Konzept des Kommunikationstrainings im Haus A unter der Leitung von Frau Grieger-Langer.....	501
Anlage VIII:	Trainingskonzept zur Erarbeitung von Mitarbeiterfeedbackgesprächsbögen unter der Leitung von Frau Grieger-Langer im Haus A.....	503
Anlage IX:	Haus A Entwicklung der Mitarbeiterfeedbackgesprächsbögen.....	504
Anlage X:	Statistische Auswertung 2005 der ausgewählten Items der Balanced Scorecard.....	509

Kapitel A

Einleitung

I. Problemstellung

Die wachsenden Anforderungen an Alten- und Pflegeeinrichtungen, deren Ursprung sowohl in den veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen als auch in den Anforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen begründet ist, machen es für Alten- und Pflegeeinrichtungen unumgänglich, ihre wirtschaftliche Steuerung an erwerbswirtschaftlichen Kriterien zu orientieren. Während die Kosten, die zu 80 % auf Personalkosten zurückzuführen sind, in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen sind, wurden die Vergütungen der Pflegekassen in den vergangenen Jahren kaum angepasst. Darüber hinaus sind die Anforderungen an die Qualität der Pflege stark angestiegen und eine Anpassung an die veränderten Bewohnerbedürfnisse, wie z. B. der höhere und z.T. veränderte Betreuungsaufwand demenziell erkrankter Menschen, fordert gut ausgebildete Mitarbeiter, die durch kontinuierliche Weiterbildung ihre Betreuungskompetenz ausbauen müssen.

BRUHN/MEFFERT stellen fest, dass „... *Unternehmen in Dienstleistungsmärkten einem besonderen Wettbewerb ausgesetzt sind.*“ (Bruhn/Meffert 2001, S. 3), der zurückzuführen ist auf eine zunehmende Intensität des „... *Qualitäts-, Preis-/Kosten- und Zeitwettbewerbs...*“ (Bruhn/Meffert 2001, S. 3). Dienstleistungsanbieter stehen vor der Aufgabe, die Anforderungen ihrer Kunden zu erfüllen und sich von den Leistungen der Wettbewerber zu unterscheiden, damit die Kunden eine Präferenz für die Dienstleistung bilden. BRUHN/MEFFERT gehen davon aus, dass gegen Ende der 90er Jahre/Anfang 2000 eine neue Phase des Dienstleistungsmanagements begonnen hat, die als „... *Phase der integrativen Qualitäts- und Profitabilitätsorientierung.*“ (Bruhn/Meffert 2001, S. 8) bezeichnet werden kann.

„Es wird zunehmend erkannt, dass die Qualitäts- und Zufriedenheitsaspekte essenziell für ein erfolgreiches Dienstleistungsmanagement sind und hierbei eine direkte Verbindung zur Profitabilität der Unternehmen aufgezeigt werden muss.“

(Bruhn/Meffert 2001, S. 8).

Diese neue Ausrichtung erfordert strategische Unternehmensentscheidungen, die das Erfolgspotenzial des Dienstleistungsunternehmens langfristig ausbauen können. Um fundierte strategische Entscheidungen für die Ausrichtung eines Dienstleistungsanbieters treffen zu können, werden Informationen über die Wahrnehmung und Bewertung der angebotenen Dienstleistung durch die Kundengruppen benötigt, um

„... das Leistungsangebot im Wettbewerbsumfeld gezielt zu positionieren, um sich dadurch beim Nachfrager konsequent gegenüber der Konkurrenz zu profilieren. Diese Profilierung erfolgt – neben anderen Profilierungsdimensionen wie Innovation, Markierung oder auch Kosten – über die Qualität der Leistung.“

(Bruhn/Meffert 2001, S. 11).

Die Balanced Scorecard (BSC), die in den 90er Jahren von KAPLAN/NORTON als Managementinstrument für die Steuerung von Industrieunternehmen entwickelt wurde und seitdem erfolgreich eingesetzt wird, stellt besonders für Non-Profit-Organisationen (NPO) einen idealen Rahmen für die Strategieentwicklung und -formulierung sowie für die Übersetzung der Strategie in Ziele, Projekte und Kennzahlen für die BSC-Perspektiven dar. Die BSC erweitert Performance-Measurement-Systeme, die sich nur an finanziellen Kennzahlen orientieren, um Kennzahlen aus drei weiteren Perspektiven, die die Unternehmensleistung aus Kundensicht, aus Sicht der internen Prozesse und aus der Sicht der Lern- und Entwicklungsperspektive bewerten.

„Die BSC kann auch staatlichen und Non-Profit-Organisationen eine klare Richtung geben sowie Motivation und Verantwortungsgefühl fördern. In solchen Organisationen ist die BSC Ausdruck des Zwecks ihrer Existenz (die Bedienung von

Kunden/Bürgern, nicht einfach die Einhaltung von Finanzplänen) und vermittelt externen Parteien und internen Mitarbeitern die Ergebnisse und Leistungstreiber, mit deren Hilfe die Organisation ihre Mission und strategischen Zielsetzungen erfüllen wird.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 181).

KAPLAN/NORTON betonen, dass „... die Möglichkeiten, die sich durch die BSC für die Verbesserung des Managements von staatlichen und Non-Profit-Organisationen ergeben, wahrscheinlich noch viel größer...“ (Kaplan/Norton 1997, S. 173) sind als für Industrieunternehmen. Die Steuerung von NPOs kann nicht ausschließlich auf der Basis von finanziellen Kennzahlen erfolgen, da ihr Unternehmenszweck nicht die Erreichung eines vorgegebenen Gewinns ist.

„Schon allein die finanzielle Perspektive verschafft gewinnorientierten Unternehmen klare, langfristige Ziele, während sie für staatliche und Non-Profit-Organisationen eine Einschränkung und keinen Zielfaktor darstellt.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 173).

Für eine NPO ist die Erfüllung der Mission der Ausgangspunkt für die Entwicklung der Strategie und stellt den Rahmen dar, der für Unternehmen aus dem privaten Sektor bereits durch die Erreichung wirtschaftlicher Zielsetzungen vorgegeben ist (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 181). Die Mission „... definiert die Bestimmung der Organisation – warum sie existiert.“ (Niven 2003, S. 109). Basierend auf der Mission müssen NPOs eine Vision für ihre Organisation entwickeln, die beschreibt, wie sich die Organisation entwickeln will und welches Ziel sie mittelfristig, d. h. in den nächsten drei bis fünf Jahren, realisieren will.

„Ein Visionsstatement legt anschaulich fest, was die Organisation letztendlich werden will – das kann in 5, 10 oder 15 Jahren sein. Dieses Statement sollte nicht abstrakt sein – es sollte ein möglichst konkretes Bild des angestrebten Zustandes entwerfen und auch die Basis für die Strategie- und Zielformulierung liefern. Eine effiziente Vision vermittelt jedem innerhalb der Organisation

ein mentales Raster, das der häufig abstrakten, vor uns liegenden Zukunft Kontur gibt.“

(Niven 2003, S. 121).

Für die vier Perspektiven formulieren KAPLAN/NORTON die folgenden Fragen:

„Wie sollen wir gegenüber Teilhabern auftreten, um finanziellen Erfolg zu haben?

Wie sollen wir gegenüber unseren Kunden auftreten, um unsere Vision zu verwirklichen?

Wie können wir unsere Veränderungs- und Wachstumspotentiale fördern, um unsere Vision zu verwirklichen?

In welchen Geschäftsprozessen müssen wir die besten sein, um unsere Teilhaber und Kunden zu befriedigen?“

(Kaplan/Norton 1997, S. 9)

Die BSC scheint für den Einsatz in Alten- und Pflegeeinrichtungen besonders geeignet zu sein, da sie die Kunden- und die Lern- und Entwicklungsperspektive einbezieht. Die Verbindung zwischen Kundenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit für den Dienstleistungsbereich ist nachgewiesen (vgl. Bruhn/Meffert 2001, S. 17). Die Bewohner, die eine Kundengruppe darstellen, sind am Dienstleistungserstellungsprozess beteiligt, und die Interaktion des Mitarbeiters mit den Bewohnern stellt eine wichtige Facette der Dienstleistungsqualität dar. Dienstleistungsqualität wird von BRUHN definiert als

„... die Fähigkeit eines Anbieters, die Beschaffenheit einer primär intangiblen und der Kundenbeteiligung bedürfenden Leistung gemäß den Kundenerwartungen auf einem bestimmten Anforderungsniveau zu erstellen. Sie bestimmt sich aus der Summe der Eigenschaften bzw. Merkmale der Dienstleistung, bestimmten Anforderungen gerecht zu werden.“

(Bruhn 2004, S. 34).

Da Bewohner i. d. R. medizinische Laien sind und daher die fachliche Qualität der Pflege nicht fundiert bewerten können, erfolgt die Bewertung häufig auf der Basis der wahrgenommenen Kommunikationsqualität. Der Kommunikation zwischen Bewohnern und Mitarbeitern kommt somit eine besondere Bedeutung zu, da sie die Bewohnerzufriedenheit entscheidend beeinflusst.

Da Alten- und Pflegeeinrichtungen eine Dienstleistung anbieten, deren Qualitätsbewertung von unterschiedlichen Kundengruppen wie Bewohnern, Angehörigen, Pflegekassen, Sozialämtern, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen sowie von Teilen der interessierten Öffentlichkeit wie z. B. von Ärzten, Krankenhäusern, kirchlichen Einrichtungen vorgenommen wird, ist es für Alten- und Pflegeeinrichtungen unerlässlich, detaillierte Kenntnisse über die Bewertungsmaßstäbe dieser Gruppen zu erhalten und diesen Gruppen die Besonderheit ihrer Dienstleistung im Vergleich zu Wettbewerbern zu vermitteln. Eine detaillierte Analyse der Kundenanforderungen sowie der Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit kombiniert mit einer Analyse der Wettbewerbssituation stellt die Ausgangsbasis für die Entwicklung einer Wettbewerbsstrategie dar.

Für die Formulierung einer Wettbewerbsstrategie ist es notwendig, die Facette der Dienstleistungsqualität, in der sich die Alten- und Pflegeeinrichtung von ihren Wettbewerbern unterscheidet, zu benennen. Dieses Alleinstellungsmerkmal, das als Unique Selling Proposition (USP) bezeichnet wird, sollte auch in der Kommunikation mit Kunden und der Öffentlichkeit hervorgehoben werden, um die Besonderheit der Leistung im Bewusstsein zu verankern (vgl. Nieschlag/Dichtl/Hörschgen 1997, S. 90, vgl. Meyer/Blümelhuber 2001, S. 389).

„Der Leistungsvorteil muss dabei nicht unbedingt real gegeben sein; wichtig ist, dass der Kunde den Vorteil als solchen wahrnimmt beziehungsweise empfindet.“

(Meyer/Blümelhuber 2001, S. 389).

Über den Einsatz der BSC in NPOs liegen bisher kaum konkrete Konzepte und Erfahrungsberichte vor (vgl. Kapitel F, Abschnitt VII). *„Systematische Aufarbeitungen von BSC-Anwendungen im öffentlichen und Non-Profit-Bereich sind in der Literatur relativ selten und weit verstreut, Gesamtdarstellungen sind eher unterrepräsentiert.“* (Scherer/Alt 2002, S. V). Auch eine Befragung der Universität Mannheim, die 2003 durchgeführt wurde und an der 340 Einrichtungen der Alten-, Jugend- und Behindertenhilfe sowie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen teilgenommen haben, kommt zu dem Ergebnis, dass lediglich 30 Einrichtungen angegeben haben, dass sie mit der BSC arbeiten (vgl. Greiling/Eppel 2004, S. 6).

II. Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Die Recherche, die von den Verfasserinnen zum Stand des Einsatzes der BSC in Alten- und Pflegeeinrichtungen durchgeführt wurde, ergab, dass keine detaillierten Erfahrungsberichte vorliegen. Der Einsatz der BSC in privatwirtschaftlichen Unternehmen hingegen ist seit den 90er Jahren belegt und auf den NPO-Bereich mit vorzunehmenden Modifikationen übertragbar (vgl. Niven 2003, S. 395). Da KAPLAN/NORTON zu der Einschätzung gelangen, dass der Einsatz der BSC in NPOs die Möglichkeit bietet, das Management dieser Unternehmen erheblich zu verbessern, beschäftigt sich diese Studie mit der Erarbeitung, Implementierung und Erfolgsmessung einer BSC für eine Alten- und Pflegeeinrichtung.

Die Zielsetzung dieser Studie ist die Beantwortung der folgenden Forschungsfragen, die für diese Studie formuliert wurden:

- Ist die Balanced Scorecard ein geeignetes Instrument für die Steuerung einer Alten- und Pflegeeinrichtung?
- Welchen Beitrag leistet der Einsatz einer Balanced Scorecard zur Entwicklung und Erreichung der strategischen Ziele?

Die vorliegende Studie ist als Evaluationsstudie durchgeführt worden. Aufgrund der Definitionsvielfalt des Begriffs ‚Evaluation‘ wird für diese Arbeit eine Aufstellung der Kennzeichen wissenschaftlicher Evaluation im Sinne einer Arbeitsdefinition verwendet. WOTTAWA/THIERAU stellen die folgenden Kennzeichen für Evaluation zusammen:

„Ein allgemeiner Konsens, der hier auch schon durch die Wortwurzel von „Evaluation“ vorgezeichnet ist, liegt darin, daß alle solche Tätigkeiten etwas mit „Bewerten“ zu tun haben. Evaluation dient als Planungs- und Entscheidungshilfe und hat somit etwas mit der Bewertung von Handlungsalternativen zu tun.

Evaluation ist ziel- und zweckorientiert. Sie hat primär das Ziel, praktische Maßnahmen zu überprüfen, zu verbessern oder über sie zu entscheiden.

Es besteht im wissenschaftlichen Sprachgebrauch ebenfalls Konsens darüber, daß Evaluationsmaßnahmen dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Techniken und Forschungsmethoden angepaßt sein sollten.“

(Wottawa/Thierau 1998, S. 14).

Für Evaluationsstudien wird nach eindeutiger Zielexplication festgelegt, welches Evaluationsobjekt betrachtet werden soll. Dabei handelt es sich bei dieser Studie um das entwickelte Interventionsprogramm, das die Realisierung der erarbeiteten Strategie unterstützen soll. Im Anschluss daran wird festgelegt, ob eine Labor- oder Felduntersuchung durchgeführt wird.¹ Diese Studie wurde als Felduntersuchung durchgeführt. In der Planungsphase wird darüber hinaus festgelegt, welches Evaluationsmodell eingesetzt werden soll.² Die zwei unterschiedlichen Ansätze – formative und

¹ *„Laboruntersuchungen legen besonderen Wert auf die Kontrolle bzw. Ausschaltung untersuchungsbedingter Störvariablen, Felduntersuchungen finden demgegenüber in „natürlichen“, im Zuge des Forschungsprozesses kaum veränderten Umgebungen statt.“* (Bortz/Döring 2002, S. 60).

² WOTTAWA/THIERAU weisen darauf hin, dass eine Vielzahl von Evaluationsmodellen entstanden ist und dass die Unterscheidung in formative und summative Evaluation die wichtigste Unterscheidung darstellt (vgl. Wottawa/Thierau 1998, S. 63).

summative Evaluation – unterscheiden sich nach dem Zeitpunkt, an dem sie stattfinden (vgl. Wottawa/Thierau 1998, S. 56).

„Die summative Evaluation beurteilt zusammenfassend die Wirksamkeit einer vorgegebenen Intervention, während die formative Evaluation regelmäßig Zwischenergebnisse erstellt, mit dem Ziel, die laufende Intervention zu modifizieren oder zu verbessern.“

(Bortz/Döring 2002, S. 113).

Bei der vorliegenden Evaluationsstudie, in deren Verlauf eine Intervention entwickelt und durchgeführt wurde, ist sowohl eine formative Evaluation als auch eine summative Evaluation durchgeführt worden, um prozessbegleitend Verbesserungspotenziale zu identifizieren und die Intervention ggf. zu modifizieren sowie die Intervention abschließend zu bewerten (vgl. Wottawa/Thierau 1998, S. 63).

Diese Studie ist gegliedert in 13 Kapitel und wird ergänzt durch ein Einleitungskapitel und ein Kapitel für die Schlussbetrachtung und den Ausblick. Die ersten sieben Kapitel erläutern den theoretischen Hintergrund für die ab Kapitel I dargestellte empirische Studie.

Kapitel B stellt die Grundlagen der Kommunikation vor, da der Kommunikation sowohl im Dienstleistungserstellungsprozess als auch im Rahmen der BSC-Entwicklung und -Implementierung eine zentrale Bedeutung zukommt. Das Kapitel erläutert den Kommunikationsbegriff und stellt den kommunikationswissenschaftlichen Ansatz von WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON vor sowie die Transaktionsanalyse nach BERNE. Ergänzend werden in dem Kapitel die Theorieperspektiven von Kommunikation von SHANNON/WEAVER und HABERMAS dargestellt. Der abschließende fünfte Abschnitt stellt die Besonderheiten von Kommunikation in Alten- und Pflegeeinrichtungen dar.

Das Kapitel C beschäftigt sich mit dem Thema ‚Soziologie und Psychologie des Alterns‘, und stellt neben ausgewählten Alterstheorien den soziologischen und psychologischen Aspekts des Alterns vor. Das Kapitel wird ergänzt durch einen Abschnitt, der die Verbindung zwischen Altern und der Gesellschaft herstellt. Der dritte Abschnitt stellt einen Bezug zwischen Alten- und Pflegeeinrichtungen und der Gesellschaft her und beschäftigt sich mit der Bedeutung des Aspekts ‚Wohnen im Alter‘ und der Umsiedlung in eine Alten- und Pflegeeinrichtung.

In Kapitel D werden die Grundlagen und die Bedeutung des Qualitätsmanagements für Alten- und Pflegeeinrichtungen vorgestellt. Der erste Abschnitt stellt den Stand der Qualitätsdiskussion in Alten- und Pflegeeinrichtungen vor und wird im zweiten Abschnitt ergänzt durch eine Definition des Begriffs der ‚Dienstleistungsqualität‘, die um das Kategorienmodell von DONABEDIAN ergänzt wird. Der abschließende vierte Abschnitt stellt ausgewählte Qualitätskonzepte wie das Total-Quality-Management und das EFQM-Modell für Excellence³ vor.

Das Kapitel E ergänzt die theoretische Darstellung um die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Eckpunkte der stationären Altenhilfe. Der erste Abschnitt stellt die demografische Entwicklung dar und erläutert die zehnte koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des STATISTISCHEN BUNDESAMTES mit ihren Auswirkungen auf den Altenpflegemarkt der Zukunft. Die folgenden vier Abschnitte stellen die gesetzlichen Rahmenbedingungen des ‚Sozialgesetzbuches Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung – SGB XI‘ dar und werden ergänzt durch die gesetzlichen Qualitätsvorgaben für Alten- und Pflegeeinrichtungen.

Das Kapitel F stellt die theoretischen Grundlagen der BSC nach KAPLAN/NORTON vor. Die Darstellung der vier BSC-Perspektiven –

³ European Foundation for Quality Management (EFQM)

Finanz-, Kunden-, Prozess- und Lern- und Entwicklungsperspektive – wird erweitert um eine Erörterung der Bedeutung der Perspektiven für Alten- und Pflegeeinrichtungen. Der vierte Abschnitt stellt eine Verbindung zwischen der BSC und dem EFQM-Modell für Excellence her.

Im folgenden Kapitel G werden die zwei Alten- und Pflegeeinrichtungen dargestellt, die im Rahmen dieser Studie betrachtet werden. Für diese Studie wurde ein Pretest-Posttest-Design mit zwei Untersuchungsgruppen verwendet. Dieses Design ermöglicht die Überprüfung kausaler Zusammenhänge, da sowohl die Ausgangssituation in beiden Untersuchungsgruppen als auch das Ergebnis nach Intervention in beiden Gruppen erhoben wird (vgl. Bungard/Holling/Schultz-Gambard 1996, S. 55). Aus der Abweichung der Posterhebung im Vergleich zur Präerhebung wird eine Aussage über die Wirksamkeit des Interventionsprogramms abgeleitet.

Das Kapitel H, das als Exkurs zum Thema Evaluation und Forschungsmethode ergänzt wurde, erläutert den theoretischen Hintergrund zum Vorgehen der Studie.

Die darauffolgenden sechs Kapitel stellen den empirischen Teil der Studie dar.

Das Kapitel I erläutert die Vorgehensweise des ersten Teils der Strategie- und BSC-Entwicklung für das Haus A.

Im Anschluss daran wird im Kapitel J die Befragung der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter sowohl in Haus A als auch in Haus B als Erhebung der Ist-Situation in beiden Einrichtungen vorgestellt. Um eine fundierte Basis für die Strategieentwicklung zu erhalten, wurden im Rahmen dieser Studie sowohl die Kundengruppe der Bewohner als auch die Kundengruppe der Angehörigen befragt. Die Befragung der Mitarbeiter stellt wegen der engen Verbindung zwischen Bewohner- und Mitarbeiterzufriedenheit eine Ergänzung dar, die die Bewertung der Ist-

Situation komplettiert. Da für die spezielle Fragestellung der Studie kein Befragungsinstrument zur Verfügung stand, entwickelten die Verfasserinnen ein Befragungsinstrument für diese Studie. Das Kapitel wird abgeschlossen mit der Analyse der Ergebnisse der ersten Befragung.

Das darauffolgende Kapitel K beschreibt den zweiten Teil der Strategie- und BSC-Entwicklung für das Haus A, da die Finalisierung erst nach Vorlage der Befragungsergebnisse der ersten Befragung möglich war. In dem Kapitel werden die Interventionsmaßnahmen vorgestellt, die auf Basis der erarbeiteten Strategie und der Befragungsergebnisse durchgeführt werden sollen, um die Strategierealisierung zu unterstützen.

Das Kapitel L stellt die durchgeführten Interventionen vor. Das Interventionsprogramm wurde entwickelt für die Finanz-, Kunden-, Prozess- und Lern- und Entwicklungsperspektive.

In Kapitel M werden das Vorgehen der zweiten Befragung sowie die Analyse der Befragungsergebnisse dargestellt. Das Kapitel stellt auch die Beantwortung der Forschungsfragen vor.

Im Kapitel N wird die von den Verfasserinnen entwickelte Balanced Scorecard für das Haus A abschließend dargestellt. Darüber hinaus erfolgt die Beantwortung der Forschungsfrage.

III. Forschungskonzeption und -verlauf

Dieser Studie liegt als Forschungskonzeption die Evaluationsforschung zugrunde. Durchgeführt wurde eine Feldstudie, die als quasi-experimentelle Untersuchung natürliche Gruppen untersucht (vgl. Bortz/Döring 2002,

S. 117). Bei den natürlichen Gruppen handelt es sich um die beiden Alten- und Pflegeeinrichtungen – Haus A und Haus B.

Um die im Abschnitt II vorgestellten Forschungsfragen beantworten zu können, war es notwendig, eine empirische Forschung im Feld durchzuführen, um die Wirksamkeit der Intervention belegen zu können.

„Felduntersuchungen finden „im Feld“ statt, d. h. in einer vom Untersucher möglichst unbeeinflussten, natürlichen Umgebung wie beispielsweise einer Fabrik, einer Schule, einem Spielplatz einem Krankenhaus usw. Der Vorteil dieser Vorgehensweise liegt darin, daß die Bedeutung der Ergebnisse unmittelbar einleuchtet, weil diese ein Stück unverfälschter Realität charakterisieren (hohe externe Validität). Dieser Vorteil geht allerdings zu Lasten der internen Validität, denn die Natürlichkeit des Untersuchungsfeldes bzw. die nur bedingt mögliche Kontrolle störender Einflußgrößen läßt häufig mehrere gleichwertige Erklärungsalternativen der Untersuchungsbefunde zu.“

(Bortz/Döring 2002, S. 60).⁴

Das ausgewählte Pretest-Posttest-Design, das zwei Untersuchungsgruppen vorsieht – eine Gruppe, in der eine Intervention stattfindet, und eine Gruppe, in der keine Intervention stattfindet – stellt nach BUNGARD/HOLLING/SCHULTZ-GAMBARD ein Design dar, das die Überprüfung kausaler Zusammenhänge ermöglicht (vgl. Bungard/Holling/Schultz-Gambard 1996, S. 55). Da die Befragungen nur anonym durchgeführt werden konnten, war eine paarweise Zuordnung der Befragungsergebnisse aus der ersten und der zweiten Befragung nicht möglich. Die Stichproben wurden parallelisiert, d.h. Haus A und Haus B weisen in der Ausgangssituation in den für diese Studie relevanten Items aus der Befragung keinen signifikanten Unterschied auf. Die Wirksamkeit des

⁴ Laboruntersuchungen haben den Vorteil einer hohen internen Validität, da Störvariablen strikt kontrolliert werden und so die „... Veränderungen der abhängigen Variablen mit hoher Wahrscheinlichkeit ursächlich auf die unabhängigen Variablen zurückführen lassen. Die Unnatürlichkeit der Untersuchungsumgebung läßt es allerdings häufig fraglich erscheinen, ob die Ergebnisse auch auf andere „natürlichere“ Situationen generalisierbar sind.“ (Bortz/Döring 2002, S. 61).

Interventionsprogramms wird durch die signifikante Abweichung der Ergebnisse aus der zweiten Befragung abgeleitet. Bei diesem Testdesign handelt es sich um zwei unabhängige Stichproben. Verglichen wurden 16 Items aus den Befragungen.

Mit dieser Studie soll die Eignung der BSC als Steuerungskonzept für eine Alten- und Pflegeeinrichtung überprüft werden. Dazu ist es notwendig, die Wirksamkeit der Interventionen, die entwickelt und durchgeführt wurden, um die Strategie zu realisieren, zu überprüfen. Diese Überprüfung erfordert den Beweis der Wirksamkeit der Interventionen und somit einen kausalen Zusammenhang zwischen der Intervention und der Wirkung der Intervention. Evaluationsstudien werden häufig als Feldstudien durchgeführt, „... *in denen die Wirksamkeit der Maßnahme unter realen Bedingungen getestet wird,...*“ (Bortz/Döring 2002, S. 117). Ein Vorteil der Feldforschung ist die persönliche Teilnahme der Forschenden am Geschehen, denn sie „... *erleichtert es ihnen, neben der Beobachtung von Fremdverhalten auch Erfahrungen „am eigenen Leibe“ zu machen und somit die Perspektive der Handelnden besser zu verstehen.*“ (Bortz/Döring 2002, S. 338).

Diese Studie wurde in sechs Schritten durchgeführt, die nach BORTZ/DÖRING im Rahmen der Feldforschung notwendig sind:

- 1) Planung und Vorbereitung
- 2) Einstieg ins Feld
- 3) Agieren im Feld
- 4) Dokumentation der Feldtätigkeit
- 5) Ausstieg aus dem Feld
- 6) Auswertung und Ergebnisbericht

(vgl. Bortz/Döring 2002, S. 340).

Die erste Kontaktaufnahme zu den Alten- und Pflegeeinrichtungen, die im Rahmen dieser Studie untersucht werden, erfolgte im März 2004 durch die Verfasserinnen. In den ersten Vorgesprächen wurden zunächst der Hintergrund und die Zielsetzung der Studie erläutert sowie die Vorteile, die sich daraus für die beiden teilnehmenden Einrichtungen ergeben. An den

Vorgesprächen nahmen jeweils die Heimleitung, der Vorstandsvorsitzende der Einrichtung und die Verfasserinnen teil. Zusätzlich wurden der Terminplan und die Darstellung des Arbeitsaufwandes für die Einrichtungen erläutert. Da bereits in der Planungsphase für diese Studie vorgesehen war, eine umfangreiche Befragung der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter vorzunehmen, an der beide Einrichtungen spontan sehr interessiert waren, waren beide Einrichtungen bereit, an dieser Studie teilzunehmen.

Der Einstieg ins Feld erfolgte im Juni 2004 durch einen ersten Workshop in Haus A, an dem der Vorstand, die Heimleitung, die Wohnbereichsleitungen sowie die Verfasserinnen teilnahmen, in dem das Vorgehen der Studie detailliert erläutert wurde. Dieser erste Workshop, der von den Verfasserinnen moderiert wurde, stellte darüber hinaus den Ausgangspunkt für die Strategieentwicklung für das Haus A dar. Die Teilnehmer entwickelten ein Stärken-Schwächen-Profil für das Haus A und erste Ansatzpunkte für eine Vision. Der Feldeinstieg in Haus B erfolgte durch eine Informationsveranstaltung, an der der Vorstand, die Heimleitung, die Wohnbereichsleitungen und die Verfasserinnen teilnahmen. In Haus B wurden nur zwei Befragungen der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter durchgeführt.

In der dritten Phase wurden in Haus A drei weitere Workshops zur Strategiefinalisierung und Erarbeitung der BSC durchgeführt.

Da sich basierend auf den Erkenntnissen aus dem Strategieentwicklungsprozess spezielle Fragestellungen für die Befragung der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter entwickelten, wurde deutlich, dass ein standardisiertes Befragungsinstrument nicht einsetzbar ist. Die Verfasserinnen entwickelten daher ein Befragungsinstrument für die drei Befragungen und stimmten den Fragebogen mit dem Vorstand und der Heimleitung ab. Die ersten Befragungen in Haus A und Haus B fanden im September 2004 statt. Basierend auf den Ergebnissen und in Abstimmung mit den strategischen Zielsetzungen des Hauses A entwickelten die Verfasserinnen gemeinsam mit dem Vorstand und der Heimleitung des Hauses A ein Interventionsprogramm, das in der Zeit von November 2004 bis Oktober 2005 durchgeführt wurde (vgl. Kapitel L). Die zweite Befragung fand

in beiden Einrichtungen im November 2005 statt. Die Ergebnisse der zweiten Befragung wurden in beiden Einrichtungen im März 2006 vorgestellt. In Haus A wurde zusätzlich zur Ergebnispräsentation eine Evaluation des Gesamtprozesses vorgenommen. Die Feldtätigkeit wurde sowohl durch Workshopunterlagen als auch durch die Befragungsergebnisse und deren Analyse prozessbegleitend dokumentiert.

Kapitel B

Theoretische Grundlagen der Kommunikation für Alten- und Pflegeeinrichtungen

Die folgenden Ausführungen des zweiten Kapitels gliedern sich in fünf Abschnitte: Im ersten Abschnitt werden die Kommunikationswissenschaft und -forschung dargestellt. Darauf aufbauend definiert der zweite Abschnitt den Kommunikationsbegriff. Der dritte Abschnitt stellt die Grundlagen der Kommunikation dar, insbesondere die Kommunikationsgrundsätze von WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON sowie die Transaktionsanalyse nach BERNE. Die allgemeinen Theorieperspektiven von Kommunikation und der Prozess der Zeichenübertragung nach SHANNON/WEAVER sowie die ‚Theorie des kommunikativen Handelns‘ von HABERMAS und der ‚symbolische Interaktionismus‘ nach MEAD und BLUMER werden im vierten Abschnitt erläutert. Nach der Darstellung der allgemeinen Theorieaspekte von Kommunikation wird im Rahmen des fünften Abschnitts die Bedeutung von Kommunikation in einer Alten- und Pflegeeinrichtung dargestellt. Vorgestellt werden alle Kommunikationsprozesse, die innerhalb der Alten- und Pflegeeinrichtung stattfinden, sowie die Kommunikationsprozesse der Alten- und Pflegeeinrichtung mit der Öffentlichkeit. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Darstellung der Kommunikationsprozesse, die im Rahmen der Dienstleistungserstellung von entscheidender Bedeutung sind. Dazu werden besonders die Rolle der Bewohner und der Mitarbeiter sowie ihre Beziehung zueinander dargestellt. Außerdem wird die Kommunikation der Alten- und Pflegeeinrichtung mit dem Markt und mit seinen Mitarbeitern betrachtet.

I. Darstellung der Kommunikationswissenschaft und -forschung

1. Kommunikationswissenschaft als interdisziplinäre Sozialwissenschaft

Die Kommunikationswissenschaft ist ein relativ junges Wissenschaftsgebiet und bezieht ihre Theorien aus einer Reihe von Nachbardisziplinen wie der Soziologie, der Sozialpsychologie und der Sprachwissenschaften, sie ist „... ein interdisziplinäres Produkt der Geistes-, Human- und Sozialwissenschaften.“ (Krallmann/Ziemann 2001, S. 11).⁵

Das Modell sprachlicher Kommunikation von HABERMAS beinhaltet die drei Aspekte von Kommunikation:

- Miteinander (mindestens zwei Handlungspartner)
- Durch etwas (Sprache)
- Über etwas (innere Welt, äußere Welt, Gesellschaft).

(vgl. Habermas 1999, S. 413).⁶

Nach WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON ist nicht nur die Sprache, sondern alles Verhalten Kommunikation und die Kommunikationshandlung neben der Übertragung von Mitteilungen eine zwischenmenschliche Beziehung, die sich wechselseitig beeinflusst (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 23 f.).

Kommunikation ist allgegenwärtig, sie findet in allen sozialen Prozessen statt und ist aufgrund ihrer Vielfältigkeit von vielen Wissenschaftszweigen untersucht worden. Kommunikation ist

⁵ Die Bezeichnung Kommunikationswissenschaften wurde erstmals 1964 für einen in Nürnberg neu geschaffenen Lehrstuhl für Politik- und Kommunikationswissenschaften verwendet. Als Vorgänger sind die Zeitungswissenschaften – seit 1916 durch ein universitäres Institut verankert – und vor dem Zweiten Weltkrieg die Publizistik zu betrachten (vgl. Burkart/Hömberg 2004, S. 6).

⁶ An dieser Stelle wurde HABERMAS exemplarisch ausgewählt, um eine Definition für die folgenden Schritte dieser Arbeit zu formulieren. Eine umfassende Darstellung aller Kommunikationsmodelle ist an dieser Stelle aufgrund der Vielfältigkeit nicht möglich. Das Kapitel stellt einen Versuch dar, die für diese Arbeit wichtigen Grundlagen der Kommunikationswissenschaften darzustellen.

„... ganz offensichtlich eine Conditio sine qua non menschlichen Lebens und gesellschaftlicher Ordnung.“

(Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 13).

In der heutigen Gesellschaft, die in ihrer Informationsfülle für den Einzelnen kaum mehr zu überschauen ist, wird der Austausch von Informationen für Menschen immer wichtiger, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Die multikulturelle Gesellschaft, die für ihr Miteinander darauf angewiesen ist, dass unterschiedliche sozio-kulturelle Grundanschauungen miteinander in Beziehung treten, basiert auf der Individualkommunikation, d. h. der Kommunikation zwischen zwei Individuen (vgl. Krallmann/Ziemann 201, S. 1 f.).

„Die Bedeutung der Kommunikation ist nicht auf das individuelle Leben beschränkt; sie ist auch als die Kraft anzusehen, die den Zusammenhalt von Gruppen ermöglicht.“

(Hartley/Hartley 1955, S. 16).

Die Kommunikationsforschung hat ihren Ursprung in den USA und wird durch vier Personen begründet, die verschiedene Aspekte betrachtet haben. Neben LAZARFELD, einem Soziologen, LEWIN, einem Gestaltpsychologen und LASSWELL, einem Wirtschaftswissenschaftler, ist HOVLAND, ein Experimentalpsychologe, zu nennen.⁷

Auf Basis dieser Wurzeln hat sich die Kommunikationswissenschaft in Deutschland in der Zeit von 1949 bis heute von einer *„... historisch-hermeneutisch orientierten Publizistikwissenschaft zu einer empirisch-analytisch arbeitenden Sozialwissenschaft...“* (Maletzke 1984, S. 7) entwickelt.⁸

Nach MALETZKE orientiert sich die Auswahl der Forschungsthemen weniger an einem strategischen Ansatz als vielmehr an der Praxisrelevanz, den verfügbaren Methoden und den Interessen von Auftraggebern (vgl. Maletzke

⁷ Die Zusammenstellung der Begründer der Kommunikationsforschung erfolgte nach SCHRAMM und soll nur einen kurzen Überblick schaffen (vgl. Schramm 1971, S. 9-26).

⁸ Forschungsgegenstand ist sowohl die Individualkommunikation als auch die Massenkommunikation, die immer stärker an Bedeutung gewinnt (vgl. Maletzke 1984, S. 9 f.)

1981, S. 71 f.)⁹ Die Tatsache, dass die Erforschung von Kommunikation in vielen Disziplinen erfolgt, führt dazu, dass eine Fülle von „... *unterschiedlichen wie desintegrierten Ansätzen...*“ (Merten 1977, S. 9) entstanden ist und eine einheitliche Kommunikationstheorie nicht vorhanden ist.

Die theoretischen Überlegungen zur Kommunikation können in drei Gruppen eingeteilt werden:

- Naturwissenschaftliche bzw. kybernetische Kommunikationstheorien, die Kommunikation vor dem Hintergrund der Informationsverbreitung und -verarbeitung darstellen.
 - Sprachwissenschaftliche Kommunikationstheorien, die Kommunikation vor dem Hintergrund der Sprechhandlungen und Bedeutungen darstellen.
 - Sozialwissenschaftliche Kommunikationstheorien, die Kommunikation vor dem Hintergrund der Gesellschaft oder der Interaktion darstellen.
- (vgl. Krallmann/Ziemann 2001, S. 8).

2. Rahmenbedingungen der Kommunikationsforschung

Im ersten Abschnitt wurde die Bedeutung von Kommunikation in allen sozialen Prozessen dargestellt. Im methodologischen Bereich sind im Rahmen der Kommunikationsforschung einige Aspekte zu beachten:

⁹ Als Strategie definiert MALETZKE „... *das rationale, planmäßige Entwerfen und Setzen von Zielen sowie das Bestimmen der Wege und Mittel zum Erreichen der gesetzten Ziele...*“ (Maletzke 1980, S. 71) und kommt zu dem Ergebnis, dass die gegenwärtige Kommunikationsforschung strategielos ist (vgl. Maletzke 1980, S. 71).

- Profanität

Kommunikation ist alltäglich und allgegenwärtig und ist eine gewohnte Alltagserfahrung, die jeder jederzeit mit geringem Aufwand initiieren kann.¹⁰

„Und ebenso offensichtlich ist, dass der Mensch von den ersten Tagen seines Lebens an die Regeln der Kommunikation zu erlernen beginnt, obwohl diese Regeln selbst (...) ihm kaum jemals bewusst werden.“

(Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 13).

Funktionierende Kommunikation ist selten Forschungsgegenstand, der Schwerpunkt liegt auf gestörter Kommunikation und ihren Ursachen.

- Universalität

Kommunikation reicht in alle Bereiche des menschlichen Lebens und beeinflusst sie.

- Flüchtigkeit

Eine Kommunikationshandlung ist einmalig, sie findet zu einem bestimmten Zeitpunkt zwischen zwei oder mehr Individuen in einem bestimmten Rahmen statt und ist daher nicht reproduzierbar und somit als Forschungsgegenstand nur zum Zeitpunkt ihres Stattfindens verfügbar.¹¹

- Relationalität

Relationalität bedeutet, dass sich Kommunikation nicht als ein Objekt beschreiben lässt, sondern dass sie im Prozess entsteht und dynamisch ist.

- Unvermeidbarkeit

Sobald Kommunikationsprozesse begonnen haben, kennen sie keine Negation, d. h. auch das Nicht-Kommunizieren-Wollen muss durch Kommunikation vermittelt werden (vgl. Merten 1999, S. 15 f.).

¹⁰ „Gerade weil Kommunikation so einfach und ökonomisch einzusetzen ist, bleibt verdeckt, dass deren Analyse ungemeine Schwierigkeiten mit sich bringt.“ (Merten 1999, S. 15).

¹¹ Wird der Kommunikationsvorgang aufgezeichnet (z. B. Tonband- oder Videoaufnahme), dann steht er auch zu einem späteren Zeitpunkt für die Analyse zur Verfügung.

II. Kommunikationsbegriff

In der vorliegenden Arbeit wird die Kommunikation zwischen Menschen, und zwar innerhalb und außerhalb von Alten- und Pflegeeinrichtungen betrachtet.¹² Vor der detaillierten Erläuterung dieses Themas wird eine Definition des Begriffs Kommunikation ausgewählt, die den Begriff in seinen Grundzügen skizziert und dabei für diese Arbeit unmittelbar von Bedeutung ist.

Der Kommunikationsbegriff wird in der Literatur nicht einheitlich definiert, da die Definitionen jeweils vor dem Hintergrund verschiedener Wissenschaftsdisziplinen, die sich mit Kommunikation befassen, betrachtet werden.

Für die Definition des Begriffs Kommunikation hat MERTEN 160 Definitionen zusammengestellt, die unterschiedliche Aspekte der Kommunikation beschreiben (vgl. Merten 1977, S. 168 f.).

Aus dieser Anzahl von Definitionen können mehrheitlich übereinstimmende Inhalte zur Definition von Kommunikation extrahiert werden (vgl. Merten 1977, S. 36 f.).

- Kommunikation ist formal gesehen ein Prozess.
- Kommunikation ist inhaltlich die Transmission von etwas oder eine Reiz-Reaktions-Handlung.
- Strukturelle Elemente der Kommunikation sind: „... *Kommunikator (Sender, Adressat), Aussage (message, Adresse) und Rezipient (receiver, Empfänger, Adressat).*“

(Merten 1977, S. 37).

Im Rahmen dieser Arbeit wird die Definition von HABERMAS zugrunde gelegt. Der Begriff ‚kommunikatives Handeln‘ wird wie folgt definiert:

¹² Kommunikation kann auch weiter gefasst werden als Kommunikation von Mensch zu Tier oder von Tier zu Tier (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 63 f.).

„Der Begriff des kommunikativen Handelns setzt Sprache als Medium einer Art von Verständigungsprozessen voraus, in deren Verlauf die Teilnehmer, indem sie sich auf eine Welt beziehen, gegenseitig Geltungsansprüche erheben, die akzeptiert oder bestritten werden können.“

(Habermas 1999, S. 148).

Nicht nur Sprache wird in einem Kommunikationsprozess eingesetzt, zusätzlich werden Informationen über Körpersprache und nonverbale Kommunikation vermittelt.¹³

III. Grundlagen der Kommunikation

1. Kommunikationsgrundsätze nach WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON

Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels wurde der Begriff Kommunikation definiert und unterschiedliche Aspekte des Kommunikationsprozesses wurden dargestellt. Im Zentrum dieses Kapitels stehen ausgewählte Bereiche der Kommunikation, die Allgemeingültigkeit besitzen und somit auf jede Kommunikation zutreffen. Explizit werden hier die Überlegungen von WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON dargestellt.

Der kommunikationswissenschaftliche Ansatz von WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON basiert auf der Pragmatik der menschlichen Kommunikation (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 13), d. h. dass jede Kommunikation das Verhalten aller Teilnehmer beeinflusst. Ausgangspunkt des Ansatzes ist der Versuch, das Regelsystem, das menschliche Kommunikation beeinflusst, zu rekonstruieren. Dieses Regelsystem wird als ‚pragmatisches Kalkül‘ bezeichnet (vgl.

¹³ ARGYLE spricht in diesem Zusammenhang von der zentralen Rolle, die Körpersprache und nonverbale Kommunikation im menschlichen Sozialverhalten spielen (vgl. Argyle 2002, S. 13 f.).

Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 43). Die fünf Axiome des pragmatischen Kalküls stellen die Grundregeln der Kommunikation dar und werden bei erfolgreicher Kommunikation berücksichtigt und bei pathologischer gebrochen (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 44).

Nach WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON besteht ein Unterschied zwischen Kommunikation und Metakommunikation – der Kommunikation über Kommunikation (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 42). Eine einzelne Kommunikation wird als Mitteilung (message) bezeichnet, der wechselseitige Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren Personen als Interaktion (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 50).

Im Folgenden werden die fünf Axiome von WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON dargestellt.

„(1) Man kann nicht nicht kommunizieren.“

(Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 53).

Kommunikation besteht nicht nur aus Worten, sondern aus einer Vielzahl von Botschaften, die Menschen senden; dazu gehört das Verhalten in einer zwischenpersönlichen Situation, das Mitteilungscharakter hat. Die Körperhaltung, die Körpersprache und paralinguistische Phänomene, wie z. B. Tonfall, Sprechgeschwindigkeit, Pausen, Lachen, Seufzen, werden als Verhalten zusammengefasst. Diese Signale werden vom Kommunikationspartner wahrgenommen und interpretiert. Alles Verhalten von Menschen in einer zwischenpersönlichen Situation hat Mitteilungscharakter – egal wie sich Menschen verhalten, ob sie handeln oder nicht handeln, reden oder schweigen. Das Verhalten beeinflusst andere und diese können ihrerseits nicht nicht darauf reagieren.

„(2) Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, dass letzterer den ersteren bestimmt und daher Metakommunikation ist.“

(Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 56).

Jede Mitteilung enthält Informationen und gleichzeitig einen Hinweis, wie der Sender diese Information vom Empfänger verstanden haben möchte. Sie definiert, wie der Sender die Beziehung zum Empfänger sieht, und ist daher eine persönliche Stellungnahme zum Empfänger.¹⁴

Der Empfänger kann sowohl auf den Inhalts- als auch auf den Beziehungsaspekt reagieren – es besteht die Möglichkeit, dass er beides akzeptiert und eine reibungslose Kommunikation stattfindet, oder aber er lehnt beide oder einen der beiden Aspekte ab und die Kommunikation ist an dieser Stelle gestört.¹⁵

*„(3) Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt.“
(Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 61).*

Ein Beobachter von Kommunikationen nimmt den ununterbrochenen Austausch von Mitteilungen wahr – die Kommunikationsteilnehmer legen der Kommunikation gleichzeitig eine Struktur zugrunde, die als Interpunktion der Ereignisfolgen bezeichnet wird. Die Interpunktion organisiert das Verhalten und ist ein wesentlicher Bestandteil jeder menschlichen Beziehung. Charakteristisch für Kommunikationsabläufe ist, dass jeder Teilnehmer seine Aktion als Reaktion auf die Aktion des Kommunikationspartners interpretiert und nicht als Ursache für die Haltung des Kommunikationspartners (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 58 f.). Beziehungen haben zwar historisch gesehen einen Anfangspunkt, aber die Kommunikation ist i. d. R. kreisförmig, d. h. es gibt keinen Anfang, an den sich die

¹⁴ WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON weisen darauf hin, dass die Definition der Beziehung bei spontaner Kommunikation in den Hintergrund und bei konfliktreichen Beziehungen stärker in den Vordergrund rückt (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 55). SCHULZ VON THUN hat Nachrichten in Anlehnung an WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON in vier Teilaspekte aufgeteilt: Eine Nachricht hat immer einen Sachaspekt, einen Beziehungsaspekt, einen Selbstoffenbarungsaspekt und einen Appellaspekt (vgl. Schulz von Thun 1994, S. 13 f.).

¹⁵ SCHULZ VON THUN spricht in diesem Zusammenhang von den vier Ohren, mit denen eine Mitteilung verstanden werden kann – abhängig davon, welches Ohr vorrangig die Botschaft empfängt, verläuft die Kommunikation sehr unterschiedlich. Die vier Ohren entsprechen den vier Aspekten der Nachricht: Sach-Ohr, Beziehungs-Ohr, Selbstoffenbarungs-Ohr und Appell-Ohr (vgl. Schulz von Thun 1994, S. 44 ff.).

Kommunikationspartner erinnern.¹⁶ Aufgrund der Wahrnehmung, dass die eigene Aktion nur Reaktion auf die Aktion des anderen ist, besteht kaum die Möglichkeit, der Ursache auf den Grund zu gehen, da die Kommunikationspartner nicht in der Lage sind, über die Kommunikation zu kommunizieren (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 58). Diese fehlende Fähigkeit zur Metakommunikation ist ein häufiger Grund für gestörte Beziehungen.

„(4) Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potenzial, ermangeln aber die für eindeutige Kommunikationen erforderliche logische Syntax.“

(Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 68).

Inhaltsaspekte der Kommunikation werden digital übermittelt und dienen somit dem Zweck der Wissensvermittlung, während der Beziehungsaspekt analog übermittelt wird. Die analoge Kommunikation hat ihren Ursprung in archaischeren Entwicklungsperioden und besitzt daher eine deutlich größere Allgemeingültigkeit als die digitale Kommunikation, die deutlich abstrakter ist. In Kommunikationssituationen, in denen die Beziehung das zentrale Thema ist, findet die Kommunikation ausschließlich analog statt – Beispiele dafür sind der Umgang mit kleinen Kindern, gestörten Patienten, Feindschaft, Liebe. Mit Worten kann eine Botschaft, die unaufrichtig ist, zwar inhaltlich vermittelt werden, aber analog kann sie i. d. R. nicht glaubhaft kommuniziert werden. Eine Geste oder das Mienenspiel sagt mehr darüber aus, wie eine Person über eine andere denkt, als viele Worte (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 63 f.). Da Kommunikation sowohl analog als auch digital sein kann, besteht ständig die Notwendigkeit, von

¹⁶ *„Während es bei linearen, progressiven Kausalketten durchaus sinnvoll ist, von Anfang und Ende der Kette zu sprechen, sind diese Begriffe in Systemen mit Rückkopplung bedeutungslos. Ein Kreis hat weder Anfang noch Ende.“* (Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 47).

einer Kommunikationsart in die andere zu übersetzen. Jede Übersetzung vom Digitalen ins Analoge bringt einen Informationsverlust mit sich und der umgekehrte Prozess ist um ein Vielfaches schwieriger, weil rein analoge Phänomene digitalisiert werden müssen.

„(5) Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.“

(Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 70).

Bei symmetrischer Kommunikation ist das Verhalten der beiden Partner spiegelbildlich, dabei ist es gleichgültig, worin das Verhalten besteht, da die Partner sowohl in Stärke oder Schwäche und jedem anderen Verhalten ebenbürtig sein können.¹⁷ In symmetrischen Beziehungen sind die Partner gleichwertig und bestrebt, wechselseitiges Vertrauen aufzubauen und die Unterschiedlichkeit zu vermindern, um so die Beziehung zu stabilisieren. Bei komplementärem Verhalten ergänzt das Verhalten des einen Partners das des anderen. Es gibt zwei grundsätzlich unterschiedliche Positionen: eine superiore, primäre und eine inferiore, sekundäre. Komplementäre Beziehungen bestehen in gesellschaftlichem Kontext, wie z. B. Arzt und Patient, Mutter und Kind. Beide Partner verhalten sich in einer Weise, die das Verhalten des anderen voraussetzt, es aber gleichzeitig auch bedingt. Symmetrische und komplementäre Kommunikation finden nicht parallel statt, können aber in Beziehungen auf unterschiedlichen Gebieten auftreten und sich gegenseitig stabilisieren (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 103).

2. Transaktionsanalyse

Im Folgenden wird zunächst die Historie der von BERNE entwickelten Transaktionsanalyse dargestellt und um die Struktur der Transaktionsanalyse

¹⁷ Dieses Beziehungsphänomen wurde erstmals 1935 von BATESON entdeckt und als Schismogenese bezeichnet (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 68).

ergänzt. Die Transaktionsanalyse besteht aus der Strukturanalyse, die Persönlichkeitsdiagramme für Menschen erstellt, indem sie drei verschiedene Ich-Zustände analysiert, die in jedem Menschen aktiv sind und die ihr Kommunikationsverhalten beeinflussen, und dem Funktionsmodell, das die Transaktionen von Menschen betrachtet (vgl. Berne 1983, S. 27 f.).¹⁸

Die Transaktionsanalyse von BERNE beschäftigt sich mit der Innenwelt der Kommunikationspartner und stellt dar, welchen Einfluss diese Aspekte auf die Kommunikation haben.

„Das grundlegende Ziel der Transaktionsanalyse ist das Studium der verschiedenen Ich-Zustände; bei ihnen handelt es sich um kohärente Gedanken- und Gefühlssysteme, die durch entsprechende Verhaltensmuster zum Ausdruck gebracht werden.“

(Berne 1983, S. 26).

BERNE geht davon aus, dass jeder Mensch über drei Ich-Zustände verfügt, die sein Verhalten und seine Kommunikation mit anderen maßgeblich beeinflussen (vgl. Berne 1983, S. 26).

Basierend darauf hat HARRIS die vier Lebensanschauungen entwickelt, deren Entstehung und Auswirkung auf das Kommunikationsverhalten anschließend dargestellt werden.

2.1 Historie der Transaktionsanalyse

Die Transaktionsanalyse (TA) wurde Anfang der 60er Jahre von BERNE entwickelt und beschäftigt sich nicht nur mit der *„Urfrage der Sozialpsychologie „Warum reden die Menschen miteinander?“ sondern*

¹⁸ Die Skriptanalyse, die davon ausgeht, dass jeder Mensch seinen Lebensplan bereits in seiner frühen Kindheit entwickelt, ist ebenfalls Bestandteil der Transaktionsanalyse. Auf die Darstellung der Skriptanalyse wird an dieser Stelle verzichtet, da sie für diese Arbeit keine Relevanz hat (zur Skriptanalyse vgl. Berne 1983, S. 47 ff.).

zugleich auch mit der Umfrage der Sozialpsychiatrie „Warum wollen die Menschen so gern, dass andere sie gern mögen?“ (Berne 1983, S. 17).

Das Menschenbild in der TA ist ganzheitlich. Es wird unterstellt, dass Menschen Autonomie und soziale Verantwortung anstreben. Die Transaktionsanalyse betont das Recht des Menschen auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Als kleinste Kommunikationseinheit wird die Transaktion isoliert und wie folgt definiert:

„Die Grundeinheit aller sozialen Verbindungen bezeichnet man als Transaktion. Begegnen zwei oder mehr Menschen einander im Rahmen eines Sozialaggregats, dann beginnt früher oder später einer von ihnen zu sprechen oder in irgendeiner Form von der Gegenwart der anderen Notiz zu nehmen.“

(Berne, 2004, S. 37).

Die Transaktionsanalyse beschäftigt sich mit der Analyse der Transaktion und analysiert die Botschaften der Transaktionsteilnehmer. Die Theorie der Transaktionsanalyse basiert auf dem Persönlichkeitsmodell der Ich-Zustände, d. h. auf der Annahme, dass menschliches Fühlen, Denken und Verhalten von verschiedenen Anteilen der Persönlichkeit bestimmt wird, die in der Strukturanalyse als Eltern-Ich, Erwachsenen-Ich und Kindheits-Ich bezeichnet werden.¹⁹ Aus der Interaktion der einzelnen Ich-Zustände verschiedener Menschen lassen sich allgemeine Merkmale und Regeln sozialer Beziehungen ableiten (vgl. Berne 2005, S. 223 f.). Vor diesem Hintergrund ermöglicht die Analyse von Transaktionen das Erkennen von Kommunikationsproblemen und ihre Veränderung.

BERNE entwickelte seine Theorien basierend auf seinen Erfahrungen als Psychiater im klinischen Bereich und bei der Armee (vgl. Berne 2005, S. 39 f., vgl. Schlegel 1979, S.11 f.). Die Besonderheit der Transaktionsanalyse liegt sowohl darin, dass sie ein theoretisches Modell

¹⁹ FREUD formuliert das Modell der Psyche, in dem die Einteilung in Strukturen, in ‚Ich‘, ‚Es‘ und ‚Über-Ich‘ vorgenommen wird. Das ‚Es‘ bezeichnet den Sitz der Triebe, das ‚Ich‘ repräsentiert Vernunft und Besonnenheit, und das ‚Über-Ich‘ ist durch eine Identifizierung mit dem Vater entstanden. Auf die Unterschiede zur Strukturanalyse von BERNE soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden (vgl. Nagera 1978, S. 44 f., vgl. Freud 1977, S. 184, S. 244, S. 253 f.).

begründet, als auch darin, dass BERNE die praktische Handhabung seiner Theorien als praktizierender Psychiater ständig weiterentwickelt hat. Aufgrund der verständlichen Struktur der Überlegungen gelingt es, Ratsuchende „... zu verständigen und aktiven Co-Therapeuten und Beratern der eigenen Beratung.“ zu machen (Berne 2005, S. 221). Die Anwendungsbereiche der Transaktionsanalyse liegen sowohl in der Psychotherapie als auch in der Beratung und in der Prävention von Transaktionsstörungen (vgl. Berne 2005, S. 224 f.).

Die Transaktionsanalyse hat sich seit ihrer Entwicklung sowohl in Amerika als auch in Europa etabliert. Die Berufsverbände der Transaktionsanalytiker – die Internationale Gesellschaft für Transaktionsanalyse (ITAA) mit Sitz in San Francisco, die Europäische Gesellschaft für Transaktionsanalyse (EATA) mit Sitz in Genf und die Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse e.V. mit Sitz in Konstanz – bilden Transaktionsanalytiker aus, die nach einer vier- bis sechsjährigen Ausbildung das Examen mit dem Titel ‚Transaktionsanalytiker‘ erhalten und die in den Bereichen Psychotherapie, Beratung, Lehre und Erziehung tätig sind (vgl. Berne 2005, S. 225 f.).²⁰

2.2 Strukturanalyse

Der TA liegt die Erkenntnis zugrunde, dass jeder Mensch drei verschiedene Ich-Zustände besitzt, die entsprechende Verhaltensweisen bewirken und die in sich geschlossene Gedanken- und Gefühlssysteme sind. Dabei handelt es sich um:

- Eltern-Ich
- Erwachsenen-Ich
- Kindheits-Ich

(vgl. Berne 1983, S. 26 f.).

²⁰ Die ITAA hat weltweit circa 10.000 Mitglieder, davon sind etwa 2.000 außerhalb von Amerika tätig (vgl. Stewart/Joines 2003, S. 410).

Jeder Mensch wechselt je nach Situation zwischen diesen drei Ich-Zuständen. HAGEHÜLSMANN spricht in diesem Zusammenhang von der unterschiedlichen Energiebesetzung der Ich-Zustände, die sowohl in den Transaktionen eines Menschen mit anderen als auch im inneren Dialog zum Ausdruck kommen (vgl. Hagehülsmann 2002, S. 35). Die Ich-Zustände kann man auch als Haltungen bezeichnen, da sie sowohl das innere Erleben als auch die äußere Wahrnehmung beinhalten (vgl. Schlegel 1979, S. 16).

Im Eltern-Ich fühlt, handelt, denkt, spricht und reagiert der Mensch so, wie es seine Eltern getan haben, als er selbst noch klein war. Das Kleinkind ist nicht in der Lage, erhaltene Informationen kritisch zu hinterfragen, und speichert diese Informationen als Regeln und unreflektiert übernommene Einstellungen.²¹ Das Eltern-Ich sorgt für die Einhaltung von Normen und Regeln und tritt gelegentlich als Gewissensinstanz auf. Bei der Erziehung von Kindern tritt das Eltern-Ich aktiv auf.

Das Eltern-Ich wird unterteilt in das kritische und das fürsorgliche Eltern-Ich.

Das kritische Eltern-Ich ist erkennbar an folgenden Verhaltensweisen: autoritär, dogmatisch, rechthaberisch, zurechtweisend, automatisch urteilend und wertend sowie ironisch, tadelnd und strafend.

Typische Formulierungen sind: „Du musst...“, „Du darfst nicht...“, „Man tut nicht...“, „Keine Widerrede!“. Der typische Tonfall ist überheblich, spöttisch, zynisch, sarkastisch oder scharf.

Typische Gesichtsausdrücke sind: angespannt, gereizt, aggressiv, hochgezogene Augenbrauen, missbilligendes Kopfschütteln oder kritische Blicke.

Typische Gesten und Körperhaltungen sind: Arme vor der Brust verschränkt, Oberkörper drohend vorgelehnt, breitbeiniger Stand oder ruckartige und/oder einschüchternde Gestik (vgl. Gerhold 2005, S. 20 f.).

²¹ Beispiele für solche Regeln sind: „Gas ist gefährlich.“; „Nach jeder Mahlzeit muss sofort abgewaschen werden.“ und alle Informationen darüber, wie man etwas tut, sich kleidet oder benimmt (vgl. Schlegel 1979, S. 28).

Das fürsorgliche Eltern-Ich ist erkennbar an folgenden Verhaltensweisen :
gütig, ermutigend, besorgt, mitfühlend, unterstützend, beratend, tröstend,
bemutternd, anderen wenig zutrauen oder anderen alles abnehmen.

Typische Formulierungen sind: „Sorg dich nicht...“, „Halb so schlimm...“,
„Beruhige dich doch erst mal...“, „Gut gemacht...“ oder „Komm, ich mach das
schon für dich!“.

Der typische Tonfall ist warm, beruhigend, mitfühlend, umsorgend,
aufmunternd oder verhätschelnd.

Typische Gesichtsausdrücke sind: glücklich, lächelnd, entspannt, ruhiger
Blick, interessiert, liebevoll oder ängstlich, fürsorglich.

Typische Gesten und Körperhaltungen sind: beruhigende, schützende und
offene Gesten, langsames Kopfnicken, Hand auf die Schulter legen oder
ausgestreckte Arme (vgl. Gerhold 2005, S. 20 f.).

Im Erwachsenen-Ich schätzt der Mensch seine Umwelt objektiv ein und
bewertet vor seinem Erfahrungshintergrund, welche Möglichkeiten, Chancen
und Risiken sich für ihn daraus ergeben. Das Erwachsenen-Ich arbeitet wie
ein Computer (vgl. Berne 1983, S. 27). Die Hauptfunktion des Erwachsenen-
Ichs ist es, die gespeicherten Informationen aus dem Eltern-Ich zu
überprüfen und festzustellen, ob sie noch richtig sind und heute noch
angewendet werden können, und gleichzeitig die Empfindungen des
Kindheits-Ichs zu überprüfen, ob sie in der Gegenwart noch angemessen
sind (vgl. Harris 2004, S. 46 f.).

Das Erwachsenen-Ich ist erkennbar an folgenden Verhaltensweisen:
sachlich, entspannt, objektiv, zuhörend, interessiert, konzentriert,
aufgeschlossen, Daten sammelnd und verarbeitend, emotionslos,
aufgeschlossen.

Typische Formulierungen sind: Alle Fragen mit „W“, „Wie ...?“, „Was ...?“,
„Wann ...?“. Aussagen mit: „wahrscheinlich ...“, „verglichen mit ...“, „Ich
denke ...“ oder „Ich kann ...“.

Der typische Tonfall ist selbstbewusst (nicht überheblich), sachlich (nicht
unpersönlich), neutral, ruhig, verbindlich, klar und deutlich.

Typische Gesichtsausdrücke sind: aufmerksam, entspannt, offen und direkt, nachdenklich. Typische Gesten und Körperhaltungen sind: unterstreichende, angemessene Gestik, aufrechte Haltung, gerade Kopfhaltung, Oberkörper interessiert nach vorne gelehnt (vgl. Gerhold 2005, S. 20 f.).²²

Jeder Mensch trägt in seinem Inneren einen kleinen Jungen oder ein kleines Mädchen, das genauso fühlt, handelt und spricht, wie er oder sie es als kleines Kind in einer bestimmten Entwicklungsphase getan hat, dabei handelt es sich um das Kindheits-Ich. Diese Phase liegt zwischen drei und fünf Jahren (vgl. Berne 1983, S. 27). Da das Kind noch nicht über sprachliche Mittel verfügt, reagiert es auf alle Einflüsse mit Gefühlen. Wenn ein Mensch emotional reagiert, ist das i. d. R. ein Zeichen dafür, dass sein Kindheits-Ich agiert und die Führung übernommen hat. Im Kindheits-Ich sind auch viele positive Daten gespeichert, wie z. B. Freude, Kreativität, Neugier, Abenteuerlust, Wissensdrang. (vgl. Harris 2004, S. 40 ff.).

Das Kindheits-Ich wird unterteilt in das angepasste, das rebellische und das freie Kindheits-Ich.²³ Die Reaktionsmuster, die im angepassten Kindheits-Ich gespeichert sind, basieren auf den Auseinandersetzungen des Kindes mit den Anforderungen und den Zuwendungsgewohnheiten der Erziehungsperson und können entweder brav und angepasst sein, oder trotzig und rebellisch. Das freie Kindheits-Ich beinhaltet alle Verhaltensweisen, die spontan und frei sind sowie kreativ und energievoll (vgl. Hagehülsmann 2003, S. 32).

Das angepasste Kindheits-Ich ist erkennbar an folgenden Verhaltensweisen: gute Umgangsformen, gehemmt, scheu, vorsichtig, ängstlich, hilflos, unsicher, bescheiden und folgsam.

Typische Formulierungen sind: „Ich traue mich nicht...“, „Ich möchte gern...“, „Ist nicht meine Schuld...“, „Warum denn immer ich?“, „Ich sollte...“.

²² Gerhold ist Lehrtrainer für TA und hat die typischen Verhaltensweisen, Fragen, Tonfälle und Gesten und Körperhaltungen basierend auf dieser Erfahrung und seiner Ausbildung als Transaktionsanalytiker bei der Deutschen Gesellschaft für Transaktionsanalyse (DGTA) zusammengestellt.

²³ BERNE unterteilt das Kindheits-Ich in die genannten drei Untergruppen (vgl. Berne 1983, S. 28). Das Kindheits-Ich wird in der Literatur teilweise in die genannten drei Untergruppen unterteilt, teilweise nur in zwei: das freie und das angepasste Kindheits-Ich (vgl. Hagehülsmann 2002, S. 30, vgl. Stewart/Joines 2003, S. 47).

Der typische Tonfall ist leise, unsicher, weinerlich, quengelnd, klagend, folgsam, brav, zerknirscht. Typische Gesichtsausdrücke sind: Blick nach unten, unruhiger Gesichtsausdruck, feuchte Augen, verstohlener Blick, spitzer Mund.

Typische Gesten und Körperhaltungen sind: unterwürfige und verhaltene Gestik, hängende Schultern, Achselzucken oder gesenkter Kopf (vgl. Gerhold 2005, S. 20 f.).

Das rebellische Kindheits-Ich ist erkennbar an folgenden Verhaltensweisen: regt sich über die Stärkeren oder Autorisierten auf, launisch, aufsässig, frech, wütend, störrisch, aggressiv, unzufrieden, zeternd, quengelnd.

Typische Formulierungen sind: „Och, männo!“, „Ach, neeee!“, „Das ist ja blöd!“, „Und wieso gerade ich?“. Der typische Tonfall ist wütend, laut, bockig, motzend, giftig, unwirsch, lustlos.

Typische Gesichtsausdrücke sind: abweisend, trotzig, Nase rümpfen, starrer Blick ins Leere, gerunzelte Stirn.

Typische Gesten und Körperhaltungen sind: blockierende und fahrige Gesten, verkrampt, hochgezogene Schultern, Fuß aufstampfend, Fäuste ballend, gesenkter Kopf (vgl. Gerhold 2005, S. 20 f.).

Das freie Kindheits-Ich ist erkennbar an folgenden Verhaltensweisen: unbekümmert um Umweltreaktionen, spontan, spielerisch, neugierig, offen, pfiffig, überschäumend, voller Energie, kreativ, phantasievoll, lustig oder auch traurig.

Typische Formulierungen sind: „Ich will...“, „Ich hätte gern...“, Kraftausdrücke, Superlative, „Toll!“, „Klasse!“, „Stark!“.

Der typische Tonfall ist meist laut, hoch, übersprudelnd, enthusiastisch, mitreißend, überzeugend, authentisch, gefühlsbetont oder traurig.

Typische Gesichtsausdrücke sind: Überraschung, offener Mund, bebende Nasenflügel, glänzende Augen, verschmitzt, Begeisterung und Erregung oder Trauer und Tränen.

Typische Gesten und Körperhaltungen sind: vitale, lustvolle, lockere und authentische Gesten, aufgeregt, ständig in Bewegung, Hände reiben,

tanzend, springend, erhobener Kopf oder in Trauer versunken (vgl. Gerhold 2005, S. 20 f.).

Die folgende Abbildung stellt die Strukturdiagramme einer Persönlichkeit dar und verdeutlicht die drei Ich-Zustände grafisch:

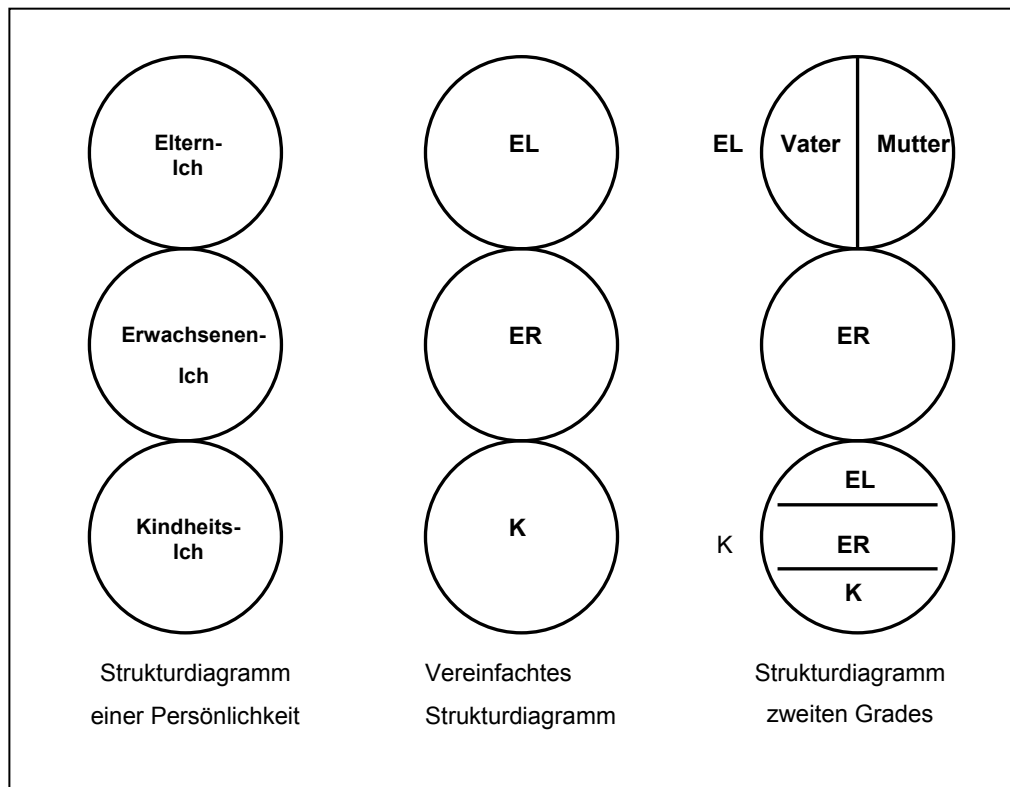


Abb. B-1: Strukturdiagramme einer Persönlichkeit
Quelle: Berne 1983, S. 27

2.3 Funktionsmodell

Basierend auf der Strukturanalyse sind sechs Ich-Zustände beteiligt, wenn sich zwei Menschen miteinander unterhalten. Jeder Kommunikationsteilnehmer hat die Möglichkeit, aus drei Ich-Zuständen zu wählen: Eltern-Ich, Erwachsenen-Ich und Kindheits-Ich (vgl. Berne 1993, S. 29). BERNE spricht von Stimulus und Reaktion, d. h. einer Aktion und einer folgenden Reaktion (vgl. Berne 1993, S. 29).

Daraus entwickelte GERHOLD drei Kommunikationsregeln, die aus den Kombinationsmöglichkeiten der beteiligten Ich-Zustände abgeleitet werden (vgl. Gerhold 2005, S. 68 f.).

Erste Kommunikationsregel:

„Ein Gespräch mit parallelen Transaktionen verläuft störungsfrei und ist prinzipiell endlos angelegt.“

(Gerhold 2005, S. 68).

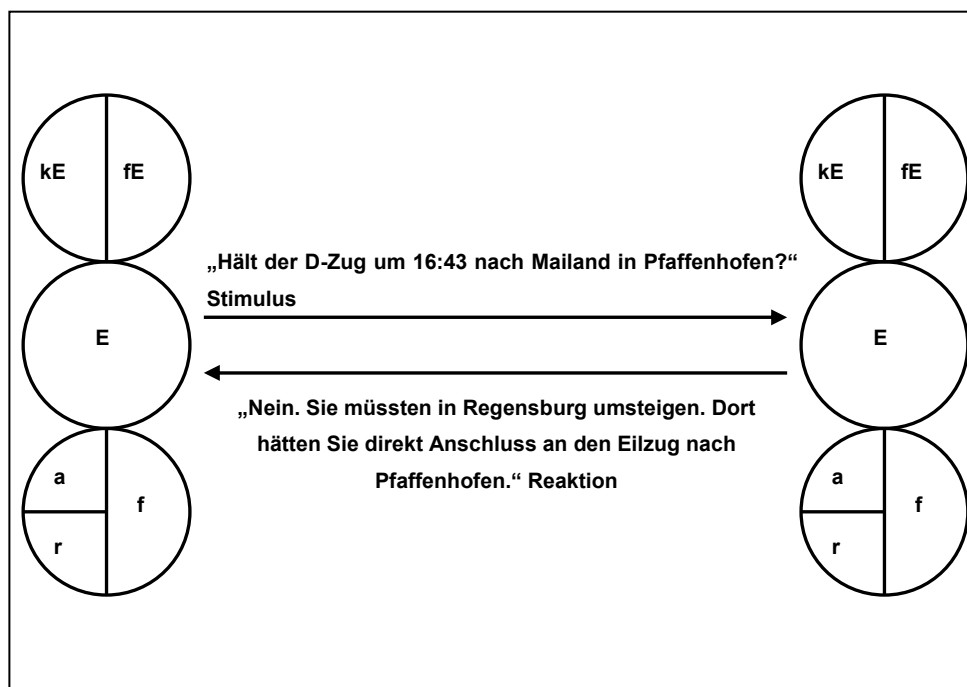


Abb. B-2: Beispiel für eine parallele Transaktion
Quelle: Gerhold 2005, S. 68

Resultieren Stimulus und Reaktion aus dem gleichen Ich-Zustand, handelt es sich nach BERNE um Komplementär-Transaktionen (vgl. Berne 1983, S. 29). Inhaltlich ist der von GERHOLD verwendete Begriff der ‚parallelen Transaktion‘ identisch. Bei diesen Transaktionen findet eine reibungslose Kommunikation statt, die unendlich fortgesetzt werden kann (vgl. Berne 1983, S. 30).²⁴ Bei Komplementär-Transaktionen besteht sowohl die

²⁴ Eine besondere Art der Komplementär-Transaktionen, die hier nicht im Detail dargestellt werden, sind Spiele. BERNE definiert: „Ein Spiel besteht aus einer fortlaufenden Folge verdeckter Komplementär-Transaktionen, die zu einem ganz bestimmten, voraussagbaren Ergebnis führen. Es lässt sich auch beschreiben als eine periodisch wiederkehrende Folge sich häufig wiederholender Transaktionen, äußerlich scheinbar plausibel, dabei aber von verborgenen Motiven beherrscht.“ (Berne 2004, S. 67). HAGEHÜLSMANN weist darauf hin, dass die Bezeichnung ‚Spiel‘ nicht als spielerisch und leicht missverstanden werden darf, da Spiele dazu dienen, die Grundposition eines Menschen zu bestätigen, die auf seiner Kindheitserfahrung beruht (vgl. Hagehülsmann 2002, S. 66 und S. 80 f.).

Möglichkeit, dass, wie in Abb. B-2 dargestellt, der Ich-Zustand des Stimulus-Gebers identisch ist mit dem Ich-Zustand des Empfängers, als auch dass zwei unterschiedliche Ich-Zustände beteiligt sind. In dem in Abb. B-3 dargestellten Beispiel sind das Eltern-Ich des Stimulus-Gebers und das Kindheits-Ich des Empfängers beteiligt.

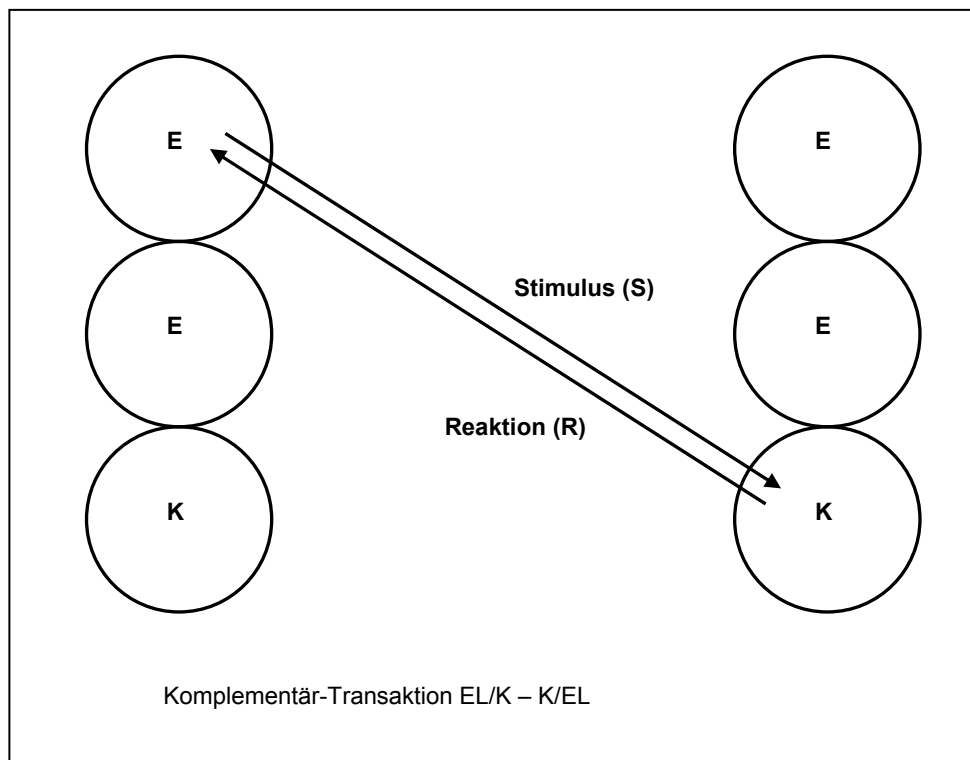


Abb. B-3: Beispiel für eine Komplementär-Transaktion
Quelle: Berne 1983, S. 29

Um Transaktionen besser analysieren zu können, stellt BERNE Transaktionen als Beziehungsdiagramme dar. Stimulus und Reaktion werden als Pfeile dargestellt, und durch die Aufteilung in die drei Ich-Zustände wird deutlich, welcher Ich-Zustand des Stimulus-Gebers mit welchem Ich-Zustand des Empfängers kommuniziert (vgl. Berne 1983, S. 29). Die drei Ich-Zustände eines Kommunikationspartners werden als Kreise dargestellt.

Zweite Kommunikationsregel:

„Eine gekreuzte Transaktion führt zu einem Bruch im Gesprächsfluss und nötigt zur Neuorientierung.“

(Gerhold 2005, S. 69).

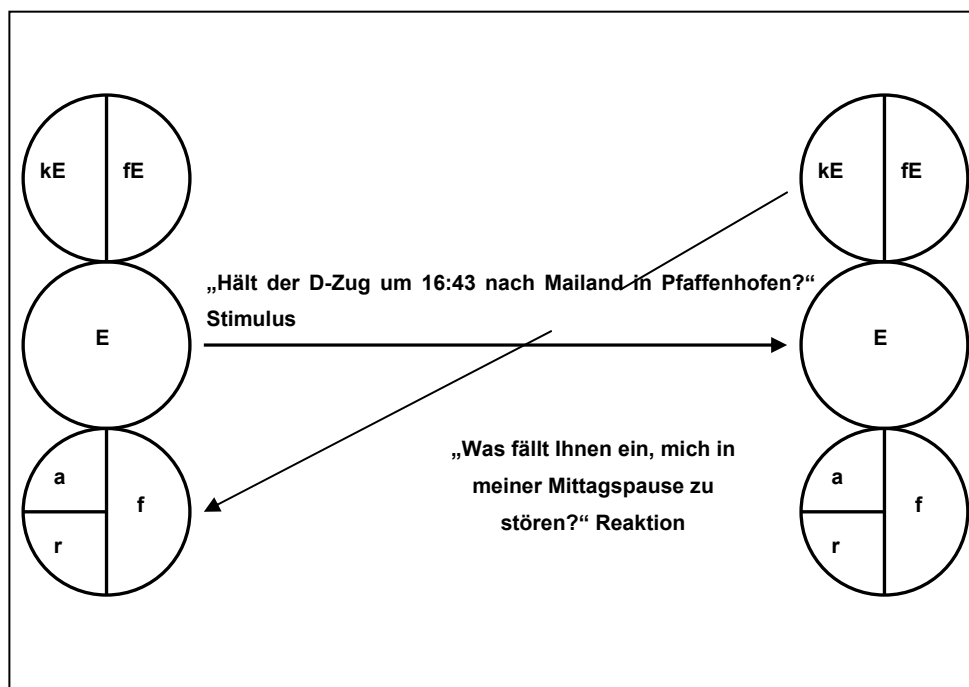


Abb. B-4: Beispiel für eine Überkreuz-Transaktion
Quelle: Gerhold 2005, S. 69

Bei Überkreuz-Transaktionen wird der Stimulus z. B. vom Erwachsenen-Ich gegeben und ist an das Erwachsenen-Ich des Empfängers gerichtet, während die Reaktion aus dem Eltern-Ich erfolgt und das Kindheits-Ich des Stimulus-Gebers anspricht. Bei dieser Art der Kommunikation bricht die Kommunikation ab, da der ursprüngliche Stimulus nicht beantwortet werden kann.²⁵

²⁵ Beispiel für eine Überkreuz-Transaktion, an der zwei Ich-Zustände beteiligt sind: Ein Ehemann fragt seine Ehefrau: „Weißt du nicht, wo meine Manschettenknöpfe sind?“ - der Stimulus kommt aus dem Erwachsenen-Ich. Wenn seine Frau antwortet: „Warum gibst du immer nur mir die Schuld an allem?“, kommt die Reaktion aus dem Kindheits-Ich und ist an das Eltern-Ich gerichtet. Eine Fortsetzung der Unterhaltung über Manschettenknöpfe ist dann nicht mehr möglich - die Kommunikation ist gestört (vgl. Berne 1983, S. 31).

Dritte Kommunikationsregel :

„Bei einer doppelbödigen Transaktion ist stets die psychologische Ebene die gewichtigere gegenüber der sozialen Ebene.“

(Gerhold 2005, S. 70).

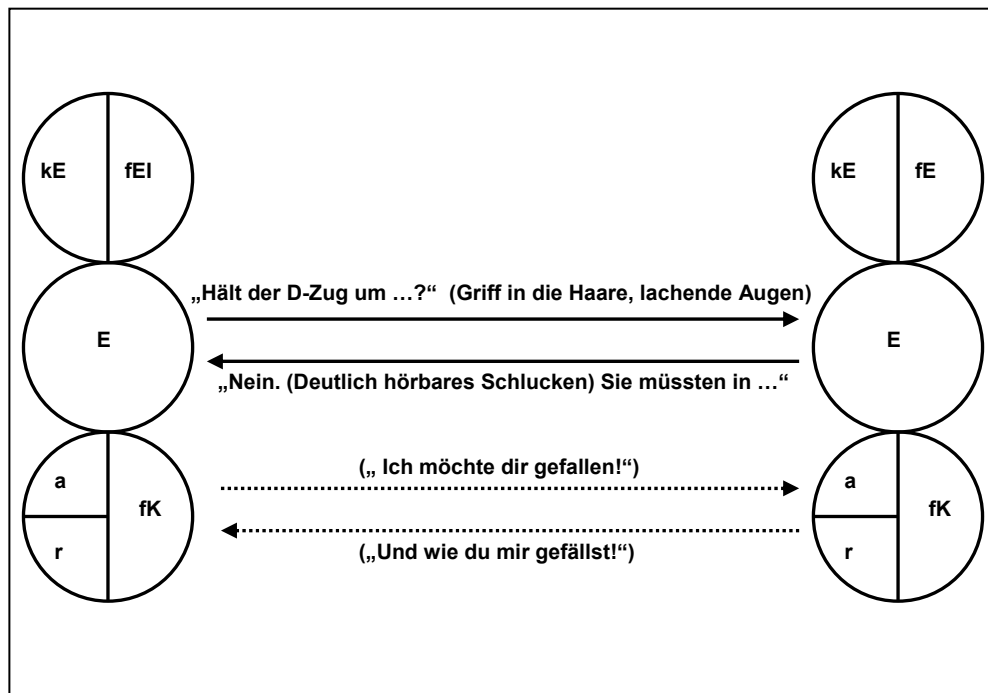


Abb. B-5: Beispiel für eine doppelbödige Transaktion
Quelle: Gerhold 2005, S. 70

Bei diesem Transaktionstypus kommen Stimulus und Reaktion aus dem gleichen Ich-Zustand und sind oberflächlich betrachtet Transaktionen mit parallelen Transaktionen, sie werden aber ergänzt um eine unausgesprochene Transaktion, die einen anderen Ich-Zustand anspricht. BERNE spricht von Duplex-Transaktionen, die aus einer sozialen Ebene und einer psychologischen Ebene bestehen (vgl. Berne 1983, S. 35).

2.4 Vier Grundeinstellungen

Die Transaktionsanalyse beschäftigt sich auch mit der Frage, wie Menschen sich selber und ihre Umwelt sehen und bewerten. Die vier Grundeinstellungen basieren auf der Wertschätzung und auf dem Vertrauen bzw. Misstrauen, das Menschen in sich selbst und andere haben (vgl. Hagehülsmann 2002, S. 63).

HARRIS entwickelte daraus die vier Grundeinstellungen, die auch als Grundpositionen bezeichnet werden:

- „(1) *Ich bin nicht o.k. – Du bist o.k.*
- (2) *Ich bin nicht o.k. – Du bist nicht o.k.*
- (3) *Ich bin o.k. – Du bist nicht o.k.*
- (4) *Ich bin o.k. – Du bist o.k.“*

(Harris 2004, S. 60, vgl. Berne 1983, S. 106 f.).

Diese grundsätzlichen Lebenseinstellungen beeinflussen das Verhalten maßgeblich und i. d. R. überwiegt eine der vier Einstellungen und prägt so das gesamte Leben (vgl. Schlegel 1979, S. 85). Die Grundeinstellungen können zu einem bestimmten Maße situationsbedingt unterschiedlich sein, allerdings neigen Menschen besonders in kritischen Situationen dazu, eine bestimmte Position einzunehmen (vgl. Hagehülsmann 2003, S. 63).

Ein Mensch, der die Position „Ich bin nicht okay – Du bist okay“ einnimmt, tendiert zu Minderwertigkeitsgefühlen und ist häufig traurig gestimmt. Ein Mensch mit dieser Position verhält sich meistens aus der überangepassten Kindheits-Ich-Haltung heraus und passt sich anderen Menschen an und überbetont deren Wert. Auch klagendes Verhalten zählt zu den typischen Verhaltensweisen (vgl. Hagehülsmann 2003, S. 63).

Ein Mensch, der die Position, „Ich bin nicht okay – Du bist nicht okay“ einnimmt, erlebt weder sich selber noch einen anderen Menschen als wertvoll. HAGEHÜLSMANN nennt diese Position die ‚Grundposition der Sinnlosigkeit‘ (vgl. Hagehülsmann 2003, S. 64). Diese Grundeinstellung ist häufig nicht offensichtlich und wird durch oberflächlichen Erfolg überdeckt.

Erst in Stresssituationen wird diese Position dann dominant und determiniert das Verhalten. Menschen mit dieser Grundposition handeln aus dem Eltern-Ich oder aus dem angepassten Kindheits-Ich.

Ein Mensch, der die Position „Ich bin okay – Du bist nicht okay“ einnimmt, zeigt entweder eine überhebliche arrogante Haltung oder eine überzogen hilfreiche oder fürsorgliche. Beide Haltungen bewirken, dass sich der Mensch mit dieser Grundposition anderen überlegen fühlen kann. Das Verhalten wird von einem überkritischen oder überfürsorglichen Eltern-Ich gesteuert. Diese Position wird häufig als Kompensation für eine sehr tiefe Angst oder Verzweiflung eingenommen, die so schmerzhaft ist, dass sie nur durch die Position der Überlegenheit abgewehrt werden kann (vgl. Hagehülsmann 2003, S. 64).

Ein Mensch, der die Position „Ich bin okay – Du bist okay“ einnimmt, gesteht sich und anderen die gleiche Bedeutung zu und akzeptiert, dass andere Menschen anders sind als sie selber, ohne sie höher oder niedriger einzuschätzen als sich selbst. Diese Position ist aus Sicht von HAGEHÜLSMANN erstrebenswert, aber nicht immer durchgängig einzuhalten, da fast alle Menschen ursprünglich eine der drei anderen Positionen eingenommen haben. Besonders in Krisen- oder Stresssituationen nehmen Menschen die ursprüngliche Grundposition wieder ein. Durch eine Analyse des Erwachsenen-Ichs ist es möglich, sich die veränderte Handlungsposition bewusst zu machen und entsprechend zu korrigieren (vgl. Hagehülsmann 2003, S. 65).

2.5 Entstehung der Lebensanschauungen

Nach HARRIS entscheidet sich ein Kind bis zum Ende des zweiten Lebensjahres oder im Laufe des dritten Lebensjahres für eine der ersten drei Lebenseinstellungen.

Nach HARRIS ist die Einstellung, zu der jedes Kind im ersten Lebensjahr gelangt:

Ich bin nicht o.k. - Du bist o.k.

Diese Einstellung wird bis zum Ende des zweiten oder dritten Lebensjahres entweder bestätigt oder durch die Einstellung:

Ich bin nicht o.k. - Du bist nicht o.k. oder

Ich bin o.k. - Du bist nicht o.k.

ersetzt

(vgl. Harris 2004, S. 61 f.).

Diese drei Grundeinstellungen beruhen auf frühkindlichen Gefühlen und Sinneseindrücken und sind daher unbewusst. Nach HARRIS beruht die Entscheidung für eine der drei Positionen nur auf Streicheln oder Nicht-Streicheln (vgl. Harris 2004, S. 61). Als Streicheln wird der körperliche Kontakt zum Säugling, seine Pflege und das Umsorgtwerden definiert. Da das Umsorgen eines Säuglings nicht dauerhaft möglich ist, schwankt seine Stimmung zwischen Zufriedenheit und Unzufriedenheit. Das Gehirn des Säuglings zeichnet ständig Emotionen auf, die aus seiner Beziehung zur Umwelt und insbesondere zur Mutter entstehen. Diese Gefühle hängen mit Streicheln oder Nicht-Streicheln zusammen – jemand, der streichelt, ist o.k. Die Selbsteinschätzung des Säuglings ist unsicher, seine o.k.-Gefühle sind vorübergehend und abhängig davon, ob er gestreichelt wird oder nicht. Diese Ungewissheit bewirkt, dass der Säugling zu der Einstellung kommt: Ich bin nicht o.k. – Du bist o.k. (vgl. Harris 2004, S. 54 f.).

Diese Einstellung beruht auf den Erfahrungen des ersten und zweiten Lebensjahres – bis zum Ende des dritten Lebensjahres wird sie entweder bestätigt oder durch die zweite oder dritte Grundanschauung ersetzt. Wenn dieser Prozess abgeschlossen ist, verändert sie sich i. d. R. nicht mehr und beeinflusst so das komplette Handeln des Kindes und sein ganzes weiteres Leben (vgl. Harris 2004, S. 61).

Die ersten drei genannten Grundeinstellungen beruhen auf Gefühlen, die vierte Einstellung:

Ich bin o.k. - Du bist o.k.

beruht auf Denken, Glauben und Einsatzbereitschaft und ist eine bewusste Entscheidung, die möglich wird, wenn ein Mensch im Laufe seines Lebens eine Vielzahl von Transaktionen erlebt, die o.k.-Erlebnisse darstellen und auf Einschätzungen seines Erwachsenen-Ichs basieren. Die Nicht-o.K.-Aufzeichnungen aus dem Kindheits-Ich bleiben weiter bestehen, werden aber vor diesem Hintergrund neu bewertet (vgl. Harris 2004, S. 69 f.).

IV. Theorieperspektiven von Kommunikation

1. Kommunikation als Zeichenübertragung

Für den Kommunikationsprozess ist die störungsfreie Übertragung der Botschaft Grundvoraussetzung. Der Nachrichtenübermittlungsprozess wurde um 1930 erstmals von den zwei Nachrichtentechnikern SHANNON/WEAVER analysiert, die das Sender-Empfänger-Modell entwickelten.²⁶

²⁶ SHANNON betrachtet den technischen und mathematischen Aspekt der Signalkodierung und -übertragung und WEAVER ergänzte die semantische Ebene von Kommunikation. WEAVER war zusätzlich an den Fragestellungen interessiert, wie exakt die übertragenen Zeichen der gewünschten Bedeutung entsprechen und wie effektiv die empfangene Nachricht das Verhalten in der gewünschten Weise beeinflusst. Die optimale Nutzung des neuen Kommunikationskanals Telefon und der Aspekt der zuverlässigen Nachrichtenübertragung stehen im Zentrum der Überlegungen. Das Sender-Empfänger-Modell hat sich nach seiner Publikation 1949 schnell als Basis für alle später entwickelten Kommunikationsmodelle etabliert (vgl. Krallmann/Ziemann 2001, S. 23 f.).

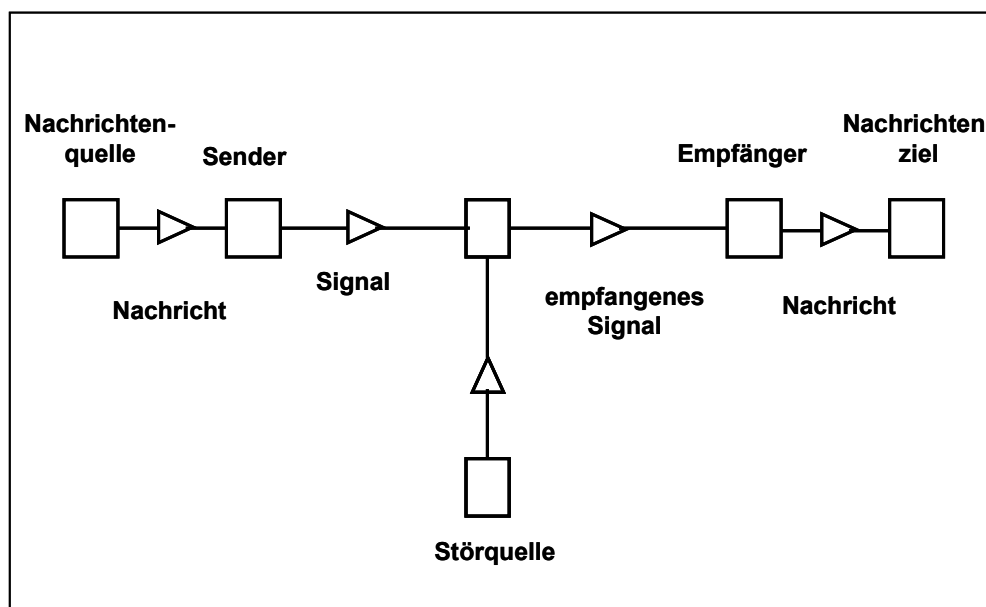


Abb. B-6: Schema eines allgemeinen Kommunikationssystems
Quelle: Shannon/Weaver 1976, S. 16

Diese Darstellung verdeutlicht, dass für SHANNON und WEAVER die technischen Rahmenbedingungen für den Kommunikationsprozess von großer Bedeutung sind. Eine Information wird von einem Sender kodiert und über einen Kanal an den Empfänger geschickt, der sie dann wieder dekodiert. Der Kanal kann durch Störquellen beeinflusst sein, so dass die Information u.U. nicht im intendierten Sinne vom Empfänger dekodiert werden kann (vgl. Krallmann/Ziemann 2001, S. 25).

BADURA übertrug das technisch ausgerichtete Sender-Empfänger-Modell für die sprachliche Kommunikation und entwickelte eine maßgebliche Ergänzung. Seine Betrachtung bezieht die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen Kommunikationsprozesse stattfinden, mit ein. Die Faktoren, die Kodierung und Dekodierung der Nachricht beeinflussen, sind neben semantischen Verständigungsproblemen die Kommunikationssituation, das Informationsniveau, der emotionale Erlebnishorizont und das Interesse der Kommunikationsteilnehmer an der übermittelten Information (vgl. Badura 2004, S. 19 f.).

Wenn der Inhalt einer Nachricht vom Empfänger anders verstanden wird als vom Sender beabsichtigt, kann die Ursache für den Empfangsfehler in verschiedenen Sprachmilieus oder schichtenspezifischen Sprachgewohn-

heiten liegen (vgl. Schulz von Thun 1994, S. 63 f.). Darüber hinaus kann das Bild, das der Empfänger vom Sender hat, als Interpretationshilfe für die gesendete Botschaft eingesetzt werden, „... um das Gemeinte im Geäußerten zu entdecken.“ (Schulz von Thun 1994, S. 64).

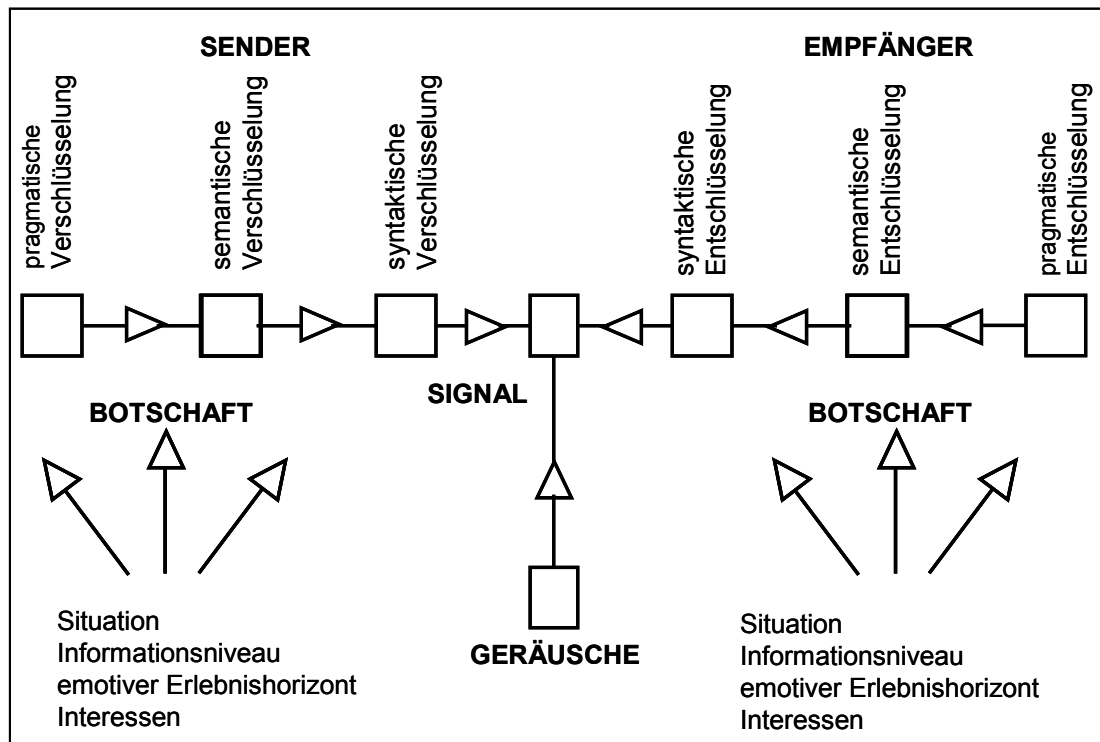


Abb. B-7: Kommunikationsprozess
Quelle: Badura 2004, S.19

2. Kommunikation als Interaktion

Kommunikation ist ein dynamischer Prozess (vgl. Merten 1977, S. 36 f.), in dem sich Menschen miteinander durch etwas über etwas austauschen (vgl. Habermas 1999, S. 413). Der Begriff Kommunikation wurde unter Abschnitt II im Sinne dieser Arbeit definiert. Eine wichtige Voraussetzung für Kommunikation ist das In-Beziehung-Treten von Menschen, die Interaktion.

Interaktion beinhaltet den Informationsaustausch, der eine Wechselwirkung zwischen den beteiligten Personen bezeichnet (vgl. Thomas 1991, S. 55). WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON definieren:

*„Ein wechselseitiger Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren Personen wird als Interaktion bezeichnet.“
(Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 50 f.).*

WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON stellen darüber hinaus fest, dass Interaktionen eine grundlegende Eigenschaft der Kommunikation sind und als *„... Phänomene des Mitteilungsaustausches zwischen Kommunikationsteilnehmern.“* (Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 57) bezeichnet werden können.

Ergänzend dazu definiert THOMAS:

*„Ein wichtiges Kennzeichen sozialer Interaktion ist die Interdependenz, die sich in der gleichzeitigen und wechselseitigen Beeinflussung der Interaktionspartner ausdrückt.“
(Thomas 1991, S. 54).*

Interaktionen werden durch gesellschaftliche Strukturen und Kulturformen und durch die Handlungen des Einzelnen beschrieben (vgl. Krallmann/Ziemann 2001, S. 229). MERTEN, der 160 Definitionen von Kommunikation gesammelt und analysiert hat, stellt fest, dass Interaktion als soziologischer Interaktionsbegriff in 14 Definitionen verwendet wurde (vgl. Merten 1977, S. 62). Als Beispiel greift MERTEN die Definition von SERENO heraus:

*„The term ‚communication‘ may be defined as a process by which senders and receivers of messages interact in a given social context.“
(Merten 1977, S. 117).*

Demnach ist Kommunikation ein Prozess, der das Vorhandensein eines Gegenübers, eines Kommunikationspartners voraussetzt, der die wechselseitige Bezugnahme der Partner aufeinander beinhaltet und der in

einem sozialen Kontext stattfindet, in dem die Kommunikationspartner interagieren.²⁷

Die Tatsache, dass Kommunikation ein interaktiver Vorgang ist, an dem zwei oder mehrere Kommunikationspartner teilnehmen, wird in den fundamentalen Theorien von MEAD, dem ‚Symbolischen Interaktionismus‘ und von HABERMAS, ‚Theorie des kommunikativen Handelns‘ in den Vordergrund gestellt (vgl. Burkart/Hömborg 2004, S. 12).

2.1 Symbolischer Interaktionismus

Der ‚Symbolische Interaktionismus‘, der eine von sechs Hauptrichtungen der Theorien von MEAD darstellt, wurde von BLUMER weiterentwickelt und stellt *„... das Konzept symbolfundierter menschlicher Kommunikation und die dem inhärente soziale Funktionalität von Lautgebärden und signifikanten Symbolen ins Zentrum.“* (Krallmann/Ziemann 2001, S. 209).²⁸

BLUMER formuliert die drei Prämissen, auf denen der symbolische Interaktionismus beruht (vgl. Blumer 2004, S. 25):

- Menschen handeln ‚Dingen‘ gegenüber auf der Grundlage der Bedeutung, die diese Dinge für sie haben.

Unter Dingen wird alles zusammengefasst, was ein Mensch in seiner Umwelt wahrnehmen kann, wie z. B. physische Gegenstände, andere Menschen, Institutionen, Leitideale oder Handlungen anderer Menschen. Im symbolischen Interaktionismus wird *„... den Bedeutungen, die Dinge für Menschen haben, ein eigenständiger zentraler Stellenwert zuerkannt.“* (Blumer 2004, S. 26).

- Die Bedeutung von Dingen entsteht oder wird aus der sozialen Interaktion abgeleitet, die Menschen eingehen.

²⁷ THOMAS ist der Ansicht, dass die begriffliche Abgrenzung von Kommunikation und Interaktion *„... willkürlich und deshalb wissenschaftlich unfruchtbar...“* (Thomas 1991, S. 55) ist.

²⁸ BLUMER war Schüler und Lehrstuhlnachfolger von MEAD in Chicago (vgl. Krallmann/Ziemann 2001, S. 209).

Für die Bedeutung von Dingen gibt es zwei Sichtweisen – die Bedeutung „... *ist etwas, was dem Ding, das diese Bedeutung hat, zu eigen ist.*“ (Blumer 2004, S. 26) oder „... *ein psychisch bedingter Zusatz, den die Person, für die das Ding eine Bedeutung hat, an dieses heranträgt.*“ (Blumer 2004, S. 26). Diese Zusätze können Empfindungen, Ideen, Einstellungen, Motive oder Erinnerungen sein. Im symbolischen Interaktionismus geht der Begriff Bedeutung aus dem Interaktionsprozess zwischen verschiedenen Menschen hervor. „*Die Bedeutung eines Dinges für eine Person ergibt sich aus der Art und Weise, in der andere Personen ihr gegenüber in Bezug auf dieses Ding handeln.*“ (Blumer 2004, S. 27).

- Bedeutungen werden in einem Interpretationsprozess, den ein Mensch in seiner Auseinandersetzung mit den ihm begegnenden Dingen nutzt, gehandhabt und abgeändert.

Die Interpretation ist ein „... *formender Prozess, in dessen Verlauf Bedeutungen als Mittel für die Steuerung und den Aufbau von Handlungen gebraucht und abgeändert werden.*“ (Blumer 2004, S. 28).

Aus symbol-interaktionistischer Sicht ist die wechselseitige Orientierung der Kommunikationspartner impliziter Bestandteil des gesamten Kommunikationsprozesses. Die an der Kommunikation „... *Beteiligten müssen notwendigerweise die Rolle des jeweils anderen übernehmen.*“ (Blumer 2004, S. 31).

MEAD und BLUMER unterscheiden zwei Formen sozialer Interaktion, die sie als ‚die Konversation von Gesten‘ und ‚den Gebrauch signifikanter Symbole‘ bezeichnen (vgl. Blumer 2004, S. 30).²⁹ Die ‚Konversation von Gesten‘ findet statt, „... *wenn man direkt auf die Handlungen eines anderen antwortet, ohne diese zu interpretieren.*“ (Blumer 2004, S. 30).³⁰ Der ‚Gebrauch signifikanter

²⁹ BLUMER verwendet dafür die Begriffe ‚nicht-symbolische Interaktion‘ und ‚symbolische Interaktion‘ (vgl. Blumer 2004, S. 30).

³⁰ Gesten sind u.a. Wünsche, Anordnungen, Erklärungen, die der Person, die sie wahrnimmt, einen Hinweis darauf geben, welche Absicht und welcher Handlungsverlauf die bevorstehende Handlung nimmt. Die Reaktion auf die Geste erfolgt auf der Grundlage dessen, was die Geste dem Reagierenden bedeutet. Die Geste hat somit eine Bedeutung für die Person, die sie setzt, als auch für die Person, die sie wahrnimmt. Nur wenn die Geste für beide dieselbe Bedeutung hat, verstehen sich die Beteiligten (vgl. Blumer 2004, S. 31).

Symbole‘ „... beinhaltet dagegen die Interpretation der Handlung.“ (Blumer 2004, S. 30).

Der Kommunikationsprozess wird nicht nur durch die wahrnehmbaren Handlungen des Partners gesteuert, sondern „... erfolgt geradezu durch die vorhandenen oder unterstellten Erwartungen des bzw. der Partner.“ (Merten 1977, S. 63).³¹ Diese Sichtweise widerspricht dem Reiz-Reaktions-Schema, das nur auf wahrnehmbaren Reaktionen begründet ist.

Die symbolische Interaktion hat im menschlichen Zusammenleben und Verhalten eine zentrale Bedeutung, da die menschliche Gesellschaft einen Zusammenschluss von Personen darstellt. „Solch ein Zusammenschluss besteht notwendigerweise in der Form, dass Personen ihre Handlungen aufeinander ausrichten und so soziale Interaktion eingehen.“ (Blumer 2004, S. 30).

2.2 Theorie des kommunikativen Handelns

Die ‚Theorie des kommunikativen Handelns‘ von HABERMAS „... versteht sich als eine Kommunikationstheorie ‚von innen‘, weil sie versucht, die universalen Verständigungsprozesse zu rekonstruieren.“ (Burkart/Lang 2004, S. 42).³²

Inhalt der von HABERMAS entwickelten Kommunikationstheorie ist die Rekonstruktion der universalen Geltungsbasis jeder Rede sowie die allgemeinen Voraussetzungen für kommunikatives Handeln (vgl. Krallmann/Ziemann 2001, S. 284 f.).³³

³¹ Diese Sichtweise widerspricht dem Reiz-Reaktions-Schema, das allein auf wahrnehmbaren Reaktionen begründet ist. Durch die Einbeziehung der Erwartungen „... werden intrapersonal gespeicherte soziale Erfahrungszusammenhänge in den jeweils zu entwickelnden Handlungsentwurf mit einbezogen...“ (Merten 1977, S. 64).

³² Die ‚Theorie des kommunikativen Handelns‘ ist eingebettet in die ‚Theorie der Moderne‘, die eine ebenfalls von HABERMAS entwickelte allgemeine Gesellschaftstheorie darstellt, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen wird.

³³ Der Begriff ‚Theorie der kommunikativen Kompetenz‘ wird gleichbedeutend verwendet wie der Begriff ‚Universalpragmatik‘ (vgl. Burkart/Lang 2004, S. 47).

HABERMAS berücksichtigt sowohl die sprachliche Kompetenz, die sich in der Fähigkeit manifestiert, ein abstraktes System sprachgenerativer Regeln zu beherrschen, als auch die Äußerungen als Grundeinheit der Rede (vgl. Krallmann/Ziemann 2004, S. 285).³⁴

Das zentrale Analyseobjekt, das von HABERMAS eingesetzt wird, „... *ist die menschliche Sprache – genauer die zum Zweck der Kommunikation verwendete Sprache, also die sprachlichen Handlungen („Sprechakte“) bzw. das Gespräch.*“ (Burkart/Lang 2004, S. 42).

Verständigungsprozesse sind nach HABERMAS nicht primär darauf ausgerichtet, eigene Interessen bedingungslos durchzusetzen, sondern vielmehr darauf, die Interessen der Beteiligten in Einklang zu bringen. Das allgemeine Ziel von Kommunikation besteht „... *in der Organisation des Miteinander-Lebens, im Aushandeln von Lebensverhältnissen...*“ (Burkart/Lang 2004, S. 43).

Eine Person, von HABERMAS ‚Aktor‘ genannt, die an Verständigung interessiert ist, muss mit ihrer Äußerung drei Geltungsansprüche erheben:

„(1) dass die gemachte Aussage wahr ist

(2) dass die Sprechhandlung mit Bezug auf einen geltenden normativen Kontext richtig ist

(3) dass die manifestierte Sprecherintention so gemeint ist, wie sie geäußert wird.“

(Habermas 1999, S. 149).

Die Äußerungen, die ein ‚Aktor‘ macht, nehmen Bezug auf drei Welten: die objektive Welt, die soziale Welt und die subjektive Welt. Die Akteure selbst sind an Konsens interessiert (vgl. Habermas 1999, S. 149).³⁵

³⁴ Der Begriff der kommunikativen Kompetenz geht auf CHOMSKY zurück und wird auch von Habermas verwendet (vgl. Krallmann/Ziemann 2004, S. 285).

³⁵ Objektive Welt: Gesamtheit aller Entitäten, über die eine wahre Aussage möglich ist, soziale Welt: Gesamtheit aller legitim geregelten Beziehungen, subjektive Welt: Gesamtheit der privilegiert zugänglichen Erlebnisse des Sprechers (vgl. Habermas 1999, S. 149).

Kompetente Sprecher können selber intuitiv unterscheiden, ob sie sich mit anderen verständigen oder auf sie einwirken (vgl. Habermas 1999, S. 386).³⁶

Verständigung wird von HABERMAS als „... *ein Prozess der Einigung unter sprach- und handlungsfähigen Subjekten.*“ definiert und HABERMAS postuliert darüber hinaus: „... *Verständigung wohnt als Telos der menschlichen Sprache inne.*“ (Habermas 1999, S. 386 f.).³⁷

Eine zentrale These der ‚Theorie der kommunikativen Kompetenz‘ geht davon aus, dass jeder, der an einem Kommunikationsprozess teilnimmt, weiß, dass er folgende vier Ansprüche erfüllen muss:

- Verständlichkeit
- Wahrheit
- Wahrhaftigkeit
- Richtigkeit.

(vgl. Burkart/Lang 2004, S. 42).

Als Medium der Verständigung dienen Sprechakte, mit denen eine interpersonale Beziehung hergestellt oder erneuert wird und mit der der Sprecher auf etwas in der Welt Bezug nimmt (vgl. Habermas 1999, S. 413).

Sprache ist für HABERMAS das zentrale Medium von Verständigungsprozessen, sein Interesse gilt der Sprachverwendung (vgl. Habermas 1999, S. 148). Sprechakte sind eine Form sozialer Handlungskoordination und durchsetzen die soziokulturelle Lebenswelt und jede menschliche Kommunikation (vgl. Krallmann/Ziemann 2001, S. 284).

Wenn ein Sprechaktangebot von dem Hörer akzeptiert wird, kommt es zu einem Einverständnis, das auf drei Ebenen erzielt wird:

³⁶ HABERMAS spricht vom vortheoretischen Wissen, das kompetente Sprecher haben. Dieses Wissen ermöglicht es, sowohl zu erkennen wann ein Verständigungsversuch fehlschlägt, als auch eine Unterscheidung zwischen Verständigung und Einwirkung auf den Kommunikationspartner (vgl. Habermas 1999, S. 386).

³⁷ „Zwar *verhalten sich Sprache und Verständigung nicht wie Mittel und Zweck zueinander. Aber wir können das Konzept der Verständigung nur erklären, wenn wir angeben, was es heißt, Sätze in kommunikativer Absicht zu verwenden.*“ (Habermas 1999, S. 387).

- Richtige Sprechhandlung, damit die interpersonale Beziehung zwischen Sprecher und Hörer zustande kommt.
- Wahre Aussage, damit der Hörer das Wissen des Sprechers akzeptiert und teilt.
- Wahrhaftige Äußerung von Wünschen oder Gefühlen, damit der Hörer das Gesagte glaubt.

(vgl. Habermas 1999, S. 413).

Wird eine der drei Ebenen vom Hörer abgelehnt oder angezweifelt, kann Verständigung nicht mehr stattfinden und die Alltagskommunikation muss unterbrochen und auf der Ebene des Diskurses fortgesetzt werden (vgl. Burkart/Lang 2004, S. 42). Im Diskurs wird das nicht vorhandene Einverständnis mittels Argumenten wieder herzustellen versucht, um den Verständigungsprozess fortsetzen zu können.

Die ‚Theorie des kommunikativen Handelns‘ beinhaltet profunde Erkenntnisse über den Verständigungsprozess, und mit den vier Geltungsansprüchen (Verständlichkeit, Wahrheit, Wahrhaftigkeit, Richtigkeit) beschreibt HABERMAS die grundsätzlichen Voraussetzungen für Verständigung herstellende Kommunikation (vgl. Burkart/Lang 2004, S. 42 f.).

V. Kommunikation in einer Alten- und Pflegeeinrichtung

1. Kommunikation mit Bewohnern im Rahmen des Pflegekonzeptes nach Krohwinkel

Das von KROHWINKEL weiterentwickelte Strukturmodell, das pflegerische Bedürfnisse mit den Lebensaktivitäten in Zusammenhang bringt, besteht aus 13 Bereichen von Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL).³⁸ Das Modell ist ein „... *personenbezogenes, fähigkeits- und förderungsorientiertes System.*“ (Löser 2003, S. 34), das auf einem humanistischen Menschenbild basiert und den Menschen als Ganzes sieht. „*In diesen humanistischen Verfahren wird der Mensch als ein Wesen gesehen, das selbstverantwortlich und autonom an seiner Lebensgestaltung tätig werden kann.*“ (Löser 2003, S. 15). Es basiert auf der Überlegung, dass die Erfahrung mit der Realisierung der Lebensaktivitäten entscheidenden Einfluss hat auf das Leben und die Gesundheit. Die 13 Bereiche stehen untereinander in Beziehung und ihre Nummerierung symbolisiert keine Hierarchie (vgl. Krohwinkel 1993, S. 23).

Die AEDL umfassen:

- „(1) *Kommunizieren*
- (2) *Sich bewegen*
- (3) *Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten*
- (4) *Sich pflegen*
- (5) *Essen und Trinken*
- (6) *Ausscheiden*

³⁸ Beide in dieser Arbeit betrachteten Einrichtungen orientieren sich an dem Pflegekonzept von KROHWINKEL. KROHWINKEL hat ein Konzept der fördernden Prozesspflege entwickelt, das aus fünf Teilkonzepten besteht: AEDL-Strukturmodell, Rahmenmodell, Pflegeprozessmodell, Managementmodell, Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen (vgl. Löser 2003, S. 36). An dieser Stelle wird nur das AEDL-Strukturmodell dargestellt. Die ersten 11 AEDL-Bereiche orientieren sich an den von ROPER u.a. entwickelten Begrifflichkeiten und wurden von KROHWINKEL um zwei weitere Bereiche ergänzt (vgl. Krohwinkel 1993, S. 23).

- (7) Sich kleiden*
- (8) Ruhen und schlafen*
- (9) Sich beschäftigen*
- (10) Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten*
- (11) Für eine sichere Umgebung sorgen*
- (12) Soziale Bereiche des Lebens sichern*
- (13) Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen.“*
(Krohwinkel 1993, S. 24).

Für die Realisierung der AEDL benötigt der Pflegebedürftige abhängig von seiner Erkrankung Unterstützung durch die Pflegekräfte, und für diese Interaktion ist Kommunikation von zentraler Bedeutung. Die Aufgabe der Pflegekraft ist es, stellvertretend für den Pflegebedürftigen die Dinge zu tun, die der Pflegebedürftige selber tun könnte, wenn er dazu den Willen und die Kraft hätte. Diese Aufgabe kann von der Pflegekraft nur wahrgenommen werden, wenn durch gründliche Beobachtung und empathisches Zuhören sichergestellt werden kann, dass die Pflegekraft die Wünsche des Pflegebedürftigen richtig interpretiert (vgl. Löser 2003, S. 35).

Existenzgefährdende Erfahrungen sind Verlust von Unabhängigkeit, Sorge, Angst, Misstrauen, Trennung, Isolation, Ungewissheit, Hoffnungslosigkeit, Schmerzen und Sterben, während existenzfördernde Erfahrungen die Wiedergewinnung von Unabhängigkeit, Zuversicht, Freude, Vertrauen, Integration, Sicherheit, Hoffnung und Wohlbefinden sind (vgl. Krohwinkel 1993, S. 26). Um die Erfahrungen, die die Existenz fördern, zu forcieren, ist neben der pflegerischen Betreuung der Pflegebedürftigen die Kommunikation der Pflegekräfte mit den Pflegebedürftigen wichtig, da sie Informationen vermittelt, ein vertrauensvolles Verhältnis schafft und so das Wohlbefinden positiv beeinflusst. Nach JUCHLI benötigen Pflegebedürftige Informationen, um sich wohl fühlen zu können, um sich sicher zu fühlen und weil angemessenes Wissen Sicherheit gibt (vgl. Juchli 1983, S. 314).

Das AEDL-Strukturmodell ist in die ganzheitlich fördernde Prozesspflege integriert, dessen primäres pflegerisches Interesse die pflegebedürftige

Person mit ihren pflegerischen Bedürfnissen sowie ihre Fähigkeiten bezogen auf ihren Umgang mit den AEDL-Bereichen ist (vgl. Krohwinkel 1993, S. 25). Die primäre pflegerische Zielsetzung ist daraus abgeleitet und richtet sich auf die Erhaltung, Förderung bzw. das Wiedererlangen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person. Die primären pflegerischen Hilfeleistungen werden in fünf Methoden pflegerischer Hilfeleistung unterteilt:

„(1) für den pflegebedürftigen Menschen handeln

(2) ihn führen und leiten

(3) für eine Umgebung sorgen, die einer positiven Entwicklung förderlich ist

(4) ihn unterstützen

(5) den pflegebedürftigen Menschen und/oder seine persönlichen Bezugspersonen anleiten, beraten, unterrichten und fördern.“

(Krohwinkel 1993, S. 28).

Der ganzheitlich fördernden Prozesspflege liegt das Verständnis zugrunde, dass Gesundheit und Krankheit kein Zustand ist, sondern dass es sich um dynamische Prozesse handelt. *„Diese Sichtweise ermöglicht es, sich nicht nur auf pathologische Abweichungen (Defizite) zu konzentrieren, sondern insbesondere auch die konstruktiven Attribute (Fähigkeiten) des Menschen (Person) herauszufinden und zu stützen.“* (Krohwinkel 1993, S. 21).

2. Kommunikation im Rahmen der Dienstleistungserstellung und -inanspruchnahme

In Dienstleistungsunternehmen ist die Abgrenzung von Kommunikation als Teil der Dienstleistungserstellung und Kommunikation als Bereitstellung von Informationen über die Leistungserstellung also als Instrument der Kommunikationspolitik notwendig, da der Begriff mit beiden Bedeutungen belegt ist (vgl. Bruhn 2000b, S. 412).

Alten- und Pflegeeinrichtungen sind Unternehmen, die Dienstleistungen anbieten. Die Pflege und Betreuung alter Menschen stellt eine Dienstleistung dar, die nach BEREKOVEN definiert werden kann:

„Dienstleistungen im weitesten Sinne sind der Bedarfsdeckung Dritter dienende Prozesse, mit materiellen und/oder immateriellen Wirkungen, deren Vollzug und deren Inanspruchnahme einen synchronen Kontakt zwischen Leistungsgeber und Leistungsnehmer beziehungsweise deren Objekten von der Bedarfsdeckung her erfordert.“

(Berekoven 1983, S. 23).

Diese Definition beinhaltet den für die Leistungserstellung wesentlichen Aspekt des Kontaktes zwischen Leistungsgeber und Leistungsnehmer. Der Kontakt zwischen Leistungsgeber und Leistungsnehmer wird i. d. R. durch Kommunikation begleitet. Die Kommunikation mit Bewohnern ist Teil des Dienstleistungserstellungsprozesses und dient darüber hinaus dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bewohnern und Mitarbeitern.

Der Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Bewohnern kommt eine besondere Bedeutung zu, da Mitarbeiter in der Interaktion mit den Bewohnern durch ihr eigenes auf den Bewohner ausgerichtetes Kommunikationsverhalten unmittelbaren Einfluss auf das Interaktionsergebnis nehmen können (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 347). Aus der Integration des Dienstleistungskunden in den Leistungserstellungsprozess ergibt sich die Notwendigkeit der wechselseitigen Kundenkommunikation mit dem Ziel, den Interaktionsprozess zu steuern, Informationen über die Kundenzufriedenheit zu ermitteln und personenbezogene Inhalte zu transportieren, die die Beziehung zwischen Bewohnern und Mitarbeitern festigen können (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 347).³⁹ Vor diesem Hintergrund wird sowohl die Rolle der Bewohner als

³⁹ MEFFERT/BRUHN bezeichnen den Dienstleistungskunden als ‚externen Faktor‘, der entweder aktiv oder passiv an der Dienstleistungserstellung beteiligt ist. Eine aktive Beteiligung ist z. B. bei einem Sprachkurs gegeben, eine passive Beteiligung bei einem Krankenhausaufenthalt (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 42).

auch die Rolle der Mitarbeiter sowie ihre Beziehung zueinander detailliert dargestellt.

2.1 Rolle der Bewohner

Der Begriff Rolle ist definiert als „... die Struktur von Erwartungen, die sich an eine Position knüpft.“ (Thomas 1991, S. 80). Die Position eines Menschen ist bestimmt durch seine Stellung in der Gesellschaft, die durch sein Alter, seinen Wohnort, seinen Beruf etc. beschrieben werden kann. In einer Alten- und Pflegeeinrichtung wird das Handeln der Mitarbeiter gegenüber den Bewohnern überwiegend normativ festgelegt, d. h. eine Vielzahl von Vorschriften und Anweisungen reglementiert das Verhalten der Pflegekräfte (vgl. Siegrist 1978, S. 5). Die Bewohner und Mitarbeiter reagieren daher in einem vorgegebenen sozialen Rahmen.

Als Gründe für rollenkonformes Verhalten in einem Sozialverband gelten:

„Vermeidung von negativen Sanktionen

Hoffnung auf Belohnung

Einsicht in die sachliche Notwendigkeit und Angemessenheit der Forderungen

Das Fehlen von Handlungsalternativen.“

(Thomas 1991, S. 85 f.).

Charakteristisch für die Rolle der Bewohner in Alten- und Pflegeeinrichtungen ist in erster Linie ihre Hilfebedürftigkeit, die individuell sehr unterschiedlich sein kann, da sie durch Alterserkrankungen wie Demenz, Parkinson oder durch akute Pflegebedürftigkeit als Folge eines Apoplexes oder eines Herzinfarkts beeinflusst wird. Abhängig von der Art der Erkrankung bzw. der Altersbeschwerden und ihrer persönlichen Disposition erleben die Bewohner ihre Bedürftigkeit mehr oder weniger als Begrenzung ihrer Möglichkeiten. Vor diesem Hintergrund ist die Rolle der Bewohner klar

definiert als die des Empfängers von Pflege- und Betreuungsleistungen. Nach WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON handelt es sich hierbei um eine aus gesellschaftlichen Normen abgeleitete komplementäre Beziehung zum Pflegepersonal. Die Bewohner nehmen i. d. R. die inferiore Position ein (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 69). Die Rolle des Bewohners ist darüber hinaus geprägt durch seine ständige Präsenz und die Tatsache, dass er sich an den Zeitplan der Alten- und Pflegeeinrichtung anpassen muss und so seine Autonomie deutlich eingeschränkt ist. Die Kommunikation mit dem Pflegepersonal findet vorwiegend begleitend zu den Pflegeleistungen statt und beinhaltet neben den rein beschreibenden medizinischen Informationen auch den Beziehungsaspekt. Die Integration des Beziehungsaspekts ist von entscheidender Bedeutung für das Zustandekommen von erfolgreicher Kommunikation und die Zufriedenheit von Bewohnern und Pflegenden.⁴⁰ Die Rolle des Bewohners ist nach SACHWEH gekennzeichnet durch folgende Attribute: passiv, erleidend, krank, dem Lebensende nahe, öfter nackt, ohnmächtig, nicht medizinisch gebildet, mit eingeschränkter Anzahl von Kommunikationspartnern (vgl. Sachweh 2002, S. 30). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie wichtig eine respektvolle, auf die Möglichkeiten des Bewohners abgestimmte Kommunikation ist, um das Selbstwertgefühl des Bewohners zu stärken. Tragfähige, vertrauensvolle Beziehungen zum Pflegepersonal sind auch deshalb wichtig, weil sie häufig die einzigen sozialen Kontaktmöglichkeiten der Bewohner darstellen.

Nach SIEGRIST ist die Patientenrolle durch drei Aspekte gekennzeichnet:

- Reglementierung, die notwendig ist, um die Lebensbedürfnisse einer großen Anzahl von Menschen, die an einem Ort leben, befriedigen zu können.
- Delegation der Bedürfnisbefriedigung, die Eingriffsmöglichkeiten in den Dispositionsspielraum von Menschen ermöglicht.

⁴⁰ Ganzheitliche Pflege beinhaltet immer umfangreiche Kommunikation mit den Bewohnern, die deutlich über rein pflegerische Aspekte hinausgeht, um eine tragfähige Beziehung herzustellen (vgl. Sachweh 2002, S. 20 f.).

- Komplexität der Arbeitsabläufe macht es notwendig, dass sich der Patient ständig verfügbar halten muss.

(vgl. Siegrist 1978, S. 6 f.).⁴¹

Aus diesen Aspekten leitet sich ein Reglementierungspotenzial der Organisation gegenüber dem Patienten ab, das durch den kollektiven Tagesverlauf, die ständige Präsenz, die Unpersönlichkeit der Beziehungsform, durch Informations- und Kontaktbegrenzung und ein unregelmäßiges Sanktionspotenzial gekennzeichnet ist (vgl. Siegrist 1978, S. 7 f.). Die hohe Abhängigkeit des Patienten von den Leistungen anderer führt zu einer hohen Einflussmöglichkeit des Pflegepersonals und nach SIEGRIST ergibt sich daraus eine Sanktionspalette, die mit der Vorenthaltung kleiner selbstverständlicher Gefälligkeiten beginnt (vgl. Siegrist 1978, S. 8).

Alten- und Pflegeeinrichtungen geben einen festen Rahmen für das tägliche Leben vor. Die Bewohner erhalten Behandlung und Pflege sowie ihre Mahlzeiten zu festgesetzten Zeiten. Zusätzlich zu diesen tagesstrukturierenden Maßnahmen werden beschäftigungstherapeutische Angebote gemacht, an denen die Bewohner abhängig von ihrem Interesse und ihrem Gesundheitszustand teilnehmen können.

Das Bedürfnis, Zeit zu strukturieren, ist ein menschliches Grundbedürfnis, das auf drei verschiedenen Antriebsfaktoren beruht, die in der Transaktionsanalyse auch Hunger genannt werden:

- Reiz-Hunger/Stimulus-Hunger
- Hunger nach Anerkennung und Zuwendung
- Struktur-Hunger.

(vgl. Berne 1983, S. 38 f.).

⁴¹ SIEGRIST definiert die Patientenrolle in einem Krankenhaus. Die genannten Aspekte können aber auf Alten- und Pflegeeinrichtungen übertragen werden, da hier auch die pflegerische Versorgung von Menschen übernommen wird.

Der erste Antriebsfaktor ist der Reiz-Hunger, auch als Stimulus-Hunger bezeichnet. Menschen brauchen Sinneseindrücke, um psychisch gesund zu bleiben. Diese Stimuli sprechen Augen, Ohren, Nase, Geschmacks- und Tastsinne an und stellen die Nahrung für das menschliche Nervensystem dar. Der zweite Antriebsfaktor ist der Hunger nach Anerkennung und Zuwendung. Anerkennung kann nur von einem anderen Menschen gegeben werden. In der Transaktionsanalyse wird Zuwendung als Streicheln bezeichnet. Der dritte Antriebsfaktor ist der Struktur-Hunger. Der Struktur-Hunger verlangt nach einer klaren Ordnung und nach Regelmäßigkeit. Ein Mangel wird als existenzielle Bedrohung erlebt, da der Mensch keine Möglichkeit hat, sich und seine Umwelt in einem klaren Bezugsrahmen zu erleben.

Übertragen auf den Bereich der Alten- und Pflegeeinrichtungen bedeutet das, dass die Schaffung von Struktur ein wichtiger Faktor ist, um ein elementares Grundbedürfnis der Bewohner zu befriedigen. Darüber hinaus ist die Anerkennung und Zuwendung durch die Mitarbeiter ein Faktor, der eine sehr hohe Bedeutung hat, da die Bewohner häufig nur diese eine Quelle für Zuwendung haben. Stimulus-Hunger und Struktur-Hunger verhalten sich häufig gegenläufig - Menschen mit einem ausgeprägten Struktur-Hunger benötigen weniger Stimuli und Menschen mit wenig Struktur-Hunger benötigen mehr Stimuli. Die Stärke des Bedürfnisses nach Struktur, Stimulus und Anerkennung ist bewohnerspezifisch unterschiedlich stark ausgeprägt.

2.2 Rolle der Mitarbeiter

Die Mitarbeiter in einer Alten- und Pflegeeinrichtung können unterteilt werden in Pflegekräfte und unterstützende Dienste - ihr gemeinsames Ziel ist die bestmögliche Betreuung der Bewohner. An dieser Stelle wird nur der Bereich der Pflegekräfte betrachtet, da sie den direkten Kontakt zu den Bewohnern haben und ihre Leistungserbringung unmittelbar vom Bewohner wahrgenommen werden kann. Die Leistungsanforderung an Pflegekräfte umfasst neben den medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten auch die psycho-

soziale Betreuung der Bewohner, die sowohl das die Pflege begleitende Gespräch als auch jede Art der Kommunikation mit dem Bewohner beinhaltet. Nur so können Beziehungen etabliert werden, die eine gleichberechtigte partnerschaftliche Pflege ermöglichen und das soziale Miteinander für die Bewohner und Pflegekräfte verbessern (vgl. Sachweh 2002, S. 19 f.). Die Bewohner kommunizieren untereinander sowohl im Rahmen der beschäftigungstherapeutischen Maßnahmen als auch während der Essenszeiten und bei sonstigen Aktivitäten, bei denen sie gemeinsam ihre Zeit verbringen. Aufgrund der teilweise eingeschränkten Fähigkeit, zu hören oder zu sprechen, ist es i. d. R. notwendig, eine Kommunikationsunterstützung durch die Mitarbeiter zu geben, um den Kontakt der Bewohner untereinander zu fördern.

MEFFERT/BRUHN weisen darauf hin, dass Mitarbeiter Kommunikation anregen sollten, um Informationen über die Kundenbedürfnisse zu sammeln und um auf die Einhaltung der Qualitätsstandards Einfluss nehmen zu können (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 347). Durch Dokumentation des Interesses an der Person des Dienstleistungsempfängers wird eine emotionale Kundenbindung erzeugt, und dem möglichen Eindruck, dass die Alten- und Pflegeeinrichtung nur an der Erreichung monetärer Ziele interessiert ist, kann vorgebeugt werden (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 347). Bei der Beziehung zu den Bewohnern handelt es sich um eine komplementäre Beziehung, in der die Pflegekräfte die superiore Rolle einnehmen (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 69). Die Rolle der Pflegekräfte ist nach SACHWEH gekennzeichnet durch folgende Attribute: aktiv, handelnd, gesund, am Anfang des Lebens, immer bekleidet, machtvoll, medizinisch gebildet, mit vielen Kommunikationspartnern (vgl. Sachweh 2002, S. 30). Die Gesprächsführung wird häufig von den Pflegekräften übernommen, die somit darüber bestimmen, welche Gespräche stattfinden (vgl. Sachweh 2002, S. 29). Besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die Ansprache der Bewohner. Der Gebrauch des ‚Du‘ in einer komplementären Beziehung führt dazu, dass sich der Bewohner herablassend und nicht respektvoll behandelt fühlt (vgl. Sachweh 2002,

S. 78).⁴² Für die Kommunikationssituation ist typisch, dass sie häufig nicht von Angesicht zu Angesicht erfolgt und somit nonverbale Kommunikationsinhalte nicht wahrgenommen werden können und die Kommunikation erschwert wird. Gerade die nonverbale Kommunikation ist in der Altenpflege besonders wichtig, da die Bewohner i. d. R. mit fortschreitendem Alter/Krankheit ihre Fähigkeit zu kommunizieren verlieren und darauf angewiesen sind, ihre Umwelt durch Mimik, Gestik und Berührungen zu verstehen.⁴³

Die hohe Arbeitsbelastung der Pflegekräfte bedingt, dass nur ein begrenzter zeitlicher Rahmen für die Betreuung jedes einzelnen Bewohners zur Verfügung steht. Effektive Kommunikation mit den Bewohnern kann bewirken, dass die Bewohner mehr mithelfen, schneller verstehen und ihre Ängste reduziert werden (vgl. Sachweh 2002, S. 22).

Aus Sicht der Pflegekräfte ist ihre Rolle durch eine Reihe von Belastungsfaktoren gekennzeichnet:

- Unsicherheit /Überforderung
- Mangelnde Anerkennung durch die alten Menschen
- Hilflosigkeit bei außergewöhnlichen Belastungen (wie z. B. Sterbebegleitung)
- Körperliche Belastung
- Diskrepanz zwischen eigenem Anspruch und der Realität.

(vgl. Kruse/Wahl 1994, S. 183 f.).

Pflegekräfte sind häufig konfrontiert mit Extremsituation des menschlichen Lebens, und der Umgang mit Bewohnern, die demenziell erkrankt, frustriert oder enttäuscht sind, erfordert ein hohes Maß an Empathie und fordert die gesamte Persönlichkeit des Pflegenden.

⁴² WEINHOLD stellt in ihrer Untersuchung zum Kommunikationsverhalten von Patienten und Pflegenden fest, dass der reziproke Gebrauch der Höflichkeitsform ‚Sie‘ vorherrschend ist (vgl. Weinhold 1997, S. 197).

⁴³ Auf die Darstellung der Kommunikationsbesonderheiten bei Krankheiten wie Demenz, Parkinson etc. wird an dieser Stelle verzichtet (vgl. dazu Sachweh 2002, S.137 ff.).

2.3 Darstellung der Beziehungen Bewohner und Mitarbeiter

Jede Kommunikation enthält eine Definition der Beziehung, d. h. dass jeder Kommunikationsteilnehmer versucht, die Beziehung in seiner Weise zu gestalten (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 127). Um eine stabile Beziehung herzustellen, muss ihre Definition durch die Partner erfolgen. Die Beziehung zwischen Bewohnern und Pflegenden stellt ein soziales System dar, das durch Kontinuität gekennzeichnet ist. Dieses System bedingt, dass sich Kommunikationsabläufe wiederholen und sich so Muster bilden, die den Ablauf der Interaktionen teilweise vorhersehbar machen. WATZLAWICK/BEAVIN/JACKSON formulieren die These, dass zwischenmenschliche Systeme als Rückkopplungskreise angesehen werden können, „... *da in ihnen das Verhalten jedes einzelnen Individuums das jeder anderen Person bedingt und seinerseits von dem Verhalten aller anderen bedingt wird.*“ (Watzlawick/Beavin/Jackson 2003, S. 32).

Von SACHWEH werden Aspekte für die pflegebezogene und die pflegeferne Kommunikation genannt.

Pflegebezogene Kommunikation:

- Tägliche Anpassung der Kommunikation an die Bedürfnisse und die aktuelle Verfassung der Bewohner.
- Respektvolle Kommunikation heißt offen zu sein für die Bewohner und flexibel auf Stimmungen zu reagieren.
- Ruhig, gelassen in normaler Lautstärke sprechen, um beruhigend auf die Bewohner einzuwirken.

Pflegeferne Kommunikation :

- Bei ansprechbaren Bewohnern immer auch über alltägliche Themen sprechen, wenn die Pflegetätigkeit bekannt ist und nicht im Detail erläutert werden muss.

- Nach Dingen fragen, mit denen sich der Bewohner auskennt, um das Selbstbewusstsein zu steigern, da die Bewohner dann auf ihre Kompetenzen zurückgreifen können, die sie nicht durch ihre Krankheit verloren haben.
- Keine Überforderung von Bewohnern durch intensives Nachfragen.
(vgl. Sachweh 2002, S. 55 f.).

Die Kommunikation mit Bewohnern ist ein wesentlicher Aspekt der Dienstleistungserbringung und stellt einen wichtigen Faktor für die Bewohnerzufriedenheit dar. Da Bewohner als medizinische Laien i. d. R. die Qualität der Pflege fachlich nicht bewerten können, sehr wohl aber die Art der Kommunikation wahrnehmen und bewerten können, bewerten Bewohner die Güte der Pflege häufig auf Basis der von ihnen wahrgenommenen Kommunikationsqualität.

WEINHOLD weist auf die vielfältigen Anforderungen an die kommunikativen Fähigkeiten des Pflegepersonals hin, die weit über die berufsspezifische Kommunikation hinausgehen, und leitet eine Reihe von Gesprächsbestandteilen ab, die eine gute Kommunikation mit dem Bewohner ausmachen:

- Gesprächseröffnung: Höflichkeitsrituale sind ein wesentlicher Teil der Beziehungsarbeit und dienen der Kontaktherstellung.
- Befindensfragen: Diese Fragen sollten nicht zur Gesprächseröffnung eingesetzt werden, da sie ansonsten als Teil des Begrüßungsrituals und nicht als echte Frage nach dem Befinden verstanden werden. Erst durch die spätere Platzierung im Gespräch und durch gezieltes Nachfragen erkennt der Bewohner, dass er seine wirkliche Befindlichkeit thematisieren kann.
- Informationsgabe: Die Information über pflegerische Themen, die den Bewohner betreffen, ist sowohl für die Beziehungsarbeit als auch für die Zufriedenheit des Bewohners sehr wichtig.

- Tätigkeitsbegleitende Kommunikation: Sowohl für Tätigkeiten, die im Sinne der Therapie erfolgen, als auch für Tätigkeiten, die stellvertretend für den Bewohner durchgeführt werden, sollte eine Erläuterung erfolgen.

(vgl. Weinhold 1997, S. 189 f.).

JUCHLI fasst unter helfendem Verhalten von Pflegekräften zusammen:

- Zuhören können, hinhören
- Anteil nehmen an den Wünschen, Sorgen, Problemen und Freuden
- Aussprechen können von potenziellen oder verdeckten Problemen
- Respektieren der Werte wie Selbstbestimmung, Würde, Menschlichkeit
- Vertrauen schaffen, Zugehörigkeit und Integration ermöglichen, Hoffnung schaffen
- Authentisch sein.

(vgl. Juchli 1983, S. 314).

Die Kommunikationsziele in der Beziehung Bewohner und Pflegende sind neben der Schaffung eines Klimas, in dem gegenseitiges Sich-Einfühlen und -Mitteilen möglich ist, eine Beziehung zu schaffen, die respektierend und daher offen und ehrlich ist (vgl. Juchli 1983, S. 313). JUCHLI weist außerdem darauf hin, dass es der Pflegende ist, der sich in Niveau, Ausmaß und Art seines Kommunikationsverhaltens an die Bewohner anpassen muss (vgl. Juchli 1983, S. 313).

2.4 Mitarbeiterkommunikation

Agrund der hohen Bedeutung der Kommunikationsleistung der Mitarbeiter im Dienstleistungserstellungsprozess ist es für eine Alten- und Pflegeeinrichtung besonders wichtig, das Verhalten der Mitarbeiter so zu

beeinflussen, dass sie die Dienstleistung auf eine Art und Weise erbringen, die von den Kunden erwartet wird (vgl. Grönroos 1990, S. 156).

„What employees say, how they say it, how they behave, how service outlets, machines and other physical resources look, and how they function communicate something to the customers.“

(Grönroos 1990, S. 155).

Der Kommunikationseffekt kann positiv sein, weil das Verhalten der Mitarbeiter als freundlich und situationsangemessen erlebt wird, oder negativ, wenn das Gegenteil der Fall ist. Der Mitarbeiter stellt somit den wichtigsten Erfolgsfaktor für ein Dienstleistungsunternehmen dar (vgl. Benölken/Greipel 1990, S. 98). Nach GUMMESSON ist die Interaktionsqualität des Kontaktes zwischen Mitarbeitern und Kunden ein wesentlicher Faktor für die Zufriedenheit der Interaktionspartner (vgl. Gummesson 2001, S. 861). Die Gestaltung der Beziehungen zu den Dienstleistungskunden wird auch als Relationship Marketing bezeichnet, das darauf ausgerichtet ist, Win-win-Beziehungen aufzubauen, die auf Respekt der Interaktionspartner aufgebaut sind und die für beide Interaktionspartner einen positiven Effekt haben (vgl. Gummesson 2001, S. 863).

Im Rahmen der Mitarbeiterkommunikation, die auch als ‚Internes Marketing‘ bezeichnet wird, definiert das Dienstleistungsunternehmen die geforderte Qualität der Dienstleistung gegenüber seinen Mitarbeitern und sorgt für die Einhaltung des geforderten Niveaus.⁴⁴ Das Kommunikationsverhalten der Mitarbeiter wird auf die Qualitätsstrategie hin ausgerichtet, damit alle Mitarbeiter im Dienstleistungserstellungsprozess einheitlich agieren und das Ziel, die Dienstleistung in der vereinbarten Qualität erbringen zu können, erreicht wird (vgl. Bruhn 2000b, S. 412). Im Folgenden werden die Ziele des ‚Internen Marketings‘ nach Zielrichtung und Zielniveau dargestellt.

⁴⁴ STAUSS definiert für das Verständnis des Begriffs ‚Internes Marketing‘ drei Schwerpunkte: *„Internes Marketing als Maxime der Bedürfnisorientierung im Sinne einer an internen Adressaten ausgerichteten Unternehmensführung, Internes Marketing als Sammelbegriff für die gegenüber internen Austauschpartnern eingesetzten Mittel zur Verhaltenssteuerung und Internes Marketing als Methode zur innerbetrieblichen Implementierung einer im Hinblick auf externe Märkte konzipierten Marketingstrategie.“* (Stauss 2000, S. 207).

Zielrichtung Zielniveau	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Intern</div> ➔ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">Extern</div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Taktisch: Individualebene </div> <div style="font-size: 2em; text-align: center;">↓</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Information über die Implementierungsinhalte <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Kennen“ ▪ „Verstehen“ Know-how-Vermittlung und Motivation <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Können“ ▪ „Wollen“ </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Strategisch: Gesamt- unternehmensebene </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsbewusstsein ▪ Kundenorientierung ▪ Mitarbeiterzufriedenheit </div>

Abb. B-8: Internes Marketing für Dienstleistungsunternehmen
 Quelle: Bruhn 2001a, S. 714

Die Abbildung verdeutlicht, dass ‚Internes Marketing‘ immer interne und externe Ziele verfolgt. Die Mitarbeiterkommunikation hat darüber hinaus die Aufgabe, Mitarbeiter zu informieren, zu motivieren, einzubeziehen und zu qualifizieren (vgl. Bruhn 2000b, S. 418).

Die Realisierung der taktisch-internen Ziele dient dazu, Akzeptanz von Unternehmenszweck, -ziel und -strategie bei Mitarbeitern zu erzielen, die bereits im Unternehmen tätig sind. Die Mitarbeiter sollen deren Bedeutung für den Unternehmenserfolg kennen und verstehen. Darüber hinaus ist die Know-how-Vermittlung, d. h. die Vermittlung von benötigten Kenntnissen und Fertigkeiten und die Motivation, das erlernte Wissen einzusetzen, wichtig, damit die Mitarbeiter die Dienstleistungen in der geplanten Qualität erstellen können (vgl. Bruhn 2001a, S. 714).

Die Zielsetzungen der strategisch-internen Ebene sind auf Management und Mitarbeiter bezogen und in ihrem Mittelpunkt steht die Entwicklung einer kunden- und qualitätsorientierten Unternehmenskultur.

Die Realisierung der externen Ziele Differenzierung gegenüber dem Wettbewerb, Kundenzufriedenheit, -bindung und -gewinnung ist abhängig von der Erreichung der internen Zielsetzungen (vgl. Bruhn 2001a, S. 715).

Kennzeichnend für das ‚Interne Marketing‘ ist, dass Mitarbeiter mit zwei Perspektiven konfrontiert werden.

*„Einerseits sind sie „Kunde“ – sowohl innerhalb eines Führungs- und Leistungserstellungsprozesses gegenüber den Vorgesetzten als auch gegenüber anderen Mitarbeitern – , andererseits sind sie „Dienstleister“ gegenüber anderen Einheiten des Unternehmens.“
(Bruhn 2001a, S. 724).*

Erfolgreiche Dienstleistungsunternehmen verfügen über eine effektiv gesteuerte interne Kommunikation, die sowohl die Kommunikation der Mitarbeiter untereinander beinhaltet als auch die Kommunikation der Führungskräfte mit den Mitarbeitern (vgl. Benölken/Greipel, 1990, S. 98). Kennzeichnend für eine funktionierende unternehmensinterne Kommunikation sind:

- Jedem Mitarbeiter ist eine klare Vorstellung vermittelt worden, wie seine Tätigkeit ausgeübt werden soll.
- Mitarbeiter und Führungskräfte haben eine gemeinsame Zielsetzung erarbeitet.
- Die Leistung des Mitarbeiters muss beurteilt und gewürdigt werden.
- Die Führungskräfte nehmen Äußerungen ihrer Mitarbeiter auf und reagieren entsprechend.

(vgl. Benölken/Greipel, 1990, S. 98).

Die Instrumente der Mitarbeiterkommunikation können in persönliche und unpersönliche Kommunikation unterteilt werden.

Formen der persönlichen Mitarbeiterkommunikation sind z. B. Arbeitsmeetings, Tagungen, Betriebsversammlungen, interne Workshops und Qualitäts-Projektteams. Auch Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung, die die fachliche Qualifikation oder die Motivation zur Erstellung der Dienstleistungsqualität zum Gegenstand haben, stellen eine Form der

persönlichen Mitarbeiterkommunikation dar. Mitarbeiterfeedbackgespräche sind ein wichtiges Instrument der persönlichen Mitarbeiterkommunikation, da sie den Mitarbeitern vermitteln, dass ihre Leistung wahrgenommen und gewürdigt wird und auf dieser Basis Maßnahmen für die persönliche Weiterentwicklung festgelegt werden (vgl. Benölken/Greipel 1990, S. 98).

Maßnahmen des internen Berichts- und Informationswesens, wie z. B. Rundschreiben und Arbeitsanweisungen, sind Formen der unpersönlichen Mitarbeiterkommunikation, die auf strategischer Ebene ergänzt werden durch Maßnahmen der Personalpolitik, wie z. B. Arbeitsplatzbeschreibungen, und durch imagebildende Maßnahmen, wie z. B. Firmenbroschüren oder Mitarbeiterzeitungen. Öffentlichkeitsarbeit stellt ebenfalls eine Form der unpersönlichen Mitarbeiterkommunikation dar, da Mitarbeiter immer auch die ‚second audience‘ dieser Maßnahmen darstellen (vgl. Bruhn 2000b, S. 418 f.). BRUHN weist darauf hin, dass ‚Internes Marketing‘ nur dann erfolgreich sein kann, wenn sowohl das Management als auch die Mitarbeiter dazu verpflichtet werden (vgl. Bruhn 2001a, S. 723). *„Langfristiges Ziel der Verpflichtung der Mitarbeiter muss die Etablierung eines Vertrauensklimas sein, das eine intrinsische Identifikation der Mitarbeiter mit den Zielen des Unternehmens gewährleisten kann.“* (Bruhn 2001a, S. 725).

Nur zufriedene Mitarbeiter sind bereit und in der Lage, sich kundengerecht zu verhalten. *„Insofern dient Internes Marketing indirekt zur Herstellung von Kundenzufriedenheit und -loyalität und wird damit zur Voraussetzung für unternehmerischen Markterfolg.“* (Stauss 2000, S. 208).

2.5 Marktkommunikation

Die Dienstleistung, die eine Alten- und Pflegeeinrichtung erbringt, ist immateriell und daher in der Kommunikation nicht direkt darstellbar. Die Marktkommunikation hat folgende Aufgaben:

- Dokumentation der Dienstleistungscompetenz der Alten- und Pflegeeinrichtung

- Bekanntmachung der Alten- und Pflegeeinrichtung
- Visualisierung der Leistungselemente der Dienstleistung - die Leistung muss ‚greifbar‘ gemacht werden (z. B. Darstellung von Mitarbeitern, Räumlichkeiten, Aktivitäten in der Einrichtung)
- Aufbau oder Verbesserung des Images, das eine besondere Rolle bei der Leistungsbeurteilung spielt.

(vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 326).

Kommunikation von Unternehmen und somit auch von Alten- und Pflegeeinrichtungen kann nach ihrer Zielgruppe in Markt-, Kunden- und Mitarbeiterkommunikation untergliedert werden sowie nach ihrer Art in persönliche und unpersönliche Kommunikation (vgl. Bruhn 2000b, S. 415).

Die folgende Abbildung stellt die Kommunikationsebenen und die Art der Kommunikation sowie Beispiele zu den drei Kommunikationsebenen: Markt-Kommunikation, Kunden-Kommunikation und Mitarbeiter-Kommunikation dar.

Ebene	Markt-Kommunikation	Kunden-Kommunikation	Mitarbeiter-Kommunikation
	Management – Kunde	Mitarbeiter – Kunde	Management – Mitarbeiter
Unpersönliche Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Mediawerbung • Pressearbeit • Firmenbroschüren • Clubsysteme 	<ul style="list-style-type: none"> • Prospekte • Spezialangebote • Preisausschreiben • Clubsysteme 	<ul style="list-style-type: none"> • Internes Berichts- und Informationswesen • Arbeitsplatzbeschreibungen • Corporate Identity • Firmenbroschüren
Persönliche Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Vorträge • Tag der offenen Tür • Kundenbeschwerden • Kundenbeiräte 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt-/ Verkaufsgespräche • Verkaufsförderungsprogramme vor Ort • Beschwerdeabteilung • Clubsysteme • Messen/Ausstellungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeitergespräche • Arbeitssitzungen • Betriebsversammlungen • Workshops, Seminare • Qualitätszirkel

Abb. B-9: Instrumente und Mittel der Unternehmenskommunikation für Dienstleistungsunternehmen
 Quelle: Bruhn 2000b, S. 415

Die heimexterne Kommunikation findet mit einer Vielzahl von Gruppen statt: mit der Öffentlichkeit am Standort, mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, mit potenziellen neuen Kunden, mit Kirchen, Institutionen des Gesundheitswesens und Banken sowie mit Wettbewerbern und Lieferanten. Nach SCHEUCH ist für Non-Profit-Organisationen und somit auch für Alten- und Pflegeeinrichtungen ein „... *individuelles System von Interessengruppen.*“ (Scheuch 2002, S. 294) zu erarbeiten, das die Komplexität der Faktoren abbildet, die den Markt beeinflussen.

Im Rahmen des Dienstleistungsmarketings werden neben ökonomischen Zielsetzungen psychographische Kommunikationsziele verfolgt, die nach den Stufen der Kundenreaktion in drei Gruppen unterteilt werden können:

- Kognitiv-orientiert: Kontakterfolg, Aufmerksamkeitswirkung, Erinnerungswirkung, Informationsfunktion
- Affektiv-orientiert: Gefühlswirkung, positive Hinstimmung, Interessenweckung, Imagewirkung
- Konativ-orientiert: Auslösung der Auswahlentscheidung, Beeinflussung des Informationsverhaltens, Beeinflussung des Weiterempfehlungsverhaltens.

(vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 341 f.).

Für Alten- und Pflegeeinrichtungen ist das Kommunikationsziel, ein positives Image aufzubauen, besonders wichtig, da die Schaffung von Vertrauen bei potenziellen Kunden aufgrund der nicht vorhandenen objektiven Leistungsbeurteilungskriterien für den Auswahlprozess entscheidend ist. Der Mund-zu-Mund-Kommunikation der Kunden, die entweder aus eigener Erfahrung oder aus den Kommunikationsinhalten einer Alten- und Pflegeeinrichtung abgeleitet wird, kommt eine besondere Bedeutung zu, da ihr eine besondere Glaubwürdigkeit zugesprochen wird (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 343). GRÖNROOS stellt den Kommunikationskreislauf auf, der aus den Interaktionen mit den Kunden, den darauf basierenden Erwartungen, der Mund-zu-Mund-Kommunikation und den Erwartungen besteht (vgl. Grönroos 1990, S. 160). Die Auswirkung von Mund-zu-Mund-Kommunikation wird höher eingeschätzt als die Auswirkung aller anderen kommunikativen

Maßnahmen, die ein Unternehmen einsetzt, und hat einen hohen Multiplikatoreffekt (vgl. Grönroos 1999, S. 159).⁴⁵ Da Dienstleistungen ein Glaubens- oder Vertrauensgut sind, ist es für die Kommunikation von Dienstleistungsunternehmen besonders wichtig, Vertrauen aufzubauen (vgl. Ahlert/Kenning/Petermann 2001, S. 287).⁴⁶

Um die gesetzten Kommunikationsziele zu erreichen, stehen eine Vielzahl von Kommunikationsinstrumenten zur Verfügung, deren Auswahl nach einer Situationsanalyse, der anschließenden Festlegung der Werbeziele, der Beschreibung der Werbezielgruppe und abschließend von der Festlegung des Werbebudgets bestimmt wird (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 349 f.). Nach MEFFERT stehen die folgenden Kommunikationsinstrumente zur Verfügung:

„Klassische Werbung (Mediawerbung), Verkaufsförderung (Promotions), persönliche Kommunikation, Direktkommunikation (Direct Marketing), Öffentlichkeitsarbeit/Public Relations, Messen/Ausstellungen, Sponsoring, Event-Marketing, Multimedia-Kommunikation.“

(Meffert 2000, S. 712 f.).

An dieser Stelle werden nur die Kommunikationsinstrumente dargestellt, die von Alten- und Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden. Dazu gehören:

- Persönliche Kommunikation: Aufgrund der Überschneidung von Kommunikationsaktivitäten im Rahmen der Leistungserstellung und kommunikativen Aktivitäten zur Leistungsdarstellung ist die persönliche Kommunikation durch den direkten Kontakt mit den

⁴⁵ GRÖNROOS weist darauf hin, dass negative Erfahrungen häufiger in der Mund-zu-Mund-Kommunikation weitergegeben werden als positive, und schätzt den Multiplikator je nach Branche zwischen 3 und 30 ein. Für Dienstleistungsunternehmen wird der Multiplikator negativer Erfahrungen mit 12 und für positive unter 12 eingeschätzt (vgl. Grönroos 1990, S. 160).

⁴⁶ „Vertrauen ist damit regelmäßig nur dann ökonomisch relevant, wenn auf einer Marktseite Unsicherheit vorliegt.“ (Ahlert/Kenning/Petermann 2001, S. 283). Vertrauen weist folgende Merkmale auf: Vertrauen ist notwendig, wenn eine riskante Vorleistung notwendig ist, um den angestrebten Sollzustand zu erreichen. Vertrauen setzt eine aktive Leistung des Vertrauenden voraus und ist ex-ante auf ein Ziel gerichtet (vgl. Ahlert/Kenning/Petermann 2001, S. 284).

Kunden ein wichtiges Kommunikationsinstrument. Alten- und Pflegeeinrichtungen können durch die gezielte Schulung ihrer Mitarbeiter den Kontakt zu Bewohnern und Angehörigen deutlich verbessern und somit die wahrgenommene Dienstleistungsqualität sowie die Kundenzufriedenheit positiv beeinflussen. Auch die aktive Nutzung des Instruments Beschwerdemanagements ist ein Mittel, um die persönliche Kommunikation zu forcieren (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 366 f.).

- Direktkommunikation: Darunter werden alle Instrumente zusammengefasst, die eine individuelle Kundenansprache darstellen, wie z. B. persönliche Anschreiben, die an Angehörige oder potenzielle Kunden adressiert sind (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 370 f.).
- Öffentlichkeitsarbeit/Public Relations: Öffentlichkeitsarbeit, deren primäres Ziel die Vermittlung eines positiven Unternehmensimages ist, und somit die Vermittlung von Vertrauen in die Leistung eines Unternehmens in den Mittelpunkt stellt, ist für Alten- und Pflegeeinrichtungen besonders geeignet, um das Image der Einrichtung positiv zu profilieren.⁴⁷

„Dem Schaffen von Verständnis und Vertrauen vor allem bei Kunden und der Öffentlichkeit kommt im Dienstleistungsbereich aufgrund der Bedeutung der Mund-zu-Mund-Kommunikation besondere Relevanz zu.“

(Meffert/Bruhn 2000, S. 376).

Nach KROEBER-RIEL ist der Image-Begriff weiter gefasst als der Begriff Einstellungen und beschreibt das Bild, das sich jemand von einem Gegenstand macht. Aufgrund der klareren Definition von Einstellungen ersetzt KROEBER-RIEL den Imagebegriff durch Einstellung und *„... folgt damit einer Tendenz in der gegenwärtigen Marketing-Literatur.“* (Kroeber-Riel, 1992, S. 190). Einstellungen werden definiert als

⁴⁷ LUTHE schließt aus einer 1993 durchgeführten Befragung der Zeitschrift Sozialmanagement, dass der Begriff Öffentlichkeitsarbeit im Sozialbereich akzeptierter ist als Public Relations (vgl. Luthe 1995, S. 24 f.).

„Motivation, die mit einer – kognitiven – Gegenstandsbeurteilung verknüpft ist.“

(Kroeber-Riel, 1992, S. 50).⁴⁸

Aufgrund der Multiplikatorwirkung der Mitarbeiter, die ein wichtiges Beurteilungskriterium für die Leistungsbeurteilung durch den Kunden darstellt, ist es für eine Alten- und Pflegeeinrichtung bedeutend, ein vertrauensvolles Verhältnis zu ihren Mitarbeitern aufzubauen, denn je positiver die Mitarbeiter der Alten- und Pflegeeinrichtung gegenüberstehen, desto positiver wird der Eindruck, den sie Kunden und der Öffentlichkeit vermitteln (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 376).

- Multimedia-Kommunikation: Unter diesem Begriff wird die Offline-Kommunikation (z. B. CD, DVD) und die Online-Kommunikation (Internet, Homepages von Unternehmen) sowie jegliche Übertragung von Botschaften mittels elektronischer Medien, die mit Multimediamedien (Kombination von Bild-, Ton-, Grafik- und Textelementen) generiert wurden, zusammengefasst (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 386). Durch die steigende Internetnutzung als Informationsquelle, gerade bei älteren Menschen, gewinnt dieses Medium zunehmend auch für Alten- und Pflegeeinrichtungen an Bedeutung.⁴⁹

Die integrierte Unternehmenskommunikation hat eine hohe Bedeutung für Dienstleistungsunternehmen. Darunter

„... wird ein Prozess der Planung und Organisation verstanden, der darauf ausgerichtet ist, aus den differenzierten Quellen der internen und externen Kommunikation von Unternehmen eine

⁴⁸ Motivation definiert KROEBER-RIEL als *„... Emotionen (und Triebe), die mit einer Zielvorstellung für das Verhalten verbunden sind.“* (Kroeber-Riel 1992, S. 50). Emotionen definiert KROEBER-RIEL als *„... innere Erregungsvorgänge, die angenehm oder unangenehm empfunden und mehr oder weniger bewusst erlebt werden.“* (Kroeber-Riel 1992, S. 50).

⁴⁹ Gemäß einer Befragung von 1.000 Personen der Generation 50 Plus (Split: 55 % Frauen, 45 % Männer – Altersgruppen bis 64 Jahre und ab 65 Jahre), die von der ev. Heimstiftung, Stuttgart im Jahr 2004 durchgeführt wurde, nutzen 3 % der Personen über 50 Jahre das Internet als Informationsquelle. In der Altersgruppe 50-64 Jahre sind es bereits 11 % (vgl. Thiele 2004, S.18).

Einheit herzustellen, um ein für sämtliche Zielgruppen der Unternehmenskommunikation konsistentes Erscheinungsbild über das Unternehmen zu vermitteln.“

(Bruhn 1995, S. 13).

Integrierte Unternehmenskommunikation zeichnet sich durch Synergieeffekte aus, da eine höhere Kommunikationsleistung erzielt werden kann als durch den unabgestimmten Einsatz von Kommunikation (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 333).

Kapitel C

Soziologie und Psychologie des Alterns

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden ausgewählte Alterstheorien dargestellt, die sowohl soziologische als auch psychologische Aspekte des Alterungsprozesses darstellen. Nach TEWS gibt es entscheidende Gründe, die allgemeine theoretische Formulierungen zum Alter/n erschweren:

- Mit zunehmendem Alter vergrößern sich interindividuelle Unterschiede.
- Die Unklarheit der Rollenvorschriften und Normen ermöglicht keine Entscheidung, wann Altern angemessen und erfolgreich bewältigt wird.
- Inhomogenität der Lebenssituationen älterer Menschen.

(vgl. Tews, 1979, S. 93 f.).

Den Alterstheorien vorangestellt wird eine Definition des Begriffs Alter als

„... die Zeitspanne im Leben eines Menschen, die seit seiner Geburt vergangen ist (kalendarisches Alter, Lebens-Alter). Im engeren Sinne meint Alter nur die letzte Phase oder Stufe im Lebenslauf. Das Lebensalter ist vor allem in der Demographie ein Kriterium zur gegliederten Erfassung und Darstellung des Altersaufbaus der Bevölkerung. Die Analyse unterscheidet weiter das biologische Alter anhand des Organismuszustandes, das psychische Alter anhand geistiger Funktionen und Einstellungen und das soziale Alter anhand sozialer Rollen und Verhaltensweisen. Außerdem wird neben dem statischen Aspekt des Alters der dynamische des Alterns hervorgehoben.“

(Gurkenbiel 1992, S. 15).

Die psychosozialen Theorien des Alterns können in fünf Gruppen zusammengefasst werden:

- Defizitmodelle
- Qualitative Verlaufsmodelle
- Theorien des erfolgreichen Alterns
- Kognitive Theorien
- Wachstumstheorien.

(vgl. Lehr 2000, S. 45 ff.).

Im Folgenden werden einige Theorien exemplarisch ausgewählt und dargestellt. Der Schwerpunkt liegt auf den Theorien des erfolgreichen Alterns.

Im zweiten Abschnitt werden die für diese Arbeit relevanten Themen im Zusammenhang mit Altern und Gesellschaft dargestellt. Es erfolgt eine Begrenzung auf die Bereiche der gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber dem Altern sowie auf Altern und Familie, die im Zusammenhang mit der Sichtweise von Alten- und Pflegeeinrichtungen bedeutsam sind.

Im dritten Abschnitt werden Alten- und Pflegeeinrichtungen aus der Sicht der Gesellschaft dargestellt sowie die Bedeutung des Aspekts ‚Wohnen‘ für ältere Menschen, um abschließend die Umsiedlung in eine Alten- und Pflegeeinrichtung zu betrachten.

I. Psychosoziale Theorien des Alterns

1. Defizitmodelle des Alterns

Die biologischen Alternstheorien basieren auf der Annahme, dass Altern im Wesentlichen der Abbau von wichtigen Funktionen ist, und betrachten die Zusammenhänge zwischen Lebensalter und Intelligenz, Reaktionsfähigkeit und Gedächtnis (vgl. Lehr 2000, S. 46). Mit der in den 40er Jahren entwickelten Bellevue-Wechsler-Intelligenzskala konnte nachgewiesen werden, dass der Höhepunkt der intellektuellen Leistungsfähigkeit im dritten

Lebensjahrzehnt liegt und dann eine mehr oder minder starke Abnahme stattfindet. Altersbeständig sind der Wissensumfang, die praktische Urteilsfähigkeit, sprachliche Kenntnisse, die Fähigkeit, sich in alltäglichen Problemsituationen zurechtzufinden, Aufmerksamkeit und Konzentration. Als weniger altersbeständig stellte sich die Merkfähigkeit, die Gedächtnisleistung, die geistige Wendigkeit und das Umstellungsvermögen heraus (vgl. Lehr 2000, S. 50).

Die Analyse der Intelligenz führt zu einer Teilung in kristalline Intelligenz, die Allgemeinwissen, Erfahrungswissen, Wortschatz und Sprachverständnis voraussetzt und die altersbeständig ist, und in fluide Intelligenz, die eine Flüssigkeit der Umstellung, Wendigkeit, Kombinationsfähigkeit, Orientierung an neue Situationen verlangt und altersunbeständiger ist (vgl. Lehr 2000, S. 78 f.).

In Reaktionsversuchen wurde festgestellt, dass ältere Menschen nicht grundsätzlich langsamer reagieren als jüngere. Eine Unterteilung der Reaktionszeit in die prämotorische Zeit (die Zeit vom Erscheinen eines Signals bis zur Reaktion) und motorische Zeit (Zeit vom Beginn der Bewegung bis zum Ende der Bewegung) ergab, dass die prämotorische Zeit mit steigendem Alter ebenfalls ansteigt, während die motorische Zeit gleich bleibt (vgl. Lehr 2000, S. 107).⁵⁰

Die Gedächtnisforschung beschäftigt sich mit der Analyse von Lernprozessen. LEHR stellt die Ergebnisse der Studien zur Lernfähigkeit im Alter zusammen:

- Ältere Menschen lernen bei sinnvollem Material ebenso schnell wie jüngere Menschen – bei sinnlosem Material schlechter.
- Ältere Menschen können zu schnell vermittelten Lehrstoff schlechter aufnehmen als jüngere Menschen – bei Gewährung zusätzlicher Zeit nivelliert sich das Ergebnis.

⁵⁰ Auf die detaillierte Darstellung der Reaktionsversuche muss an dieser Stelle verzichtet werden. LEHR stellt die Studien von SZAFRAN, CERELLA, KAY, REHBERG/NEUMANN dar (vgl. Lehr 2000, S. 107 f.).

- Ältere und jüngere Menschen profitieren gleich stark von Aufgabenwiederholungen.
- Ältere Menschen lernen leichter, wenn der Lehrstoff übersichtlich gegliedert und weniger komplex ist.
- Der Begabungsfaktor spielt eine bedeutendere Rolle als der Altersfaktor.
- Der Gesundheitszustand hat einen wesentlichen Einfluss auf den Lernerfolg.

(vgl. Lehr 2000, S. 93).

2. Qualitatives Verlaufmodell

Die Theorie der Entwicklungsaufgaben stellt ein qualitatives Verlaufmodell dar, das sich am Lebenslauf orientiert. Diese Theorie beschäftigt sich mit den qualitativen Veränderungen im Übergang vom mittleren zum höheren Lebensalter (vgl. Lehr 2000, S. 52). Nach HAVIGHURST werden Entwicklungsaufgaben definiert, die zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben auf ein Individuum zukommen und die eine Auseinandersetzung damit erfordern.⁵¹

Diese Entwicklungsaufgaben werden in allen Lebensphasen von drei Faktoren bestimmt:

- von der körperliche Situation, d. h. physiologisch-biologische Gegebenheiten
- von kulturellen Normen und Erwartungen der Gesellschaft
- von individuellen Wertvorstellungen und Erwartungen.

(vgl. Havighurst 1972, S. 107 f.).

⁵¹ HAVIGHURST definiert die Entwicklungsaufgaben für folgende Lebensabschnitte: Kindheit, Jugend, frühes und mittleres Erwachsenenalter sowie spätere Reife (later maturity) (vgl. Havighurst 1972, S. 8 f.).

Die Entwicklungsaufgaben in der Phase der ‚later maturity‘, die nach HAVIGHURST mit 65 Jahren beginnt, sind:

- 1) Anpassung an die nachlassende physische Kraft und Gesundheit.
- 2) Anpassung an den Ruhestand und die damit verbundenen Einkommenseinbußen.
- 3) Anpassung an den Tod des Ehepartners.
- 4) Herstellung einer Verbindung zur eigenen Altersgruppe.
- 5) Flexible Anpassung und Übernahme von sozialen Rollen.
- 6) Herstellung einer befriedigenden Lebensumgebung.

(vgl. Havighurst 1972, S. 107 f.).

Entwicklung ist ein lebenslanger Prozess, der die Auseinandersetzung des Individuums mit sich selbst, seinen Wertvorstellungen und seiner sozialen Umwelt beinhaltet (vgl. Lehr 2000, S. 53). Jede Veränderung der Lebenssituation erfordert eine Umorientierung im Verhalten und somit eine Anpassung an die neue Situation.

Der Übergang in das höhere Alter führt zu einer Instabilität der inneren und äußeren Situation, da sowohl die Zunahme eigener Erkrankungen als auch der Verlust des Partners oder von Angehörigen wahrscheinlich werden und sich die Lebensbedingungen des älteren Menschen gravierend verändern können.⁵² Nach THOMAE ist die Entwicklung der Persönlichkeit im Erwachsenenalter durch folgende Grundsituationen gekennzeichnet, die eine Auseinandersetzung erfordern:

- 1) *„Situation der beruflichen und wirtschaftlichen Konkurrenz, Notwendigkeit der Durchsetzung.*
- 2) *Situation in der Familie.*

⁵² Eine Übersicht der Belastungssituationen, denen 66-jährige Frauen in den letzten zehn Jahren ausgesetzt waren, erfasst neben Krankheiten und Todesfällen in der Familie Belastungssituationen aus den Bereichen Beruf, Wohnsituation, Partnerschaft, außerfamiliäre Sozialkontakte, finanzielle Situation, Lebensstil und Freizeitgestaltung (vgl. Saup 1984, S. 186 f.).

- 3) *Innewerden der Unvollkommenheit des Daseins.*
- 4) *Reibung an der Monotonie des eigenen Daseins.*
- 5) *Innewerden der Endgültigkeit des eigenen Geschicks.*
- 6) *Konfrontation mit der Endlichkeit des Daseins“*

(Thomae 1968, S. 12).

Lebenszufriedenheit wird als Indiz für eine gelungene Anpassung

„... zwischen individuellen Bedürfnissen und Erwartungen einerseits und der sozialen und biographischen Situation andererseits und damit für erfolgreiches Altern.“

(Lehr 2000, S. 56)

bewertet.⁵³

Nach THOMAE gelingt Altern im positiven Sinne des Reifens, wenn Menschen die *„... Kunst des Kompromisse-Schließens...“* (Thomae 1968, S. 13) in dem Sinne gelingt, dass sie aus bestehenden Möglichkeiten das Beste machen und sich damit arrangieren, ohne aus Enttäuschung über unerfüllte Erwartungen zu resignieren (vgl. Thomae 1968, S. 13).

3. Theorien erfolgreichen Alterns

Erfolgreiches Altern wird von HAVIGHURST definiert als

„Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen und vergangenen Leben.“

(Havighurst 1968, S. 567).

Lebenszufriedenheit wird als ein Indikator für eine gelungene Anpassung an den Alternsprozess angesehen. Am Beginn des Prozesses steht ein relativ stabiler Zustand der Lebenssituation, der sich mit dem Übergang in den

⁵³ Auf eine Darstellung der umfangreichen empirischen Studien zum Bewältigungsverhalten und zu Copingstrategien älterer Menschen muss an dieser Stelle verzichtet werden. SAUP stellt einen Überblick der Arbeiten dar (vgl. Saup 1984, S. 191 ff.).

Ruhestand, dem Wegzug der Kinder, dem Verlust von Angehörigen und immer häufiger auftretenden eigenen Erkrankungen zu einer veränderten Lebenssituation wandelt, die ein hohes Maß an Ungleichgewicht auslöst (vgl. Lehr 2000, S. 55). Angenommen wird, dass die normale Reaktion des älteren Menschen eine Regulierung dieses Ungleichgewichts ist und bei erfolgreicher Bewältigung zu hoher Lebenszufriedenheit führt (vgl. Lehr 2000, S. 57).

Eine Theorie des erfolgreichen Alterns kann Menschen im Rahmen der gesellschaftlichen Möglichkeiten helfen, für ihr Alter selber Entscheidungen zu treffen, über ihr Pensionierungsalter, ihren Wohnort und ihre familiären Beziehungen (vgl. Havighurst 1968, S. 567). Die Disengagementtheorie, die Aktivitätstheorie und das Modell der selektiven Optimierung stellen Theorien für erfolgreiches Altern dar.

Die Gerontosoziologie hat ihren Ursprung in der Mitte des 20. Jahrhunderts in Amerika und beschäftigt sich mit der Anpassung des alternden Menschen an die Gesellschaft und seine soziale Integration (Rosenmayr 2003, S. 23). Die Aktivitätstheorie, die in den frühen 70er Jahren entwickelt wurde, postuliert, dass der Rollenverlust im Alter durch neue Aktivitäten im späteren Leben kompensierbar ist. Zur gleichen Zeit wurde die Disengagementtheorie von CUMMING/HENRY entwickelt, die darauf basiert, dass die Gesellschaft den älteren Menschen von der Rollenteilnahme entbindet und ältere Menschen diese Entwicklung auch von sich aus fordern (vgl. Rosenmayr 2003, S. 24).

„Diese Theorie-Ansätze gingen beide von einem starren, heute nicht mehr brauchbaren Gesellschaftsmodell aus. Es war das wissenschaftliche Modell einer Gesellschaft mit Funktionen und Strukturen, aber ohne wesentliche Wandlungsprozesse und Wandlungsnotwendigkeiten.“

(Rosenmayr 2003, S. 24).

Da beiden Theorien der Verdienst zugerechnet wird, dass sie sozialpsychologische Aspekte in den Vordergrund der gerontologischen

Forschung gerückt haben, sind sie der Ursprung der Beschäftigung mit der Bedeutung von sozialen Kontakten im Alter (vgl. Lehr 2000, S. 59).

3.1 Disengagementtheorie

Die Disengagementtheorie wurde von CUMMING/HENRY 1961 entwickelt und basiert auf der ‚Kansas City Study of Adult Life‘.⁵⁴ Die Theorie geht davon aus, dass sich Menschen mit zunehmendem Alter von Rollen und Aktivitäten mittlerer Jahre zurückziehen, und interpretiert diesen Rückzug als natürlich und unvermeidbar (vgl. Cumming/Henry 1961, S. 14). *„Der Ansatz stellt das Altsein als eine völlig neue Entwicklungsstufe im menschlichen Leben dar, in der gesellschaftlich und persönlich veränderte Zielsetzungen vorliegen. Das Alter wird nicht gemieden, sondern hat einen eigenen Inhalt: die Vorbereitung auf den unvermeidbaren Tod.“* (Backes/Clemens 1998, S. 118 f.). Die Disengagementtheorie wurde *„... als Reaktion auf die Idealisierung und Realitätsferne des Aktivitätsansatzes...“* (Backes/Clemens 1998, S. 118) entwickelt. Aufgrund der Unvermeidbarkeit des Todes ergibt sich für die Gesellschaft die Notwendigkeit, sich von den alternden Individuen zu lösen. Für das Individuum ist der Rückzug notwendig, um sich auf den Tod vorzubereiten und weil nach Auffassung der Disengagementtheorie zurückgezogene alte Menschen glücklicher sind (vgl. Backes/Clemens 1998, S. 120). Die Disengagementtheorie sieht den alten Menschen als befreit vom Aktivitätszwang der mittleren Jahre und interpretiert die Zwangsausgliederung aus dem Beruf als vom Individuum gewünscht, weil das Disengagement ein natürlicher Prozess ist, der den Bedürfnissen der alten Menschen, sich aus Rollen und Aktivitäten zurückzuziehen, entspricht und ein neues Gleichgewicht zwischen dem Individuum und der Gesellschaft erreicht wird, das durch eine größere Distanz und eine veränderte Art der

⁵⁴ Die ‚Kansas City Study of Adult Life‘ umfasste 279 Personen und bestand aus einem Panel und einer Zusatzgruppe von 70-90-jährigen. Durchgeführt wurde diese Längsschnittstudie von 1955 bis 1962 (vgl. Tews 1979, S. 107). Das ‚Committee on Human Development‘ wurde geleitet von W.E. HENRY (Untersuchungsleiter), R.J. HAVIGHURST und B.L. NEUGARTEN. Direktorin der Feldforschung war E. CUMMING (vgl. Neugarten/Tobin 1968, S. 573).

Beziehung gekennzeichnet ist (vgl. Cumming/Henry 1961, S. 14, vgl. Backes/Clemens 1998, S. 122). KOHLI bezeichnet die Disengagementtheorie als „... *einen der wenigen wirklich soziologischen Ansätze der Gerontologie.*“ (Kohli 1992, S. 235), da er Altern nicht nur als Problem des Einzelnen behandelt, sondern auch als Problem für die gesellschaftliche Ordnung.

Nach VOGES ist die Disengagementtheorie in ihrer ursprünglichen Form nicht aufrechtzuerhalten, da sie zum einen von der nicht immer vorhandenen Interessengleichheit von gesellschaftlichen und individuellen Vorstellungen vom Berufsverlauf und -austritt ausgeht und zum anderen die Annahme, dass Disengagement zu einem glücklichen Alter führt, nicht uneingeschränkt zutrifft (vgl. Voges 1994, S. 60). Mit der Verrentung wird der ältere Mensch aus einer Vielzahl von sozialen Bindungen entlassen und verliert neben Kontakten seine Funktion, seinen Status, sein Prestige und seine Autorität (vgl. Voges, 1994, S.60 f.).

3.2 Aktivitätstheorie

Die Aktivitätstheorie wird von NEUGARTEN/TOBIN vertreten und basiert auf der Annahme, dass Menschen nur dann glücklich und zufrieden sind, wenn sie etwas leisten können und von anderen Menschen gebraucht werden (vgl. Neugarten/Tobin 1968, S.572 f.). HAVIGHURST unterstützt sowohl die Disengagementtheorie als auch die Aktivitätstheorie. *„Die Aktivitätstheorie nimmt an, erfolgreiches Altern sei gleichbedeutend mit der möglichst langen Erhaltung der Aktivitäten und Einstellungen des mittleren Lebensalters.“* (Havighurst 1968, S. 568). HAVIGHURST geht zusätzlich davon aus, dass optimales Altern begünstigt wird durch die Kompensation der Kontaktreduktion, die durch Berufsaufgabe oder den Tod von Angehörigen und Freunden entsteht (vgl. Havighurst 1968, S. 568). Die Aktivitätstheorie geht von der Ausgliederung alter Menschen aus der Erwerbstätigkeit aus, die institutionell verfügt wird, und stellt fest, dass reduzierte Aktivitäten und

Interessen oft erst durch die gesellschaftlich herabgesetzten Möglichkeiten entstehen (vgl. Backes/Clemens 1998, S. 117).

HAVIGHURST schränkt ein, dass die Aktivitätstheorie nicht für alle Menschen zutrifft. Menschen mit einem aktiven, leistungsbetonten, nach außen gerichteten Lebensstil sind wahrscheinlich zufriedener, wenn sie in dieser Art mit möglichst geringen Änderungen bis ins hohe Alter fortfahren können, während Menschen mit einem eher passiven, abhängigen, auf das Heim zentrierten Lebensstil wahrscheinlich zufriedener sind, wenn der Zustand des Disengagements erreicht wird (vgl. Havighurst 1968, S. 570). HAVIGHURST geht davon aus, dass bei einem nicht primär durch die Umwelt gesteuerten Disengagement, „... ein beträchtlicher Raum für soziale und individuelle Entscheidungen zwischen Aktivität und Disengagement.“ (Havighurst 1968, S. 569) bleibt. LEHR vertritt die Ansicht, dass sowohl die Aktivitätstheorie als auch die Disengagementstheorie „... ungeeignet ist, für alle Lebenslagen den rechten Weg zur Zufriedenheit zu weisen.“ (Lehr 2000 S. 57). NEUGARTEN/TOBIN wiesen in einer Studie nach, dass Engagement in höherem Alter eher mit psychischem Wohlbefinden verknüpft ist als Disengagement (vgl. Neugarten/Tobin 1968, S. 578).⁵⁵

Die Bonner Längsschnittstudie (BOLSA), an der sich in der Zeit von 1965 bis 1980 insgesamt 222 ältere Menschen (ab 75 Jahren) beteiligten, zeigt auf, dass eine differenzierte Betrachtungsweise der Disengagementstheorie und der Aktivitätstheorie notwendig ist. Ältere Menschen können zum einen nicht als eine Gruppe betrachtet werden und reagieren zum anderen je nach Rollenbezug unterschiedlich. Kompetente Ältere, die in der Studie beschrieben werden als Menschen mit einer größeren Interessenvielfalt, einem höheren Intelligenzquotienten, weitreichenderem Zukunftsbezug und besserer Gesundheit, verhalten sich in familiären Rollen stärker im Sinne

⁵⁵ NEUGARTEN/TOBIN befragten 187 Personen im Alter von 50-80 Jahren und ermittelten die Zufriedenheit mit Interaktionen, sozialem Lebensraum, Zahl der Rollen und wahrgenommenem Lebensraum (vgl. Neugarten/Tobin 1968, S. 574). Auch MADDOX/EISDORFER konnten in einer Befragung von 250 Personen im Alter von 60 bis 94 Jahren feststellen, dass zwischen hoher Aktivität und positiver Stimmung eine signifikant positive Beziehung besteht. Diese Beziehung ist allerdings sehr komplex und es gibt einschränkende Bedingungen, unter denen sie nicht zutrifft (vgl. Maddox/Eisdorfer 1968, S. 243).

einer Disengagementtheorie, während sie in der Freundesrolle und in der Rolle als Vereinsmitglied stärker im Sinne der Aktivitätstheorie agieren. Diese Personengruppe erreicht mit der genannten Mischung aus Aktivität und Disengagement Zufriedenheit. Die zweite Gruppe, die Einschränkungen in ihrer Kompetenz aufweist und die durch einen eingeschränkten Zukunftsbezug, einen geringeren Intelligenzquotienten, geringere Anregbarkeit und gesundheitliche Belastungen gekennzeichnet ist, verhält sich gegenläufig. Diese Gruppe ist zufrieden bei positiv erlebter Rollenaktivität in der Eltern-, Großeltern- und Verwandtenrolle, während sie in der Freundes- und Vereinsmitgliedsrolle gemäß der Disengagementtheorie reagiert (vgl. Lehr/Thomae 1987, S. 91 f.).⁵⁶ Die Aktivitätstheorie wird nach HAVIGHURST von den meisten auf dem Gebiet der praktischen Altenhilfe Tätigen favorisiert (vgl. Havighurst 1968, S. 568).⁵⁷ NACH BACKES/CLEMENS bezieht sich die Altenarbeit zwar auf die Aktivitätstheorie, geht aber auch häufig von der Annahme aus, dass Disengagement im Alter zwangsläufig ist (vgl. Backes/Clemens 1998, S. 115). Die Aktivitätstheorie vernachlässigt die mit zunehmendem Alter auftretenden Veränderungen, die nicht vollständig durch Aktivität kompensiert werden können, und verdrängt das Altsein „... als zu bekämpfendes schicksalhaftes Unglück.“ (Backes/Clemens 1998, S.117).

3.3 Selektive Optimierung und Kompensation – SOK-Modell

BALTES/BALTES haben erfolgreiches Altern als selektive Optimierung und Kompensation beschrieben und das SOK-Modell formuliert (vgl. Baltes/Baltes 1989, S. 9). Das Modell basiert auf sechs Annahmen für psychisches Altern:

⁵⁶ Die Abgrenzung dieser zwei Gruppen wird in der Bonner Längsschnittstudie nicht genauer beschrieben. Der erreichte Schulabschluss wird z. B. erhoben, die Ermittlung des Intelligenzquotienten wird aber nicht dargestellt (vgl. Lehr/Thomae 1987, S. 9 und S. 91).

⁵⁷ VOGES sieht in der Aktivitätstheorie den theoretischen Hintergrund für aktivierende Altenhilfe, wie sie in offenen/teilstationären Einrichtungen der Altenhilfe anzutreffen ist, während die Disengagementtheorie als theoretischer Hintergrund für eine versorgende Altenhilfe in stationären Einrichtungen gesehen wird (vgl. Voges 1994, S. 43).

- 1) Basierend auf der physischen Befindlichkeit wird unterschieden in normales, optimales und krankes Altern.
- 2) Verschiedenartigkeit des Alterns, da Menschen sehr unterschiedlich in Bezug auf körperliche, mentale und soziale Prozesse altern.
- 3) Hohes Lern- und Intelligenzpotenzial steht bei den meisten älteren Menschen zur Verfügung.
- 4) Trotz vorhandener Kapazitätsreserven im Bereich Lernen und Intelligenz gibt es altersbedingte Grenzen dieser Reserven.
- 5) Die zentrale Lebensproblematik des Alterns besteht in der Bewältigung der zunehmend negativen Bilanzierung des Verhältnisses zwischen Entwicklungsgewinnen und -verlusten.
- 6) Das Selbstbild bleibt auch im Alter stabil.

(vgl. Baltes/Baltes 1989, S. 7 f.).

Nach BALTES/BALTES sollte der alte Mensch sich auf Bereiche von hoher Priorität konzentrieren, bei denen die Umwelanforderungen, die Fertigkeiten und die biologische Leistungsfähigkeit harmonieren (vgl. Baltes/Baltes 1989, S. 9). Diese Selektion bedeutet, „... dass mit ansteigendem Alter eine immer ausgeprägtere Spezialisierung in Inhalt und Form der Lebenswelt und der Handlungsräume notwendig wird.“ (Baltes/Baltes 1989, S. 9). Die Optimierung beinhaltet eine ständige Verbesserung der Fähigkeiten. Kompensationsprozesse setzen dann ein, wenn die Ausführung bestimmter Verhaltensweisen nicht mehr möglich ist.⁵⁸ Ein Extremfall für selektive Optimierung mit Kompensation ist die Gestaltung von altersfreundlichen Umwelten, wie z. B. von Alten- und Pflegeeinrichtungen (vgl. Baltes/Baltes 1989, S.9).

⁵⁸ „Dem Pianisten Rubinstein beispielsweise wird nachgesagt, daß er die Schwächen des Alters dadurch bezwingt, daß er weniger Stücke spielt (Selektion), diese häufiger übt (Optimierung) und vor schnelleren Passagen Verlangsamungen derart einführt (Kompensation), daß sie das Nachfolgende durch die Kontrastierungen schneller erscheinen lassen.“ (Baltes/Baltes 1989, S. 9).

Nach BALTES/BALTES können basierend auf bisherigen Forschungsergebnissen Richtlinien für erfolgreiches Altern abgeleitet werden:

- Gesunder Lebensstil
- Aktivitäten im Familien-, Freizeit- und Arbeitsbereich führen zum Aufbau von Kapazitätsreserven und somit zu einer Verlangsamung negativer Altersprozesse.

(vgl. Baltes/Baltes 1989, S.8).

„Je höher die allgemeine biologische, mentale und soziale Kapazitätsreserve, desto wahrscheinlicher wird auch erfolgreiches Altern, gleich nach welchen Kriterien man es bestimmt.“

(Baltes/Baltes 1989, S. 8).

4. Kognitive Theorie des Alterns

Die kognitive Theorie des Alterns von THOMAE

„... sieht den Menschen nicht primär im funktionalen Bezug zu gesellschaftlichen Erfordernissen, statt dessen betont sie die subjektive Seite individuellen Erlebens und Wahrnehmens und deren Bedeutung für die Wirksamkeit von Ereignissen – so auch mit dem Alter einhergehende Veränderungen.“

(Backes/Clemens 1998, S. 163).

Die zentrale Aussage der Theorie ist, dass nicht die objektive Situation, sondern die Wahrnehmung durch die Betroffenen das Erleben und Handeln bestimmen. Die Theorie kann in drei Postulaten zusammengefasst werden:

- 1) Menschliches Verhalten steht in erster Linie in Beziehung zu den wahrgenommenen Umgebungsfaktoren und erst in zweiter Linie zu den objektiven Veränderungen.

- 2) Motive und Erwartungen sind entscheidend für die Bewertung von Situationen und bestimmen das Verhalten.
- 3) Je mehr die kognitive und motivationale Struktur im Gleichgewicht sind, umso besser gelingt die individuelle Anpassung an das Alter und seine objektiven Probleme.

(vgl. Thomae 1968, S. 8 f.).

THOMAE geht davon aus, dass ein Mensch, der sein Leben gut gestaltet und seine Ziele erreicht hat, im Alter meist zufrieden ist, auch ohne objektiv gut bewertete Lebensbedingungen (vgl. Thomae 1968, S. 8 f.).

Die Orientierung an dieser Theorie führt dazu, dass nur Benachteiligungen, die von alten Menschen empfunden und artikuliert werden, auch als solche wahrgenommen und im Rahmen der Sozial- und Altenpolitik bearbeitet werden (vgl. Backes/Clemens 1998, S. 163). *„Subjektive Nichtwahrnehmung oder Positivwahrnehmung können durchaus Rationalisierungsversuche sein, mit vermeintlich nicht veränderbaren Problemen fertig zu werden.“* (Backes/Clemens 1998, S. 163).

5. Wachstumstheorie

Nach PECK ist die zweite Lebenshälfte zwar gekennzeichnet durch die abnehmende physiologische Leistungs- und Funktionsfähigkeit, aber nicht zwangsläufig begleitet von der Abnahme der geistigen und sozialen Funktionsfähigkeit. Die zweite Lebenshälfte ist die Zeit, in der sich geistige und soziale Fähigkeiten weiterentwickeln und ein Entwicklungsprozess stattfindet (vgl. Peck 1968, S. 530). Nach PECK besteht der zentrale Punkt des menschlichen Wachstums darin, im mittleren Erwachsenenalter Möglichkeiten zu entwickeln, *„... neue, andersartige, spezifisch menschliche Kräfte zur vollsten Entfaltung...“* (Peck 1968, S. 531) zu bringen. Dazu gehören:

- Höhere Bewertung von Weisheit anstelle von körperlicher Kraft
- Sozialisierung im Vergleich zu Sexualisierung in den menschlichen Beziehungen

- Flexibilität statt Verarmung von emotionalen Beziehungen zu Personen und Dingen in der Umgebung
- Geistige Beweglichkeit statt geistiger Starrheit.

(vgl. Peck 1968, S. 535 f.).

Nach PECK gewinnen Menschen mit zunehmender Lebenserfahrung Weisheit, die definiert wird als

„... die Fähigkeit, die Erfolg versprechendste Auswahl unter den Möglichkeiten zu treffen, welche Wahrnehmung, Verstand und Einbildungskraft zur Entscheidung anbieten.“

(Peck 1968, S. 535).⁵⁹

Die zweite Lebenshälfte bietet aufgrund der weniger ausgeprägten sexuellen Ausrichtung die Möglichkeit, Partnerschaften im zwischenmenschlichen Bereich zusätzliche Tiefe zu verleihen und somit die Bindung zu vertiefen (vgl. Peck 1968, S. 537). Die mit fortschreitendem Alter häufiger auftretenden Verluste von Bezugspersonen führen zur Verarmung des emotionalen Lebens, wenn der ältere Mensch keine Möglichkeit findet, neue emotionale Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. Bedingt durch die Reife und Erfahrung der älteren Menschen können sie als Ratgeber für jüngere Menschen eine wichtige zusätzliche Rolle einnehmen, die ihnen hilft, andere Verluste zu kompensieren (vgl. Peck 1968, S. 538).

Im höheren Lebensalter ist persönliches Wachstum möglich, wenn es gelingt, den eigenen Tod als weniger bedeutend zu erleben und Zufriedenheit aus den gelungenen Lebenswerken zu schöpfen sowie die eigenen Erkenntnisse, Ideen und materiellen Werte mit anderen zu teilen und weiterzugeben. Diese Tendenz, generationsübergreifend tätig zu werden, ermöglicht es den älteren Menschen, die Grenze des eigenen Lebens zu überschreiten (vgl. Olbrich 1987, S. 69 f.).

⁵⁹ PECK weist darauf hin, dass es sich dabei nicht um einen Prozess handelt, der automatisch stattfindet, sondern der davon abhängt, wie Menschen ihre gewonnenen Erfahrungen beurteilen und anwenden. Basis für Weisheit ist die emotionale Ausgeglichenheit der Person, ihre Stabilität und ihre Fähigkeit, mit Konflikten umzugehen (vgl. Peck 1968, S. 535).

„Alte Menschen, denen es gelingt, ein erlebnismäßig ausgefülltes Alter bei physischem und sozialem Wohlbefinden zu leben, haben eine Botschaft für die jüngere Generation. Sie sind die Modelle eines erfolgreichen Alterns und in der Lage, existentielle Fragen vieler Jugendlicher und junger Erwachsener durch ihr Leben zu beantworten.“

(Olbrich 1987, S. 73).

ERIKSON definiert acht Phasen der psychosozialen Entwicklung, die ein Mensch im Laufe seines Lebens erlebt und die in jedem Alter Entwicklungsaufgaben und zu entwickelnde Tugenden vorsieht, die bewältigt und entwickelt werden müssen (vgl. Erikson 1998, S.72 f.).⁶⁰ An dieser Stelle sollen nur die Phasen des Erwachsenenalters und des Alters dargestellt werden, da sie für diese Arbeit bedeutsam sind.⁶¹ Das Erwachsenenalter nimmt eine Mittlerrolle zwischen zwei Lebensphasen und dem Generationszyklus ein und ist gekennzeichnet durch die Antithese Generativität versus Stagnation. Generativität *„... umfaßt Fortpflanzungsfähigkeit, Produktivität und Kreativität, also die Hervorbringung neuen Lebens, neuer Produkte und neuer Ideen einschließlich einer Art Selbstzeugung, die mit der weiteren Identitätsentwicklung befaßt ist.“* (Erikson 1998, S. 86). Die Tugend, die aus dieser Antithese hervorgeht, ist Fürsorge für Personen, Produkte und Ideen. Für ERIKSON sind die Stärken, die von der Kindheit bis ins junge Erwachsenenalter erworben wurden und zu denen Hoffnung und Wille, Entschlusskraft und Kompetenz sowie Treue und Liebe gehören, unumgänglich, um die *„... dieser Generation gestellten Aufgaben, die Stärke der nächsten Generation zu kultivieren.“* (Erikson 1998, S. 87), bewältigen zu können. Wenn diese Entwicklung nicht gelingt, erleben Menschen ein starkes Gefühl der Stagnation und Persönlichkeitsverarmung

⁶⁰ Der Übergang von einer Phase in die folgende ist gekennzeichnet durch kritische Ereignisse, *„... wobei kritisch ein Charakteristikum von Wendepunkten ist, von Augenblicken der Entscheidung zwischen Fortschritt und Rückschritt, Integration und Retardierung.“* (Erikson 1982, S. 265).

⁶¹ Die acht Phasen, die nicht nach erreichtem Lebensalter unterschieden werden, sind: Säuglingsalter, frühe Kindheit, Spielalter, Schulalter, Adoleszenz, frühes Erwachsenenalter, Erwachsenenalter, Alter (vgl. Erikson 1998, S.72 f.).

(Erikson 1982, S. 262). Das Alter ist gekennzeichnet durch die Antithese Integrität versus Verzweiflung (vgl. Erikson 1998, S. 72).

„Nur derjenige, der die Sorge für Dinge und Menschen in irgend einer Weise auf sich genommen hat und sich den Triumpfen und Enttäuschungen angepaßt hat, die damit zusammenhängen, daß man nolens volens zum Ursprung anderer Menschenwesen und Schöpfer von Dingen und Ideen geworden ist – nur solch ein Mensch kann allmählich die Frucht dieser sieben Phasen ernten.“

(Erikson 1982, S. 263).

Dieser Zustand wird von ERIKSON als Ich-Integrität bezeichnet und definiert als

„... die wachsende Sicherheit des Ichs hinsichtlich seiner natürlichen Neigung zu Ordnung und Sinnerfülltheit. Es ist eine post-narzistische Liebe zum menschlichen Ich – nicht zum Selbst – ein Erlebnis, das etwas von einer Weltordnung und einem geistigen Sinn vermittelt, gleichgültig wie viel diese Erkenntnis gekostet haben mag.“

(Erikson 1982, S. 263).

Der Mangel oder der Verlust der gewachsenen Ich-Integrität ist durch Todesfurcht und Verzweiflung gekennzeichnet. Nach ERIKSON reift aus dieser Antithese Weisheit, die beschrieben wird als *„... erfüllte und gelöste Anteilnahme am Leben im Angesicht des Todes.“* (Erikson 1998, S. 78). In der Phase des Alters sollten alte Menschen ihre generative Tätigkeit beibehalten und sich aktiv am Leben beteiligen. Alte Menschen, denen diese Möglichkeit fehlt, erleben ein anhaltendes Gefühl der Stagnation, das sich ausdrücken kann in geschwächtem Autonomieempfinden, Trauer über die vergangene Zeit und nachlassender Initiative (vgl. Erikson 1998, S. 75 f.). *“Der reife Mensch hat ein Bedürfnis danach, daß man seiner bedarf, und die Reife braucht sowohl die Führung wie die Ermutigung durch das, was sie hervorgebracht hat, und für das gesorgt werden muß.“* (Erikson 1998, S. 261).

II. Altern und Gesellschaft

Vom Beginn bis zum Ende ihres Lebens sind Menschen Teil einer Familie, die ihrerseits Teil einer Gesellschaft ist. Im Laufe des Lebens wachsen Menschen in die Gesellschaft hinein, sie lernen ihre Regeln und lernen ihre Handlungen daran auszurichten. Dieser Prozess der Sozialisation ist „... *ein nicht abgegrenzter, sondern alle Lebensbereiche und -abschnitte bis zum Tod umfassender Prozeß.*“ (Busch 1984, S. 528). Die Sozialisation im Alter „... *bewegt sich in dem Widerspruch zwischen objektiver Desozialisation (Rollenreduktion, Entberuflichung) und subjektiv erlebter später Freiheit.*“ (Prahl 1996, S. 124). Die Entstehung von Gesellschaft orientiert sich an den Bedürfnissen der Menschen.

„Der Mensch als Gattungswesen ist auf das Zusammenleben und -wirken mit anderen angewiesen; so erklärte schon Aristoteles (384-322) die Entstehung von Gesellschaft – aus der ‚geselligen Natur‘ des Menschen einerseits, aus dem wechselseitigen Angewiesensein auf die unterschiedlichen (arbeitsteiligen) Fähigkeiten der Menschen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse andererseits.“

(Schäfers 1992, S. 111).

Die Phase, die als Alter beschrieben wird, umfasst nach TEWS eine Zeitspanne von circa 60 Jahren – vom 40-jährigen Arbeitnehmer mit beruflichen Problemen, über den 50- bis 55-jährigen Arbeitslosen, den 58- bis 59-jährigen Durchschnittsrentner, die 70-jährige Witwe und die 85- bis 100-jährige Heimbewohnerin (vgl. Tews 1987, S.118). Nach TEWS können drei Gruppen von alten Menschen unterschieden werden:

- Ältere – ab Mitte 50
- Mittlere Kategorie der Alten – traditionelle Alte – circa 70-80 Jahre
- Die alten Alten – die Hochaltrigen – ab 80 Jahre.

(vgl. Tews 1987, S. 118).

Der von TEWS sehr weit gefasste Altersbegriff macht deutlich, dass Alter nicht ausschließlich als eine Lebensphase definiert werden kann, sondern dass abhängig von der jeweiligen Lebenssituation unterschiedliche Altersprobleme bewältigt werden müssen. PRAHL fasst diese Erkenntnis prägnant zusammen:

„Die Alten gibt es ebenso wenig wie das Alter. Die Lebenslagen und Lebensstile der Alten sind ebenso verschieden wie die von Menschen anderer Altersklassen.“

(Prahl 1996, S. 126).

Die Bildung einer neuen Generation der ‚jungen Alten‘, die frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausgegliedert ist und die *„... noch zu jung sind, um schon alt sein zu dürfen.“* (Tews 1987, S. 119), ist empirisch noch nicht nachgewiesen (Tews 1987, S. 119).

LASLETT unterteilt die Lebenszeit in vier Alter: Das erste umfasst Kindheit und Jugend, das zweite, dritte und vierte das Erwachsenenalter.

- Im zweiten Alter werden die Ressourcen zum Aufbau einer Existenz, zum Kompetenzerwerb und zur Familiengründung benötigt. Die Lebenssituation ist gekennzeichnet durch Berufstätigkeit, Familienarbeit und Pflichten und Anforderungen von außen.
- Im dritten Alter besteht ein Überschuss an Kräften, Ressourcen und Kompetenzen, die überwiegend frei eingesetzt werden können. Die Lebenssituation ist gekennzeichnet durch die Pflege eigener Interessen und Hobbys, die Beziehungspflege sowie Zeit für ehrenamtliche Tätigkeiten.
- Im vierten Alter nehmen die Kräfte, Ressourcen und Kompetenzen ab und werden zur Bewältigung des Alltags benötigt. Die Lebenssituation ist gekennzeichnet durch Einschränkungen im körperlichen und geistigen Bereich sowie durch die Abhängigkeit von anderen und Pflegebedürftigkeit.

(vgl. Laslett 1995, S. 17 f.).

Die modernen Industriegesellschaften können als Arbeitsgesellschaften charakterisiert werden, da die Arbeit die Basis der Gesellschaftsstruktur ist und über ihren ökonomischen Wert hinaus ihren Mitgliedern eine Identität bietet. Arbeit stellt nicht die einzige Vergesellschaftungsform dar, darüber hinaus sind drei weitere Formen bedeutsam: Familie und Verwandtschaft, soziale Netzwerke neben der Arbeit und der Familie sowie Freizeit und Konsum (vgl. Kohli 1992, S.233).

Der gegenwärtig stattfindende Wandel der Rolle der Berufstätigkeit und der Berufsaufgabe der Älteren sind nicht nur faktische Veränderungen, sondern auch Einstellungswandlungen, die „... *dauerhaft und nicht mehr so leicht umkehrbar sein werden.*“ (Tews 1987, S. 121). Die strukturellen Veränderungen, wie die steigende Zahl der Nichtbeschäftigten und Frühverrenteten sowie die durch die Situation am Arbeitsmarkt schlechten Wiederbeschäftigungschancen von Arbeitnehmern ab Mitte 40, führen zu „... *einer immer weiter vorgezogenen Entberuflichung.*“ (Tews 1987, S. 122). Das führt dazu, dass eine immer größere Anzahl von Menschen gezwungen ist, bereits im frühen Alter ohne Berufs- und Erwerbstätigkeit auszukommen. Darüber hinaus ist aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung die nachberufliche Zeit im Lebenslauf verlängert. TEWS sieht in der frühen Auseinandersetzung mit der berufsfreien Zeit eine bedeutsame Bedingung für eine gelungene Anpassung an die nachberufliche Lebensphase (vgl. Tews 1987, S. 123).

Nach TEWS ist das Altersbild in unserer Gesellschaft geprägt von früher Entberuflichung und Ausweitung der Altersphase, Feminisierung (der Frauenanteil im höheren Alter liegt bei 75 %), Singularisierung und Veränderung der Familienstrukturen, die dazu führt, dass der Anteil der allein lebenden älteren Menschen zukünftig zunehmen wird (vgl. Tews 1991, S. 21 f.). Darüber hinaus wird das Altersbild geprägt durch einen erhöhten Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung und einen zunehmenden Anteil der Hochaltrigen, d. h. der über 80-jährigen. Nach Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTS beträgt im Jahr 2004 der Anteil der Menschen, die über 65 Jahre alt sind, 18,6 %. Dieser Anteil ist seit 2002 um 1,1 Prozentpunkte angestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt

2005c). Das demografische Altern der Gesellschaften und eine Verlängerung des Ruhestandes auf fast ein Drittel des Erwachsenenlebens macht eine Neubewertung dieser Lebensphase notwendig und sie kann „... *nicht mehr als bloße Restzeit verstanden werden.*“ (Kohli 1992, S. 236).⁶²

1. Gesellschaftliche Einstellungen gegenüber dem Altern

Obwohl die Wörter ‚alt‘ und ‚altern‘ von ihrem germanischen Wortursprung (‚al-a‘) ‚wachsen‘ und ‚gewachsen‘ bedeuten, ist Alter und Altern in unserer Gesellschaft kein neutral besetzter Begriff (vgl. Steckeler 2004, S. 14).⁶³

Das Stereotyp vom Alter ist vorwiegend negativ. Einen Grund dafür sieht TEWS in der Unproduktivität der alten Menschen in einer leistungsorientierten Gesellschaft (vgl. Tews 1979, S. 13 und S. 25).⁶⁴ Stereotype können definiert werden als

„... relativ dauerhafte, auf wenige Merkmale reduzierte und festgelegte Vorstellungsbilder von Menschen, Gruppen, Verhältnissen oder Dingen, die in bestimmten Situationen, vom Denken als Probehandlung entlastend, verhaltensrelevant werden können.“

(Gottschalch 1984, S. 580).

TEWS sieht drei Quellen für die Entstehung des Altersstereotyps:

- Eigene Kenntnisse und Wissen über das Alter und Altern sind vielfältig und negativ besetzt, wie z. B. häufig auftretende Krankheiten, Hilfebedürftigkeit.

⁶² Die durchschnittliche weitere Lebenserwartung beträgt nach Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES für eine 65-jährige Frau 19,77 Jahre und für einen 65-jährigen Mann 16,26 Jahre. Die Gesamtlebenserwartung beträgt somit 84,77 bzw. 81,26 Jahre (vgl. Statistisches Bundesamt 2005e).

⁶³ STECKELER betrachtet Altern philosophisch und vertritt die Ansicht, dass das Alter nicht von anderen Lebensphasen isoliert werden kann, da alle früheren Lebensphasen den alten Menschen geprägt haben und der alte Mensch daher nicht auf sein Altsein reduziert werden kann (vgl. Steckeler 2004, S. 11 ff.).

⁶⁴ Die Defizitmodelle des Alterns, die sich vorwiegend mit den biologischen Altersprozessen beschäftigen und die den Abbau körperlicher und geistiger Fähigkeiten im Alter betrachten, basieren auf dem Altersstereotyp - alt und krank (vgl. Schmitz-Scherzer/Tokarski 1987, S. 315).

- Mit dem Alter sind eigene Erwartungen verknüpft, die überwiegend negativ sind. Das Altersstereotyp wird allerdings mit eigenem Alter positiver, weil „... *defensives Verhalten die aktuelle Lebenssituation zu schützen vermag*“ (Tews 1979, S. 27) und „... *bedingt durch die auch positiven Erfahrungen der eigenen Lebenssituation*“ (Tews 1979, S. 27).
- Das Altersstereotyp wird durch Erfahrungen mit alten Menschen beeinflusst. Die in der Öffentlichkeit stattfindenden Kontakte mit alten Menschen werden dabei i. d. R. negativer beurteilt als die innerfamiliären Kontakte mit alten Menschen.

(vgl. Tews 1979, S. 27).

Das negative Altersstereotyp wird verstärkt durch die Darstellung von alten Menschen in Massenkommunikationsmitteln, die häufig problematische Alterssituationen oder Missstände bei der Betreuung alter Menschen als Themen aufgreifen (vgl. Tews 1979, S. 28).

Von den 15,4 Millionen Menschen über 65 Jahre, die 2004 vom STATISTISCHEN BUNDESAMT erfasst wurden, sind 1,68 Millionen Menschen pflegebedürftig nach ‚Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung‘ (SGB XI). Das entspricht einem prozentualen Anteil von 10,9 %, so dass die Einschätzung, dass Alter mit Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen ist, nicht haltbar ist. (vgl. Statistisches Bundesamt 2005a, S. 3).⁶⁵

Nach LEHR ist „... *Alter ein soziales Schicksal.*“ (Lehr 2000, S. 195), da das Bild des älteren Menschen in unserer Gesellschaft geprägt ist von Vorstellungen über Vereinsamung, Abhängigkeit, Hilfsbedürftigkeit und den Abbau und Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten (vgl. Lehr 2000, S. 196). Dieses Fremdbild ist häufig nicht deckungsgleich mit dem Selbstbild der älteren Menschen, die sich noch aktiv und leistungsfähig fühlen. Die Verhaltenserwartung der Gesellschaft führt zu Anpassungen, so dass sich

⁶⁵ In Deutschland waren im Dezember 2003 insgesamt 2,08 Millionen Menschen pflegebedürftig – 81 % davon waren über 65 Jahre alt und 32 % 85 Jahre und älter. 68 % der Pflegebedürftigen waren Frauen (vgl. Statistisches Bundesamt 2000a, S. 3).

die Mehrzahl der älteren Menschen im Sinne der Gesellschaft altersadäquat verhält und bisherige Aktivitäten aufgibt (vgl. Lehr 2000, S. 200).⁶⁶ Nach ROSENMAYR gibt es in hoch entwickelten Industrienationen sowohl Tendenzen, die zu einer Aufwertung des gesellschaftlichen Altenstatus führen, als auch solche, die den Altenstatus abwerten. Als Trends, die die gesellschaftliche Aufwertung des höheren Alters behindern, sind zu nennen:

- Gesellschaftliche Unsicherheiten in den persönlichen und privaten Beziehungen führen zu einer Verknappung der familiären Ressourcen für die Älteren.
- Innovationsdynamik vor allem auf den Gebieten der Informationstechnik und der Technologie, aber auch im Alltag allgemein erfordern ein hohes Maß an Lernleistung, so dass wer nicht Schritt hält, „... *kulturell veraltet*...“ (Rosenmayr 1989, S. 98) und in verschiedenen Lebensbereichen nicht mehr vollständig mitwirkungsfähig ist.
- Alle Gebiete der körperlichen Leistung und Selbstdarstellung stellen die Jugend dar, so dass nur wer jung und aktiv ist, dem Maßstab der Ästhetik entspricht.

(vgl. Rosenmayr 1989, S. 98 f.).

Folgende Trends fördern die gesellschaftliche Aufwertung des höheren Alters:

- Veränderte Einstellungen zur Berufstätigkeit, die im gesamten Lebenszusammenhang eine stärkere Gewichtung anderer als beruflicher Aktivitäten beinhalten, erhöhen die soziale Akzeptanz für nicht Berufstätige, also auch für den Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand.
- Das Beratungswissen von Älteren, das vor allem in Krisensituationen zu Lösungen führt, wird von ROSENMAYR als komplexe Vernunft

⁶⁶ Die in der Gesellschaft verankerten Rollenerwartungen an Ältere beeinflussen das Verhalten der Älteren und führen bei den noch Jüngeren zu einer negativen Erwartungshaltung dem Älterwerden gegenüber (vgl. Lehr 2000, S. 200).

bezeichnet und „... *schließt Denkweisen und Inhalte ein, die auf individuell (oder in Gruppen) erworbener Lebenserfahrung beruhen.*“ (Rosenmayr 1989, S.99). Die komplexe Vernunft erfährt gesellschaftlich eine Aufwertung.

- Zunahme der gesellschaftlich-kulturellen Toleranz gegenüber Positionswechseln und Änderungen im Lebenslauf erhöhen den sozialen und moralischen Spielraum älterer Menschen.

(vgl. Rosenmayr 1989, S. 99 f.).

2. Altern und Familie

Nach ROSENMAYR

„... ist die Familie, besonders in deren intergenerativen Beziehungen, ein durch strukturelle Vorgegebenheiten spannungsbedingtes Affektgeschehen, das von den Persönlichkeiten und deren ‚Lebensleitlinien‘ ausgeht und auf diese wieder zurückwirkt. Dieser Prozeß formt sich über lange Zeit, in verschiedenen Dimensionen aufeinander bezogenen Handelns und wechselseitiger Beeinflussung durch Kontrolle, Erziehung, Ermutigung und Entmutigung und ähnlichem, zu systemischen Gestaltungen von Abhängigkeiten oder Wechselseitigkeit aus.“

(Rosenmayr 1992, S. 473).

Der Familienzyklus durchläuft im Laufe des Lebens unterschiedliche Phasen, von denen aufgrund der Relevanz für das Thema dieser Arbeit nur die Phase beginnend mit der Ablösung der Kinder betrachtet werden soll.

Die Ablösung der Kinder von den Eltern führt zu dem „... *leeren Familiennest...*“ (Voges 1994, S. 116), das sowohl zu einer Verbesserung der Partnerbeziehung führen kann als auch zu einer Verschlechterung, da die Partner aufgrund des fehlenden Ziels, die Familie aufzubauen und zusammenzuhalten, ein Gefühl der Leere entsteht (vgl. Voges 1994,

S. 116 f.).⁶⁷ Die Ablösung der Kinder ist in besonderem Maße ein Problem für Frauen, die ihre Berufstätigkeit für die Kindererziehung aufgegeben haben und die sich ihrer Lebensaufgabe beraubt sehen. Männer kompensieren die Ablösung der Kinder häufig durch verstärkte berufliche Aktivitäten (vgl. Voges 1994, S. 114).

Die Beendigung der Erwerbsphase und der Übergang in den Ruhestand bringen häufiger Probleme für Männer mit sich, da Frauen weniger häufig bis zur Erreichung der Altersgrenze einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Diese Phase erfordert eine grundsätzliche Neugestaltung der Zeiteinteilung und der Gestaltung der Partnerbeziehung. Werden in dieser Phase gemeinsame Aktivitäten verstärkt und gegenseitiges Verständnis entwickelt, kann diese Phase zu einem Aufschwung in der Partnerschaft führen, die bis zum Tod eines Partners anhält (vgl. Voges 1994, S. 116 f.). Der Verlust des Partners, der häufiger von Frauen bewältigt werden muss, da sie eine höhere Lebenserwartung haben, erfordert eine erhebliche persönliche Anpassungsleistung, die vom Beginn der Trauer bis zum Abschluss der Trauerarbeit bis zu drei Jahren beanspruchen kann (vgl. Voges 1984, S. 119).

Der Zunahme von Generationen, die gleichzeitig leben, steht eine Abnahme von Mehr-Generationen-Haushalten und Zwei-Generationen-Haushalten gegenüber, während die Ein-Generationen-Haushalte deutlich zunehmen (vgl. Lehr 2000, S. 250 f.).⁶⁸ Die abnehmende Bedeutung der Mehr-Generationen-Haushalte sowie rückläufige Geburtenraten führen dazu, dass zukünftige Generationen älterer Menschen deutlich weniger Möglichkeiten haben werden, in der Übernahme familiärer Aufgaben Chancen für eine Beschäftigung im Alter zu finden (vgl. Lehr 2000, S. 256). Nach TARTLER ist

⁶⁷ Auch PRAHL unterscheidet Paare mit vielen gemeinsamen Interessen und Gemeinsamkeiten, die die ‚nachelterliche Gefährtschaft‘ als gewinnbringend erfahren, von solchen, die wenig gemeinsame Interessen und Gemeinsamkeiten haben und die diese Zeit negativ erleben (vgl. Prah 1996, S.130 f.).

⁶⁸ Haushaltstypenverteilung auf Basis der Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES, die am 22.03.2005 aktualisiert wurden und auf den Ergebnissen des Mikrozensus 2002 bis 2004 basieren: 39,1 Millionen Haushalte insgesamt verteilt auf 37,2 % Einpersonenhaushalte, 34,1 % 2-Personenhaushalte, 13,8 % 3-Personenhaushalte, 10,8 % 4-Personenhaushalte, 4,1 % Haushalte mit 5 und mehr Personen (vgl. Statistisches Bundesamt 2005d).

eine Voraussetzung für gute familiäre Beziehungen die gegenseitige Anerkennung der individuellen Lebensstile, die sich am besten ausprägen kann, wenn eine gewisse Distanzierung der Familienmitglieder voneinander möglich ist. Dieses Arrangement des distanzierten Zusammenlebens, das nach TARTLER als „... *innere Nähe durch äußere Distanz*.“ (Tartler 1968, S. 413) beschrieben wird, entspricht überwiegend den Wünschen älterer Menschen, die sich eine räumliche Trennung von ihren Kindern mit der Möglichkeit der beliebig häufigen Kontaktaufnahme wünschen (vgl. Tartler 1968, S. 413). Der Wunsch nach Unabhängigkeit und Eigenständigkeit gegenüber der Familie wird von TARTLER als die Emanzipation des älteren Menschen von typischen Alterssituationen gesehen, die sich zwangsläufig ergeben, wenn sie „... *als funktionsentleertes Mitglied des Familienverbandes ihrer Kinder...*“ (Tartler 1968, S. 414) leben.⁶⁹

Im Falle des Zusammenlebens der Generationen sind die Familienbeziehungen überwiegend dann positiv, wenn die Generation der alten Menschen entweder innerhalb der Familie ausreichend echte Familienfunktionen ausüben kann, oder außerhalb der Familie einen eigenen sie ausfüllenden Freundes- und Betätigungskreis hat (vgl. Tartler 1968, S. 413). Die Großelternrolle bietet neben der Möglichkeit, emotional befriedigende Beziehungen zu der nachwachsenden Generation zu entwickeln, die Möglichkeit, eine Familienfunktion zu übernehmen, die die Eltern entlastet (vgl. Voges 1984, S. 125). PRAHL sieht in der Identifikation mit den Enkeln besonders für familienorientierte Großeltern „... *eine Daseinstechnik für ein gelungenes Altern*.“ (Prah 1996, S. 131). Nach ROSENMAYR und BENGTON/SCHÜTZE sind Familienbeziehungen i. d. R. stark genug ausgeprägt, um regelmäßige Kontakte und Hilfeleistungen zwischen den Generationen sicherzustellen (vgl. Rosenmayr

⁶⁹ Die BOLSA ergab, dass 75 % der befragten 222 Personen über 75 Jahre bei hoher Kontakthäufigkeit zu ihren Kindern und somit in der Erfüllung ihrer Elternrolle eine hohe Zufriedenheit zeigten. Für die Großelternrolle trifft das für 53,5 % der Befragten zu und für die Rolle als Verwandter für 53,2 %. Die Zufriedenheit, die durch die Wahrnehmung dieser Rollen erreicht wird, zeigt auf, dass die Älteren diese Rollen keinesfalls als sinnentleert wahrnehmen (vgl. Lehr/Thomae 1987, S. 87 f.).

1992, S. 479, Bengtson/Schütze 1992, S. 501).⁷⁰ Da die Betreuung durch die Familie i. d. R. bedeutet, dass die Pflege durch die Frauen erfolgt, stellt sich für die Zukunft die Frage, ob Frauen, die verstärkt nach der Familienpause wieder in den Beruf einsteigen, gewillt und in der Lage sind, Pfl egetätigkeiten wie in der Vergangenheit zu übernehmen (vgl. Rosenmayr 1992, S. 478). Allerdings ist das Verpflichtungsgefühl weiterhin stark ausgeprägt (vgl. Backes/Clemens 1998, S. 204).

III. Alten- und Pflegeeinrichtungen in der Gesellschaft

1. Wohnen im Alter

Alten- und Pflegeeinrichtungen prägen das Bild vom Alter entscheidend. Eine unvoreingenommene Einstellung zu Alten- und Pflegeeinrichtungen fällt i. d. R. schwer, da die Darstellung in den Medien häufig negativ ausfällt oder der mit Alten- und Pflegeeinrichtungen verknüpfte Gedanke an Abhängigkeit und Hilflosigkeit verbunden mit der Angst, die vertraute Umgebung verlassen zu müssen, schwer zu ertragen ist (vgl. Ullrich 1997, S. 50).⁷¹

Ein Drittel der 2,08 Millionen pflegebedürftigen Menschen, die in der Pflegestatistik 2003 erfasst wurden, wird in Alten- und Pflegeeinrichtungen versorgt. Zwei Drittel werden zu Hause entweder allein durch Angehörige oder unterstützt durch ambulante Pflegedienste versorgt (vgl. Statistisches Bundesamt 2005a, S. 3). Aufgrund dieser Verteilung, die die Versorgung in

⁷⁰ BENGTON/SCHÜTZE gehen davon aus, dass die Normen der Reziprozität die Basis sind für die Bereitschaft, Hilfeleistungen für die ältere Generation zu leisten. Darunter verstehen sie, dass Menschen davon überzeugt sind, dass sie während ihres Lebenslaufes einem zyklischen Prozess folgen, während dessen sie helfen oder ihnen geholfen wird. Daher wird die ‚Bürde‘ der Fürsorge für ein Kind als selbstverständlich angesehen ebenso wie die ‚Lasten‘, die durch die Pflege älterer Menschen entstehen (vgl. Bengtson/Schütze 1992, S. 514).

⁷¹ Nach LEHR haftet dem Altersheim gerade bei älteren Menschen noch der Charakter der Ursprungsform an, „... der geschlossenen Wohnkolonie für alte, unbemittelte Personen, wie sie zu Beginn des 16. Jahrhunderts die Fuggerei in Augsburg – oder im 18. Jahrhundert das von Maria Theresia gegründete ‚Versorgungshaus‘ darstellt.“ (vgl. Lehr 1968, S. 443).

einer Alten- und Pflegeeinrichtung nicht als Normalfall erscheinen lässt, bewerten alte Menschen ein Leben im Altenheim häufig als letzten Ausweg. Die zentralen Wohnbedürfnisse des Menschen in allen Lebensphasen sind Sicherheit, Schutz und Vertrautheit, Privatheit und Zugehörigkeit, Wunsch nach Anregung und Selbstbestätigung (vgl. Flade 1987, S. 7). Wohnen hat darüber hinaus etwas mit Gewohnheiten zu tun, die im Laufe des Lebens wachsen und die im Alter zu einer besonderen Verbundenheit mit der Wohnung führen. Gerade für ältere Menschen wird die Wohnung zum wichtigsten Lebensmittelpunkt, da sie bis zu vier Fünftel des Tages in der eigenen Wohnung oder im Garten verbringen (vgl. Blonski 1997, S. 9). Als ein grundsätzliches Wohnbedürfnis alter Menschen *kann* die Fortführung der bisherigen Lebensform gesehen werden. Die empfundene Lebensqualität wird

„... sehr viel häufiger und auch unmittelbarer als in anderen Abschnitten des individuellen Lebenslaufes durch das Wohnen mitbestimmt.“

(Mayring/Saup 1990, S. 75).

Grundsätzlich sind die Wohnbedürfnisse alter Menschen identisch mit denen jüngerer. Bei Einschränkungen der Mobilität benötigen ältere Menschen jedoch speziell auf ihre Bedürfnisse angepasste Wohnbedingungen. Da häufig, auch nach dem Auszug der Kinder, an der Familienwohnung festgehalten wird, kann der zusätzliche Wohnraum, der zusätzlichen Arbeitsaufwand bedeutet, mit zunehmendem Alter zu einem Problem für alte Menschen werden (vgl. Blonski 1997, S. 9). Nach FLADE zeichnet sich eine für ältere Menschen gute Wohnsituation dadurch aus, dass sie subjektiv sicher ist, anregend und stimulierend ist und Umweltkontrolle ermöglicht (vgl. Flade 1987, S. 21). Sicherheit als menschliches Grundbedürfnis umfasst sowohl die Sicherheit in der Wohnung im Sinne von Unfallvermeidung als auch die Sicherheit außerhalb der Wohnung, die sowohl die Bedrohung durch Straßenverkehr oder Kriminalität bedeuten kann (vgl. Flade 1987, S. 22). Anregung und Stimulierung durch die Anwesenheit anderer Personen, wie Familienmitglieder, Nachbarn oder Freunde, die eingeladen werden können, tragen wesentlich zur Gesamtzufriedenheit und zum

Kompetenzerhalt älterer Menschen bei. Umweltkontrolle ist die Möglichkeit des alten Menschen, darüber zu entscheiden, wann er allein sein möchte und wann er wem Zugang zur eigenen Wohnung ermöglicht. *„Kontrolle gilt als ein dem Menschen innewohnendes Bestreben, Ereignisse und Zustände seiner Umwelt vorhersagen, erklären und beeinflussen zu können.“* (Flade 1987, S. 24). Soziale Kontakte mit Nachbarn gewinnen mit zunehmendem Alter eine steigende Bedeutung für das Wohlbefinden (Blonski 1997, S. 10). Nach HAVIGHURST sind die Wohnbedürfnisse älterer Menschen gekennzeichnet durch den Wunsch nach Wahrung der Privatsphäre, Ruhe, Unabhängigkeit, Nähe zu Verwandten und Freunden sowie durch eine gute Anbindung der Wohnung an Verkehrsmittel und die lokale Infrastruktur (vgl. Havighurst 1972, S. 114).

2. Umsiedlung in eine Alten- und Pflegeeinrichtung

Die Umsiedlung in eine Alten- und Pflegeeinrichtung erfolgt immer seltener als bewusster Entschluss der Lebensplanung, sondern in der Mehrzahl der Fälle erst dann, wenn der Gesundheitszustand der älteren Menschen eine eigenständige Lebens- und Haushaltsführung nicht mehr ermöglicht, oder im direkten Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Die Übersiedlung in eine Alten- und Pflegeeinrichtung erfolgt zunehmend als Notfallreaktion (vgl. Mayring/Saup 1990, S. 79 f.). Vor diesem Hintergrund sind eine Wahlmöglichkeit und eine Sammlung von Informationen zu dem bevorstehenden Einzug in die Alten- und Pflegeeinrichtung nicht möglich und die Anpassung an die dann plötzlich veränderte Lebensumwelt fällt den älteren Menschen entsprechend schwer (vgl. Mayring/Saup 1990, S. 82).

Der Umzug in eine Alten- und Pflegeeinrichtung, der wie jeder Umzug ein Stress auslösendes Lebensereignis darstellt, wird als besonders belastend empfunden, weil es sich dabei um *„... eine letzte, endgültige irreversible Wohnentscheidung.“* (Wahl/Reichert 1994, S. 17) handelt. Bei einer bewussten Entscheidung für einen Einzug in eine Alten- und Pflegeeinrichtung, die i. d. R. von der subjektiven Beurteilung der eigenen

Gesundheit und der Unterstützungsressourcen im sozialen Umfeld beeinflusst wird, ist das Bedürfnis nach Zukunftsvorsorge und Sicherheit der Hauptgrund für die Entscheidung (vgl. Wahl/Reichert 1994, S. 17 f.). Zu den Bedürfnissen und Erwartungen, die den Einzug in eine Alten- und Pflegeeinrichtung begünstigen, gehören neben der Hoffnung auf eine höhere Sozialität und auf neue Möglichkeiten der Freizeitgestaltung mit anderen alten Menschen das Bedürfnis, den eigenen Familienangehörigen im Falle einer Pflegebedürftigkeit nicht zur Last fallen zu wollen. Der Entschluss, in eine Alten- und Pflegeeinrichtung einzuziehen, wird i. d. R. von Widersprüchen, Ambivalenzen und Unsicherheiten begleitet (vgl. Wahl/Reichert 1994, S. 18).

Die Lebenssituation in einer Alten- und Pflegeeinrichtung unterscheidet sich gravierend von der selbstständigen Lebensführung, und von MAYRING/SAUP werden die folgenden Problemsituationen für Bewohner beschrieben:

- Totale Fremdversorgung anstatt Selbstversorgung führt zu Aktivitäts- und Funktionsverlust
- Soziale Isolation und Einsamkeit bei gleichzeitiger hoher Bewohnerdichte
- Probleme bei der Herstellung von emotionalen Beziehungen zum Wohnraum und damit bei der Schaffung eines neuen Zuhauses im Heim
- Subjektive Beengung durch die geringe Größe von Einzelzimmern
- Keine klare Abgrenzung des Privatbereichs.

(vgl. Mayring/Saup 1990, S. 91 f.).

Diese Problemsituationen werden von vielen alten Menschen antizipiert und führen dazu, dass selbst bei Pflegebedürftigkeit der ausdrückliche Wunsch geäußert wird, nicht in eine Alten- und Pflegeeinrichtung einziehen zu müssen.

Nach WAHL/REICHERT stellt das Altern und Wohnen in einer Alten- und Pflegeeinrichtung vier Herausforderungen an alte Menschen:

- Konstruktive Bewältigung der Übersiedlung und der neuen Umweltbedingungen
- Adäquate Bewahrung von Selbstständigkeit und persönlicher Kontrolle
- Finden des persönlich richtigen Maßes an sozialer und nicht sozialer Aktivität
- Wege erfolgreichen und würdigen Alterns finden.

(vgl. Wahl/Reichert 1994, S. 30 f.).

MAYRING/SAUP schlagen zur Verbesserung der Heimaufnahme und zur Verbesserung der Wohn- und Lebensqualität in Alten- und Pflegeeinrichtungen folgende Maßnahmen vor:

- Heranführen der älteren Menschen an einen Heimeinzug mit differenzierter Information über das Angebot und bestehende Wahlmöglichkeiten
- Förderung sozialer Kontakte in der Alten- und Pflegeeinrichtung durch Schaffung von kleinen Gruppenräumen, die an die privaten Räume angrenzen
- Vergrößerung der Wohnräume, da die Heimbewohner einen Großteil ihrer Zeit in ihrem Zimmer verbringen
- Ausstattung der Privatzimmer mit eigenen Möbeln, um die Möglichkeit zu verbessern, die neue Umgebung als neues Zuhause zu erleben⁷²
- Förderung von Betätigungsmöglichkeiten für die Bewohner z. B. durch freiwillige Übernahme von Aufgaben, die im Rahmen der eigenständigen Lebensführung ausgeführt wurden
- Implementierung von Kontrollmöglichkeiten für die Bewohner z. B. durch die Möglichkeit bei der Mitwirkung in der Heimorganisation oder Möglichkeit der räumlichen Kontrolle über ihre Privaträume, die verschlossen werden können

⁷² „Den Verlust von eigenen Möbeln beklagen viele Ältere auch noch einige Zeit nach der Altenheimübersiedlung, und manche erfahren ausgeprägte Trauer“ (Saup 1994, S. 55).

- Schaffung einer stimulierenden Heimumwelt
- Fortbildung des Heimpersonals z. B. zum Umgang mit sozialen Konfliktsituationen oder zur Weiterentwicklung der Strukturen und Abläufe.

(vgl. Mayring/Saup 1990, S. 94 f.).

Die Auswirkung, die der Heimaufenthalt auf Bewohner ausübt, wird häufig als Institutionalisierungseffekt bezeichnet. Darunter werden folgende Beobachtungen gefasst:

- Verringerung des Selbstwertgefühls des älteren Menschen durch den Verlust seiner sozialen Rolle
- Rückgang der Anpassungsfähigkeit
- Rückgang der Aktivitäten und in der Folge deutlicher Altersabbau der Persönlichkeit
- Veränderung des Zeitbezugs, da der Zukunftsbezug eine Begrenzung erfährt.

(vgl. Lehr 2000, S. 310).

LEHR weist allerdings darauf hin, dass diese Beobachtungen, die bei Heimbewohnern häufiger gemacht werden als bei Privatwohnenden, nicht ausschließlich als Institutionalisierungseffekte gedeutet werden können, da sie nicht die Folge des Heimaufenthaltes sind, sondern auch in den Gründen, die zum Heimeinzug geführt haben, verankert sind (vgl. Lehr 2000, S. 310).

Kapitel D

Grundlagen und Bedeutung des Qualitätsmanagements für Alten- und Pflegeeinrichtungen

Die nachfolgenden Ausführungen zu den Grundlagen und der Bedeutung des Qualitätsmanagements in Alten- und Pflegeeinrichtungen gliedern sich in fünf Abschnitte. Der erste Abschnitt gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der Qualitätsdiskussion in Alten- und Pflegeeinrichtungen. Der zweite Abschnitt definiert den Begriff ‚Qualität‘. Im dritten Abschnitt werden Begriff, Dimensionen und Messung der Dienstleistungsqualität vorgestellt. Vor dem Hintergrund der Themenstellung beschäftigt sich der Kern dieses Abschnittes mit dem Kategorienmodell nach DONABEDIAN und dem Strukturmodell von EICHHORN. Der vierte Abschnitt stellt ausgewählte Qualitätskonzepte dar. Dabei wird insbesondere das Total-Quality-Management und das EFQM-Modell für Excellence, das für die Übertragung auf Alten- und Pflegeeinrichtungen sehr gut geeignet ist, vorgestellt.

I. Stand der Qualitätsdiskussion in Alten- und Pflegeeinrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege

Das Thema ‚Qualität in der Pflege‘ ist seit Einführung der Pflegeversicherung hochaktuell. Die Diskussion um Qualität wird auch zukünftig das Geschehen in der Altenpflege prägen. Der Gesetzgeber formuliert seine Qualitätsforderungen in den maßgeblichen Gesetzestexten mit dem Ziel, die Versorgungsqualität pflegebedürftiger Menschen zu verbessern (vgl. hierzu Kapitel E). Das Qualitätsmanagement wird in Einrichtungen und Verbänden zur Unternehmensphilosophie mit dem zentralen Ziel, die Qualität unter Berücksichtigung der Kundenwünsche zu sichern und weiterzuentwickeln. Gleichzeitig sind mit der Diskussion Rationalisierungsbestrebungen, Konzepte zur Stabilisierung der Zukunftsfähigkeit und die Erfüllung rechtlicher Anforderungen verbunden. Die Marktposition der Alten- und

Pflegeeinrichtungen hängt vor dem Hintergrund zunehmenden Wettbewerbs in hohem Maße von der Qualität der Dienstleistung ab.

Im Folgenden werden die Aufgabenschwerpunkte führender Organisationen in Bezug auf Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege vorgestellt.

Das europäische Netzwerk EuroQUAN wurde 1992 mit dem Ziel gegründet, Konzepte, Methoden und Instrumente der Qualitätsentwicklung auf europäischer Ebene zu diskutieren und weiterzuentwickeln. Die Fachhochschule Osnabrück hat ebenfalls im Jahr 1992 ein nationales Netzwerk aufgebaut. Das ‚Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege‘ (DNQP) als Zusammenschluss von Fachleuten aus der Pflege setzt sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinander und greift hierzu Probleme aus der Praxis auf und erarbeitet Lösungsvorschläge, die in der Praxis einer Eignungsprüfung unterzogen werden. Zu den zentralen Aufgabenschwerpunkten des Deutschen Netzwerkes gehören regelmäßige Netzwerk-Workshops, Initiierung und Begleitung von Expertengruppen mit dem Ziel, Expertenstandards zu entwickeln, Durchführung von Konsensus-Konferenzen und die Erstellung eines Netzwerkkatalogs (vgl. Gerste 2002, S. 117 ff., vgl. DNQP 2005).

Die ‚Bundeskonzferenz zur Qualitätssicherung im Pflege- und Gesundheitswesen e.V.‘ (BUKO) wurde vor Einführung der Pflegeversicherung 1994 anlässlich des 1. Freiburger Pflegesymposiums in der Evangelischen Fachhochschule Freiburg gegründet. Die BUKO bietet als unabhängiger Interessenvertreter ein Forum, das Maßstäbe für Qualität in der Pflege und Betreuung erarbeitet. Darüber hinaus bearbeitet die BUKO Aufgaben im Bereich der Standard- und Leitlinienentwicklung. Im Jahr 2001 wurde die ‚Konzertierte Initiative zur Qualitätsentwicklung von Pflege und Betreuung‘ (KIQ) von der BUKO aufgebaut (vgl. Gerste 2002, S. 117 f., vgl. BUKO 2005).

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) wurde 1962 gegründet und arbeitet wie das DNQP praxisorientiert.⁷³ Gleichzeitig formuliert das KDA Forderungen an die Politik und macht deutlich, welche Rahmenbedingungen angepasst werden müssen. Das KDA arbeitet mit den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege zusammen.⁷⁴ In den vergangenen Jahren hat der KDA Ratgeber zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten, wie z. B. ‚Wohnen im Heim‘ oder ‚Leben mit Demenz‘, herausgebracht. Als Alternative zu klassischen Alten- und Pflegeeinrichtungen befürwortet der KDA das Hausgemeinschaftsprinzip und sieht darin eine zentrale Qualitätsentwicklungsmaßnahme (vgl. Gerste 2002, S. 117 f., vgl. KDA 2005).

Am 14. Oktober 2003 haben die Bundesministerinnen Renate Schmidt und Ulla Schmidt den ‚Runden Tisch Pflege‘ einberufen.⁷⁵ Ziel des ‚Runden Tisches Pflege‘ ist es, in unterschiedlichen Arbeitsgruppen konkrete Schritte zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung zu entwickeln und der Praxis zur Verfügung zu stellen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004, S. 93). Als Ergebnis des ‚Runden Tisches Pflege, Arbeitsgruppe II‘ wurden im September 2005 ‚Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität in der stationären Betreuung und Pflege‘ veröffentlicht (vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen 2005 a). Zum gleichen Zeitpunkt wurde das Ergebnis des ‚Runden Tisches Pflege, Arbeitsgruppe IV‘ mit dem Thema ‚Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen‘ veröffentlicht (vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen 2005 b). Die Charta besteht aus acht Artikeln zu den Themen

⁷³ Das KDA wurde 1992 vom damaligen Bundespräsidenten Heinrich Lübke und seiner Ehefrau Wilhelmine Lübke gegründet und trägt daher den Namen Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V. In der Satzung heißt es: „*Der Verein hat den Zweck, die Lebenssituation betagter und alternder Menschen zu erforschen und so zu beeinflussen, dass sie eine Lebensführung erlaubt, die der Würde des Menschen entspricht. Insbesondere wird der Verein die Öffentlichkeit über die Lage dieser Mitbürger unterrichten und zum Mitdenken und zur Mithilfe anregen.*“ (KDA 2005).

⁷⁴ Die Wohlfahrtsverbände in Deutschland haben sich in sechs Spitzenverbänden zusammengeschlossen. Hierzu gehören die Arbeiterwohlfahrt, der Deutsche Caritasverband, das Deutsche Rote Kreuz, der deutsche paritätische Wohlfahrtsverband, das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland und die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland.

⁷⁵ Der ‚Runde Tisch Pflege‘ ist auf zwei Jahre angelegt und setzt sich aus Verantwortlichen der Bereiche ‚Politik‘, ‚Kostenträger‘, ‚Einrichtungsträger‘, ‚Pflegerberufe‘ und ‚Betroffene‘ zusammen. Die Durchführung des ‚Runden Tisches Pflege‘ wird von den Ressorts ‚BMFSFJ‘ und ‚BMGS‘ finanziell gefördert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004, S. 92 ff.).

‚Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe‘, ‚Körperliche und seelische Unversehrtheit‘, ‚Privatheit‘, ‚Pflege, Betreuung und Behandlung‘, ‚Information, Beratung und Aufklärung‘, ‚Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft‘, ‚Religion, Kultur und Weltanschauung‘ und ‚Palliative Begleitung, Sterben und Tod‘ (vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen 2005b, S. 4).

An die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege werden durch die Gesetzgebung neue Anforderungen an die Erbringung von Dienstleistungen verbunden mit Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten gestellt.⁷⁶ Die Leistungsempfänger in der Rolle des Kunden, des Bewohners und der Leistungsfinanzierer erwarten eine hohe und beständige Dienstleistungsqualität, die gleichzeitig die Wertorientierung des Anbieters zum Ausdruck bringt. Qualitätsorientierung basiert nach Auffassung der Freien Wohlfahrtspflege auf ständiger Weiterentwicklung der Dienstleistungsqualität unter Anwendung der anerkannten fachwissenschaftlichen Standards. Im Rahmen der Qualitätsmanagement-Strategie werden gemeinsame Qualitätsanforderungen formuliert. Das zentrale Ziel besteht in der Förderung der Qualitätsentwicklung, Qualitätssicherheit und Überprüfbarkeit der erreichten Qualität. Das Qualitätsmanagement erreicht dieses Ziel durch die Einbindung der gesamten Organisation in diesen Prozess. Aus der formulierten Qualitätspolitik werden die Qualitätsziele für alle verantwortlichen Ebenen einer Organisation abgeleitet und durch eine systematische Qualitätsplanung und Qualitätslenkung umgesetzt.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege formulieren gemeinsam die normativen Grundlagen der Qualitätsmanagement-Strategie. Die Freie Wohlfahrtspflege sieht die Qualitätsentwicklung immer unter fachlicher und werteorientierter Ausrichtung, die im Leitbild zum Ausdruck kommt. Die Verantwortung, Aktivität und Weiterentwicklung der Qualität ist primäre Aufgabe der Träger, die unter besonderer Berücksichtigung und Beteiligung der Mitarbeiter wahrgenommen wird. Daneben beteiligt sich die Freie

⁷⁶ Die Qualitätsmanagement-Politik der Freien Wohlfahrtspflege wurde vom Vorstand der ‚Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege‘ (BAGFW) am 16.11.2004 in Berlin verabschiedet (vgl. BAGFW 2004).

Wohlfahrtspflege an der Leitliniendiskussion sowie an fachlicher Standardentwicklung. Durch einen gezielten Theorie- und Praxistransfer werden wichtige Impulse geliefert. Darüber hinaus orientieren sich die Wohlfahrtsverbände an umfassenden anerkannten europäischen Qualitätsmanagementsystemen, wie z. B. an dem von der European Foundation for Quality Management entwickelten EFQM-Modell für Excellence.

Die operativen Grundlagen der Qualitätsmanagement-Strategie werden zwischen den Spitzenverbänden in der BAGFW abgestimmt. Die BAGFW fördert Qualitätsentwicklungsprozesse und verfolgt das Ziel, Transparenz und Umsetzung der Qualitätsmanagement-Strategie der Freien Wohlfahrtspflege voranzutreiben. Zu diesem Zweck wurde eine Datenbank ‚Qualitätsmanagement‘ aufgebaut. Sie informiert über aktuelle Angebote, Rahmenhandbücher sowie Fortbildungen und gibt einen Überblick über zertifizierte Einrichtungen. Darüber hinaus werden den Wohlfahrtsverbänden sozial- und gesundheitspolitische Entwicklungen und Veröffentlichungen aus der Gesetzgebung und der Wissenschaft zur Verfügung gestellt (vgl. BAGFW 2004, S.1 ff.).

II. Qualitätsbegriff

Nach Darlegung der Qualitätsdiskussion in Alten- und Pflegeeinrichtungen soll dieser Abschnitt einen Überblick über die Ansätze des Qualitätsverständnisses geben, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Im Rahmen dieser Arbeit werden nur die Aspekte angesprochen, die für das Qualitätsverständnis erforderlich und im weiteren Verlauf dieser Arbeit im Rahmen der Entwicklung einer Balanced Scorecard von Bedeutung sind.

Das Wort ‚*Qualität*‘, das aus dem lateinischen ‚*qualis*‘ = ‚wie beschaffen‘ abgeleitet wird, umschreibt die ‚Beschaffenheit‘, ‚Güte‘ oder den ‚Wert‘ eines Objektes. *„Kennzeichnung einer Ware als ‚Qualität‘ im kaufmännischen*

Wettbewerb allein oder in Zusammensetzungen setzt überdurchschnittliche Beschaffenheit voraus.“ (Gabler Wirtschaftslexikon 1984, S. 912).

Bereits im 18. Jahrhundert wurde vom britischen Parlament aufgrund zunehmender Handelsrivalität zwischen den Nationen die Kennzeichnung ausländischer Produkte mit einem Hinweis auf das Herkunftsland gefordert. Ziel dieser Maßnahme war es, Einführungsbeschränkungen daraus abzuleiten. Der entstandene Begriff ‚Made in Germany‘ ist darauf zurückzuführen und über einhundert Jahre alt. Die neue Kennzeichnungspflicht ‚Made in Germany‘ wurde für deutsche Produkte zum Gütesiegel, da sie sich in unterschiedlichen Industriezweigen durch Produktinnovationen auszeichneten. In den 20er Jahren war bedingt durch die Weltwirtschaftskrise die Nachfrage nach deutschen Produkten geringer. In Verbindung mit dem industriellen Aufschwung nach dem Zweiten Weltkrieg erlebt die Bezeichnung ‚Made in Germany‘ eine Renaissance und stand für den Begriff des Wirtschaftswunders. Deutsche Produkte hatten weltweit Absatzerfolg. Kunden waren bereit, den geforderten Preis für die hohe Qualität der Produkte zu zahlen. Der Untergang deutete sich bereits in den 60er Jahren an, als japanische Produkte (z. B. Fotoindustrie, elektronische Geräte, Automobilindustrie) auf den Markt kamen. Diese waren gekennzeichnet durch sehr gute technische Qualität und durch niedrige Preise. OEES sieht im ‚Wertewandel‘ und der Einführung des Total-Quality-Management-Konzepts (TQM-Konzept) in Japan die wesentlichen Faktoren für den Untergang von ‚Made in Germany‘. Der gesellschaftliche Wertewandel wurde eingeleitet durch zunehmenden Wohlstand, Infragestellung traditioneller Werte im Rahmen der Studentenrevolution und Zunahme von Konflikten in deutschen Betrieben durch die unterschiedlichen Kulturen der Arbeitnehmer. Gleichzeitig wurde das TQM-Konzept in Japan eingeführt. Gegenstand dieses Konzepts war die konsequente Orientierung am Verbraucher und die Ausrichtung aller Mitarbeiter einer Unternehmung an der ständigen Verbesserung der Qualität der hergestellten Produkte. In den westlichen Industrieländern war Qualität bis zu diesem Zeitpunkt eine rein technische Aufgabe, die langfristig zur Sicherung der Marktführerschaft nicht

ausgereicht hat. Das ganzheitliche Qualitätsverständnis der Japaner hat sich am Weltmarkt durchgesetzt (vgl. Oess, 1989, S. 115 f.).

Mitte der 90er Jahre definierte die Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. Qualität als

„... die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“

(Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. 1993, S. 26).⁷⁷

Als Ergänzung zu dieser Definition weist die Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. darauf hin, dass der Mittelpunkt der Qualitätsbetrachtung stets

„... die Beziehung zwischen realisierter Beschaffenheit und Einzelforderungen.“

(Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. 1993, S. 26) *ist*.

Der Begriff ‚Einheit‘ steht sowohl für Produkte als auch für Dienstleistungen. Aus der Betrachtung der Deutschen Gesellschaft für Qualität lassen sich die folgenden zwei Ansätze der Qualitätsdefinition verbinden:

- Produktbezogener Qualitätsbegriff: definiert die Qualität von Dienstleistungen als Summe der vorhandenen Eigenschaften
- Kundenbezogener Qualitätsbegriff: fokussiert auf die Qualitätsbetrachtung und die Wahrnehmung der Produkteigenschaften durch den Kunden.

(vgl. Bruhn 2004, S. 30).

GARVIN erweitert die Kunden- und Produktorientierung um den:

- Absoluten Qualitätsbegriff, der die Qualität durch Klassen (Schulnoten) kategorisiert

⁷⁷ Die Deutsche Gesellschaft für Qualität definiert ‚Einheit‘ als *„... materieller oder immaterieller Gegenstand der Betrachtung“* (Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. 1993, S. 14). Ein ‚Merkmal‘ ist eine *„... Eigenschaft zum Erkennen oder zum Unterscheiden von Einheiten.“* (Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. 1993, S. 57).

- Herstellungsorientierten Qualitätsbegriff, der Qualitätsstandards als Maß für Qualitätskontrolle sieht
- Wertorientierten Qualitätsbegriff, der die Dienstleistungsqualität im Ergebnis aus der Kundenbeurteilung unter dem Gesichtspunkt von Preis und Leistung definiert.

(vgl. Garvin 1984, S. 25 ff, Bruhn 2000a, S. 25 f., Bruhn 2004, S. 32).

In Bezug auf das Thema dieser Arbeit konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf die Betrachtung der Dienstleistungsqualität.

III. Dienstleistungsqualität

1. Begriff der Dienstleistungsqualität

Der Begriff ‚Dienstleistungsqualität‘ ist vor dem Hintergrund steigender Konkurrenz und zunehmender Kundenanforderungen sehr aktuell. Konsequente Kundenorientierung ist ein zentraler Wettbewerbsfaktor und eine Voraussetzung für den Erfolg am Markt. Kunden zeichnen sich durch einen hohen Wissenstand aus und sind zudem sehr anspruchsvoll, üben Kritik, zeigen Wechselbereitschaft zu anderen Unternehmungen und erwarten individuelle Problemlösungen. Diese neuen Kunden verlangen kontinuierlich gute Dienstleistungsqualität.⁷⁸ Dieser Dienstleistungsgedanke muss in der ganzen Unternehmung gelebt werden und bei allen Mitarbeitern im Bewusstsein verankert sein. Die Etablierung eines Qualitätsmanagements gewinnt vor diesem Hintergrund zunehmend an Bedeutung.

Die theoretische Auseinandersetzung mit Dienstleistungsbetrieben in der betriebswirtschaftlichen Literatur geht in die 60er Jahre zurück.

⁷⁸ LEHMANN betont hierzu: „Allein der Kunde entscheidet über die Qualität der angebotenen Leistung: die Zufriedenstellung seiner Erwartungen und Bedürfnisse muß somit oberster Maßstab jeglichen Qualitätshandelns sein.“ (Lehmann 1995, S. 73, vgl. Seghezzi 1994, S. 6).

BEREKOVEN bemerkt, dass sich die Klärung des Begriffs ‚Dienstleistung‘ bei näherer Betrachtung als recht schwierig erweist und *die gängige Vokabel „... nichtsdestoweniger durch die Jahrzehnte erstaunlich blaß und eigentlich nur umrißhaft geblieben ist“* (Berekhoven 1974, S. 11). BEREKHOVEN hat seine Überlegungen in der folgenden Definition zusammengefasst:

„Dienstleistungen im engsten Sinne sind der Bedarfsdeckung Dritter dienende materielle und/oder geistige Prozesse, deren Vollzug und deren Nutzung einen (zeitlich und räumlich) synchronen Kontakt zwischen Leistungsgeber und Leistungsnehmer (bzw. dessen Verfügungsobjekt) technisch bedingen und von der Bedarfsdeckung her erfordern.“

(Berekoven 1974, S. 29).

Der Dienstleistungsbegriff wird in der Literatur in drei Gruppen von Definitionsvorschlägen eingeteilt (vgl. Corsten 2001, S. 21).

Die enumerative Definition präzisiert den Dienstleistungsbegriff durch Beispielaufzählungen, z. B. Gesundheitsdienstleistungen, öffentliche Stromversorgung, Finanzdienstleistung, Busfahrt, Haarschnitt, Reparatur etc.⁷⁹

Der Dienstleistungsbegriff kann auch über eine Negativdefinition zu den Sachgütern durch folgende charakteristische Besonderheiten abgegrenzt werden:

- Dienstleistungen haben immateriellen Charakter.
- Dienstleistungen sind intangibel, d. h. nicht greifbar.
- Produktion und Konsumption erfolgen simultan (‚Uno-actu-Prinzip‘).
- Dienstleistungen können nicht gelagert werden.
- Dienstleistungen sind standortgebunden, d. h. die Dienstleistung muss am Ort des Dienstleistungsanbieters oder des Kunden erstellt werden.

⁷⁹ CORSTEN kritisiert, dass der enumerativen Definition keine Kriterien zugrunde liegen, auf deren Grundlage entschieden werden kann, ob eine Dienstleistung vorliegt oder nicht (vgl. Corsten 1985, S. 174). Auch BEREKHOVEN fordert übergeordnete betriebswirtschaftliche Merkmale, unter die tatsächliche Erscheinungsformen subsumiert werden können (vgl. Berekhoven 1974, S. 31).

- Dienstleistungen sind kundenindividuell und nur in geringem Maß standardisierbar.

(vgl. Lehmann 1995, S. 21., Corsten 2001, S.21 f.).⁸⁰

Aus der Aufzählung wird deutlich, dass Dienstleistungen nur zum Zeitpunkt der Erstellung eine einmalige Chance haben, gute Qualität zu liefern. Nachbesserungen sind bedingt durch das Uno-actu-Prinzip nicht möglich.

In der dritten Gruppe wird in der Literatur der Dienstleistungsbegriff auf der Grundlage konstitutiver Merkmale weiterhin in vier Ansätzen unterschieden:

- 1) Tätigkeitsorientiert, d. h. jede menschliche Tätigkeit wird als Dienstleistung klassifiziert.
- 2) Potenzialorientiert, d. h. Dienstleistungen sind das durch Menschen oder Maschinen geschaffene Potenzial, die Leistung beim Leistungsnachfrager zu erbringen.
- 3) Prozessorientiert, d. h. die Dienstleistung steht unter besonderer Berücksichtigung des Uno-actu-Prinzips im Vordergrund.
- 4) Ergebnisorientiert, d. h. diese Perspektive hat das produzierte immaterielle Gut als Konkretisierung des Dienstleistungsprozesses im Fokus.

(vgl. Corsten 2001, S. 21 f., vgl. Bruhn 2004, S. 18 f.).

LEHMANN unterscheidet weiterhin Dienstleistungen mit Produktcharakter, die zeitpunktbezogen und ergebnisorientiert sind, wie z. B. eine Reparatur oder einen Transport, und die Dienstleistungen mit Prozesscharakter, wie z. B. Fortbildung oder Gesundheits- und Pflegeleistungen, die aktivitätsorientiert und zeitraumbezogen definiert werden (vgl. Lehmann 1995, S. 22).

Dienstleistungen in Alten- und Pflegeeinrichtungen, die auf der Interaktion zwischen dem Bewohner und dem Pflegepersonal beruhen, erfordern ein besonderes Verständnis zwischenmenschlicher Interaktion. Der Prozess der

⁸⁰ Vgl. zu den charakteristischen Besonderheiten von Dienstleistungen eine ausführliche Darstellung von CORSTEN (vgl. Corsten 1985, S. 85ff.).

Dienstleistungserstellung ist ein interaktiver Prozess, der sich aus der Dienstleistungserstellung im medizinisch-pflegerischen Sinne und der begleitenden Kommunikation zusammensetzt. Der Bewohner ist am Dienstleistungsprozess physisch, psychisch, intellektuell und emotional beteiligt (vgl. Lehmann 1995, S. 31 f., vgl. Kapitel B).

Im Folgenden wird die Begriffsdefinition von BRUHN zugrunde gelegt:

„Dienstleistungen sind selbständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten verbunden sind (Potenzialorientierung). Interne und externe Faktoren werden im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses kombiniert (Prozessorientierung). Die Faktorkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren – Menschen und deren Objekten – nutzenstiftende Wirkungen zu erzielen (Ergebnisorientierung).“

(Bruhn 2004, S. 20).

Aufgrund der Zunahme des Wettbewerbs im Markt der Alten- und Pflegeeinrichtungen kommt der Dienstleistungsqualität eine immer größere Bedeutung zu. Bedingt durch die Entwicklung der Informations- und Kommunikationsstrukturen, die eine hohe Markttransparenz erzeugen, sind Kunden i. d. R. gut mit dem Angebot verschiedener Anbieter vertraut. Dienstleistungen führen nur dann zum ökonomischen Erfolg, wenn die Kunden die nachhaltigen Wettbewerbsvorteile als Differenzierungskriterium erkennen und sie als kaufrelevant einschätzen. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass ein zufriedener Kunde die Leistungen eines Unternehmens erneut in Anspruch nehmen wird und über die Kundenbindung der ökonomische Erfolg sichergestellt werden kann. Die Realisierung einer hohen Dienstleistungsqualität ist ein Schlüsselfaktor für die Kundenzufriedenheit.

Die Folgen schlechter Dienstleistungsqualität werden oft unterschätzt. Unzufriedene Kunden wandern ab und betreiben negative Mundpropaganda. Die Akquisition von Neukunden bedeutet einen vier- bis sechsfach höheren

Aufwand gegenüber dem Aufwand für die Bindung von Stammkunden (vgl. Bruhn 2004, S.5).⁸¹ Fehlerhafte Dienstleistungen verursachen für das Unternehmen Folgekosten, die die Kosten für optimale Leistungserstellung übersteigen.

Dienstleistungsqualität definiert BRUHN als

„... die Fähigkeit eines Anbieters, die Beschaffenheit einer primär intangiblen und der Kundenbeteiligung bedürftigen Leistung gemäß den Kundenerwartungen auf einem bestimmten Anforderungsniveau zu erstellen. Sie bestimmt sich aus der Summe der Eigenschaften bzw. Merkmale der Dienstleistung, bestimmten Anforderungen gerecht zu werden.“

(Bruhn 2004, S. 34).

Prädiktive Kundenerwartungen bringen das vorhergesehene bzw. für wahrscheinlich gehaltene Leistungsniveau vor Inanspruchnahme der Leistung zum Ausdruck. Normative Kundenerwartungen dagegen bezeichnen das Leistungsniveau, das der Kunde verlangt (Bruhn 2004, S. 36).

Die Kundenerwartungen an das Dienstleistungsniveau einer Alten- und Pflegeeinrichtung werden aus der Sicht der Bewohner, Angehörigen, Mitarbeiter, Kostenträger und Einweiser definiert.

2. Dimensionen der Dienstleistungsqualität

Die unterschiedlichen Begriffsauffassungen von ‚Qualität‘ erfordern auf dem Weg zur Etablierung eines Qualitätsmanagementsystems die Bestimmung der relevanten Dimensionen der Dienstleistungsqualität. Als Qualitätsdimension werden die Qualitätseigenschaften verstanden, die von internen und externen Unternehmenszielgruppen wahrgenommen werden (vgl. Bruhn 2004, S. 44).

⁸¹ Unzufriedene Kunden betreiben negative Mundpropaganda und geben diese Information an durchschnittlich 10-12 Personen weiter (vgl. Bruhn 2004, S. 5).

Der bekannteste Ansatz für den Bereich des Gesundheitswesens, hierunter werden auch Alten- und Pflegeeinrichtungen gefasst, ist das klassische Kategorienmodell nach DONABEDIAN. In der deutschsprachigen Literatur werden die Kategorien auch als Dimensionen bezeichnet. DONABEDIAN bezeichnet seinen Ansatz nicht als Definition, sondern versteht sein Konzept als Ansatz zur Qualitätsmessung (vgl. Kaltenbach 1991, S. 63 f.).

DONABEDIAN unterscheidet die folgenden drei Dimensionen, zwischen denen eine grundlegende funktionale Beziehung besteht:

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität.

(vgl. Donabedian 1980, S. 83 f.).

Unter ‚Strukturqualität‘ werden die für die Leistungserbringung erforderlichen Potenziale verstanden. Hierzu gehören insbesondere die personelle, räumliche und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtung. Die Strukturqualität beschreibt die Rahmenbedingungen der Dienstleistungserbringung. Diese strukturellen Aspekte stellen lediglich eine Voraussetzung für hochwertige Qualität dar. Nach KALTENBACH spiegelt die Strukturkategorie der Qualität das Vermögen wider, eine bestimmte Qualität erbringen zu können, aber weniger die Qualität selber (vgl. Kaltenbach 1991, S.69).

‚Prozessqualität‘ stellt bei DONABEDIAN die wichtigste Qualitätskategorie dar (vgl. Donabedian 1980, S. 79 f., vgl. Kaltenbach 1991, S. 70). Hierunter werden alle pflegerischen, medizinischen und nicht-medizinischen Interventionen verstanden, die während der Behandlung am Patienten ausgeführt werden. Exzellente Prozessqualität ist die Voraussetzung für exzellente Ergebnisqualität – aber auch sie kann, wie die Strukturqualität, kein optimales Ergebnis garantieren (vgl. Kaltenbach 1991, S.73). KALTENBACH weist darüber hinaus auf die Schwierigkeit der Abgrenzung der Prozesskategorie zur Strukturkategorie hin (vgl. Kaltenbach 1991, S. 72). Im Gesundheitswesen und insbesondere in der Pflege hat sich der Prozessgedanke durchgesetzt. Die konsequente Umsetzung des

Pflegeprozesses und die Anwendung professionell anerkannter Standards bieten für den Bewohner und für alle am Prozess Beteiligten hohe Sicherheit (vgl. Rudhart-Dyczynski 2003, S. 72).⁸²

Bei der ‚Ergebnisqualität‘ steht die unmittelbare Beurteilung der erbrachten Leistung im Vordergrund und stellt die eindeutigste Bezugsbasis für die Qualitätsbeurteilung dar (Kaltenbach 1991, S.73). So kann sich z. B. die pflegerische Ergebnisqualität in der Änderung des Gesundheitszustandes, in der Verbesserung des psycho-sozialen Wohlbefindens oder auch in der Steigerung der allgemeinen Bewohnerzufriedenheit ausdrücken. KALTENBACH weist auf das Grundproblem hin, dass Qualitätsmaßstäbe, wie z. B. die Bewohnerzufriedenheit oder der Gesundheitsstatus, zu global gefasst sind und zu wenig mit den Aspekten der eigentlichen Leistungserstellung verknüpft sind. Aus diesem Grund ist die Kombination von Prozess- und Ergebnismaßstäben ein wichtiger Bestandteil der Qualitätsmessung (vgl. Kaltenbach 1991, S. 77).⁸³

Die Ebenen der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität wurden in die gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen aufgenommen (vgl. Sozialgesetzbuch – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung – SGB XI).⁸⁴

EICHHORN betont, dass allen Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen der Ansatz von DONABEDIAN, die Differenzierung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, zugrunde liegt. Gleichwohl kritisiert er, dass sich die Beurteilung des Qualitätsgrades auf die medizinisch-

⁸² Nach FIECHTER/MEIER besteht der Pflegeprozess „... aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, also ein Ziel hin, gerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Rückkopplungseffekt (Feedback) in Form von Beurteilungen und Neuanpassungen enthalten.“ (Fiechter/Meier 1981, S. 30).

⁸³ MARHOLD betont diese drei Aspekte in einer Alten- und Pflegeeinrichtung und versteht u.a. unter Strukturqualität das Vorhandensein von innerbetrieblicher Fortbildung und standardisierter Dokumentation. Prozessqualität wird als die Umsetzung des Pflegeprozesses definiert. Die Ergebnisqualität drückt sich in der Zufriedenheit der Bewohner und in niedrigen Heimkosten aufgrund optimierter Prozesse aus (vgl. Marhold 2003, S. 124).

⁸⁴ Weitere Ausführungen befinden sich in Kapitel E.

pflegerische Sachdimension, die Produktqualität, reduziert und die persönliche Interaktion als zentrales konstitutives Merkmal des Dienstleistungserstellungsprozesses vernachlässigt wird. In Einrichtungen der Altenpflege steht die soziale Interaktion zwischen den Pflegekräften und den Bewohnern im Mittelpunkt des Dienstleistungserstellungsprozesses und ist wesentliches Merkmal der wahrgenommenen Heimqualität und der Bewohnerzufriedenheit.

Darüber hinaus sind nach EICHHORN Einrichtungen des Gesundheitswesens verpflichtet, Anforderungen der Gesellschaft und der Öffentlichkeit in Bezug auf Sicherheit von Leben und Gesundheit, Umweltschutz, Eigentumssicherung und Ressourcenschonung zu erfüllen.

EICHHORN ergänzt den Ansatz von DONABEDIAN um zwei weitere Dimensionen:

- Interaktionsdimension
- gesellschaftliche Dimension.

Ergänzt um diese beiden Dimensionen ergibt sich das Modell zur Strukturierung der mehrdimensionalen Qualität von Alten- und Pflegeeinrichtungen bestehend aus den sachbezogenen, interaktionsbezogenen und gesellschaftlichen Qualitätsdimensionen und den Qualitätskategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die folgende Abbildung zeigt das Strukturmodell zur Klassifizierung der Altenheimqualität und verdeutlicht den integralen Ansatz.

Qualitätsdimensionen	Sachdimension		Interaktionsdimension		Gesellschaftliche Dimension
Qualitätskategorien (Teilqualitäten)	Produktqualität/ Servicequalität		Interaktionsqualität		Umweltqualität
Strukturqualität	Altenheim	Heimbewohner	Altenheim	Heimbewohner	Einhaltung gesetzlicher Vorschriften und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen
	Persönliche und sachliche Ressourcen	Persönlichkeits- und Krankheitsartenmuster	Räumliche Gestaltung und Atmosphäre Persönliche Einstellung des Kontaktpersonals Image des Altenheims	Problemverständnis, Erfahrung, soziale Einstellung	
	Individualisierungspotenzial	Integrationspotenzial	Kontaktpotenzial	Interaktionspotenzial	
Prozessqualität	Versorgungsprozess: Ablauf von Therapie, Pflege und Hotelversorgung aus technischer und zeitlicher Sicht		Wechselseitige Betrachtung von Regeln und Normen im sozialen Umgang von Seiten des Kontaktpersonals und der Heimbewohner		Schonung von Ressourcen, Reduzierung der Umweltbelastung
Ergebnisqualität	Prozessuales Versorgungsergebnis - bei Entlassung - auf Dauer		Interaktionsergebnis als emotionale Zufriedenheit der Heimbewohner und des Kontaktpersonals		Sicherheit von Leben und Gesundheit; Schutz von Umwelt und Eigentum

Abb. D-1: Auf Alten- und Pflegeeinrichtungen adaptiertes Strukturmodell zur Klassifizierung der Altenheimqualität
Quelle: Eigendarstellung in Anlehnung an Eichhorn 1997, S. 26

Neben den Ansätzen von DONABEDIAN und EICHHORN existieren noch eine Reihe weiterer Ansätze zur Beschreibung von Qualität.

GRÖNROOS stellt bei Dienstleistungen den Produktionsprozess als Qualitätsquelle in den Vordergrund und unterscheidet zwischen technischer und funktionaler Qualität (vgl. Grönroos 1990, S. 66). Die technische Qualität ist das Ergebnis des gesamten Produktionsprozesses. Ein großer Teil dieses Prozesses ist für den Kunden sichtbar und er nimmt daran teil (vgl. Grönroos 1990, S. 65). Daraus ergibt sich die Beziehung zwischen Käufer und Verkäufer, die vorwiegend funktional und prozessorientiert ist (vgl. Grönroos 1990, S. 66).

ZEITHAML/PARASURAMAN/BERRY haben aus den unten aufgeführten zehn Kundenkriterien für Servicequalität:

- 1) Materielles
- 2) Zuverlässigkeit
- 3) Entgegenkommen
- 4) Kompetenz
- 5) Zuvorkommenheit
- 6) Vertrauenswürdigkeit
- 7) Sicherheit
- 8) Erreichbarkeit
- 9) Kommunikation
- 10) Kundenverständnis.

die folgenden fünf Qualitätsdimensionen, die eigenständig wahrgenommen werden, entwickelt:

- 1) Annehmlichkeit des tangiblen Umfeldes, z. B. Erscheinungsbild des Dienstleistungsanbieters.
- 2) Zuverlässigkeit, d. h. die Leistungserbringung erfolgt entsprechend der zugesagten Qualität.
- 3) Reaktionsfähigkeit beschreibt die Bereitschaft, auf Kundenwünsche einzugehen und sie erfüllen zu können.
- 4) Leistungskompetenz meint die Fähigkeit des Dienstleistungsanbieters, die Dienstleistung den Kundenanforderungen entsprechend zu erbringen.

- 5) Einfühlungsvermögen umschreibt die generelle Bereitschaft und Fähigkeit, auf spezielle Kundenwünsche und Situationen einzugehen.

(vgl. Zeithaml/Parasuraman/Berry 1992, S. 34 f., vgl. Bruhn 2004, S. 47 f.).⁸⁵

3. Messung der Dienstleistungsqualität

Kundenorientiertes Qualitätsmanagement fordert eindeutige Aussagen zur geplanten und realisierten Dienstleistungsqualität. Hierzu ist es erforderlich, Indikatoren zu entwickeln, die ‚Qualität‘ erfassbar machen, und Skalen zu ermitteln, anhand deren das Qualitätsniveau gemessen werden kann (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 216 f.).

Die Messung der Dienstleistungsqualität in der Pflege steht noch am Anfang, obwohl die Ergebnisse von besonderer Bedeutung für die wirtschaftliche Existenz der Einrichtung sind und Aussagen über die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen treffen. Die Qualitätsmessung kann durch Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragungen erfolgen. Darüber hinaus können Befragungen von externen Kunden, wie z. B. Arztpraxen, Krankenhäuser und Kostenträgern, erfolgen.

Die Literatur zeigt zur Messung der Dienstleistungsqualität ein großes Spektrum an Messinstrumenten auf. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Ansätze zur Messung der Dienstleistungsqualität.

⁸⁵ ZEITHAML/PARASURAMAN/BERRY haben auf der Grundlage der zehn Kundenkriterien fünf Qualitätsdimensionen entwickelt und daraus das Instrument „SERVQUAL“ zur Messung der Kundenauffassungen von Servicequalität abgeleitet. Der Servqual-Ansatz zählt zu den Verfahren der Einstellungs- und Zufriedenheitsmessung und basiert auf einem standardisierten Fragebogen, in dem 22 Items die fünf Qualitätsdimensionen repräsentieren. In diesem Ansatz wird erstmals die Differenz zwischen der vom Kunden erwarteten und der tatsächlich erfahrenen Leistung gemessen und bewertet (vgl. Zeithaml/Parasuraman/Berry 1992, S. 38 f., vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 224 f.). Kritik am Servqual-Ansatz, wie z. B. Angemessenheit der Vorgehensweise, Bewertung der Reliabilität der Qualitätsdimensionen, Bewertung der Reliabilität der Items, Validität der Doppelskala, Plausibilität der Auswertungsskala, Sinnhaftigkeit des Anspruchs universeller Gültigkeit, wird von HENTSCHEL thematisiert (vgl. Hentschel 2000, S. 309 f.).

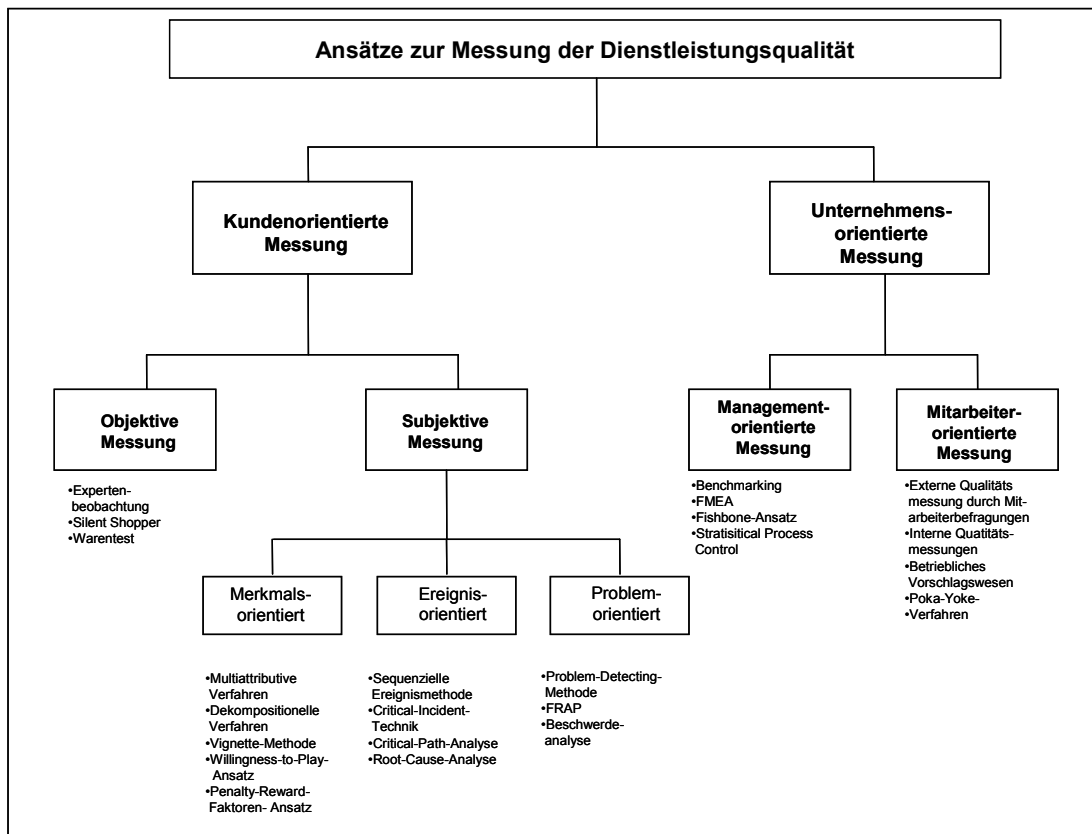


Abb. D-2: Ansätze zur Messung der Dienstleistungsqualität
Quelle: Bruhn 2004, S. 99

BRUHN unterscheidet auf der obersten Ebene zwischen kundenorientierter und unternehmensorientierter Messung (vgl. Bruhn 2004, S. 97 f.).

Die kundenorientierte Messung wird weiterhin nach dem Objektivitätsgrad der Messung in objektive und subjektive Messansätze gegliedert. Subjektive Messansätze lassen sich nach Merkmalsorientierung, Ereignisorientierung und Problemorientierung unterscheiden. Mittelpunkt dieser kundenorientierten Messmethode ist die Qualitätswahrnehmung der Dienstleistung aus der Sicht einzelner Kunden. Merkmalsorientierte Messansätze werden i. d. R. mittels Kundenbefragungen erhoben. Ereignisorientierte Messansätze dienen der Beurteilung des Prozesses aus Kundensicht. Problemorientierte

Messansätze betrachten qualitätsrelevante Problemfelder beispielsweise anhand von Beschwerdeanalysen.⁸⁶

Die unternehmensorientierte Messung erfolgt unter den Aspekten Management- und Mitarbeiterorientierung. Managementorientierte Messansätze eruieren qualitätsrelevante Aspekte aus Kundensicht, z. B. mittels Benchmarking.⁸⁷ Mitarbeiterorientierte Messansätze verfolgen die Absicht, durch Mitarbeiterbefragungen Anhaltspunkte über Anforderungen an die Dienstleistungsqualität aus der unternehmensinternen Perspektive zu erhalten. Gleichzeitig können Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter gesammelt und bewertet werden. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen sind von besonderer Relevanz im Hinblick auf die Qualität der Dienstleistungserbringung, da die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Mitarbeiter maßgeblichen Einfluss auf den direkten Kundenkontakt und somit auf die Qualität der Interaktion mit den Kunden hat (vgl. Kapitel B).⁸⁸

Im Verlauf dieser Arbeit wird überprüft, welche der dargestellten Messansätze zur Messung der Dienstleistungsqualität in Alten- und Pflegeeinrichtungen geeignet und im Rahmen der Einführung einer Balanced Scorecard von Bedeutung sind.

⁸⁶ Systematisch erfasste mündliche oder schriftliche Beschwerden benennen konkrete aktuelle Qualitätsschwachstellen aus Kundensicht. Einen Nachteil der Beschwerdeanalyse sieht EICHHORN in der geringen Anzahl der geäußerten Patientenbeschwerden und der Anzahl von Beschwerden, die im direkten Kontakt angesprochen werden und somit der systematischen Erfassung für das Qualitätsmanagement nicht zur Verfügung stehen (vgl. Eichhorn 1997, S. 166).

⁸⁷ „Mit Benchmarking wird der gezielte Vergleich von Organisationsabläufen und Gestaltungskonzepten einerseits sowie von quantitativen Ergebnissen andererseits mit den korrespondierenden Prozessen und Resultaten der jeweils „Besten“ bezeichnet. Das vorrangige Ziel, dieses Managementinstrument einzusetzen, besteht darin, von anderen zu lernen.“ (Schubert 2003, S. 370).

⁸⁸ Im Ergebnis hat eine empirische Untersuchung im Krankenhaus nachgewiesen, dass die vom Patienten wahrgenommene Leistungsqualität von der Mitarbeiterzufriedenheit abhängt und sich in der Folge in hohem Maße Weiterempfehlungen generieren lassen (vgl. Schwing 2005, S. 570 ff.).

IV. Qualitätskonzepte

1. Qualitätskonzepte im Überblick

Das Qualitätskonzept ist auf die Qualitätspolitik und die langfristigen Unternehmensziele abzustimmen. Besondere Bedeutung kommt der Unternehmenskultur und der Qualitätskultur zu. Die Erfolgsaussichten eines Qualitätskonzeptes hängen entscheidend von der Kompatibilität des Qualitätskonzeptes mit der Unternehmenskultur ab. Qualitätskonzepte müssen als Bestandteil in das Unternehmensführungskonzept integriert sein (vgl. Seghezzi 1993, S. 19).

SEGHEZZI unterscheidet eindimensionale und mehrdimensionale Qualitätskonzepte.

Bei den eindimensionalen Qualitätskonzepten werden die vier Konzepttypen ‚Qualitätsprüfung/Inspektion‘, ‚Qualitätslenkung‘, ‚Qualitätssicherung‘ und ‚Qualitätsverbesserung‘ unterschieden.

Das Konzept der Qualitätsprüfung strebt an, fehlerhafte Produkte frühzeitig zu eliminieren und somit die Weiterverarbeitung und Auslieferung zu verhindern.

Bei der Qualitätslenkung dagegen steht die Beherrschung der Prozesse im Vordergrund, so dass keine fehlerhaften Produkte entstehen.

Im Konzept der Qualitätssicherung werden neben der Prozessbeherrschung und der Qualitätsgestaltung präventiv Anstrengungen zur Verhinderung von Fehlern unternommen.

Das Konzept der Qualitätsverbesserung richtet das Unternehmensziel auf höhere Qualität durch dynamische Weiterentwicklung aus. Wesentliche Erfolgsfaktoren sind die Qualifikation, Motivation und das Engagement der Mitarbeiter.

In der Praxis werden immer häufiger komplexe Konzepte eingesetzt. Zu den mehrdimensionalen Qualitätskonzepten gehören der ‚Elektrizitätstypus‘, der

‚Kulturtypus‘, das ‚Company-wide-Quality-Control‘ (CWQC) und das ‚Total-Quality-Management‘ (TQM).

Der Elektrizitätstypus vergleicht Qualität mit Elektrizität. Das Vorhandensein von Elektrizität tritt kaum in Erscheinung, der Ausfall jedoch wird von jedem durch mannigfaltige Funktionsausfälle wahrgenommen. Vergleichbar verhält es sich mit der Qualität, diese bleibt im Hintergrund und entsteht scheinbar von alleine. Veränderungen in der Qualität, Ausschuss, Fehlerkorrekturen, Reklamationen und Termenschwierigkeiten bringen das Unternehmen rasch in wirtschaftliche Schwierigkeiten. Das Konzept vom Elektrizitätstypus unterbricht die Kette dieser negativen Folgen, so dass Gegenmaßnahmen frühzeitig eingeleitet werden können.

Der ‚Kulturtypus‘ ist charakterisiert durch lange Tradition, hohe Produktqualität bei gleichzeitig hohen Produktionskosten. Dieses Konzept findet sich in der Schweiz und in Deutschland. Die Firmenkultur unterstützt das Qualitätsbewusstsein, die technische Ausstattung befindet sich auf einem hohen Niveau. Die Instrumente des Qualitätsmanagements werden dagegen nur begrenzt eingesetzt und die angestrebte Produktqualität ist nur durch hohen Zeit- und Personalaufwand zu realisieren (vgl. Seghezzi 1994, S. 58 f.).

Die Konzepte ‚Company-wide-Quality-Control‘, ‚Total-Quality-Management‘ und das ‚EFQM-Modell für Excellence‘ werden im Folgenden dargestellt.⁸⁹

2. Total-Quality-Management – TQM

Zur Verbesserung der Qualität von Dienstleistungen ist ein umfassendes Qualitätsmanagement unabdingbar. Wegen der strategischen Bedeutung

⁸⁹ Auf die Darstellung der Europäischen Normen (DIN Deutsches Institut für Normung e.V. 2000) DIN EN ISO 9000: Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (vgl. DIN 2000a), DIN EN ISO 9001: Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen (vgl. DIN 2000b), DIN EN ISO 9004: Qualitätsmanagementsysteme – Leitfaden zur Leistungsverbesserung (vgl. DIN 2000c) soll im Rahmen dieser Arbeit verzichtet werden, da sie im weiteren Verlauf dieser Arbeit nicht Gegenstand der Einführung einer Balanced Scorecard sind.

wird Qualität zu einer Managementaufgabe. Die Mitarbeiter aller Unternehmensebenen müssen Verantwortung für das Qualitätsmanagement übernehmen. Im TQM-Konzept ist der Grundgedanke verankert, dass Qualitätsdenken und Qualitätswesen eine generelle Unternehmensphilosophie verkörpern und von allen Mitarbeitern getragen werden müssen.⁹⁰

Nach OESS verbirgt sich hinter Total-Quality-Management:

„... ein langfristiges, integriertes Konzept, die Qualität von Produkten und Dienstleistungen einer Unternehmung in Entwicklung, Konstruktion, Einkauf, Fertigung und Kundendienst durch die Mitwirkung aller Mitarbeiter termingerecht und zu günstigen Kosten zu gewährleisten sowie kontinuierlich zu verbessern, um eine optimale Bedürfnisbefriedigung der Konsumenten zu ermöglichen.“

(Oess 1993, S. 89).

TQM setzt jedoch auch die Bereitschaft des Top-Managements voraus, Qualität zum Mittelpunkt aller Aktivitäten zu machen (vgl. Oess 1989, S. 83). TQM ist kein einmaliges Projekt, die langfristige Sicherung ist eine der wichtigsten Aufgaben der Unternehmensleitung (vgl. Kaltenbach 1991, S. 154).

Das Qualitätskonzept TQM hat seinen Ursprung in Japan und ist dort unter dem Namen Company-wide Quality Control (CWQC) bekannt. Das Konzept basiert auf den Ansätzen von DEMING und JURAN⁹¹, wurde jedoch im

⁹⁰ SIEGWART/SEGHEZZI betonen hierzu, dass das Qualitätsmanagement oft noch von der Basis übernommen wird, jedoch betonen sie: „Der Qualitätsaspekt muß in erster Linie in der Unternehmenspolitik Eingang finden. Dadurch werden die Führungskräfte aller Stufen auf die qualitätsrelevanten Forderungen ausgerichtet und ihr Verhalten wird qualitätsorientierter.“ (Siegwart/Seghezzi 1983, S. 20 f.).

⁹¹ Die Entwicklung hin zu umfassenden Qualitätskonzepten wurde von wenigen Qualitätsexperten geprägt. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang DEMING (14-Punkte-Management-Programm), JURAN (Qualitäts-Trilogie), FEIGENBAUM (Total Quality Control), ISHIKAWA (Qualitätszirkel, Ursachen-Wirkungs-Diagramm, CWQC) und CROSBY (Null-Fehler-Programm). Die Darstellung dieser Konzepte ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, zu ausführlichen Darstellungen vgl. Zink/Schildknecht 1989, S. 75ff, vgl. Oess 1989, S. 55ff., vgl. Kamiske/Brauer 1995.

Wesentlichen von ISHIKAWA entwickelt. Im Jahr 1949 haben japanische Wissenschaftler und Ingenieure eine Forschungsgruppe gebildet (Japanese Union of Scientists and Engineers - JUSE), die Ende der 60er Jahre die integrierte Qualitätssicherung als CWQC bezeichnet haben (vgl. Ishikawa 1983, S. 85).⁹² Die integrierte Qualitätssicherung verfolgt die Ziele ‚Ausbildung und Schulung der Mitarbeiter‘, ‚Höhere Produktqualität bei niedrigeren Kosten‘ und ‚Änderung des Unternehmens und seiner Management-Philosophie‘ (vgl. Ishikawa 1983, S. 86). Im Gegensatz zu anderen Qualitätskonzepten ist TQM sehr breit angelegt und fordert die Verantwortung für Qualitätsmanagement auf allen Ebenen der Unternehmung. Vor dem Hintergrund der hohen Personalintensität von Dienstleistungen empfiehlt ISHIKAWA als Erster die Integration aller Mitarbeiter im Rahmen eines partizipativen Führungskonzeptes. Aus dem Ishikawa-Konzept lassen sich die folgenden drei zentralen Bausteine des TQM-Konzeptes für Dienstleistungen ableiten:

- TOTAL – bezeichnet die Einbeziehung aller Mitarbeitergruppen, die an der Dienstleistungserstellung beteiligt sind.
- QUALITY – d. h. die Erfüllung der internen und externen Kundenanforderungen durch die konsequente Orientierung aller Aktivitäten an den Qualitätsanforderungen der Kunden.
- MANAGEMENT – steht für die Übernahme der Verantwortung des Managements für die das ganze Unternehmen einschließende Qualitätsphilosophie.

(vgl. Bruhn 2004, S. 58).

TQM hat neben der Kundenorientierung auch eine innerbetriebliche Dimension. Für jeden Mitarbeiter wird der nächste Kollege und die nächste

⁹² Auf die JUSE geht auch der Ursprung des Quality-Circle-Konzeptes zurück. Nach ISHIKAWA ist ein Qualitätszirkel charakterisiert durch eine kleine Gruppe von Mitarbeitern, die in ihrem eigenen Arbeitsbereich freiwillig Qualitätsaktivitäten durchführen. Diese Qualitäts-Zirkel-Aktivitäten leisten einen Beitrag zur Verbesserung des Unternehmens, schaffen durch menschlichen Respekt einen humanen Arbeitsbereich und erschließen neue ungenutzte Möglichkeiten durch die Förderung und Entfaltung menschlicher Fähigkeiten. Materielle Anreize spielen nur eine sekundäre Rolle, vielmehr steht das Gemeinwohl im Vordergrund (vgl. Ishikawa 1983, S. 93, vgl. Siegart/Seghezzi 1983, S. 76, vgl. Zink/Schick 1984, S. 32 f.).

abnehmende Abteilung zum Konsumenten, d. h. die Qualität der abgegebenen Arbeit muss der Qualität entsprechen, die auch vom Endverbraucher gefordert wird - „*The next process ist your costumer.*“ (Oess 1989, S. 83). Das TQM-Konzept basiert auf flachen Status- und Hierarchieebenen und baut auf der Kooperation zwischen Führungskräften und Mitarbeitern auf. Durch den Einfluss der Mitarbeiter auf das System erhöht sich die Mitarbeitermotivation (vgl. Oess 1989, S. 91). Die Führungskräfte haben die Aufgabe, den Mitarbeitern Feedback über die Qualität der Arbeitsleistung und die damit verbundene Auswirkung auf die Qualität des Endproduktes zu geben. Diese Feedbackgespräche erhöhen die Motivation und beschleunigen den Lernprozess (vgl. Oess 1989, 93, vgl. hierzu auch Kapitel K).

SEGHEZZI charakterisiert TQM durch die folgenden sechs Punkte:

1. Die Firmenorientierung zielt auf die Erfüllung der Bedürfnisse der Kunden ab.
2. Im innovativen Bereich werden Fehler als Lernquelle angesehen, wobei ihre Folgen kurzfristig eliminiert werden. Bei repetitiven Tätigkeiten wird versucht, Fehler zu vermeiden (Nullfehlerprinzip).
3. Unter dem Motto >ständig besser werden< laufen Förderaktionen der verschiedensten Art.
4. Qualitätsanstrengungen gibt es an jeder Stelle der Unternehmung. Jeder ist für die Qualität seiner Arbeit verantwortlich, wobei das Prinzip der internen Kunden/Lieferanten eingeführt ist. Alle Prozesse sind betroffen.
5. Die traditionellen Stärken eines Unternehmens und ihre Erfolgspositionen werden ausgebaut und in das TQM-Konzept eingebaut.
6. TQM muss von der Geschäftsleitung eingeführt werden. Mit einem gut strukturierten Vorgehen werden alle Führungskräfte und ausführenden Mitarbeiter einbezogen und geeignete Strukturen, Systeme und Methoden angewendet.

Abb. D-3: Hauptcharakteristika des TQM
Quelle: vgl. Seghezzi 1994, S. 57

SEGHEZZI beschreibt TQM als ein Konzept mit vieldimensionaler Wirkung auf die folgenden Punkte:

- Erhöhung des Kundennutzens
- Optimale Bedürfnisbefriedigung
- Reduktion der Kosten und verbesserte Prozessqualität
- Reduzierung der Durchlaufzeiten aufgrund besserer Prozessbeherrschung und Erhöhung der Flexibilität
- Erhöhung der Wirtschaftlichkeit.

(vgl. Seghezzi 1994, S. 58).

Auf der Basis von Qualität als Unternehmensphilosophie und ihrer Konkretisierung in der Unternehmensstrategie ist zu prüfen, welche Schritte das Qualitätsmanagement durchlaufen muss, um dem Ziel der Verbesserung der Qualität Rechnung tragen zu können. Die Umsetzung des Total-Quality-Management-Konzeptes erfordert den Einsatz konkreter Instrumente des Qualitätsmanagements. LEHMANN spricht in diesem Zusammenhang von dem Regelkreis zur Dienstleistungsqualität, der aus den folgenden vier Phasen besteht:

„1. Phase

Qualitäts-Dimensionen – Orientierung an den Kundenerwartungen

2. Phase

Qualitäts-Indikatoren – Messung der Dienstleistungsqualität

3. Phase

Qualitäts-Determinanten – Bestimmungsfaktoren der Dienstleistungsqualität

4. Phase

Qualitäts-Instrumente – Sicherung und Förderung der Dienstleistungsqualität.“

(Lehmann 1995, S. 79 f.).

Grundsätzlich orientiert sich ein Qualitätsmanagementsystem an den klassischen Managementfunktionen Planung, Durchführung und Kontrolle und besteht aus den Phasen

- Qualitätsplanung
- Qualitätslenkung
- Qualitätsprüfung und
- Qualitätsmanagementdarlegung.

(vgl. Bruhn 2004, S. 192).

Die folgende Abbildung zeigt den Regelkreis des Qualitätsmanagements.

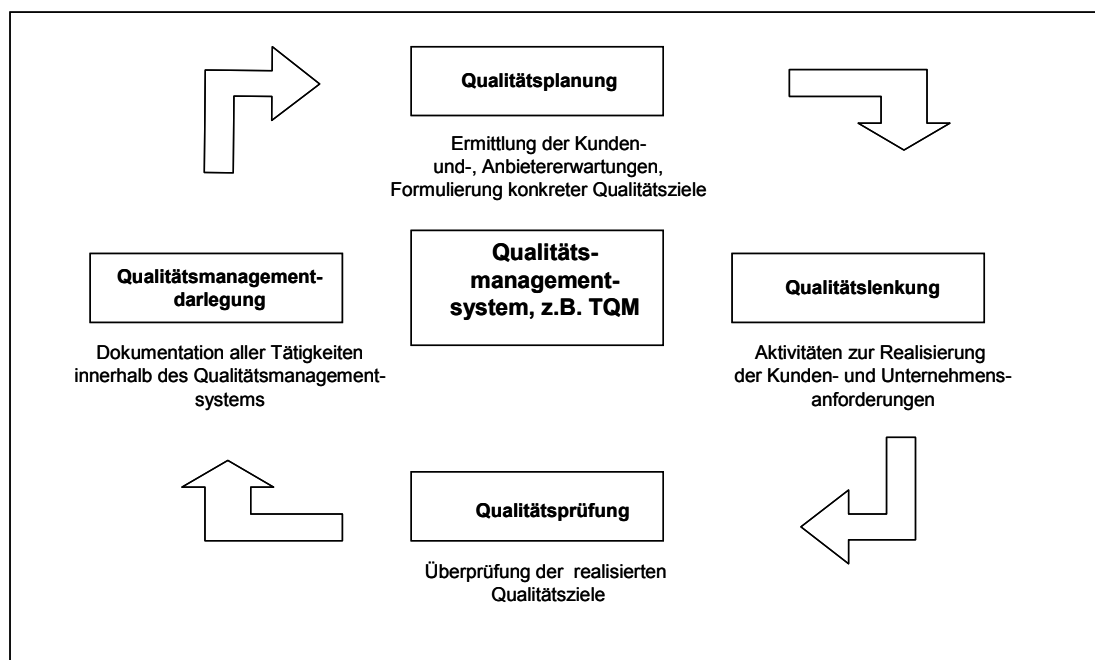


Abb. D-4: Regelkreis des Qualitätsmanagements
Quelle: Eigendarstellung in Anlehnung an Bruhn 2004, S. 192

Im Mittelpunkt der Qualitätsplanung steht die Ermittlung der Kunden- und Anbietererwartungen an die Dienstleistungsqualität und die Formulierung konkreter Qualitätsziele, um die geforderten Dienstleistungsprodukte entwickeln und anbieten zu können. Zu diesem Zweck sind regelmäßig stattfindende Kundenbefragungen notwendig. Der zweite Schritt des Regelkreises definiert sämtliche Tätigkeiten, die für die Realisierung der

Kunden- und Unternehmensanforderungen an die Qualität der Dienstleistung erforderlich sind. Im dritten Schritt wird die Erfüllung der Qualitätsforderungen, d. h. der Grad der erreichten Qualitätsziele überprüft. Die Qualitäts-Managementdarlegung dokumentiert alle geplanten und verwirklichten Tätigkeiten innerhalb des Qualitätsmanagementsystems, z. B. durch Qualitätsmanagementhandbücher (vgl. Bruhn 2004, S. 191 f.).

3. EFQM-Modell für Excellence

Zur Förderung und Anerkennung der Qualitätsbemühungen sind in Japan, USA und in den letzten Jahren auch in Europa Qualitätsauszeichnungen (Quality Awards) geschaffen worden. Diese Auszeichnungen, die mit erheblichem Prestige für das ausgezeichnete Unternehmen verbunden sind, stellen eine Anerkennung für hervorragende Leistungen bei der Umsetzung umfassender Qualitätskonzepte dar. In Japan wird der Deming-Prize, in den USA der Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) und in Europa der European Quality Award (EQA) verliehen. Diese Preise leisten einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung des Qualitätsbewusstseins auf allen Ebenen einer Unternehmung, zur Implementierung von Qualitätsverbesserungsprojekten sowie zur Verbreitung von Qualität als Führungskonzept und Unternehmensphilosophie.

Auf der Grundlage des amerikanischen Malcolm Baldrige National Quality Awards wurde 1988 die European Foundation for Quality Management (EFQM) von vierzehn führenden Unternehmen gegründet. Ihre Zielsetzung ist es, ein eigenes Programm zur Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit zu schaffen und dem Management europäischer Organisationen Weltklasse-Ansätze, die zu nachhaltiger Exzellenz führen, bekannt zu machen.

Im Jahr 2000 wurde das EFQM-Modell zum EFQM-Modell für Excellence weiterentwickelt. Die zentrale Fragestellung war, welche Aspekte unternehmerischer Tätigkeit für Organisationen im 21. Jahrhundert von

herausragender Bedeutung sind, um Spitzenleistungen erbringen zu können.⁹³ Grundvoraussetzung für exzellente Leistung ist uneingeschränktes Engagement und Akzeptanz des Konzeptes durch die Führungsverantwortlichen. Die Grundkonzepte des EFQM-Modells für Excellence basieren auf Ergebnisorientierung, Ausrichtung auf den Kunden, Führung und Zielkonsequenz, Management mittels Prozessen und Fakten, Mitarbeiterentwicklung und -beteiligung, kontinuierlichem Lernen, Innovation und Verbesserung, Entwicklung von Partnerschaften sowie sozialer Verantwortung (vgl. EFQM 2005b). Dieses ganzheitlich ausgerichtete Grundkonzept bezieht alle Ebenen einer Organisation in das Qualitätsmanagement ein.

Die aktuelle Struktur des EFQM-Modells für Excellence wird in der folgenden Abbildung dargestellt.

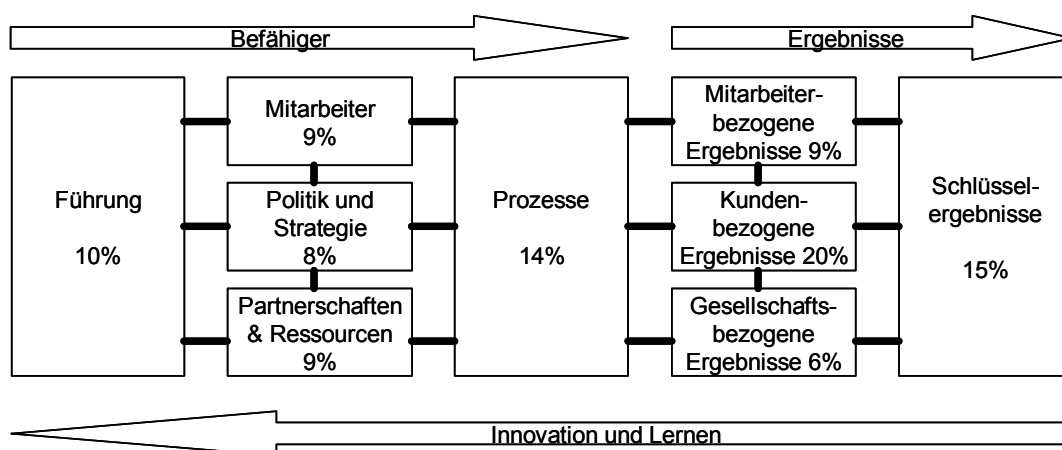


Abb. D-5: EFQM-Modell für Excellence
Quelle: EFQM 2005a, S. 12

Das Modell basiert auf den Qualitäts-Dimensionen von DONABEDIAN, der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterscheidet. Die Grundbestandteile ‚Führung‘, ‚Prozesse‘ und ‚Schlüsselleistungen‘ stellen die Hauptsäulen des Modells dar. Grundsätzlich geht das Modell von der Annahme aus, dass exzellente Unternehmensergebnisse durch definierte Geschäftsprozesse erreicht werden, die auf Mitarbeiterorientierung,

⁹³ Bis Januar 2003 sind ca. 800 Organisationen aus unterschiedlichen europäischen Ländern und verschiedenen Tätigkeitsbereichen Mitglied geworden (vgl. EFQM 2005a).

Ressourcenmanagement und Führung des Unternehmens auf der Grundlage der festgelegten Politik und Strategie basieren. Die Dynamik des Systems wird durch die Pfeile verdeutlicht. Innovation und Lernen unterstützt und verbessert die Qualifikation der Befähiger und führt so zu besseren Ergebnissen.

Das EFQM-Modell für Excellence ist in neun Kriterien gegliedert und durch eine klare Trennung in die beiden Hauptabschnitte Befähiger-Kriterien und Ergebnis-Kriterien gekennzeichnet. Diese neun Kriterien werden allgemein beschrieben und in 32 Unterkriterien differenziert.

Mit den Befähiger-Kriterien, den Potenzialfaktoren, drückt die Organisation die Vorgehensweise und den Mitteleinsatz aus, der zur definierten Zielerreichung notwendig ist. Weiterhin wird der Grad der Umsetzung und die Bewertung und Überprüfung der Vorgehensweisen abgebildet. Zu den Befähiger-Kriterien gehören die Aspekte Prozesse, Mitarbeiter, Partnerschaften und Ressourcen sowie Politik und Strategie. Die Zukunftsfähigkeit einer Unternehmung hängt von diesen Befähiger-Kriterien ab.

Die Ergebnis-Kriterien dokumentieren die Zielerreichung der durchgeführten Maßnahmen, d. h. die Ergebnisse, die auf der Grundlage der Leistungen der Befähiger erreicht wurden, und leiten auf dieser Basis Trends für zukünftige Ergebnisse ab. Zu diesen Kriterien zählen die Kundenergebnisse, die Mitarbeiterergebnisse, die Ergebnisse der Gesellschaft und die Ergebnisse der Schlüsselleistungen.

PAEGER/MÖLLER haben das EFQM-Modell für Excellence klinikspezifisch modifiziert (vgl. Paeger/Möller 1997, S. 243). SCHEU hat einen krankenhausspezifischen Fragenkatalog, der auf den EFQM-Kriterien basiert, entwickelt, und der im Wesentlichen auf Alten- und Pflegeeinrichtungen übertragen werden kann (vgl. Scheu 2002b, S. 38 ff.). Die SAMARITER-STIFTUNG, eine Einrichtung der Altenpflege, hat das EFQM-Modell für Excellence umgesetzt und sich 1999 als erste Alten- und Pflegeeinrichtung um den Ludwig-Erhard-Preis beworben, die Auszeichnung jedoch nicht erlangt (vgl. Samariter-Stiftung 1999).

Das Kriterium ‚Führung‘ hat besondere Bedeutung für die Erreichung exzellenter Qualität. Die Führungskräfte entwickeln die Vision, Mission, die Werte und Grundsätze als Vorbild für eine Kultur der Exzellenz. Sie unterstützen Verbesserungsprozesse und arbeiten mit Kunden und Partnern zusammen.

Es ist ein Nachweis zu erbringen wie ‚Politik und Strategie‘ durch die Vision, Mission und die Werte erarbeitet und regelmäßig aktualisiert wird (vgl. Kapitel J). Umfassende und relevante Informationen werden zu Grunde gelegt, z. B. Informationen aus Leistungsmessungen. Politik und Strategie werden durch das Leitbild, die Auflage einer Heimbroschüre oder einer Heimzeitung kommuniziert.

Das Kriterium ‚Mitarbeiter‘ bewertet explizit die Mitarbeiterzufriedenheit, die Mitarbeiterressourcen- und Fortbildungsplanung, die Mitarbeiter-Kommunikation und Mitarbeiterfeedbackgespräche.

Mit dem Kriterium ‚Partnerschaften und Ressourcen‘ wird der Umgang mit finanziellen (Finanzmanagement), materiellen (Gebäude und Ausstattung) und immateriellen (Informationen, Wissen) Ressourcen der Einrichtung dargestellt.

Das Kriterium ‚Prozesse‘ erwartet die Identifikation aller wertschöpfenden und für den Geschäftserfolg notwendigen Prozesse, deren Überprüfung und ständige Weiterentwicklung durch Kreativität und Innovation.

Das Kriterium ‚Kundenbezogene Ergebnisse‘ konzentriert sich auf die Beurteilung der Produkte und Dienstleistungen aus Kundensicht. Zu den Kunden einer Alten- und Pflegeeinrichtung gehören Bewohner, Angehörige und externe Kunden wie z. B. Arztpraxen, Kostenträger etc. Zu diesem Zweck sind Messgrößen für die Beurteilung der Zufriedenheit zu definieren. Die Bewohner- und Angehörigenzufriedenheit kann durch Befragungen ermittelt werden.

Das Kriterium ‚Mitarbeiterbezogene Ergebnisse‘ gibt Auskunft über die Beurteilung der Organisation aus Mitarbeitersicht. Auf der Grundlage einer Mitarbeiterbefragung lassen sich nach definierten Messgrößen Aussagen

über die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, Prozessabläufen, Fortbildungen, Führungsverhalten etc. treffen.

Die Außenwirkung und das Image der Organisation ist im Kriterium ‚Gesellschaftsbezogene Ergebnisse‘ von Bedeutung. Beurteilungspunkte einer Alten- und Pflegeeinrichtung können das Verhältnis zu Behörden, die Wichtigkeit der Einrichtung als Arbeitgeber und Ausbildungsstätte, Angaben über ressourcenschonendes Arbeitsverhalten und wohlütiges Engagement sein.

Mit den ‚Schlüsselergebnissen‘ werden schließlich finanzwirtschaftliche Aspekte wie Gewinn- und Verlustrechnung, Bilanz und Daten des monatlichen Controllings bewertet. Daneben sind nicht-finanzielle Qualitätsaspekte von besonderer Bedeutung, wie z. B. die pflegerische Versorgungsqualität und das psycho-soziale Wohlbefinden der Bewohner.

Darüber hinaus erfolgt im EFQM-Modell eine Differenzierung durch relative Gewichtung der Einzelkriterien, die Aussagen über die Bedeutung der Kriterien für das Gesamtergebnis der Exzellenz treffen. Im Rahmen der Selbstbewertung wird jedes Kriterium mit Punkten bewertet. Die Höhe der erreichten Punktzahl trifft Aussagen über den Grad der erfüllten Anforderungen. Im Gesamtmodell sind die Befähiger- und die Ergebniskriterien gleich gewichtet und ergeben in der Summe 100 % bzw. 1.000 Punkte.⁹⁴ Die Bewertungsmethodik des EFQM-Modells für Excellence wird als „RADAR“ bezeichnet und steht für:

R	für Results	-	Ergebnis
A	für Approach	-	Vorgehen
D	für Deployment	-	Umsetzung
A	für Assessment	-	Bewertung
R	für Review	-	Überprüfung.

⁹⁴ Die Gewichtung der neun Kriterien stellt das Ergebnis eines Diskussionsprozesses der an der Entwicklung beteiligten Organisationen dar, kann jedoch nicht im Sinne einer wissenschaftlich fundierten Gewichtung verstanden werden. Im Rahmen von Selbstbewertungen können die Gewichtungen verändert werden. Unter dem Aspekt der Vergleichbarkeit mit anderen Organisationen ist die Veränderung nicht zu empfehlen (vgl. Bäuerle/Schubert 2003, S. 270).

Die Elemente Vorgehen, Umsetzung, Bewertung und Überprüfung bewerten die Befähiger-Kriterien, das Ergebnis-Element steht für die Bewertung der Ergebnis-Kriterien.

Die EFQM empfiehlt zur Verbesserung der Leistung die Einführung eines Selbstbewertungsprozesses, der eine systematische umfassende und regelmäßige Überprüfung aller Tätigkeiten und Ergebnisse der Organisation darstellt. Auf der Grundlage der Ergebnisse des Selbstbewertungsprozesses werden Strategien zur Verbesserung geplant, die Umsetzung durch regelmäßige Bewertung überprüft und ergriffene Maßnahmen ggf. angepasst.

Die EFQM hat im Jahr 2002 als Einstieg und Anreiz für kontinuierliche Verbesserungen das Europäische Anerkennungsprogramm der EFQM „Levels of Excellence“ vorgestellt. Die Levels of Excellence, die den unterschiedlichen Erfahrungen von Gesundheitseinrichtungen im Qualitätsmanagement Rechnung tragen, basieren auf einer dreistufigen Bewertungshierarchie. In der ersten Stufe, der ‚Verpflichtung zur Excellence‘ wird eine Selbstbewertung mit anschließenden drei geplanten und durchgeführten Verbesserungsmaßnahmen, die einem Gutachter vorgelegt werden müssen, vorausgesetzt. Die zweite Stufe ‚Anerkennung für das Erreichen von Excellence‘ zeichnet Organisationen aus, die in der EFQM-Bewertung mindestens 400 Punkte erreicht haben, aber noch nicht den Reifegrad für die Bewerbung um den Europäischen Qualitätspreis vorweisen. Zielgruppe der dritten Stufe sind Einrichtungen, die ein Qualitätsniveau der internationalen Spitzenklasse erreicht haben und sich um den Europäischen Qualitätspreis bewerben können. Jedes Unternehmen kann bei der Stufe einsteigen, die seiner Meinung nach der eigenen Leistung entspricht (vgl. EFQM 2005a, Möller/Heinzl 2002, S. 194 f.).

Kapitel E

Gesetzliche Rahmenbedingungen und Eckpunkte der stationären Altenpflege

Das nachfolgende Kapitel trifft im ersten Abschnitt Aussagen zur demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und stellt Eckpunkte der stationären Altenhilfe dar. Der zweite Abschnitt stellt die relevanten gesetzlichen Rahmenbedingungen der stationären Altenpflege, insbesondere das Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung – und die Regelungen des Heimgesetzes dar. Im dritten Abschnitt werden die gesetzlichen Vorgaben zum Abschluss von Verträgen mit Dritten vorgestellt. Die Finanzierung einer Alten- und Pflegeeinrichtung sowie Vorgaben in Bezug auf die wirtschaftliche Betriebsführung sind Gegenstand des vierten Abschnitts. Der abschließende fünfte Abschnitt gibt einen Überblick über die gesetzlichen Anforderungen in Bezug auf die pflegerische und soziale Betreuung sowie die hauswirtschaftliche Versorgung der Bewohner einer stationären Alten- und Pflegeeinrichtung. Darüber hinaus werden die Anforderungen an die Qualifikation des Personals und an die Qualitätsentwicklung und -sicherung in der stationären Altenhilfe dargestellt.

I. Demografie und Eckpunkte der stationären Altenhilfe

Das STATISTISCHE BUNDESAMT veröffentlicht jährlich Daten zur Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nach Altersgruppen. Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung seit dem Jahr 1950 in 10-Jahres-Schritten. Es wird deutlich, dass der Anteil der 60-bis 80-jährigen seit 1950 bis 2004 von 13,6 % im Jahr 1950 auf 20,6 % im Jahr 2004 deutlich zugenommen hat. Diese Steigerung setzt sich auch bei den über 80-jährigen fort, hier ist im gleichen Zeitraum der Anteil von 1,0 % auf 4,3 % angestiegen. Derzeit sind 0,5 % der Bevölkerung unter 60 Jahren pflegebedürftig, von den 60- bis 80-jährigen ca. 4 % und von den über 80-Jährigen ca. 32 %. Aus

diesem Grund wird der starke Anstieg der Zahl älterer Menschen auch zu einer deutlichen Zunahme der Zahl der pflegebedürftigen Menschen führen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004, S. 107).

	Personen- Anzahl insgesamt	Im Alter von ... bis unter ...Jahren (%)				
		unter 20	20 - 40	40 - 60	60 - 80	80 und mehr
2004	82.500.849	20,3	26,5	28,3	20,6	4,3
2000	82.259.540	21,1	28,6	26,7	19,8	3,8
1990	79.753.227	21,7	31,6	26,3	16,6	3,8
1980	78.397.483	26,8	28,0	25,9	16,7	2,7
1970	78.069.482	30,0	27,6	22,4	18,0	2,0
1960	73.146.809	28,4	28,5	25,7	15,8	1,6
1950	69.346.297	30,4	26,4	28,6	13,6	1,0

Abb. E-1: Lange Reihen – Bevölkerung nach Altersgruppen – Deutschland
Quelle: Statistisches Bundesamt 2005 c

2003 hat das STATISTISCHE BUNDESAMT die zehnte koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2050 auf Bundesebene auf der Basis des Bevölkerungsstandes zum 31.12.2001 veröffentlicht (vgl. Statistisches Bundesamt 2003b). Ziel dieser Vorausberechnung ist es, die Veränderungen in der Größe und im Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands unter realistischen Annahmen in Bezug auf:

- Geburtenhäufigkeit
- Lebenserwartung
- Außenwanderungen.

abzuschätzen.

Für die Bevölkerungsvorausberechnung wurden drei Varianten berechnet, die sich hinsichtlich der Annahme der Erhöhung der Lebenserwartung unterscheiden. Alle anderen Annahmen sind für die drei Varianten identisch.

Die Berechnung für die mittlere Variante L2 geht von folgenden Annahmen aus:

- Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern pro Frau.
- Erhöhung der Lebenserwartung neugeborener Jungen im Jahr 2050 auf 81,1 Jahre.⁹⁵
- Erhöhung der Lebenserwartung neugeborener Mädchen auf 86,6 Jahre.⁹⁶
- Positiver Außenwanderungssaldo von im Jahresdurchschnitt knapp 200.000 Menschen.

(vgl. Statistisches Bundesamt 2003b, S. 10 f., S. 15, S. 22).

Die zehnte koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung kommt in der Zusammenfassung zu folgenden Ergebnissen:

- Abnahme der Anzahl potenzieller Mütter und bedingt dadurch auch weniger Kinder
- Zunahme der Sterbefälle in den kommenden 50 Jahren durch das Hineinwachsen der geburtenstarken Jahrgänge in hohe Altersgruppen
- Schrumpfung der Bevölkerungszahl, da die Sterbefälle die Geburten übersteigen
- Anteil der jungen Menschen unter 20 Jahren geht von einem Fünftel im Jahr 2001 auf ein Sechstel im Jahr 2050 zurück bei gleichzeitiger Zunahme der über 60-jährigen von einem Viertel im Jahr 2001 auf ein Drittel im Jahr 2050

⁹⁵ Die Annahme L 1 geht von einer Erhöhung der Lebenserwartung neugeborener Jungen im Jahr 2050 auf 78,9 Jahre aus und die Annahme L 3 von 82,6 Jahren (vgl. Statistisches Bundesamt 2003b, S. 15).

⁹⁶ Die Annahme L 1 geht von einer Erhöhung der Lebenserwartung neugeborener Mädchen im Jahr 2050 auf 85,7 Jahre aus und die Annahme L 3 von 88,1 Jahren (vgl. Statistisches Bundesamt 2003b, S. 15).

- Der Altenquotient wird sich verändern.⁹⁷ Im Jahr 2050 werden 71 Menschen im Alter von über 60 Jahren 100 Menschen im Alter von 20-59 Jahren gegenüberstehen. 2001 stehen 44 Menschen im Alter von über 60 Jahren 100 Menschen im Alter von 20-59 Jahren gegenüber. Bei einer Erhöhung des Renteneinstiegsalters von 60 auf 65 Jahre würde der Altenquotient im Jahr 2050 je nach Berechnungsvariante zwischen 49 und 62 betragen. Auch die Zuwanderung könnte zu einer langsameren Alterung beitragen.
- Die Veränderungen in der Altersstruktur bewirken ebenfalls eine Erhöhung des Durchschnittsalters der Bevölkerung im Erwerbsalter. Die Altersgruppe der 35- bis 49-jährigen wird bis 2050 um 31 % abnehmen. Der Gruppe der 20 bis -35-jährigen werden ca. 24 % weniger angehören. Die Altersgruppe der 50 bis -64-jährigen wird dagegen nur um ca. 3 % abnehmen.

(vgl. Statistisches Bundesamt 2003b, S. 5 ff.).

Die heutige Bevölkerungsstruktur entspricht nicht mehr den idealen Vorstellungen einer klassischen Bevölkerungspyramide, bei der die stärksten Jahrgänge die Kinder stellen und die Besetzungszahlen der späteren Jahrgänge sich allmählich verringern. Einen Altersaufbau in Form einer Pyramide hatte z. B. das Deutsche Reich von 1910.

Die beiden Weltkriege und die Weltwirtschaftskrise Anfang der 30er Jahre haben deutliche Kerben in der Pyramide hinterlassen, wie in der Abbildung für das Jahr 1950 dargestellt (vgl. Statistisches Bundesamt 2003b, S. 28).

Die folgende Abbildung zeigt den Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland.

⁹⁷ Der Altenquotient „... bildet das Verhältnis der Personen im Rentenalter (i. d. R. im Alter von 60-65 Jahren und älter) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (i. d. R. von 20-59 bzw. 64 Jahren)ab.“ (Statistisches Bundesamt 2003b, S. 51).

Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland

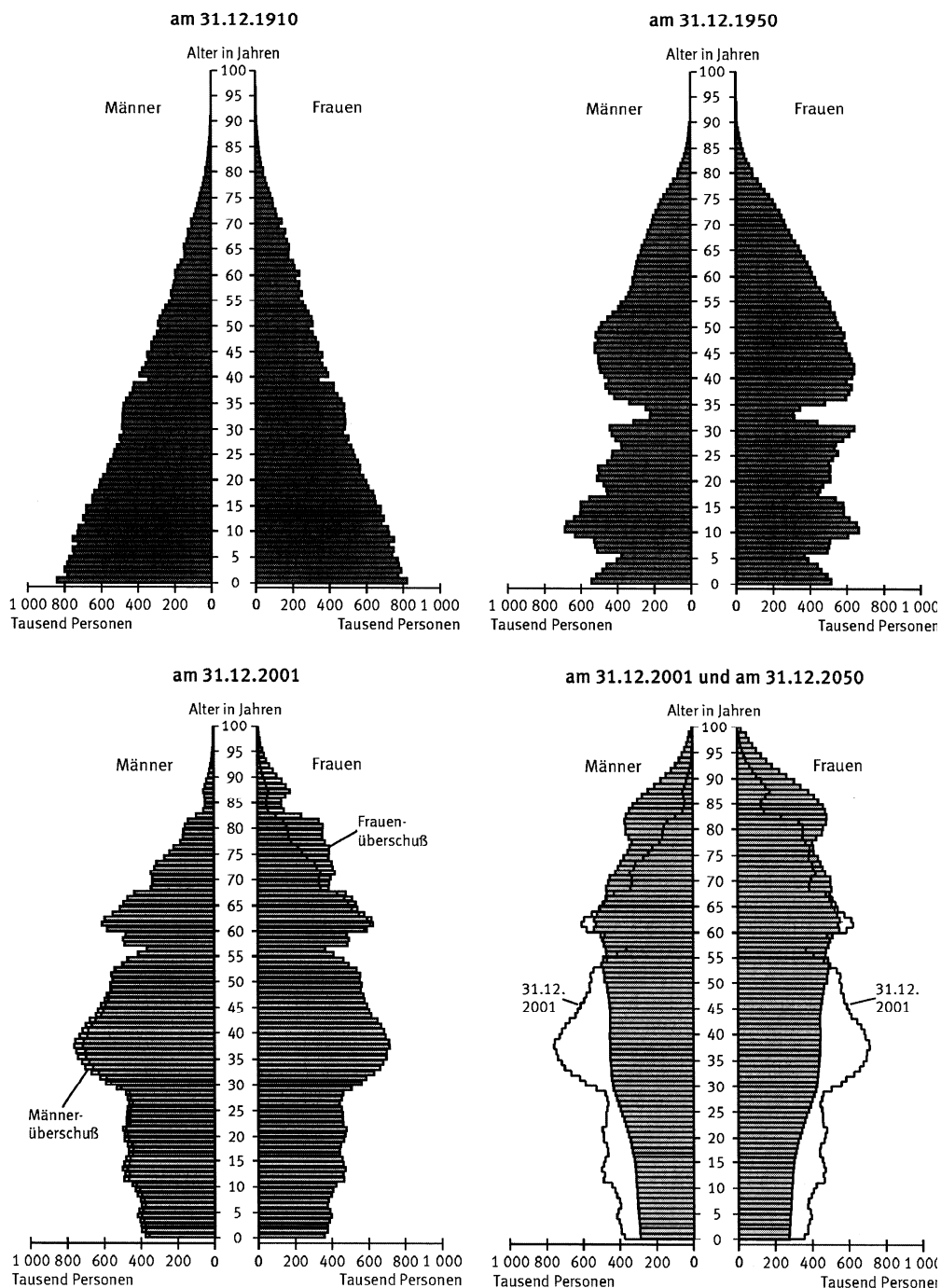


Abb. E-2: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland
 Quelle: Statistisches Bundesamt 2003b, S. 30

Nach der mittleren Variante wird die Zahl der im Jahr 2050 geborenen Kinder etwa halb so groß sein wie die der 60-Jährigen. Die absolute Zahl der unter 20-jährigen sinkt von aktuell 17 Mio. auf 12 Mio. im Jahr 2050 (vgl. Statistisches Bundesamt 2003b, S. 29).

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Daten des STATISTISCHEN BUNDESAMTES ‚Pflegestatistik 2003 – Deutschlandergebnisse‘ sowie auf den 4. Bericht ‚Pflegestatistik 2003 – Ländervergleich: Pflegeheime‘ (vgl. Statistisches Bundesamt 2005a und 2005b). Die Statistiken werden alle zwei Jahre vom STATISTISCHEN BUNDESAMT aktualisiert. Die erste Erhebung fand im Dezember 1999 statt. Die dargestellten Ausführungen beziehen sich nur auf die für diese Arbeit relevanten Angaben der stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen. Der prozentuale Anteil der in Heimen versorgten Pflegebedürftigen beträgt gemessen an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland von 82.531.671 Mio. Einwohnern 0,78 %. 16 % aller Alten- und Pflegeeinrichtungen bieten 61-80 Pflegeplätze an und stellen damit prozentual die häufigste Größenklasse dar (vgl. Statistisches Bundesamt 2005a, S. 17).

Im Folgenden beziehen sich die Aussagen und Abbildungen jeweils auf die Angaben für das gesamte Bundesgebiet. Darüber hinaus wird aus dem Ländervergleich exemplarisch das Bundesland Niedersachsen dargestellt, da sich die Alten- und Pflegeeinrichtungen der empirischen Untersuchung dieser Arbeit in Niedersachsen befinden. Im Dezember 2003 gab es bundesweit 9.743 zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Von 9.743 Pflegeheimen bieten 8.775 Pflegeheime reine vollstationärere Dauerpflege an. Den weiteren 986 Pflegeheimen sind Leistungen wie z. B. ‚Betreutes Wohnen‘, ‚Altenwohnheim‘, ‚Ambulante Dienste‘ oder andere Sozialleistungen angegliedert (vgl. Statistisches Bundesamt 2005a, S. 16). Mit 55,48 % befindet sich der größte Anteil der stationären Alten- und Pflegeheime in freigemeinnütziger Trägerschaft. In Niedersachsen liegt der Anteil der in privater Trägerschaft befindlichen Alten- und Pflegeeinrichtungen mit 56,74 % um 19,69 % deutlich über dem bundesdeutschen Durchschnitt. Dagegen befinden sich nur 39,27 % aller Alten- und Pflegeeinrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft und liegen damit 16,21 % unter dem bundesdeutschen Durchschnitt.

Trägerschaft	BRD		Davon: Niedersachsen	
	absolut	%	absolut	%
Private Trägerschaft	3.610	37,05	711	56,74
Freigemeinnützige Trägerschaft	5.405	55,48	492	39,27
Öffentliche Träger	728	7,47	50	3,99
Gesamt	9.743	100,00	1.253	100,00

Abb. E-3: Trägerschaft der Alten- und Pflegeeinrichtungen
Quelle: vgl. Statistisches Bundesamt 2005a, S. 16, vgl. Statistisches Bundesamt 2005b, S. 7

Insgesamt werden in der Bundesrepublik 640.289 Pflegebedürftige in den nachstehend dargestellten Pflegestufen versorgt. Die Pflegestufenverteilung in Niedersachsen entspricht dem Bundesdurchschnitt.

Pflegestufenzuordnung	BRD		Davon: Niedersachsen	
	absolut	%	absolut	%
Pflegestufe I	216.307	33,78	24.148	34,04
Pflegestufe II	282.699	44,15	29.089	41,01
Pflegestufe III	133.629	20,87	16.556	23,34
Bisher ohne Zuordnung	7.654	1,20	1.144	1,61
Gesamt	640.289	100,00	70.937	100,00

Abb. E-4: Pflegestufenverteilung in der stationären Altenhilfe
Quelle: vgl. Statistisches Bundesamt 2005a, S. 9, vgl. Statistisches Bundesamt 2005b, S. 9

In den vollstationären Pflegeeinrichtungen sind 510.857 Beschäftigte aus den unterschiedlichen Berufsgruppen für die Pflege und Versorgung der Bewohner tätig. Die größte Berufsgruppe stellt die Pflege und Betreuung mit 67,58 %, gefolgt von der Hauswirtschaft mit 19,30 %. Die soziale Betreuung wird von nur 3,49 % der Beschäftigten wahrgenommen. In Niedersachsen entspricht die Verteilung der Berufsgruppen dem Bundesdurchschnitt.

Tätigkeitsbereiche	BRD		Davon: Niedersachsen	
	absolut	%	absolut	%
Pflege und Betreuung	345.255	67,58	37.656	65,70
Soziale Betreuung	17.833	3,49	1.821	3,18
Hauswirtschaft	98.627	19,30	12.372	21,58
Haustechnik	13.929	2,73	1.679	2,93
Verwaltung/Geschäftsführung	28.021	5,49	3.243	5,66
Sonstige Bereiche	7.192	1,41	545	0,95
Gesamt	510.857	100,00	57.316	100,00

Abb. E-5: Personal in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen nach Tätigkeitsbereichen
Quelle: vgl. Statistisches Bundesamt 2005a, S. 20, vgl. Statistisches Bundesamt 2005b, S. 13

42,4 % aller Beschäftigten sind vollzeitbeschäftigt und 27,5 % teilzeitbeschäftigt, wobei die wöchentliche Arbeitszeit dieser Teilzeitbeschäftigten mehr als 50 % einer vollen Stelle beträgt. Darüber hinaus werden 13,9 % Teilzeitbeschäftigte, die weniger als 50 % einer vollen Stelle, jedoch mehr als ‚geringfügig beschäftigt‘ arbeiten, beschäftigt. In Niedersachsen entspricht diese Verteilung dem Bundesdurchschnitt.

Beschäftigungsverhältnis	BRD		Davon: Niedersachsen	
	absolut	%	absolut	%
Vollzeitbeschäftigt	216.510	42,4	24.431	42,6
Teilzeitbeschäftigt >50 %	140.488	27,5	14.558	25,4
Teilzeitbeschäftigt <50 % und >geringfügig beschäftigt	71.066	13,9	7.739	13,5
geringfügig beschäftigt	49.179	9,6	6.697	11,7
Praktikanten, Schüler, Auszubildende	22.031	4,3	3.080	5,4
Helfer im freiwilligen sozialen Jahr	3.373	0,7	140	0,2
Zivildienstleistende	8.210	1,6	671	1,2
Gesamt	510.857	100,00	57.316	100,00

Abb. E-6: Darstellung der Beschäftigungsverhältnisse in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen
Quelle: vgl. Statistisches Bundesamt 2005a, S. 20, vgl. Statistisches Bundesamt 2005b, S. 11 f.

II. Gesetzliche Rahmenbedingungen im Überblick

Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wurde am 1.01.1995 die ‚Soziale Pflegeversicherung‘ als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung gegründet (vgl. SGB XI). Grundsätzlich gilt, wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, gehört auch der sozialen Pflegeversicherung an. Privat Krankenversicherte sind verpflichtet, eine private Pflegeversicherung abzuschließen. Die Versicherten erwerben durch ihre Beitragszahlung einen Rechtsanspruch auf Hilfe aus der Pflegeversicherung, die einkommens- und vermögensunabhängig gewährt wird. Die Pflegeversicherung übernimmt dennoch nicht alle entstehenden Kosten im Rahmen der Pflegebedürftigkeit. Verfügen die Pflegebedürftigen oder die unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht über ausreichende Eigenmittel, können zur individuellen Bedarfsdeckung ergänzende Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Seit Einführung

der Pflegeversicherung ist die pflegebedingte Inanspruchnahme der Sozialhilfe deutlich rückläufig. Die Akzeptanz der Pflegeversicherung in der Bevölkerung ist sehr groß, Pflegebedürftige sowie Angehörige bewerten die durch die Pflegeversicherung eingetretenen Veränderungen überwiegend positiv (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004, S.10 f.).

Der Gesetzgeber verfolgte mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes zwei zentrale Ziele: Sicherung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen in der Pflege. Die gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung wurde gemäß § 80 SGB XI in Form der ‚Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung‘ verankert.

Das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege ‚Pflege-Qualitätssicherungsgesetz‘ – PQsG ist am 1. Januar 2002 in Kraft getreten (vgl. SGB XI). Ziele des PQsG sind:

- Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität
- Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtung und der Verbraucherrechte
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der Heimaufsicht.

Das Vertragsinstrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) ist mit Wirkung vom 1. Januar 2002 in das SGB XI § 80 a aufgenommen worden. Die LQV ist als Bindeglied zwischen dem Versorgungsvertrag und der Pflegesatzvereinbarung konzipiert.

Das Regelungssystem des Pflegeversicherungsgesetzes ist in zwölf Kapitel unterteilt und wird in der folgenden Tabelle skizziert.

Kapitel	Bezeichnung
Erstes Kapitel §§ 1 – 13 SGB XI	Allgemeine Vorschriften
Zweites Kapitel §§ 14 – 19 SGB XI	Leistungsberechtigter Personenkreis
Drittes Kapitel §§ 20 – 27 SGB XI	Versicherungspflichtiger Personenkreis
Viertes Kapitel §§ 28 – 45c SGB XI	Leistungen der Pflegeversicherung
Fünftes Kapitel §§ 46 – 53a SGB XI	Organisation
Sechstes Kapitel §§ 54 – 68 SGB XI	Finanzierung
Siebtens Kapitel §§ 69 – 81 SGB XI	Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern
Achtes Kapitel §§ 82 – 92a SGB XI	Pflegevergütung
Neuntes Kapitel §§ 93 – 109 SGB XI	Datenschutz und Statistik
Zehntes Kapitel §§ 110 – 111 SGB XI	Private Pflegeversicherung
Elftes Kapitel §§ 112 – 120 SGB XI	Qualitätssicherung, sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen
Zwölftes Kapitel §§ 121 – 122 SGB XI	Bußgeldvorschrift

Abb. E-7: Inhalte des Sozialgesetzbuches Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung
Quelle: SGB XI

Das SGB XI wird ergänzt durch die Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Pflegeeinrichtungen (Pflege-Buchführungsverordnung) und durch die Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung). Darüber hinaus sind dem SGB XI die Bestimmungen der Träger der Pflegeversicherung angefügt:

- Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PflRi)
- Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien – HRi)

- Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Begutachtungsrichtlinien – BRi)
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI (im Folgenden ‚Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen‘ genannt).

Die im Rahmen dieser Arbeit relevanten gesetzlichen Bestimmungen des SGB XI und des Heimgesetzes werden im Folgenden dargestellt.

Das Heimgesetz (HeimG) dient der Verbesserung der Rechte der Heimbewohner, dem Schutz, der Würde sowie der Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Mitwirkung der Bewohner. Gleichzeitig regelt es die Rechte und Pflichten der zuständigen Behörden, Träger und Verbände, der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der Träger der Sozialhilfe. Das HeimG verlangt explizit, dass die Leistungserbringung nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse erfolgt (vgl. § 3 HeimG). Die Anforderungen an den Betrieb eines Heimes werden in § 11 HeimG festgelegt, dazu gehören auch der Umgang mit Arzneimitteln, die Einhaltung von Hygienevorschriften und die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems. Alle erforderlichen Aufzeichnungs- und Aufbewahrungsvorschriften sind Gegenstand des § 13 HeimG. Die Überwachungsvorschriften sehen wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen durch die zuständigen Behörden und gleichzeitig Beratungsfunktionen vor (vgl. §§ 15 und 16 HeimG). Die Heimaufsicht ist berechtigt, Anordnungen bzgl. festgestellter Mängel, Beschäftigungsverbote gegenüber Mitarbeitern, die Einsetzung einer kommissarischen Heimleitung und die Untersagung zum Betrieb eines Heimes auszusprechen (vgl. §§ 17 ff. HeimG). Das HeimG und die zu ihm erlassenen Verordnungen treffen Aussagen über Mindeststandards. Die Heimindestbauverordnung (HeimMindBauV) legt die Mindestwohnfläche für einen Bewohner mit 12 m² und für zwei Bewohner mit 18 m² fest (vgl. § 23 HeimMindBauV). Die Heimpersonalverordnung (HeimPersV) fordert in § 5

eine personelle Mindestausstattung und Fachkraftquote für betreuende Tätigkeiten von 50 %. Die Heimmitwirkungsverordnung (HeimwV) trifft Regelungen über die Mitwirkung der Heimbewohner in den Angelegenheiten des Heimbetriebes. Dazu wird ein Heimbeirat oder Heimförsprecher gewöhlt; dessen Aufgaben und Mitwirkungen bei Entscheidungen sind Gegenstand der §§ 29 f. HeimwV.

III. Gesetzliche Vorgaben zum Abschluss von Verträgen mit Dritten

Stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige voll- oder teilstationär untergebracht und gepflegt werden können.⁹⁸ Die Zulassung zur Pflege erfordert den Abschluss eines Versorgungsvertrages. Der Versorgungsvertrag regelt Art, Umfang und Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen entsprechend § 4 Abs. 2 SGB XI. Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen und dem überörtlichen oder nach Landesrecht dem örtlichen Träger der Sozialhilfe geschlossen. Der Abschluss eines Versorgungsvertrages unterliegt nach § 72 Abs. 3 Nr. 1-3 SGB XI folgenden Bedingungen:

- Pflegeeinrichtungen müssen den Anforderungen des § 71 SGB XI genügen.
- Pflegeeinrichtungen müssen eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung gewährleisten.
- Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe des § 80 SGB XI ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuföhren und weiterzuentwickeln.

⁹⁸ Die Voraussetzungen zur Anerkennung als Pflegefachkraft werden in § 71 Abs. 3 SGB XI definiert.

Mit Abschluss des Versorgungsvertrages gilt die Pflegeeinrichtung als zugelassene Pflegeeinrichtung, die der pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet ist. Die Pflegekassen haben im Gegenzug die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des achten Kapitels SGB XI zu vergüten (vgl. § 72 Abs. 4 SGB XI). Der Versorgungsvertrag ist schriftlich abzuschließen (vgl. § 73 Abs. 1 SGB XI). Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1995 Pflegeleistungen auf Grund von Vereinbarungen mit dem Sozialleistungsträger erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen (Bestandschutz), soweit die Anforderungen gemäß § 72 Abs. 3 SGB XI erfüllt sind. Die Kündigung von Versorgungsverträgen regelt § 74 SGB XI.

Die Grundlagen der Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung sind in § 75 SGB XI geregelt (vgl. Gemeinsame Empfehlungen gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege vom 25. November 1996). Hiernach schließen die Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. mit den Trägern der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen einheitliche Rahmenverträge ab (vgl. § 75 Abs. 1 SGB XI). Für Pflegeeinrichtungen, die der Kirche oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger angehören, können die Rahmenverträge direkt mit der Kirche oder dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden. Die Rahmenverträge dienen dem Ziel, eine pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, die sowohl den qualitativen Anforderungen gerecht wird als auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten gut geführt wird. § 75 Abs. 2 Nr. 1-8 SGB XI trifft Aussagen zu den Inhalten der Rahmenverträge, wie z. B.:

- Inhalt der Pflegeleistungen und Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen
- Kostenübernahme, Abrechnung und Regelungen der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen

- Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsvertrag orientierte personelle Ausstattung
- Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege
- Zugang des Medizinischen Dienstes zu Pflegeeinrichtungen
- Verfahrens- und Prüfgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung wird in § 75 Abs. 3 SGB XI spezifiziert. Danach sind landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs (vgl. § 75 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI) oder zur Bemessung der Pflegezeiten landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren (vgl. § 75 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI). Die Personalrichtwerte können als Bandbreiten vereinbart werden und geben Auskunft über das Verhältnis der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte unterteilt nach Pflegestufen. Zusätzlich ist der Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal anzugeben.

Neben den vertraglichen Vereinbarungen mit den Kostenträgern muss der Träger einer Alten- und Pflegeeinrichtung mit dem künftigen Bewohner einen Heimvertrag abschließen (vgl. § 5 HeimG). Der Heimvertrag regelt die Rechte und Pflichten des Trägers sowie der Bewohner und führt explizit die Leistungen des Trägers (Art, Inhalt und Umfang der Unterkunft, Verpflegung und Betreuung) sowie das vom Bewohner zu entrichtende Heimentgelt (unterteilt nach Unterkunft, Verpflegung und Betreuung) auf (vgl. § 5 Abs. 3 HeimG). Alle weiteren Leistungen sind gesondert zu beschreiben und die Entgeltbestandteile gesondert anzugeben. Aus dem Heimvertrag und der darin enthaltenen Leistungsbeschreibung muss insbesondere die Ausstattung der Einrichtung hervorgehen. Gleichzeitig müssen in allen Heimverträgen mit Personen, die Leistungen gemäß §§ 41, 42 und 43 SGB XI⁹⁹ erhalten, die Regelungen des siebten (Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern) und achten Kapitels (Pflegevergütung) des SGB XI berücksichtigt und die gesondert berechenbaren Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI separat ausgewiesen werden.

⁹⁹ § 41 SGB XI Tagespflege und Nachtpflege; § 42 SGB XI Kurzzeitpflege; § 43 SGB XI Inhalt der Leistung bei vollstationärer Pflege.

IV. Gesetzliche Vorgaben zur Finanzierung und wirtschaftlichen Betriebsführung

Die gesetzlichen Vorgaben zur Finanzierung einer Pflegeeinrichtung sind im achten Kapitel des SGB XI dargestellt. Zugelassene Pflegeeinrichtungen erhalten eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen und ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (vgl. § 82 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI). Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (vgl. § 29 Abs. 1 SGB XI). Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehört neben der medizinischen Behandlungspflege, die „... zur zielgerichteten Behandlung einer Krankheit aufgrund ärztlicher Anordnung von Dritten zu erbringen ist...“, (Vogel 2005, S. 50) auch die soziale Betreuung. Das Entgelt muss angemessen und für alle Bewohner nach einheitlichen Grundsätzen bemessen werden (vgl. § 5 Abs. 7 HeimG).

Die betriebsnotwendigen Investitionskosten finden in der Pflegevergütung und dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung keine Berücksichtigung (vgl. § 82 Abs. 2 SGB XI).¹⁰⁰ Die Investitionskosten wurden bis zum 31.12.2004 auf der Grundlage einer Leistungs- und Prüfungsvereinbarung nach §§ 93 ff. Bundessozialhilfegesetz (BSHG) über Investitionsbeträge festgesetzt und der Investitionskostensatz in einer gesonderten Vergütungsvereinbarung festgelegt (vgl. §§ 93 ff. Bundessozialhilfegesetz)¹⁰¹ Am 30.12.2003 wurde das Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch XII vom 27.12.2003 im Bundesgesetzblatt Teil I S. 3022 veröffentlicht und ist

¹⁰⁰ Zu den betriebsnotwendigen Investitionskosten gehören die für den Betrieb einer Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude sowie der Erwerb und die Erschließung von Grundstücken, abschreibungsfähige Anlagegüter, Instandhaltung, Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern, Kosten für den Anlauf oder eine innerbetriebliche Umstellung einer Pflegeeinrichtung sowie die Schließung einer Pflegeeinrichtung oder die Umstellung auf andere Aufgaben (vgl. § 82 Abs. 2 Nr. 1-5 SGB XI).

¹⁰¹ Die §§ 93ff. BSHG definieren die Einrichtungen, für die sie gelten, treffen Aussagen zu dem Inhalt und zum Abschluss der Vereinbarung, regeln die außerordentliche Kündigung der Vereinbarung, legen die Partner der Rahmenverträge fest, bestimmen die Zusammensetzung der Schiedsstelle und fordern die Bildung von Arbeitsgemeinschaften (vgl. §§ 93 ff. Bundessozialhilfegesetz).

zum 1.01.2005 in Kraft getreten. Die für die Vereinbarung von Investitionskosten in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen maßgeblichen §§ 93 ff. BSHG sind Bestandteil des zehnten Kapitels des SGB XII §§ 75-81 (vgl. §§ 75 ff. Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe, vgl. Kulenkampff 2004, S. 32 ff.).¹⁰²

Entsprechend den Bemessungsgrundsätzen finanzieren die Pflegesätze die Pflegeleistungen der Alten- und Pflegeeinrichtung, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung (vgl. § 84 Abs. 1 SGB XI).¹⁰³ Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht und in drei Pflegeklassen eingeteilt sein. Der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen liegen die Pflegestufen gemäß § 15 SGB XI zugrunde. Unter der Voraussetzung der wirtschaftlichen Betriebsführung müssen die Pflegesätze einer Alten- und Pflegeeinrichtung bei gleichzeitiger Wahrung der Beitragssatzstabilität die Erfüllung des Versorgungsauftrages ermöglichen. Erwirtschaftete Überschüsse verbleiben bei der Alten- und Pflegeeinrichtung, Verluste sind von der Einrichtung zu tragen (vgl. § 84 Abs. 2 SGB XI). Die Pflegesätze sind für alle Bewohner einheitlich zu bemessen, eine Differenzierung nach Kostenträgern wird ausgeschlossen (vgl. § 84 Abs. 3 SGB XI). Darüber hinaus erhält die Alten- und Pflegeeinrichtung ein Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (vgl. § 87 SGB XI). Besondere Zusatzleistungen, die neben den

¹⁰² Die maßgeblichen §§ 75-81 SGB XII beschreiben die eingeschlossenen Einrichtungen und Dienste, die Inhalte und den Abschluss der Vereinbarungen, regeln die außerordentliche Kündigung der Vereinbarungen, bestimmen die Partner und Inhalte der Rahmenverträge, treffen Regelungen zur Schiedsstelle und zu weiteren Verordnungsermächtigungen (vgl. §§ 75ff. SGB XII).

¹⁰³ In der Zeit vom 1.01.1998 bis 31.12.2004 haben die Pflegekassen für die pflegebedingten Aufwendungen, für Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und für die soziale Betreuung pauschal folgende Beträge übernommen:

Pflegestufe I	1.023,00 EUR
Pflegestufe II	1.279,00 EUR
Pflegestufe III	1.432,00 EUR
Härtefälle	1.688,00 EUR

Diese Beträge gelten auch für die Jahre 2005 und 2006 weiter.

Der insgesamt von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag darf 75 % des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nicht übersteigen (vgl. § 43 Abs. 5 SGB XI).

Pflegesätzen und den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung erhoben werden können, werden in § 88 SGB XI aufgeführt.¹⁰⁴

Am Pflegesatzverfahren sind die Pflegekassen und der zuständige Träger der Sozialhilfe beteiligt, soweit im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen auf den jeweiligen Kostenträger mehr als fünf Prozent der Berechnungstage entfallen sind (vgl. § 85 Abs. 2 SGB XI). Die Pflegesatzvereinbarung ist prospektiv für den zukünftigen Pflegesatzzeitraum zu treffen. Den Kostenträgern ist rechtzeitig vor Aufnahme der Pflegesatzverhandlungen die Pflegesatzkalkulation und eine schriftliche Stellungnahme des Heimbeirates vorzulegen (vgl. § 7 Abs. 4 HeimG). Zusätzliche Unterlagen und Auskünfte, die zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit beitragen, sind auf Verlangen zu erbringen (vgl. § 85 Abs. 3 SGB XI). Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung der am Pflegesatzverfahren Beteiligten zustande und ist schriftlich abzuschließen (vgl. § 85 Abs. 4 SGB XI).

Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die gesondert berechenbaren Investitionskosten werden für den Tag der Aufnahme des Bewohners in die Alten- und Pflegeeinrichtung und für jeden weiteren Tag berechnet. Die Zahlungsverpflichtung endet mit dem Tag des Auszugs oder des Todes des Heimbewohners (vgl. § 87 a SGB XI).

Seit dem 1.01.2004 setzt der Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung eine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI voraus. Die LQV wird in der Regel gemeinsam mit der Pflegesatzvereinbarung geschlossen. Die Vertragsparteien sind nach § 85 Abs. 2 SGB XI identisch. Ein Ziel der

¹⁰⁴ Das Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 14.12.2000 (Az.: B 3P 19/00 R) fordert die Feststellung der leistungsgerechten Vergütung einer Alten- und Pflegeeinrichtung über Marktpreise. Nur der Marktpreis entscheidet. Spezielle Gestehungskosten, wie z. B. Tarifbindung, finden keine Berücksichtigung mehr. Der externe Marktpreis wird in einem externen Vergleich mit den in der Region liegenden Einrichtungen festgestellt. Die in den Vergleich einbezogenen Heime müssen die Pflegestandards im Sinne des § 80 SGB XI erfüllen. Das BSG hat auf die konkrete Benennung der relevanten Leistungskriterien für den Preisvergleich verzichtet. Bei fehlender Vergleichbarkeit mit anderen Heimen werden die heimindividuellen Kosten herangezogen. Das BSG setzt auf Marktmechanismen, schränkt aber gleichzeitig die hierfür erforderlichen Bedingungen eines freien Wettbewerbes ein, da nur der gesetzlich festgelegte Mindeststandard finanziert wird. (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 14.12.2000 (Az.: B 3P 19/00 R), vgl. Griep 2001, S. 195ff.).

LQV ist es, die Verhandlungsqualität zu verbessern und neben Kostengesichtspunkten auf der Basis der Kosten- und Leistungsrechnung die im Folgenden dargestellten Kriterien in der Pflegesatzverhandlung zu berücksichtigen und leistungsgerechte Vergütungen zu vereinbaren.

In der LQV werden alle relevanten Leistungs- und Qualitätsmerkmale festgelegt (vgl. § 80a Abs. 2 SGB XI). Hierzu gehören insbesondere:

- Struktur und voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises unter Angabe der Pflegestufe und des Bedarfs an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege und sozialer Betreuung
- Leistungen während des prospektiv vereinbarten Pflegesatzzeitraumes, wie z. B. allgemeine Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung, Zusatzleistungen, Kooperationen
- Personelle Ausstattung der Alten- und Pflegeeinrichtung unter Angabe der Qualifikation der Mitarbeiter auf der Grundlage des vereinbarten einrichtungsindividuellen Personalschlüssels
- Sächliche Ausstattung der Alten- und Pflegeeinrichtung in Form einer konkreten Beschreibung der Bewohnerzimmer, Gemeinschaftsräume, Hilfsmittelausstattung, Lage, Gebäude und Außenanlagen
- Einrichtungskonzeption, Pflegeleitbild
- Aufbau- und Ablauforganisation der Einrichtung
- Fort- und Weiterbildung
- Angaben zum Qualitätsmanagement.

(vgl. Springfield/Uhl 2004, S. 16 ff., vgl. Pick 2003, S. 22 ff., vgl. Roth/Koh 2003, S. 30 ff., vgl. Röber 2002, S. 39 ff.).

Ein weiteres Ziel der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen besteht in der Ermittlung von Einrichtungen, die in den beschriebenen Leistungen konkret

vergleichbar sind und im Rahmen der Pflegesatzverhandlung herangezogen werden können.¹⁰⁵

Die folgende Abbildung gibt abschließend einen Überblick über die Verbindung der LQV zu den zuvor vorgestellten gesetzlichen Rahmenbestimmungen.

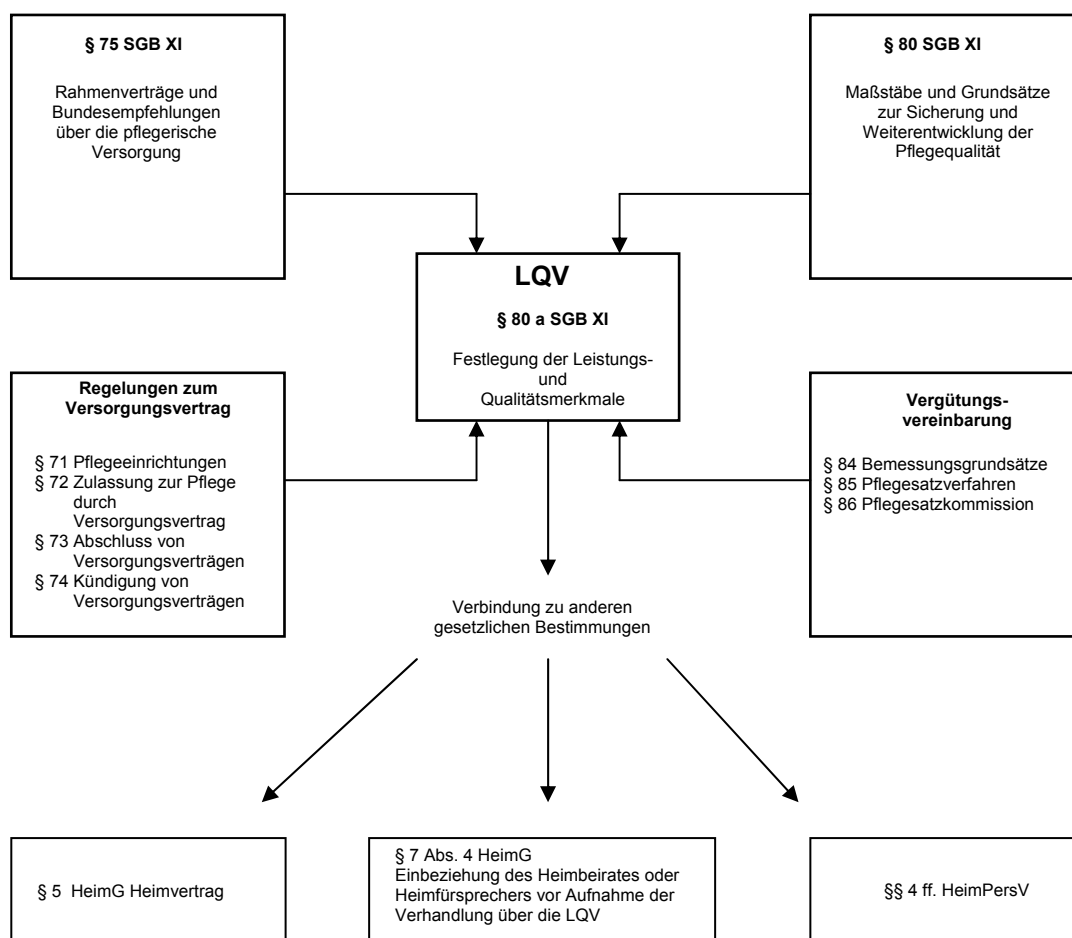


Abb. E-8: Die LQV als Bestandteil von Verträgen und Vereinbarungen
Quelle: Eigendarstellung in Anlehnung an Wiese 2005, S. 359 und Roth/Koh 2003, S. 31

¹⁰⁵ Der ‚Runde Tisch Pflege‘ Arbeitsgruppe III kommt in dem Positionspapier Entbürokratisierung zu dem Ergebnis, dass die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ihre ursprünglich beabsichtigte Zielsetzung in Bezug auf Vergütungsrelevanz und Leistungstransparenz nicht erreicht und sich in der Praxis nicht bewährt hat. Bislang sei es den Vertragsparteien nicht gelungen, Beschreibungen der Leistungen und deren Qualität vorzunehmen. Daher lautet die Empfehlung des ‚Runden Tisches Pflege‘ die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen in dieser Form abzuschaffen (vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen 2005 c, S. 30).

V. Gesetzliche Qualitätsvorgaben

1. Pflegerische und soziale Anforderungen

Pflegerische und soziale Anforderungen an die Versorgung der Bewohner werden sowohl im Pflegeversicherungsgesetz als auch im Heimgesetz konkretisiert. Das HeimG fordert eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung einschließlich einer Pflege der Bewohner nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 5 HeimG und § 11 Abs. 1 Nr. 3 HeimG). Das Pflegeversicherungsgesetz stellt dagegen auf die Leistungsarten ‚Grundpflege‘, ‚medizinische Behandlungspflege‘ und ‚soziale Betreuung‘ ab.

Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Bewohnern ein möglichst selbstständiges Leben zu ermöglichen, die Hilfen darauf auszurichten, dass die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Bewohner mobilisiert werden, und eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten (vgl. § 2 Abs. 1 SGB XI und § 11 Abs. 1 SGB XI).

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird im Sozialgesetzbuch XI wie folgt definiert:

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.“

(§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind die folgenden Leistungen:

Körperpflege	1. Waschen 2. Duschen 3. Baden 4. Zahnpflege 5. Kämmen 6. Rasieren 7. Darm- und Blasenentleerung
Ernährung	8. Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung 9. Aufnahme der Nahrung
Mobilität	10. Selbständiges Aufstehen und Zubettgehen 11. An- und Auskleiden 12. Gehen 13. Stehen 14. Treppensteigen 15. Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
Hauswirtschaftliche Versorgung	16. Einkaufen 17. Kochen 18. Reinigung der Wohnung 19. Spülen 20. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung 21. Beheizen

Abb. E-9: Pflegebedürftigkeit – Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen
Quelle: vgl. § 14 Abs. 4 SGB XI

Pflegebedürftige der Pflegestufe I ‚erheblich Pflegebedürftige‘ sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei der aufgeführten 21 Kriterien aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe, bei der hauswirtschaftlichen Versorgung in Anspruch nehmen müssen (vgl. § 15 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI). Der Zeitaufwand für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss im Tagesdurchschnitt 90 Minuten betragen, wobei mindestens 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen (vgl. § 15 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI).

Pflegebedürftige Personen der Pflegestufe II ‚Schwerpflegebedürftige‘ benötigen bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich Hilfe zu unterschiedlichen Tageszeiten und mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (vgl. § 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI). In der Pflegestufe II beträgt der Zeitaufwand für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung mindestens drei Stunden, hierbei müssen mindestens zwei Stunden auf die Grundpflege entfallen (vgl. § 15 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI).

Personen in der Pflegestufe III ‚Schwerstpflegebedürftige‘ bedürfen bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe und darüber hinaus mehrfach wöchentlich Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (vgl. § 15 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI). Der Zeitaufwand für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung beträgt mindestens fünf Stunden, wobei vier Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen (vgl. § 15 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI).

Dem Pflegeversicherungsgesetz liegt ein verrichtungsorientierter Ansatz von Pflege zugrunde, der den Bedarf nach Kommunikation nicht erfasst und bei der Einstufung des Bewohners in die entsprechende Pflegestufe nicht berücksichtigt. Bedürfnisse nach Kommunikation sollen während der Leistungserbringung berücksichtigt werden, um der Vereinsamung entgegenwirken (vgl. § 28 Abs. 4 SGB XI und vgl. Wiese 2004, S. 9 f.). Dieser verrichtungsorientierte Ansatz steht im starken Gegensatz zu den bedürfnisorientierten Pflegemodellen, wie z. B. dem AEDL-Modell nach Monika Krohwinkel, das mit seinen 13 Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens ein praxisnahes Pflegemodell ist (vgl. Kapitel B).

In der stationären Pflege gehört neben der Grund- und Behandlungspflege die soziale Betreuung zu den Leistungspflichten der Heimträger (vgl. § 11 Abs. 1 SGB XI und § 43 Abs. 3 SGB XI).

„Durch Leistungen der sozialen Betreuung soll die Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen einen Lebensraum gestalten, der ihnen die Führung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung beiträgt. Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltags nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z. B. Angehörige) geschehen kann.“

(§ 1 Nr. 4 Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege des Landes Niedersachsen
Abschnitt I – Inhalt der Pflegeleistungen sowie Abgrenzung

zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen – gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI).

Bewohnerorientierung und Unterstützung zur selbstbestimmten Lebensführung sind die zentralen Qualitätsaspekte der Pflege und Betreuung. Die soziale Betreuung wirkt der Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität entgegen. Hier kommen insbesondere Einzelgespräche, Unterstützung der Bewohner bei der Aufnahme und Pflege sozialer Kontakte, Gruppenaktivitäten, Sterbebegleitung, Trauerbegleitung sowie orientierungs- und gedächtnisfördernde Maßnahmen in Betracht. Die Praxis zeigt jedoch, dass die Betreuungsleistungen durch den zunehmenden Kostendruck und die mangelnde Anerkennung der Betreuungsleistungen bei der Pflegestufenzuordnung häufig nicht in der notwendigen Intensität erbracht und zugunsten der Pflegeleistungen reduziert werden (vgl. Wiese 2005, S. 65 f.).

2. Anforderungen an Unterkunft und Verpflegung

Die Leistungen der Unterkunft und Verpflegung sind neben der Pflege und der sozialen Betreuung die dritte verpflichtende Versorgungsleistung im stationären Altenhilfebereich. Hierzu gehören alle Leistungen, soweit sie nicht den allgemeinen Pflegeleistungen, den Zusatzleistungen und den Aufwendungen für Investitionen zuzuordnen sind (vgl. § 2 Abs. 1 Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege des Landes Niedersachsen Abschnitt I – Inhalt der Pflegeleistungen sowie Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen – gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI).

Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger neben der hauswirtschaftlichen Versorgung eine angemessene, dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des

Wohnens anbieten kann (vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 5 HeimG und § 11 Abs. 1 Nr. 6 HeimG).

Das Pflegeversicherungsgesetz subsumiert unter der hauswirtschaftlichen Versorgung die Bereiche Einkaufen, Kochen, Reinigung der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung sowie das Beheizen (vgl. § 14 Abs. 4 SGB XI).

Der Rahmenvertrag des Landes Niedersachsen definiert die folgenden Leistungen der Unterkunft und Verpflegung:

- Ver- und Entsorgung (z. B. Wasser, Strom, Abfall)
- Reinigung (Wohnraum, Gemeinschafts- und sonstige Räume in Form von Grund-, Unterhalts- und Sichtreinigung)
- Wartung und Unterhaltung der Gebäude und technischen Anlagen, Außenanlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung, soweit sie nicht vom Regelungsbereich des § 82 Abs. 2 Nr. 1 erfasst werden
- Wäscheversorgung (Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der Haus- und Bewohnerwäsche – ohne chemische Reinigung)
- Speise- und Getränkeversorgung (drei Haupt-, zwei Zwischenmahlzeiten, nichtalkoholische Getränke, Diätkost, Sonderleistungen zu jahreszeitlichen Festen)
- Gemeinschaftsveranstaltungen, Veranstaltungen zur Förderung des Gemeinschaftslebens.

(vgl. § 2 Abs. 2 Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege des Landes Niedersachsen Abschnitt I – Inhalt der Pflegeleistungen sowie Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen – gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI).

Von diesen Regelleistungen sind Komfortleistungen, d. h. Leistungen, die durch den Pflegebedürftigen individuell wählbar und mit ihm zu vereinbaren sind und für die weder bei den allgemeinen Pflegeleistungen noch bei

Unterkunft und Verpflegung bereits eine Vergütung enthalten ist, abzugrenzen (vgl. § 88 SGB XI).

Alle für die hauswirtschaftliche Versorgung anfallenden Kosten werden in der Pflegesatzkalkulation zu je 50 % den Leistungen für Pflege und für Unterkunft und Verpflegung zugerechnet.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) prüft im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI darüber hinausgehende Aspekte einer altersgerechten, abwechslungsreichen und vielseitigen Speiserversorgung einschließlich des Angebots an individueller Diätkost, wie z. B.:

- Veröffentlichung des Speiseplans.
- Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Gerichten.
- Zubereitung der Nahrung von den Bewohnern im Rahmen ihrer Fähigkeiten unter dem Aspekt der aktivierenden Pflege.
- Angabe der jeweiligen Essenszeiten.
- Ausreichende Getränkeversorgung.

(vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) 2000, S. 25 f.).

Die hauswirtschaftliche Versorgung in einer Alten- und Pflegeeinrichtung steht in engem Zusammenhang mit der pflegerischen und sozialen Betreuung der Bewohner. Folglich sind die Bereiche Pflege und Hauswirtschaft auch unter Kostengesichtspunkten durch ein geeignetes Schnittstellenmanagement optimal aufeinander abzustimmen.

3. Anforderungen an die Qualifikation des Personals

Die Qualifikation des Personals einer Alten- und Pflegeeinrichtung ist ein zentrales Qualitätskriterium für eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung der Bewohner. Der Betreiber eines Heimes hat sicherzustellen, dass sowohl die Anzahl der Mitarbeiter als auch ihre persönliche und fachliche Qualifikation dem Aufgabenumfang quantitativ und qualitativ

entspricht (vgl. § 11 Abs. 2 Nr. 2 HeimG). Der Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI fordert eine wirtschaftliche und leistungsfähige, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung, gleichzeitig ist die personelle Ausstattung Gegenstand der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung gemäß § 80a SGB XI.

Im Rahmenvertrag gemäß § 75 des Landes Niedersachsen wurden folgende Personalrichtwerte nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI i.V.m. § 75 Abs. 3 Nr. 2 vereinbart:

Pflegestufe	Pflegekraft	Bewohner
Pflegestufe I	1:	3,65 - 4,5
Pflegestufe II	1:	2,43 - 3,0
Pflegestufe III	1:	1,82 - 2,2
Pflegestufe G (geringfügige Pflege)	1:	12,16 - 14,5

Abb. E-10: Personalrichtwerte des Landes Niedersachsen
 Quelle: vgl. § 21 Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege des Landes Niedersachsen Abschnitt III – Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung – nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI

Zusätzlich ist eine Vollzeitkraft je Pflegeeinrichtung für die Pflegedienstleitung zu berücksichtigen. Im Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege beträgt der Anteil an ausgebildeten Fachkräften mindestens 50 % bezogen auf die Vollzeitstellen. Zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements kann im Rahmen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ein Personalbedarf von bis zu 1:120 vereinbart werden.

Die Heimpersonalverordnung (HeimPersV) ist mit den Anforderungen an den Betrieb eines Heimes verknüpft. § 11 Abs. 3 Nr. 1 HeimG fordert die Einhaltung der Rechtsverordnungen in Bezug auf Mindestanforderungen für die Eignung der Heimleitung und der Beschäftigten (vgl. § 3 Abs. 2 Nr. 2 HeimG). Auf die Bestimmungen des Heimgesetzes verweist auch das Pflegeversicherungsgesetz und macht deutlich, dass die Träger der

Pflegeeinrichtungen beide Gesetze zu beachten haben (vgl. § 11 Abs. 3 SGB XI).

Aus den Anforderungen an den Betrieb eines Heimes gemäß § 11 HeimG wird offensichtlich, dass der Heimleiter fachlich und persönlich geeignet sein muss, das Heim entsprechend den Bedürfnissen der Bewohner unter gleichzeitiger Beachtung der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu führen (vgl. § 2 Abs. 1 HeimPersV).¹⁰⁶ Die persönlichen Ausschlussgründe zur Führung eines Heimes sind in § 3 HeimPersV genannt.

Die Anforderungen an den Leiter des Pflegedienstes bzw. die leitende Pflegefachkraft werden in § 4 Abs. 2 HeimPersV, § 71 Abs. 3 SGB XI und in den Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI benannt.¹⁰⁷ In stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt die Pflege grundsätzlich unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft (vgl. § 71 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI). Die verantwortliche Pflegefachkraft muss die Anwendung der Qualitätsmaßstäbe im Pflegebereich, die fachliche Planung des Pflegeprozesses, die Führung der Pflegedokumentation, eine an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplangestaltung sowie die regelmäßige Durchführung von Dienstbesprechungen sicherstellen (vgl. Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Punkt 3.1.1.).

¹⁰⁶ Die Heimleiterqualifikation kann entweder durch eine Ausbildung zur Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen, durch eine kaufmännische Ausbildung oder eine Ausbildung in der öffentlichen Verwaltung mit staatlich anerkanntem Abschluss nachgewiesen werden (vgl. § 2 Abs. 2 Nr. 1 HeimPersV). Die fachliche Eignung kann alternativ durch eine mindestens zweijährige hauptberufliche Tätigkeit in einem Heim erworben werden (vgl. § 2 Abs. 2 Nr. 2 HeimPersV).

¹⁰⁷ Zu den fachlichen Voraussetzungen einer verantwortlichen Pflegefachkraft gehören:

- Ausbildung zu einer Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen mit staatlich anerkanntem Abschluss (vgl. § 4 Abs. 2 i.V.m. § 6 HeimPersV).
- die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ‚Krankenschwester/Krankenpfleger‘, ‚Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger‘, ‚Altenpflegerin/Altenpfleger‘ mit staatlicher Anerkennung
- eine innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens zwei Jahre hauptberuflich ausgeübte Tätigkeit in einem der unter Punkt b) bezeichneten Berufe sowie die Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen von 460 Stunden, oder eine Ausbildung im Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität (vgl. § 71 Abs. 3 SGB XI, dieser Paragraph beschränkt § 4 Abs. 2 HeimPersV in der Form, dass nur die in § 71 Abs. 3 SGB XI genannten Berufsabschlüsse anerkannt werden, vgl. Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Punkt 3.1.2., vgl. Wiese 2005, S. 156f.).

Die Beschäftigten der Bereiche ‚Pflege‘, ‚Hauswirtschaft‘, ‚Verwaltung‘ und ‚Haustechnik‘ müssen für die ihnen übertragenen Aufgaben persönliche und fachliche Eignung besitzen (vgl. § 4 HeimPersV). Betreuende Tätigkeiten dürfen nur durch Fachkräfte gemäß § 6 HeimPersV oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften durchgeführt werden, d. h. mindestens 50 % des betreuenden Personals müssen Fachkräfte sein (vgl. § 5 Abs. 1 HeimPersV).

Der Gesetzgeber fordert eine dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende Pflege (vgl. § 11 Abs. 1 Nr. 3 HeimG und § 11 Abs. 1 SGB XI). Dieser Forderung kann das Personal nur durch ständige Fort- und Weiterbildung nachkommen. Der Gesetzgeber verpflichtet den Träger, dem Heimleiter und den Beschäftigten die Gelegenheit zur Teilnahme an berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildungen zu geben (vgl. § 8 Abs. 1 HeimPersV). Diese Verpflichtung wird in § 8 Abs. 2 HeimPersV dahingehend eingeschränkt, dass sie nur gilt, wenn sich die Veranstaltungen auf die folgenden Funktionen und Tätigkeitsfelder beziehen:

- Heimleitung, Wohnbereichs- und Pflegedienstleitung sowie entsprechende Leitungsaufgaben, Rehabilitation und Eingliederung sowie Förderung und Betreuung Behinderter.
- Aktivierende Pflege und Betreuung, Pflegekonzepte, Pflegeplanung und Pflegedokumentation, Praxisanleitung, Sterbebegleitung, Arbeit mit dementen Bewohnern.
- Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie mit Einrichtungen und Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens.
- Rechtliche Grundlagen der fachlichen Arbeit.
- Konzeptionelle Weiterentwicklung der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe für Behinderte.

4. Anforderungen an die Qualitätsentwicklung und -sicherung

Die Qualität der Pflege wird in der Qualitätsvereinbarung gemäß § 80 SGB XI in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität differenziert und folgt damit den Qualitätsdimensionen von DONABEDIAN (vgl. hierzu Kapitel D Abschnitt III). Die Strukturqualität bezeichnet die Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtung, wie z. B. die personelle, räumliche und sächliche Ausstattung. Die Prozessqualität bezieht alle Faktoren der Pflege, Versorgung und Unterkunft ein. Hierzu gehören insbesondere die Pflegeplanung und die Dokumentation des Pflegeprozesses. Die Ergebnisqualität stellt schließlich den Zielerreichungsgrad der pflegerischen und sonstigen Versorgungsleistungen sowie die damit verbundene Zufriedenheit des Bewohners dar (vgl. Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen, vgl. Wiese 2004, S. 63 ff. und vgl. Wiese 2005, S. 21 ff.). Die Träger der Einrichtungen sind für die Qualität der Leistungserbringung und deren Weiterentwicklung verantwortlich. Die Grundlage dafür bilden § 80 SGB XI sowie die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI und § 112 Abs. 1 SGB XI. Zugelassene Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und die Qualität der Leistungen nachzuweisen (vgl. § 72 Abs. 3 SGB XI und vgl. § 112 Abs. 2 SGB XI). Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden nach internen und externen Maßnahmen differenziert, die im Ergebnis Aussagen dazu treffen sollen, wie der vorgegebene Qualitätsstandard erreicht bzw. gesichert werden soll. Elemente des Qualitätsmanagements können insbesondere sein:

- Bewohnerbefragungen
- Angehörigenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Einführung eines Beschwerdemanagementsystems
- Durchführung von Pflegevisiten
- Entwicklung und Anwendung von Pflegestandards

- Qualitätszirkel
- Einsatz eines Qualitätsbeauftragten
- Mitwirkung an Assessmentrunden
- Fort- und Weiterbildungsplanung.

(vgl. Empfehlungen der Pflegesatzkommission – stationär – gemäß § 86 SGB XI im Lande Niedersachsen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gemäß § 80a SGB XI in der Fassung des ersten Teilbeschlusses vom 13.12.2002, des zweiten Teilbeschlusses vom 23.06.2003 und des dritten Teilbeschlusses vom 3.11.2003, vgl. Wiese 2005, S. 343).

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) führt Qualitätsprüfungen als Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen oder vergleichende Prüfungen durch (vgl. § 112 Abs. 3 SGB XI).¹⁰⁸ Gegenstand der Prüfung ist die Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. In die Prüfung werden die allgemeinen Pflegeleistungen, die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung, die Zusatzleistungen sowie die Abrechnung einbezogen (vgl. § 112 Abs. 3 SGB XI). Der MDK verfolgt einen beratungsorientierten Prüfansatz mit dem Ziel, durch Stärkung der Eigenverantwortung der Träger der Pflegeeinrichtungen Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen (vgl. § 112 Abs. 4 SGB XI). Zum Stand der Umsetzung der Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege

¹⁰⁸ Die Prüfung des MDK wird auf der Grundlage der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege durchgeführt. Die MDK-Anleitung unterscheidet in (vgl. MDS 2000, S. 1 ff.):

- a) Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung
 - a. Allgemeine Angaben zur Pflegeeinrichtung
 - b. Pflegetheoretische Grundlagen
 - c. Pflegemanagement
 - d. Pflegedokumentation
 - e. Sonstiges
- b) Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Bewohner
 - a. Allgemeine Angaben
 - b. Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung
 - c. Berücksichtigung individueller Bedürfnisse im Rahmen der direkten Pflege
 - d. Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses
 - e. Sonstiges

geben lediglich die extern durchgeführten Qualitätsprüfungen des MDK Aufschluss. Bis Ende 2002 wurden in 9.200 stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen ca. 6.900 Anlass- oder Stichprobenprüfungen erbracht. Nach Angaben des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) erreichen die Pflegeeinrichtungen ein sehr unterschiedliches Niveau von ‚Pflegequalität‘. Einige Pflegeeinrichtungen leisten danach sehr gute Pflege, die überwiegende Anzahl bewegt sich im Mittelfeld, d. h. es existieren Mängel in der Aufbau- und Ablauforganisation, die Auswirkungen auf die Ergebnisqualität haben. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Alten- und Pflegeeinrichtungen, die eine nicht angemessene Pflege leisten, so dass Gefährdungen für Bewohner nicht auszuschließen sind (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004, S. 88 ff.). Der MDS hat für das Jahr 2002 die folgende Rangfolge der am häufigsten vorgefundenen Qualitätsdefizite veröffentlicht:

1. Umsetzung des Pflegeprozesses einschließlich der Pflegedokumentation
2. Fachgerechte Dekubitusprophylaxe
3. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
4. Dienstplanführung
5. Pflegekonzept nicht umgesetzt
6. Umgang mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen
7. Personaleinsatzplanung
8. Inkontinenzversorgung
9. Defizitäres Angebot an sozialer Betreuung
10. Defizite im Umgang mit Medikamenten
11. Defizite bei der Fortbildung
12. Passivierende Pflege
13. Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen
14. Personalanzahl zu gering
15. Bauliche Mängel.

(vgl. Wiese 2005, S. 353 ff. vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004, S. 90, vgl. Pick 2003, S. 25).

Kapitel F

Balanced Scorecard

Das folgende Kapitel ist in sieben Abschnitte gegliedert. Der erste Abschnitt stellt die theoretischen Grundlagen der BSC nach KAPLAN/NORTON dar. Die folgenden vier Abschnitte beschreiben die vier Balanced-Scorecard-Perspektiven und werden ergänzt durch die Bedeutung der jeweiligen Perspektive für Alten- und Pflegeeinrichtungen. Der sechste Abschnitt stellt eine Verbindung zwischen der BSC und dem EFQM-Modell für Excellence her. Der abschließende siebte Abschnitt stellt den Stand der Implementierung der BSC in Alten- und Pflegeeinrichtungen dar.

I. Theoretische Grundlagen von KAPLAN/NORTON

Der Begriff ‚Balanced Scorecard‘ wird häufig übersetzt als ‚ausgewogener Berichtsbogen‘ und wurde als strategisches Managementsystem von KAPLAN/NORTON in den 90er Jahren entwickelt (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 19). Die Studie, an der zwölf Unternehmen aus den Bereichen Fertigung und Dienstleistung, Schwerindustrie und Technologie teilnahmen, wurde von dem Nolan Norton Institute geleitet (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. VII).¹⁰⁹ Ziel der Studie war es, die existierenden Performance-Measurement-Ansätze, die vorwiegend auf Finanzkennzahlen basieren, weiterzuentwickeln.¹¹⁰ Der Studie lag die Überzeugung zugrunde, dass die Fokussierung auf finanzielle Kennzahlen nicht ausreicht, um Unternehmen in die Lage zu versetzen, gezielt neue Ideen zu entwickeln, die einen dauerhaften Wettbewerbsvorsprung generieren können (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 2).

¹⁰⁹ Nolan Norton ist Geschäftsführer des Nolan Norton Institutes und Robert Kaplan arbeitete als akademischer Berater der Studie (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. VII).

¹¹⁰ KLINGEBIEL gibt einen Überblick über die Performance-Measurement-Ansätze der führenden Beratungsunternehmen, die an dieser Stelle nicht dargestellt werden (vgl. Klingebiel 1999, S. 63ff.).

Obwohl die BSC ursprünglich für den privaten Sektor entwickelt wurde, „... sind die Möglichkeiten, die sich durch die BSC für die Verbesserung des Managements von staatlichen und Non-Profit-Organisationen ergeben, wahrscheinlich noch viel größer.“ (Kaplan/Norton 1997, S. 173).¹¹¹ Für eine NPO ist die Erfüllung der Mission der Ausgangspunkt für die Entwicklung der Strategie und stellt den Rahmen dar, der für Unternehmen aus dem privaten Sektor bereits durch die Erreichung wirtschaftlicher Zielsetzungen gegeben ist (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 181).¹¹²

Die Mission des Unternehmens „... definiert die Bestimmung der Organisation – warum sie existiert.“ (Niven 2003, S. 109). Eine Mission für eine NPO sollte die folgenden Aspekte enthalten:

„Gesetzlicher oder politischer Auftrag – Wozu ist die Organisation eigentlich da und was ist die angestrebte Bedarfsdeckung?

Zweck der Organisation – Ausrichtung auf eigene Stärken durch Konzentration auf die eigentliche Aufgabe.

Identität – Art und Weise, wie sich die Organisation selbst sieht; uneingeschränkter Glaube aller Interessengruppen an die Mission.

Werte – Werthaltung und Philosophie, die hinter der Organisation steht.

Dominierende Grundsätze, die umgesetzt werden, um die Organisationsziele zu erreichen.“

(Horak/Matul/Scheuch 2002, S. 203).

Der in der Mission formulierte Daseinszweck wird durch die Vision ergänzt.

¹¹¹ SCHERER/ALT, die den aktuellen Status des Einsatzes der BSC für Verwaltung und Non-Profit-Organisationen überprüft haben, stellten fest, dass kaum konkrete Konzepte und detaillierte Erfahrungsberichte vorliegen und die Erfahrungen mit der BSC in öffentlichen Organisationen erst begonnen haben (vgl. Scherer/Alt 2002, S. V).

¹¹² HORAK/HEIMERL sehen in der Mission die oberste Aufgabe einer NPO, die als „...die Erzielung von Wirkungen bei Klienten durch verschiedenste Dienstleistungen.“ (Horak/Heimerl 2002, S. 183) beschrieben wird. „Die Mission ist das alles beeinflussende Oberziel, dem sich das restliche Zielsystem unterzuordnen hat. Eine NPO, die keine ausgeprägte Mission formuliert hat, weiß auf lange Sicht nicht, in welche Richtung sie sich bewegen und welchen Zweck sie eigentlich erfüllen soll.“ (Horak/Matul/Scheuch 2002, S. 198).

„Ein Visionsstatement legt anschaulich fest, was die Organisation letztendlich werden will – das kann in 5, 10 oder 15 Jahren sein. Dieses Statement sollte nicht abstrakt sein – es sollte ein möglichst konkretes Bild des angestrebten Zustands entwerfen und auch die Basis für die Strategie- und Zielformulierung liefern. Eine effiziente Vision vermittelt jedem innerhalb der Organisation gleichermaßen ein mentales Raster, das der häufig abstrakten, vor uns liegenden Zukunft Kontur gibt. Die Vision folgt immer der Mission (dem Daseinszweck) und den Werten. Eine Vision ohne Mission ist schlicht Wunschdenken, da sie nicht an Beständiges anknüpft. Charakteristische Elemente einer erklärten Vision sind das angepeilte Geschäftsvolumen, die künftige Beurteilung durch ihre Stakeholder (Kunden, Mitarbeiter, Lieferanten, Aktionäre usw.), Führungsbereiche oder Kompetenzabgrenzung und starke Werte.“

(Niven 2003, S. 121 f.).¹¹³

VON OETINGER bezeichnet eine Vision als „... ein mutiges Fernbild.“ (von Oetinger 1993, S. 245) und entwickelt Visionen mit folgenden Methoden:

„Retropolieren

Durchdenken großer unternehmerischer Themen, die neue Perspektiven eröffnen

Das Aufnehmen einiger Elemente (Puzzlesteine) der Vision, die heute schon feststeht.“

(von Oetinger 1993, S. 248).

„Das mutige Fernbild wird nicht entstehen, wenn wir mit gewissen Veränderungen im wesentlichen extrapolieren: so weitermachen wie bisher, nur etwas mehr und etwas besser. Erst wenn wir uns mental von den heutigen Strukturen lösen und von einem Fernziel herkommend uns auf die Gegenwart zurückbeziehen, also

¹¹³ „Stakeholder sind Anspruchs- beziehungsweise Interessengruppen einer NPO.“ (Haddad, 1998, S. 22).

„retropolieren“, werden wir die Lücken zwischen dem Normalen und der Gestaltungsherausforderung einer sich beschleunigenden Diskontinuität herausarbeiten können.“

(von Oetinger 1993, S. 248 f.).

Die auf Basis der Mission und Vision entwickelte Unternehmensstrategie ist ein wichtiges Bindeglied zwischen den langfristigen Zielen und der konkreten täglichen Arbeit und der Realisierung der Ziele, indem sie den Weg für die Umsetzung vorgibt (vgl. Horak/Matul/Scheuch 2003, S. 206).

WELGE/AL-LAHAM gehen von folgenden Grundprinzipien der Strategieformulierung aus:

- Basierend auf einer Stärken-Schwächen-Analyse: Aufbau von Stärken und Vermeiden von Schwächen
- Konzentration der Kräfte des Unternehmens
- Optimierung der Ressourcen
- Nutzung bzw. Aufbau von Synergiepotenzialen.¹¹⁴

(vgl. Welge/Al-Laham 2003, S. 317).

Die Einführung einer Balanced Scorecard in eine NPO ist nach NIVEN mit speziellen Schwierigkeiten verbunden:

- Mitarbeiter in NPOs lehnen Performance Measurement häufig mit der Begründung ab, dass die Messung des Unternehmenserfolgs unnötig Ressourcen bindet und die eigentliche Aufgabe nur behindert.
- Fehlende Erfahrung und Ausbildung der Mitarbeiter mit dem Einsatz von Managementinstrumenten führen zu Widerständen und Ablehnung.
- Der auf Konsens ausgerichtete Führungsstil vieler NPOs kann den Entwicklungsprozess der BSC verzögern und dazu führen, dass der

¹¹⁴ „Synergie aus dem Griechischen bedeutet wörtlich soviel wie „zusammenwirken“ und beschreibt den Tatbestand, dass durch eine bestimmte Zusammenfassung von Einzelaktivitäten eine Gesamtwirkung erzielt werden kann, die größer ist als die Summe der Einzelwirkungen (2+2=5 Effekt).“ (Welge/Al-Laham 2003, S. 324).

kleinste gemeinsame Nenner, der von allen getragen wird, eine BSC hervorbringt, die die Entwicklung des Unternehmens nicht fördern kann.

(vgl. Niven 2003, S. 415).¹¹⁵

Die Einführung einer BSC in eine NPO erfordert daher besondere Anstrengungen in der Kommunikation des Projektzieles, der -methoden und -vorteile. Darüber hinaus ist es notwendig, dass die Unternehmensleitung deutlich machen muss, *„... dass die Entscheidung über die zentralen Kriterien, mit denen der definierte Auftrag erfüllt werden soll, in seiner Hand liegt und nirgends sonst.“* (Niven 2003, S. 416).

Im Rahmen der Strategieentwicklung müssen die externen Chancen, die von Märkten, Kunden und vom Wettbewerb ausgehen, mit den internen Ressourcen, wie Kernkompetenzen, Fähigkeiten und Stärken, kombiniert werden (vgl. Klingebiel 1999, S. 15). Nach KLINGEBIEL kann eine Non-Profit-Organisation nur dann dauerhaft erfolgreich sein, wenn die von der Organisation getragene Mission kostendeckend erfüllt wird (vgl. Klingebiel 1999, S. 49).

Die Balanced Scorecard, die Kennzahlen aus vier Perspektiven enthält, ist ein strategisches Managementsystem, das finanzielle Kennzahlen der Vergangenheit um die treibenden Faktoren der zukünftigen Leistung ergänzt (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 10).

„Die Scorecard beschreibt die Strategie, indem sie sie in ihre Komponenten zerlegt, anhand der Ziele und Kennzahlen aus jeder der vier Perspektiven. Die Balanced Scorecard ist ideal konzipiert durch ein gemeinsames Verständnis und die Übersetzung der Unternehmensstrategie in Ziele und Kennzahlen, Zielvorgaben und Initiativen in jeder der vier Scorecard-Perspektiven. Die Übersetzung von Vision und Strategie zwingt das Topmanagement zu spezifizieren, was mit den gelegentlich

¹¹⁵ NIVEN ist Managementberater für Performance Measurement und Balanced Scorecard. Als Berater hat er Performance-Measurement-Systeme für kleine und große Organisationen aus der Privatwirtschaft, dem öffentlichen Dienst und NPOs entwickelt.

unpräzisen Begriffen in der Strategieformulierung gemeint ist...“
(Niven 2003, S. 133).

Die Balanced-Scorecard-Kennzahlen werden kausal verknüpft und beschreiben die strategische Richtung des Unternehmens, indem sie aufzeigen, „... *wie Investitionen in Mitarbeiter, Informationstechnologie sowie Produkt- und Dienstleistungsinnovationen das zukünftige finanzielle Ergebnis gravierend verbessern.*“ (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. IX). Die Ursachen-Wirkungsbeziehungen stellen Hypothesen der Unternehmensleitung über die Prozesse und Entscheidungen dar, die getroffen werden müssen, um zukünftige Ziele erreichen zu können (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 154).

Kennzahlen sind für die Steuerung eines Unternehmens notwendig, wie auch der Grundsatz *„If you can't measure it, you can't manage it.“* (Kaplan/Norton 1997, S. 20) verdeutlicht. Das Kennzahlensystem eines Unternehmens beeinflusst das Verhalten der Menschen innerhalb und außerhalb des Unternehmens.

Nach KAPLAN/NORTON hat die Strategie von öffentlichen und Non-Profit-Organisationen die Aufgabe,

„... nachhaltigen Wert für ihre Stakeholder und Mitglieder zu schaffen.“

(Kaplan/Norton 2004, S. 50).

„Die BSC kann auch staatlichen und Non-Profit-Organisationen eine klare Richtung geben sowie Motivation und Verantwortungsgefühl fördern. In solchen Organisationen ist die BSC Ausdruck des Zwecks ihrer Existenz (die Bedienung von Kunden/Bürgern, nicht einfach die Einhaltung von Finanzplänen) und vermittelt externen Parteien und internen Mitarbeitern die Ergebnisse und Leistungstreiber, mit deren Hilfe die Organisation ihre Mission und strategischen Zielsetzungen erfüllen wird.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 181).

Die Balanced Scorecard ist „... ein umfassendes Instrumentarium, um die Unternehmensvision und -strategie in ein geschlossenes Bündel von Leistungsmessungsfaktoren zu übertragen.“ (Kaplan/Norton 1997, S. 23).

Die Ziele und Kennzahlen der BSC werden aus der Vision und Strategie des Unternehmens abgeleitet und betrachten die Unternehmensleistung aus vier Perspektiven:

- (1) Finanzperspektive
- (2) Kundenperspektive
- (3) Interne Prozessperspektive
- (4) Lern- und Entwicklungsperspektive, die auch als Innovationsperspektive bezeichnet wird.

(vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 8).

Die Balanced-Scorecard-Kennzahlen halten sowohl die Balance zwischen objektiven Ergebniskennzahlen und subjektiven, urteilsabhängigen Leistungstreibern als auch zwischen Messgrößen, die die Leistungen der Vergangenheit messen, und solchen, die zukünftige Leistungen antreiben (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 10). Darüber hinaus ist eine Ausgewogenheit

„... zwischen kurzfristigen und langfristigen Zielen, monetären und nicht monetären Kennzahlen, zwischen Spätindikatoren und Frühindikatoren sowie zwischen externen und internen Performance-Perspektiven.“

(Kaplan/Norton 1997, S. VII).

gegeben. Die Balanced Scorecard ist somit nicht nur ein taktisches oder operatives Messsystem, sondern ein strategisches Managementsystem. Da Non-Profit-Organisationen kein finanzielles Oberziel, wie z.B. die Erreichung einer vereinbarten Umsatzrendite verfolgen, sondern verschiedene Anspruchsgruppen unterschiedliche Vorstellungen von ‚Erfolg‘ oder ‚Qualität‘ der Unternehmenstätigkeit haben, ist ein Managementinstrument wie die BSC für Non-Profit-Organisationen besonders geeignet. Die BSC wird „... den mehrdimensionalen Zielvorstellungen der Anspruchsgruppen gerecht.“ (Matul 2003, S. 504).

Die folgende Abbildung zeigt die von KAPLAN/NORTON entwickelte BSC im Überblick.

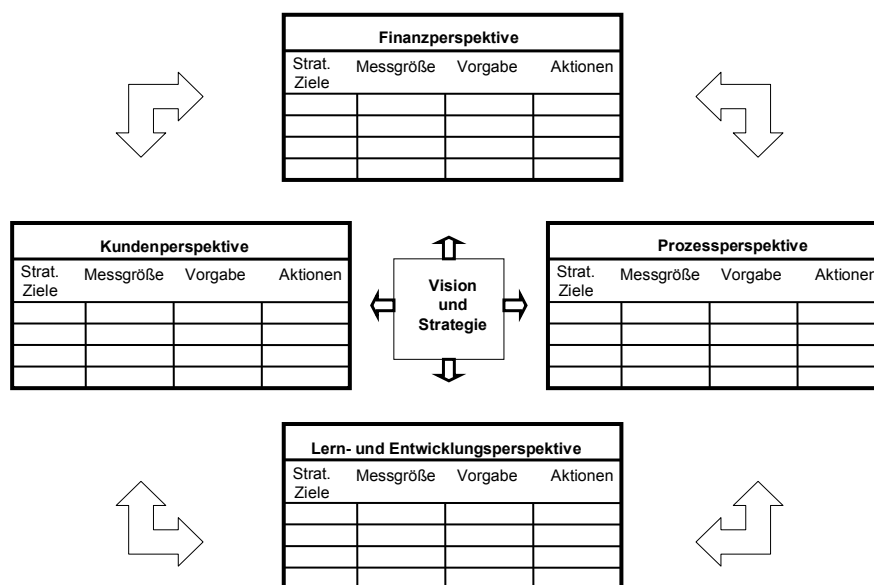


Abb. F-1: Ziele und Kennzahlen abgeleitet aus der Vision und Strategie des Unternehmens
Quelle: Kaplan/Norton 1997, S. 9

Die Balanced Scorecard stellt den strategischen Handlungsrahmen für

„Klärung und Herunterbrechen von Vision und Strategie

Kommunikation und Verknüpfung von strategischen Zielen und Maßnahmen

Planung, Festlegung von Zielen und Abstimmung strategischer Initiativen

Verbesserung von strategischem Feedback und Lernen.“
(Kaplan/Norton 1997, S. 11).

Nach WEBER/SCHÄFFER ist die BSC „... das Bindeglied zwischen der Entwicklung einer Strategie und ihrer Umsetzung.“ (Weber/Schäffer 2000, S. 14).

Der Prozess der Entwicklung einer Balanced Scorecard beginnt in der Geschäftsleitung eines Unternehmens, da die Festlegung der strategischen

Ziele und die Operationalisierung der Unternehmensstrategie den Startpunkt darstellen (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 11). Dieser Top-down-Prozess ist notwendig, um sicherzustellen, dass die ausgewählten Kennzahlen der vier Perspektiven zur Erreichung der Unternehmensstrategie beitragen.

Die Festlegung der Kennzahlen für die finanzielle Perspektive, die aus der Unternehmensstrategie abgeleitet werden, stellt den Beginn des Balanced-Scorecard-Prozesses dar. Im Anschluss daran identifiziert das Unternehmen die Ziele und Kennzahlen für die internen Geschäftsprozesse, die für die Erreichung der finanziellen Ziele notwendig sind. Dieses Vorgehen ist die Hauptinnovation des Balanced-Scorecard-Ansatzes, da neue interne Prozesse entwickelt werden, die *„... für eine bahnbrechende Leistung für Kunden und Teilhaber am kritischsten sind.“* (Kaplan/Norton 1997, S. 11). Herkömmliche Performance-Measurement-Systeme betrachten die Verbesserung der Kosten und die Qualität existierender Prozesse.

Auch für Alten- und Pflegeeinrichtungen, die als Non-Profit-Organisationen nicht vorrangig finanzielle Ziele verfolgen, beginnt der Balanced-Scorecard-Prozess nach Klärung der Unternehmensstrategie mit der Finanzperspektive. Aufgrund des veränderten Wettbewerbsumfelds und des gestiegenen Kostendrucks müssen Alten- und Pflegeeinrichtungen mindestens ein ausgeglichenes Betriebsergebnis erreichen sowie ihre Liquidität erhalten, um ihren Fortbestand zu sichern.

„Das Bindeglied zu den Lern- und Entwicklungszielen schließlich zeigt die Gründe für wichtige Investitionen in Personalweiterbildung, Informationstechnologie und -systeme und in andere Organisationsabläufe. Diese Investitionen in Menschen, Systeme und Abläufe haben große Innovationen und Verbesserungen von internen Geschäftsprozessen für Kunden und letztendlich auch für Teilhaber zur Folge.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 11).

Der Entwicklungsprozess der Balanced Scorecard beinhaltet die Diskussion über die strategischen Ziele mit dem Zweck, sie zu identifizieren und eine

Fokussierung auf die kritischen Einflussfaktoren, die zur Zielerreichung beitragen, zu initiieren.¹¹⁶

Die BSC leistet einen entscheidenden Beitrag zur Steuerung des Managementprozesses:

- Unterstützung des Zielfindungs- und Strategieformulierungsprozesses
- Unterstützung kommunikativer Prozesse im Zuge der Strategiebildung und bei der Erreichung eines Konsenses über die zu erreichenden strategischen Ziele und Maßnahmen sowie persönliches Commitment zur Umsetzung der Strategie
- Zerlegung der Gesamtaufgabe sowie Entwicklung von Zielen, Unterzielen und Maßnahmen, die priorisiert und deren Umsetzungsfortschritte kontinuierlich überprüft werden
- Dynamisierung des Managementprozesses durch strategisches Lernen und Erfolgskontrolle der ausgewählten Maßnahmen sowie durch kritische Reflexion der Strategie (Double-Loop-Effekt).¹¹⁷

(vgl. Scherer 2002, S. 15 f.).

Damit ein Unternehmen seine Strategie erfolgreich umsetzen kann, ist es notwendig, dass nicht nur das obere Management die Strategie kennt und weiß, welche Maßnahmen notwendig sind, um die Unternehmensziele zu erreichen, sondern dass alle Mitarbeiter die Strategie kennen und aktiv an der Realisierung mitarbeiten.

„Organisationen, bei denen jeder einzelne Mitarbeiter zur Umsetzung der Strategie beitragen soll, müssen ihre langfristige Strategie und ihre Vision, festgelegt in der Balanced Scorecard,

¹¹⁶ KAPLAN/NORTON haben die Erfahrung gemacht, dass das Management von Unternehmen häufig keine vollkommene Einigkeit über die Wichtigkeit ihrer strategischen Ziele hat und dass der Balanced-Scorecard-Prozess dazu beiträgt, einen Konsens zu erzielen. Die Erreichung der gemeinsam entwickelten Ziele bietet einen Rahmen für wichtige teamorientierte Managementprozesse (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 12).

¹¹⁷ KAPLAN/NORTON gehen davon aus, dass ein ‚Double-Loop-Effekt‘ dann auftritt, *„...wenn Manager Voraussetzungen in Frage stellen und überlegen, ob die Annahmen, nach denen sie bisher gehandelt haben, unter den jetzigen Voraussetzungen, Beobachtungen und Erfahrungen noch aufrechterhalten werden können.“* (Kaplan/Norton 1997, S. 16f.).

mit ihren Mitarbeitern teilen und sie aktiv dazu ermuntern, Vorschläge zur Erfüllung der Vision bzw. Strategie zu machen.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 192).

Darüber hinaus sollten auch wichtige externe Geschäftspartner über die Strategie informiert werden. Durch den BSC-Prozess, der Mitarbeitern sowohl die Unternehmensstrategie als auch die zu ihrer Erreichung notwendigen Maßnahmen vermittelt, können die Mitarbeiter erkennen, welchen Anteil ihre Handlungen auf die Zielerreichung des Unternehmens haben. Um die Orientierung des gesamten Unternehmens an einer gemeinsamen Vision zu erreichen, ist es notwendig, Mitarbeiter durch Kommunikations- und Weiterbildungsprogramme in die Lage zu versetzen, *„... die Strategie und das notwendige Verhalten zur Erreichung der Zielsetzung zu begreifen.“* (Kaplan/Norton 1997, S. 193). Durch die Vermittlung der Strategie und ihre Verknüpfung mit den individuellen Zielvorgaben kann die BSC eine gute Voraussetzung für ein gemeinsames Verständnis und Engagement bei allen Mitarbeitern darstellen. Alle Mitarbeiter werden aktiv in den Prozess einbezogen, ihr Feedback wird eingefordert und sie können ihren Teil zur Umsetzung und Formulierung der Strategie beitragen (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 192). Dieses Vorgehen stärkt die Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen. Die aktive Kommunikation des Managements mit den Mitarbeitern ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Realisierung der vereinbarten Maßnahmen. KAPLAN/NORTON sehen die Notwendigkeit, die Kommunikation mit Mitarbeitern über die Vision und Strategie des Unternehmens wie eine interne Marketing-Kampagne zu betrachten, um Bewusstsein zu schaffen und Verhalten zu beeinflussen. Das Kommunikationsprogramm sollte sowohl umfassend als auch fortlaufend sein, um Mitarbeiter über den Prozess zu informieren (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 195). Zusätzlich zu persönlichen Informationsveranstaltungen können Strategiebroschüren und Aushänge Möglichkeiten darstellen, die Unternehmensstrategie und die Zielsetzungen der BSC zu kommunizieren und im Bewusstsein der Mitarbeiter zu verankern (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 195 f.).

NIVEN stellt basierend auf den Erfahrungen seiner Unternehmensberatungspraxis die zehn größten Erfolgshindernisse bei der Implementierung einer BSC zusammen:

- 1) Mangelnde Unterstützung durch die oberste Managementebene
- 2) Zu wenig Schulung im Vorfeld
- 3) Keine Strategie
- 4) Fehlen von Leitziele für das Balanced-Scorecard-Programm
- 5) Schlechtes Timing
- 6) Inkonsistente Managementpraxis
- 7) Keine neuen Kennzahlen
- 8) Keine einheitliche Begrifflichkeit
- 9) Fehlende Kaskadierung¹¹⁸
- 10) Zu frühe Verknüpfung mit den Managementprozessen.

(Niven 2003, S. 422 ff.).

Die Nummerierung stellt eine Hierarchie der Erfolgshindernisse dar.

NIVEN weist darüber hinaus darauf hin, dass externe Unterstützung für die Entwicklung und die Implementierung der BSC sinnvoll sein kann, weil Beratungsunternehmen über die nötige Erfahrung und bewährte Methoden verfügen. Darüber hinaus bieten sie Objektivität, und häufig wird eine von externen Beratern entwickelte BSC von der Unternehmensleitung höher bewertet, weil sie eine höhere Glaubwürdigkeit erreicht als eine unternehmensintern entwickelte BSC (vgl. Niven 2003, S. 429). Bei der Entscheidung für den Einsatz eines Beratungsunternehmens ist auch die Bewertung durch die Mitarbeiter zu beachten, die u. U. anders ausfallen kann als die Bewertung der Unternehmensleitung. Mitarbeiter kritisieren häufig die den Beratern fehlende Kenntnis der firmenspezifischen Bedingungen, mit der

¹¹⁸ NIVEN definiert Kaskadierung als „...die systematische Entwicklung von Balanced Scorecards auf allen unteren Ebenen. Bildhaft gesprochen pflanzt sich die Scorecard wasserfallartig von Ebene zu Ebene fort, das heißt, sie wird von der Balanced Scorecard an der Spitze der Organisation auf alle nachrangigen Abteilungen ,heruntergebrochen‘.“ (Niven 2003, S. 272).

Folge, dass sie das Ergebnis des Beratungsprozesses ablehnen (vgl. Niven 2003, S. 429).

II. Finanzperspektive

1. Bedeutung der Finanzperspektive für die BSC

Die BSC verbindet durch finanzwirtschaftliche Kennzahlen alle Geschäftseinheiten des ganzen Unternehmens miteinander. Die Finanzperspektive bildet die Leitperspektive der BSC. KAPLAN/NORTON berichten von Kritikern, die die Aufnahme finanzwirtschaftlicher Zielkomponenten in einer BSC als langfristige Leistungstreiber in Frage stellen und den Managern raten,

„... sich auf höhere Kundenzufriedenheit, Durchlaufzeiten sowie Weiterbildung der Mitarbeiter und Motivation zu konzentrieren. Die Theorie besagt, daß wenn Unternehmen ihre operativen Prozesse verbessern, die Zahlen von ganz alleine stimmen.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 30 f.).

KAPLAN/NORTON entgegnen

„... periodische Ergebnisrechnungen und finanzielle Kennzahlen müssen Führungskräfte auch weiterhin daran erinnern, daß Verbesserungen in Qualität, Reaktionszeiten, Produktivität sowie Produktentwicklung Wege zum Ziel sind, nicht jedoch das Ziel selbst.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 32).

MÜLLER kritisiert die Vorrangstellung der Finanzperspektive und kommt zu dem Ergebnis, dass hohe Kundenzufriedenheit einer der aussagekräftigsten Indikatoren für die Zukunft eines Unternehmens ist und zufriedene Kunden dem Unternehmen einen künftigen Cash-Flow sichern (vgl. Müller 2002, S. 201 f.).

Jede Scorecard verwendet finanzwirtschaftliche Ziele in Bezug auf Rentabilität, Vermögenserträge und Ergebnisverbesserung. Die Finanzperspektive der meisten Unternehmungen weist folgende Kennzahlen aus:¹¹⁹

Return on Investment (ROI)	$\frac{\text{Betriebsergebnis}}{\text{Gesamtkapital}}$ (betriebsbedingt)	* 100
-----------------------------------	---	-------

„Der ROI gibt vor und nach Steuern an, wieviel ordentlicher Eigenkapitalzuwachs durch das überlassene Vermögen insgesamt erwirtschaftet werden konnte.“

(Reichmann 2001, S. 94).

Umsatzrentabilität	$\frac{\text{Betriebsergebnis}}{\text{Umsatz}}$	* 100
---------------------------	---	-------

„Die Umsatzrentabilität gibt an, wieviel betriebsbedingter Gewinn je Einheit Umsatz erzielt wird. Es handelt sich um die Gewinnspanne des Unternehmens.“

(Reichmann 2001, S. 95).

Liquide Mittel	Anfangsbestand an liquiden Mitteln + Gesamt-Einzahlungen ./.Gesamt-Auszahlungen
-----------------------	---

„Die absolute Zahl „Liquide Mittel“ gibt den Betrag an Geld und geldnahen Beständen an, den die Unternehmung aus ihrer vorgelagerten betriebsbedingten und betriebsfremden Ertrags- und Aufwandsplanung ableitet.“

(Reichmann 2001, S. 95).

¹¹⁹ Eine Detaildarstellung weiterer Kennzahlen findet sich bei REICHMANN und GLADEN (vgl. Reichmann 2001 und Gladen 2003).

Cash-Flow (überschlägig)	Jahresüberschuss/Jahresfehlbetrag + Abschreibungen +/-/. Veränderungen der Rückstellungen
---------------------------------	---

„Die Zahl gibt an, in welchem Umfang die Unternehmung aus eigener Kraft, d. h. ohne auf Dritte angewiesen zu sein, durch ihre betriebliche Umsatztätigkeit finanzielle Mittel erwirtschaften kann bzw. bei rückschauender Betrachtung erwirtschaften konnte.“

(Reichmann 2001, S. 37).

Die in den einzelnen Perspektiven erarbeiteten Ursachen-Wirkungs-Ketten und die gewählten Kennzahlen sollen zur Verbesserung der finanziellen Leistung führen. Die BSC spiegelt somit die Strategie der Organisation wider und beginnt mit den langfristigen finanzwirtschaftlichen Zielen. Diese finanzwirtschaftlichen Ziele werden durch die Konkretisierung finanzwirtschaftlicher Prozesse, Kundenprozesse, interner Prozesse und der Prozesse der Lern- und Entwicklungsperspektive verbunden und sollen den ökonomischen Erfolg sicherstellen. Im Vordergrund der strategischen Überlegungen können Umsatzwachstum, Produktivitätsverbesserung, Kostensenkung, Optimierung der Anlagennutzung und Risikovermeidung stehen. Diese strategischen Themen werden mit allen Scorecard-Perspektiven verknüpft (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 60).

Finanzwirtschaftliche Ziele differieren abhängig von der Lebenszyklusphase der Geschäftseinheiten einer Organisation. Die Lebenszyklusphasen werden unterschieden in:

- Einführungsphase
- Wachstumsphase
- Reifephase
- Ernte- oder Sättigungsphase.

(vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 47, vgl. Heinen 1991, S. 681).

Die Einführungsphase eines Produktes kann geprägt sein durch niedrige Einführungspreise. Kommunikations- und Produktgestaltungsaufwand stehen neben der Erreichung einer hohen Distributionsdichte im Mittelpunkt. Diese Phase ist in der Regel geprägt durch hohe Forschungs- und Entwicklungskosten, Auf- und Ausbau von Produktionsstätten, Investitionskosten in Maschinen usw. und führt somit in der Regel zu negativen Deckungsbeiträgen.

Die Wachstumsphase ist gekennzeichnet durch einen steigenden Marktanteil und durch hohe Nachfrage. Der Preis für Produkte oder Dienstleistungen kann abweichend vom Einführungspreis erhöht und die Höhe der Kosten für Marketingaktivitäten normalisiert werden. Das Ziel dieser Phase besteht im Ergebniswachstum.

In der Reifephase erlangt das Produkt oder die Dienstleistung den Höhepunkt des ökonomischen Erfolges. In dieser Phase wird erwartet, dass der Marktanteil gehalten bzw. weiter ausgebaut werden kann. Das finanzwirtschaftliche Ziel ist auf Rentabilität ausgerichtet und wird durch Kennzahlen wie ‚Betriebsergebnis‘ oder ‚Deckungsbeitrag‘ ausgedrückt.

Unternehmen, die sich in der Ernte- oder Sättigungsphase befinden, erwarten den Rückfluss der durchgeführten Investitionen. Diese Unternehmen führen nur klare Investmentprojekte mit einer kurzen Amortisationszeit durch. Das Hauptziel dieser Phase besteht in der Maximierung des Operating Cash-Flows (vor Abschreibungen) und der Senkung des benötigten Nettoumlaufvermögens (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 47 f., vgl. Reichmann 2001, S. 495).

Die folgende Abbildung zeigt den Zusammenhang der einzelnen Lebenszyklusphasen, die oft über Jahrzehnte hinweg verlaufen, und den damit verbundenen strategischen Themen.

		Strategische Themen		
		Ertragswachstum und -mix	Kostensenkung/ Produktivitäts- verbesserung	Nutzung von Vermögenswerten
Geschäftseinheitsstrategie	Wachstum	Umsatzwachstumsrate pro Segment Prozent der Erträge aus neuen Produkten, Dienstleistungen und Kunden	Ertrag/Mitarbeiter	Investition (in % des Umsatzes) F/E (in % des Umsatzes)
	Reife	Anteil an Zielkunden Cross-Selling Prozentuale Erträge aus neuen Anwendungen Rentabilität von Kunden und Produktlinie	Kosten des Unternehmens vs. Kosten bei der Konkurrenz Kostensenkungssätze Indirekte Kosten (Verkauf in Prozent)	Kennzahlen für das Working Capital (Cash-to-Cash-Cycle) ¹²⁰ ROCE pro Hauptvermögenskategorien Anlagennutzungsrate
	Ernte	Rentabilität von Kunden und Produktlinie Prozentzahl der unrentablen Kunden	Einheitskosten (pro Outputeinheit, pro Transaktion)	Amortisation Durchsatz

Abb. F-2: Messung/Bewertung strategischer finanzwirtschaftlicher Themen
Quelle: Kaplan/Norton 1997, S. 50

Die finanzwirtschaftlichen Ziele einer Unternehmung sollten mindestens jährlich überprüft und die Strategie ggf. angepasst werden.

2. Bedeutung der Finanzperspektive für Alten- und Pflegeeinrichtungen

Alten- und Pflegeeinrichtungen befinden sich im Wettbewerb. Die Wirtschaftlichkeit kann langfristig nur gesichert werden, wenn der Marktpreis die Kosten der Alten- und Pflegeeinrichtung deckt. Gemäß § 29 SGB XI müssen die Leistungen einer Alten- und Pflegeeinrichtung wirksam und wirtschaftlich erbracht werden und dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Die Pflegesätze, die in drei Pflegeklassen aufzuteilen sind, müssen leistungsgerecht sein und der Alten- und Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu

¹²⁰ Eine Kennzahl für die Effizienz des Working-Capitals stellt der Cash-to-Cash-Cycle dar, die Zeitspanne, die benötigt wird, um Zahlungen an Zulieferer in Bareinnahmen von Kunden umzuwandeln (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 57).

erfüllen (vgl. § 84 Abs. 2 SGB XI). Um der Forderung nach wirtschaftlicher Betriebsführung gerecht zu werden, ist eine genaue Analyse der Kosten und Erlöse notwendig. Auf dieser Grundlage ist das Jahresbudget aufzustellen und im Rahmen des internen Berichtswesens die Einhaltung des Budgets monatlich zu kontrollieren, ggf. Abweichungen zu analysieren und Gegensteuerungsmaßnahmen einzuleiten.

Die Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Pflegeeinrichtungen (Pflege-Buchführungsverordnung – PBV) trifft Aussagen zu den Rechnungs- und Buchführungspflichten der Pflegeeinrichtungen nach den Regeln der kaufmännischen doppelten Buchführung. Darüber hinaus wird eine Kosten- und Leistungsrechnung gefordert, die eine betriebsinterne Steuerung und Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit ermöglicht (vgl. § 7 PBV).

Die Einhaltung dieser gesetzlichen Bestimmungen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit einer Alten- und Pflegeeinrichtung erfordert ein geeignetes Steuerungsinstrument. Nach KAPLAN und NORTON ist die BSC für den Einsatz in Non-Profit-Organisationen geeignet (Kaplan/Norton 1997, S. 173 f.).¹²¹ Das Zielsystem von NPOs ist sehr komplex. Im Gegensatz zu erwerbswirtschaftlichen Unternehmungen, die in aller Regel ein monetäres Oberziel verfolgen, wird in der Literatur vielfach diskutiert, die Perspektiven für NPOs zu modifizieren und die Mission als fünfte Perspektive an die Hierarchiespitze der BSC zu setzen. Im NPO-Bereich gibt die Mission der Strategie einen Bezugsrahmen. Auf Grund der bereits dargestellten Veränderungen im Bereich der Alten- und Pflegeeinrichtungen kommt der Finanzperspektive allerdings eine bedeutende Rolle zu, so dass im Rahmen der BSC-Erstellung die Finanzperspektive die führende Perspektive darstellt. Die Kennzahlen jeder gewählten Perspektive, als Teil einer Ursache-Wirkungskette, enden in einem finanzwirtschaftlichen Ziel. Die Oberziele der

¹²¹ Der Begriff ‚Non-Profit-Organisation‘ wird oft mit dem Verständnis verbunden, dass diese Organisationen keinen Gewinn durch ihre betriebliche Tätigkeit erzielen dürfen. Unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ist diese Auffassung falsch, da eine Unternehmung zur Aufrechterhaltung der betrieblichen Tätigkeit Gewinne erwirtschaften muss, um Investitionen tätigen zu können. Unter dem Gesichtspunkt der Gemeinnützigkeit von ‚Non-Profit-Organisation‘ verbleiben diese Überschüsse jedoch im Unternehmen und müssen zeitnah verwendet werden (vgl. Horak 1995, S. 600).

Finanzperspektive in Alten- und Pflegeeinrichtungen bestehen in der Erreichung eines mindestens ausgeglichenen Betriebsergebnisses, dem Liquiditätserhalt sowie der Substanzsicherung.

III. Kundenperspektive

1. Bedeutung der Kundenperspektive

In der Kundenperspektive werden das Unternehmen und seine Leistungen aus der Sicht der Kunden betrachtet. Ziel der Überlegungen ist es, die Kunden- und Marktsegmente zu identifizieren, in denen das Unternehmen konkurrenzfähige Leistungen vermarkten will. In der Kundenperspektive werden

„... die Hauptergebniskennzahlen: Kundenzufriedenheit, -treue, -erhaltung, -akquisition und -rentabilität den Zielkunden und Marktsegmenten zugeordnet.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 62).

Die Bewertung der Produkte und Dienstleistungen eines Unternehmens aus Kundensicht ermöglicht es Unternehmen, die auf die Optimierung interner Prozesse ausgerichtet sind, Kundenwünsche besser zu verstehen und das Produkt- und Dienstleistungsangebot darauf auszurichten. KAPLAN/NORTON bestätigen, dass sich der Schwerpunkt der meisten Unternehmen mehr und mehr nach außen verlagert und ihre Unternehmensvisionen verstärkt Ziele enthalten, die aus der Kundenperspektive formuliert sind. Als Beispiele werden genannt *„... die Nummer 1 in der Wertschöpfung für die Kunden.“* oder *„... der Hauptlieferant für die Kunden...“* (Kaplan/Norton 1997, S. 62) zu werden. Um langfristig gute finanzwirtschaftliche Leistungen zu erbringen, muss die Unternehmensvision in markt- und kundenbezogene Ziele übersetzt werden. Der Prozess der Kennzahlenentwicklung für die Kundenperspektive beginnt mit der Identifikation der Marktsegmente, für die

das Unternehmen wettbewerbsfähige Produkte oder Dienstleistungen anbieten will.

„Die Identifizierung der Wertangebote für die Zielsegmente ist der Schlüssel zur Entwicklung von Zielen und Kennzahlen für die Kundenperspektive. Deshalb setzt die Kundenperspektive der Scorecard die Unternehmensmission und -strategie in spezifische Ziele in Bezug auf Zielkunden und Marktsegmente um, die dann dem ganzen Unternehmen vermittelt werden können.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 62 f.).

1.1 Marktsegmentierung

Im ersten Schritt müssen die verschiedenen Markt- und Kundensegmente bezüglich ihrer Wünsche und Anforderungen an die Produkte oder Dienstleistungen in Bezug auf Preis, Qualität, Funktionalität, Image und Service erfasst werden. Potenzielle und existierende Kundengruppen sind i. d. R. bezüglich ihrer Produkt- bzw. Dienstleistungserwartung nicht homogen und auch innerhalb dieser Gruppen ist die Homogenität der Anforderungen nicht gegeben. Um eine Marktsegmentierung vornehmen zu können, ist es notwendig, die Kundenbedürfnisse mit Hilfe geeigneter Marktforschungsmethoden besser kennen zu lernen, um basierend darauf Kunden- bzw. Marktsegmente zu bilden, die bezüglich ihrer Anforderungen möglichst homogen sind (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 63). KAPLAN/NORTON weisen darauf hin, dass es zwingend notwendig ist, Zielkundensegmente zu wählen, weil es für Unternehmen nicht möglich ist, Produkte oder Dienstleistungen anzubieten, die von allen potenziellen Kunden als das beste Angebot im Markt bewertet werden.

„Das Herz jeder Strategie ist es, sich nicht nur für etwas zu entscheiden, sondern auch durchaus gegen etwas.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 63).

Nach Identifikation der Zielsegmente im Markt ist die Entwicklung von Zielen und Kennzahlen für dieses Zielsegment der nächste Schritt. Als Kennzahlen werden häufig Kundenzufriedenheit, Marktanteil und Kundentreue verwendet. KAPLAN/NORTON bezeichnen dieses Kennzahlenbündel als „*Kernkennzahlengruppe*“ (Kaplan/Norton 1997, S. 65).

Die Gruppe der Kernkennzahlen umfasst:

- 1) Marktanteil: Umfang des Geschäfts in einem gegebenen Markt
- 2) Kundentreue: Anteil der dauerhaften Kundenbeziehungen
- 3) Kundenakquisition: Anteil der Kunden, die neu gewonnen werden können
- 4) Kundenzufriedenheit: Zufriedenheitsgrad der Kunden anhand spezifischer Leistungskriterien
- 5) Kundenrentabilität: Nettogewinn eines Neukunden unter Berücksichtigung der für diesen Kunden entstandenen Ausgaben.

(vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 66).

Bei diesen Kennzahlen handelt es sich um „*verzögerte Kennzahlen*“ (Kaplan/Norton 1997, S. 82), weil ihre Beurteilung erst dann möglich ist, wenn die Leistung bereits erbracht ist und eine Korrektur nicht mehr möglich ist (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 82). Da diese Kennzahlen darüber hinaus keine Aussage über die Maßnahmen ermöglichen, die notwendig sind, um die Ziele in den ausgewählten Marktsegmenten zu erreichen, muss das Management „... *die Wünsche der Kunden in den Zielsegmenten genau herausarbeiten und dann das Wertangebot wählen, welches ihnen vermittelt werden soll.*“ (Kaplan/Norton 1997, S. 82).

Ergänzend wird ein zweites Kennzahlenbündel entwickelt, das die Leistungstreiber umfasst und die Frage beantwortet, was ein Unternehmen seinen Kunden bieten muss, um ein möglichst hohes Maß an Kundenzufriedenheit, -treue und einen möglichst hohen Marktanteil zu erreichen. KAPLAN/NORTON bezeichnen dieses zweite Bündel als „*Differenziatoren*“ (Kaplan/Norton 1997, S. 65). Die Leistungstreiber-

kennzahlen messen die Wertangebote, die ein Unternehmen seinen Kunden macht.

1.2 Wertangebote an den Kunden

KAPLAN/NORTON definieren Wertangebote an den Kunden als

„... die Aspekte, welche die Lieferfirmen durch ihre Produkte oder Dienstleistungen anbieten, um bei den Kunden der Zielsegmente Treue und Zufriedenheit zu erreichen.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 71).

Obwohl Wertangebote von Branche zu Branche variieren, können sie durch folgende Eigenschaften strukturiert werden:

- **Produkt-/Serviceeigenschaften:** Sie umfassen die Funktionalität des Produktes oder der Dienstleistung, den Preis und die Qualität.
- **Kundenbeziehungen:** Sie umfassen die Lieferung des Produktes oder der Dienstleistung an den Kunden, die Lieferzeiten und die Kauf-erfahrung.
- **Image und Reputation:** Sie umfassen die immateriellen Faktoren, die ein Unternehmen für den Kunden attraktiv machen.

(vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 71 f.).

Leistungstreiber für die Kundenzufriedenheit sind Zeit, Qualität und Preis (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 83 ff.). Während die Fähigkeit eines Unternehmens, schnell auf Kundenwünsche reagieren zu können, weiterhin einen entscheidenden Wettbewerbsfaktor darstellt, ist Qualität *„... zu einem Hygienefaktor geworden.“* (Kaplan/Norton 1997, S. 84). Unternehmen, die keine fehlerfreien Produkte oder Dienstleistungen garantieren können, sind langfristig keine Wettbewerber, die ihren Marktanteil halten oder ausbauen können. Exzellente Qualität kann allerdings in einigen Branchen oder Marktsegmenten weiterhin eine Möglichkeit sein, sich von den Wettbewerbern abzuheben (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 84). Während die

Qualitätsbeurteilung eines Produkts leicht möglich ist und die Unternehmen i. d. R. wissen, nach welchen Kriterien ihre Kunden die Produktqualität bewerten, sind die Kriterien, die für die Bewertung von Dienstleistungen verwendet werden, häufig von Kunde zu Kunde unterschiedlich. Vor diesem Hintergrund ist es für Dienstleistungsunternehmen besonders wichtig, die Kriterien zu kennen, anhand deren ihre Kunden eine Dienstleistung bewerten. Aus diesen Kriterien können Qualitätskennzahlen entwickelt werden, die in die Kundenperspektive aufgenommen werden müssen.

2. Bedeutung der Kundenperspektive für Alten- und Pflegeeinrichtungen

Die Kundenperspektive ist für eine Alten- und Pflegeeinrichtung ebenso bedeutsam wie für privatwirtschaftliche Unternehmen. Nur wenn es der Alten- und Pflegeeinrichtung gelingt, ihre Zielgruppe mit einem geeigneten Wertangebot anzusprechen, das sowohl die kostendeckende Bereitstellung der Dienstleistung ermöglicht als auch die von der Zielgruppe erwartete Dienstleistungsqualität und Preisstellung in einer Weise bietet, die den Angeboten der Wettbewerber überlegen ist, wird die Dienstleistungsnachfrage ausreichen, um die Bettenkapazität der Einrichtung auszulasten. Die Besonderheit bei Alten- und Pflegeeinrichtungen besteht darin, dass die Kunden, d. h. die Bewohner von heute und morgen, nicht immer identisch sind mit den Kunden, die die Entscheidung für die Auswahl der Alten- und Pflegeeinrichtung treffen. Die Entscheidung für die Auswahl einer Alten- und Pflegeeinrichtung wird häufig von Angehörigen, die anstelle ihrer pflegebedürftigen Angehörigen handeln, getroffen. Die Entscheidung für die Umsiedlung in eine Alten- und Pflegeeinrichtung erfolgt immer häufiger als Notfallreaktion, wenn eine selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich ist, oder im direkten Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (vgl. Mayring/Saup 1990, S. 79 f.). Vor diesem Hintergrund steht i. d. R. wenig Zeit für die Informationssammlung und den Entscheidungsprozess für eine bestimmte Alten- und Pflegeeinrichtung zur Verfügung. Als Entscheidungs-

kriterium wird häufig ergänzend zu der Bewertung der baulichen Ausstattung der Einrichtung und der Kosten für die Betreuung der Ruf der Alten- und Pflegeeinrichtung in die Entscheidungsfindung mit einbezogen. Der Ruf, das Image einer Alten- und Pflegeeinrichtung, ist für die Entscheidungsfindung von hoher Bedeutung, da die Dienstleistungsqualität häufig nicht beurteilt werden kann.¹²² Das Image kann Vertrauen und Sympathie vermitteln und auf diese Weise die Entscheidung maßgeblich beeinflussen (vgl. Demuth 1994, S. 27).

Die Kundenperspektive von Alten- und Pflegeeinrichtungen sollte daher sowohl die Bewohner- als auch die Angehörigenzufriedenheit beinhalten, da beide Gruppen die Qualität der Dienstleistung bewerten und durch ihre Kommunikation mit der Öffentlichkeit das Unternehmensimage prägen und die zukünftige Belegung beeinflussen können. Um die Kundenzufriedenheit zu ermitteln, ist es für Alten- und Pflegeeinrichtungen notwendig, sowohl Bewohner- als auch Angehörigenbefragungen durchzuführen.

Darüber hinaus stellt der Medizinische Dienst der Krankenkassen eine Kundengruppe dar, die regelmäßig Prüfungen der Pflegequalität durchführt.

Qualitätsprüfungen werden nach § 115 SGB XI und § 118 SGB XI vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen und durch Sachverständige, die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellt werden, durchgeführt. Die Ergebnisse werden den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und den zuständigen Landesministerien vorgelegt (vgl. § 118 Abs. 4 SGB XI). Gegenüber Dritten sind die Prüfer und die Empfänger der Daten zu Verschwiegenheit verpflichtet (vgl. § 115 SGB XI). Der Prüfbericht ist erstmalig im Jahr 2003 veröffentlicht worden und wird alle drei Jahre aktualisiert (vgl. § 117 SGB XI). Der Prüfbericht, der nur generelle Aussagen über den Stand der Entwicklung der Pflegequalität gibt, stellt daher keine

¹²² Nach DEMUTH ist das Image eines Unternehmens das Ergebnis der Kommunikation, die das Unternehmen mit der Öffentlichkeit führt. „Durch gezielte, offene Kommunikation mit Lieferanten, Kunden und relevanten Gruppen der Öffentlichkeit läßt sich vor allem das auf Informationen basierende Vertrauen aufbauen, das in Krisenzeiten entscheidend zum Überleben eines Unternehmens beiträgt.“ (Demuth 1994, S. 27).

Entscheidungshilfe für die konkrete Auswahl einer Alten- und Pflegeeinrichtung dar.¹²³

Auch ROTH, der im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Expertise zum Thema ‚Qualität in Pflegeheimen‘ erstellt hat, kommt zu dem Ergebnis, dass die fehlende Veröffentlichung der Qualitätsprüfungen zu einem „... *wenig transparenten Pflegemarkt*.“ (Roth 2002, S. 3) führt.

Aus der Gruppe der von KAPLAN/NORTON entwickelten Kernkennzahlen der Kundenperspektive sind für Alten- und Pflegeeinrichtungen neben der Kundentreue, der Kundenakquisition und der Kundenzufriedenheit die Kundenrentabilität wichtige Kennzahlen. Da Alten- und Pflegeeinrichtungen ein i. d. R. über längere Zeit konstantes Bettenangebot vorhalten und eine Ausweitung des Angebots häufig kein angestrebtes Ziel ist, wird der Marktanteil nicht als Kennzahl verwendet. Um den Marktanteil bestimmen zu können, ist es zunächst notwendig, das relevante Marktsegment zu definieren. Das relevante Marktsegment ist begrenzt durch regionale Faktoren, da Bewohner und Angehörige häufig die Nähe zum ehemaligen Wohnort als Entscheidungskriterium für die Auswahl einer Einrichtung einbeziehen. Anstelle des Marktanteils kann die Auslastungsquote als Kennzahl der Finanzperspektive in die Balanced Scorecard einbezogen werden. Die Auslastungsquote ist ein Indikator für die Akzeptanz des Angebotes einer Alten- und Pflegeeinrichtung in der Region und ermöglicht zusätzlich eine Aussage über den finanziellen Erfolg der Einrichtung.

¹²³ Der Prüfbericht „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege – 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI“ wird im Internet veröffentlicht (vgl. MDKN 2003).

IV. Interne Prozessperspektive

1. Bedeutung des Prozessmanagements

Prozessmanagement als ein Instrument der Unternehmensführung richtet alle Prozesse auf das Ziel der Kundenzufriedenheit und der Zufriedenheit der Anteilseigner aus. Ziele und Kennzahlen dieser Perspektive, die sich mit der Fragestellung beschäftigen, wie Geschäftsprozesse gestaltet werden müssen, um die Kunden optimal zu befriedigen, werden grundsätzlich im Anschluss an die Finanz- und Kundenperspektive formuliert. Diese Abfolge garantiert die Konzentration auf die Messgrößen der internen Geschäftsprozesse, die die formulierten Ziele der Kunden und Anteilseigner befriedigen. Herkömmliche Performance-Measurement-Systeme fokussieren ihre Bemühungen auf die Optimierung bestehender Geschäftsprozesse und die Steuerung anhand finanzwirtschaftlicher Kennzahlen. Im Prozess der Balanced Scorecard steht zunächst die Erarbeitung einer vollständigen Wertschöpfungskette der internen Geschäftsprozesse im Vordergrund. Die Wertschöpfungskette beginnt mit dem Innovationsprozess, indem Kundenwünsche identifiziert und neue Produkte und Dienstleistungen entwickelt werden. Im Betriebsprozess werden vorhandene Produkte und Dienstleistungen den existierenden Kunden angeboten. Die Wertschöpfungskette endet mit dem Kundendienstprozess. Dem Kunden werden im Anschluss an den Produktkauf weitergehende Dienstleistungen, wie z. B. Wartung, Reparaturen, zuverlässige Garantie- und Serviceleistungen angeboten, die den Kundennutzen erhöhen (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 89 f.).

Die folgende Abbildung zeigt die drei Hauptgeschäftsprozesse der internen Prozessperspektive.

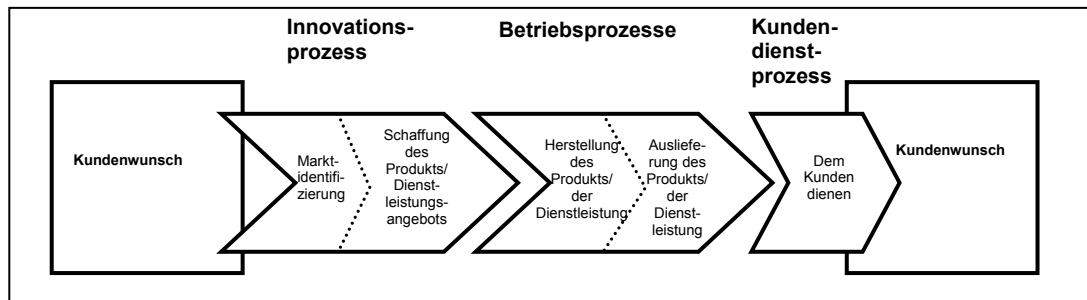


Abb. F-3: Die interne Prozessperspektive – das generische Wertkettenmodell
Quelle: Kaplan/Norton 1997, S. 93

Viele Unternehmen geraten in wirtschaftliche Schwierigkeiten, die Erwartungen der Anteilseigner können nicht befriedigt werden. Den höchsten Stellenwert für den Unternehmenserfolg sehen die Unternehmer in der Ausrichtung des Unternehmens auf die richtige Wettbewerbsstrategie, d. h. auf Entscheidungen über die Produktpalette und das Marktsegment. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass diese Wettbewerbsstrategie kein Garant für den Erfolg am Markt ist, da sowohl die Kunden weltweit einheitliche Produkte verlangen als auch alle Anbieter konsequent an diesen Kundenbedürfnissen arbeiten. Produktdifferenzierungen sind für den Kunden oftmals nicht zu erkennen. Überdurchschnittlich erfolgreiche Unternehmen haben erkannt, dass Veränderungen in den Strukturen zum Erfolg führen. Die Aufgabe des Managements besteht in der Koordination der Arbeitsteilung. Im operativen Tagesgeschäft sind die Prozesse auf die wertschöpfenden Aktivitäten hin zu untersuchen und umzustrukturieren und an den Kundenbedürfnissen zu orientieren. Unternehmen, die sich für den Weg der Prozesszentrierung entscheiden, müssen vier Schritte beachten:

- Identifikation der speziellen Geschäftsprozesse
- Verbreitung und gleichzeitige Bewusstseinschärfung für den Unternehmenserfolg bei allen Mitarbeitern
- Prozessmessung anhand wesentlicher Messgrößen
- Prozessmanagement – kontinuierliche Prozessverbesserungen durch die aktive Steuerung der Prozesse.

(vgl. Hammer 1996, S. 30 f.).

Der Begriff ‚Prozess‘ - ‚procedere‘ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet ‚hervortreten‘, ‚auftreten‘, ‚vorwärts bringen‘ (vgl. Gabler Wirtschaftslexikon 1984, S. 885). Nach GAITANIDES sind Prozesse „... *inhaltlich abgeschlossene Erfüllungsvorgänge, die in einem logischen inneren Zusammenhang stehen.*“ (Gaitanides 1983, S. 65).

HAMMER vergleicht den Unterschied zwischen einem Prozess mit seinen Einzelaufgaben mit einem Endprodukt und den dazugehörigen Einzelteilen. Während eine Aufgabe oder Arbeitsgang von einer Person erledigt werden kann, ist ein Prozess „... *eine Gruppe verwandter Aufgaben, die zusammen für den Kunden ein Ergebnis von Wert ergeben.*“ (Hammer 1996, S. 21). Erst die Kombination der Einzelaktivitäten schafft Wertschöpfung für das Unternehmen (vgl. Hammer 1996, S. 21).

Erfolgreiche Unternehmen beziehen in ihre Strategie den Prozessmanagementgedanken ein. Nach GAITANIDES/SCHOLZ/VROHLINGS umfasst Prozessmanagement

„... planerische, organisatorische und kontrollierende Maßnahmen zur zielorientierten Steuerung der Wertschöpfungskette eines Unternehmens hinsichtlich Qualität, Zeit, Kosten und Kundenzufriedenheit.“

(Gaitanides/Scholz/Vrohling 1994, S. 3).

Denken in Prozessen hat sich erstmals im Bereich der Informatik etabliert. Die zentrale Bestrebung im Bereich des ‚Informationsmanagements‘ ist es, alle Abteilungen mit relevanten Informationen in Bezug auf die strategischen Zielsetzungen zu versorgen und gleichzeitig an der kontinuierlichen Verbesserung zu arbeiten. Parallel zum Informatikbereich haben Qualitätsmanager ihr Interesse am Prozessmanagement, das die Grundlage für Total-Quality-Management bildet, entdeckt. Im Mittelpunkt der Prozessorientierung steht die Neuordnung der Kompetenzen, Verantwortungen und Aufgaben. Mit Prozessmanagement wird der Wandel eines Unternehmens eingeleitet, das bedeutet, dass es sich nicht um die Konzentration auf einen Rationalisierungsansatz handelt.

Der Begriff ‚Prozessmanagement‘ ist nicht eindeutig definiert, hierunter werden die Geschäftsprozessoptimierung, das Business Process Reengineering und die Prozessorganisation verstanden.

Unter Prozessoptimierung verstehen GREILING/HOFSTETTER

„... eine zielgerichtete, von einem Prozessteam durchgeführte Methode mit Prozesscharakter, die zur Optimierung bzw. Verbesserung von Geschäftsprozessen anhand der Parameter Qualität, Kosten und Zeit dient.“

(Greiling/Hofstetter 2002, S. 33).

Prozesse sind bereichsübergreifend, ihre Wirtschaftlichkeit kann in der Fertigung durch automatische Prozesssteuerung erhöht werden. Manuelle Arbeiten, z. B. im Verwaltungsbereich, werden durch den Einsatz des Workflow-Managements optimiert.¹²⁴ Die Geschäftsprozessoptimierung verändert nicht die funktionalen Strukturen im Unternehmen, Effizienzverbesserungen können erreicht werden, jedoch keine Effektivitäts- und Flexibilisierungsverbesserungen (vgl. Gaitanides/Scholz/Vrohling 1994, S. 4).

HAMMER/CHAMPY definieren ‚Business Process Reengineering‘ als

„... fundamentales Überdenken und radikales Redesign von Unternehmen oder wesentlichen Unternehmensprozessen. Das Resultat sind Verbesserungen um Größenordnungen in entscheidenden, heute wichtigen und messbaren Leistungsgrößen in den Bereichen Kosten, Qualität, Service und Zeit.“
(Hammer/Champy 1994, S. 49).

Das Reengineering erneuert gezielt Strukturen und Abläufe, um die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens tiefgreifend zu verbessern. Am Anfang

¹²⁴ Unter Workflow-Management wird eine automatisierte Verteilung aller Vorgänge an die zuständigen Sachbearbeiter verstanden (vgl. Gaitanides/Scholz/Vrohling 1994, S. 4). Workflowmanagementsysteme sind *„... Softwaresysteme, deren Kernaufgabe die Unterstützung betrieblicher Prozessabläufe durch die Koordination von Aktivitäten, Anwendungen, Daten und prozessbeteiligten Personen ist.“* (Mühlen/Hansmann 2005, S. 373).

der prozessorientierten Reorganisation steht die Definition der Kernprodukte und die hierfür erforderlichen aus den Unternehmenszielen abgeleiteten neuen Idealprozesse. Grundsätzlich sind zwei Fragen zu beantworten: „Tun wir die richtigen Dinge?“ und „Tun wir die Dinge richtig?“ Die erste Frage befasst sich mit der Prozesseffektivität, die zweite mit der Verbesserung der Prozesseffizienz (vgl. Scholz/Vrohling 1994, S. 100).

Im Konzept der Prozessorganisation werden Stellen, Abteilungen und Bereiche eines Unternehmens entsprechend den identifizierten Aktivitäten im Rahmen einer Ist-Analyse bottom-up gebildet. Eine solche prozessorientierte Aufbauorganisation folgt damit der Wertschöpfungskette und definiert den Prozess als eigenständigen Unternehmensbereich oder Profit-Center (vgl. Gaitanides/Scholz/Vrohling 1994, S. 5). Im Mittelpunkt der Unternehmensbetrachtung stehen die Prozesse, die als Schlüsselprozesse bezeichnet werden und die wesentlichen Aktivitäten eines Unternehmens darstellen und somit strategische Bedeutung besitzen. In der Literatur werden zwei Hypothesen diskutiert:

- Prozesse sind unternehmensspezifisch.
- Prozesse sind idealtypisch.

Die Annahme, dass Prozesse unternehmensspezifisch sind, unterstellt, dass Prozesse in jedem Unternehmen individuell sind und somit nicht vergleichbar. Daraus resultiert auch, dass es weder unternehmensweite noch branchenweite Lösungen zur Prozessgestaltung geben kann. Jedes Unternehmen definiert bottom-up oder top-down alle relevanten Prozessschritte. Nach GAITANIDES/SCHOLZ/VROHLING kommt der Bottom-up-Ansatz zur Bearbeitung von Einzelproblemen, wie z. B. Durchlaufzeiten, in Betracht. Alle mit dem Prozess in Zusammenhang stehenden Einzelprozesse werden analysiert, ggf. mit Benchmarks verglichen und so die Prozesse des gesamten Unternehmens neu strukturiert. Dieser kreative Ansatz birgt die Gefahr, dass unternehmensweite Gestaltungsziele nicht mit einbezogen und Optimallösungen nicht notwendigerweise generiert werden (vgl. Gaitanides/Scholz/Vrohling 1994, S. 6 f.). Im Gegensatz dazu liefert der Top-down-Ansatz klar definierte

Prozesse, die auf theoretischer Basis erarbeitet werden. Dieser Ansatz ist vor dem Hintergrund des hohen Aufwandes und der unternehmensweiten Konsensfähigkeit kritisch zu betrachten (vgl. Gaitanides/Scholz/Vrohling 1994, S. 6 f.).

Die Vermutung, dass Prozesse idealtypisch sind, unterstellt, dass die Rahmenprozesse in allen Unternehmen vergleichbar sind und es nur einer branchenspezifischen Überarbeitung bedarf (vgl. Sommerlatte/Wedekind 1990, S. 30 f.). Die Rahmenprozesse werden im Kontext des Wettbewerbsumfeldes, wie z. B. Preis, Qualität, Leistungsmerkmale und Image konkretisiert. Der Prozess selbst zeichnet sich dann durch Ursachen-Wirkungs-Beziehungen zu den kritischen Erfolgsfaktoren aus. SOMMERLATTE/WEDEKIND bildeten auf dieser Grundlage die folgenden Leistungsprozesse:

- Kundennutzen-Optimierungs-Prozess
- Marktkommunikations-Prozess
- Produkt- und Leistungsbereitstellungs-Prozess
- Logistik- und Service-Prozess
- Auftragsabwicklungs-Prozess
- Rentabilitäts- und Liquiditätssicherungs-Prozess
- Kapazitätssicherungs-Prozess
- Strategieplanungs- und Umsetzungs-Prozess
- Personalplanungs- und Motivations-Prozess.

(vgl. Sommerlatte/Wedekind 1990, S. 30).

Entscheidet sich ein Unternehmen im Reorganisationsprozess für das Konzept dieser idealtypischen Prozesse, werden die vorhandenen Strukturen leichter optimiert. Grundsätzlich ist jedoch zu empfehlen, zunächst die Grobstruktur eines prozessorientierten Unternehmensmodells zu entwerfen, um mit diesem Start gleichzeitig den Prozessgedanken in den Köpfen der Mitarbeiter zu verankern (vgl. Gaitanides/Scholz/Vrohling 1994, S. 6 f.).

Darüber hinaus sind Unternehmen vor dem Hintergrund sich ständig ändernder Einflüsse in Bezug auf Leistungs- und Marktbeziehungen gefordert, den Wandel hin zu einem lernenden Unternehmen zu vollziehen. Das Konzept des organizational Learning drückt aus, dass das Unternehmen seine kritischen Erfolgsfaktoren kennt und versteht, Lernziele und Lernprozesse durch alle Funktionen definiert, Produktivitätsstandards bei den Leistungsprozessen verdeutlicht und aggregierte Leistungsprozesse mit Erfolgsfaktoren in Verbindung setzt und so den wandelnden Anforderungen gewachsen und dadurch erfolgreich ist (vgl. Gaitanides/Scholz/Vrohling 1994, S. 9 f., vgl. Sommerlatte/Wedekind 1990, S. 25).

Prozessmanagement als Instrument der organisatorischen Entwicklung und kundenorientierten Unternehmensführung fördert die

- *„Kontinuierliche Entwicklung der Kernkompetenzen*
- *Ausrichtung der Prozeßleistungen an aktuellen Markterfordernissen*
- *Vitalisierung tradierter Geschäftsstrukturen durch Prozeßorientierung.“*

(Gaitanides/Scholz/Vrohling 1994, S. 11).

Prozessmanagement als kundenorientierte Unternehmensführung trägt dazu bei, Kundenwünsche zu identifizieren und zu befriedigen. Die einzelnen Prozessschritte lassen sich als Kunden/Lieferanten-Beziehungen charakterisieren. Neben den externen Kunden ist auch die jeweils weiterverarbeitende Abteilung als Kunde zu verstehen (vgl. Scholz/Vrohling 1994, S. 22).¹²⁵ Das Total-Quality-Management-Konzept erfordert Prozessorientierung im gesamten Unternehmen und schafft die Voraussetzung für Prozess- und Produktqualität und fördert somit die Kundenzufriedenheit. Neben der Produktqualität ist die Durchlaufzeit, d. h. die Bearbeitungszeit, Transferzeit und Liegezeit, ein entscheidender Wettbewerbsfaktor und Termineinhaltung ein wesentliches Kriterium für

¹²⁵ Ca. 80 % der Organisationsprobleme treten an den Schnittstellen eines Unternehmens auf. Zu den häufigsten Schnittstellenproblemen gehören mangelnde Kommunikation oder unzureichende Information, unzureichende Leistungsvereinbarungen, mangelndes abteilungsübergreifendes Interesse, ungenügende Kenntnisse über Kundenanforderungen sowie fehlendes Kostenbewusstsein (vgl. Ament-Rambow 2001, S. 31).

Kundenzufriedenheit.¹²⁶ Letztendlich muss das Controlling mit Hilfe der Prozesskostenrechnung, die die Informationen aus der Kostenstellen-, Kostenarten- und Kostenträgerrechnung weiterverarbeitet, die Prozesskosten ermitteln und bereitstellen. Hierzu sind auf Basis der Vollkostenrechnung alle direkten Kosten und alle Gemeinkosten verursachungsgerecht dem Prozess zuzuordnen.¹²⁷

Prozessmanagement schafft Transparenz in der Leistungserstellung und macht die Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge beherrschbar. Notwendige Voraussetzung ist die Beschreibung von Prozessebenen, d. h. die Darstellung aller Abläufe auf verschiedenen Aggregationsstufen und die Zusammenführung zur Prozessstruktur.

Unter Prozessstruktur ist

„... somit die hierarchische Darstellung aller am Prozess vorkommenden Aktivitäten zu verstehen. Jede Prozessebene besitzt ihren eigenen spezifischen Detaillierungsgrad.“
(Scholz/Vrohling 1994, S. 39).

Die Transparenz ist sowohl für die Prozessstruktur als auch für die Prozessleistung notwendig. Unter Prozessstrukturtransparenz werden die einzelnen Prozessschritte und deren Verknüpfung dargestellt. Die Prozessleistungstransparenz hingegen bezieht sich auf Kundenzufriedenheit, Qualität, Zeit und Kosten des Prozesses (vgl. Scholz/Vrohling 1994, S. 25). Die folgende Abbildung zeigt abschließend das von GAITANIDES/SCHOLZ/VROHLINGS entwickelte Prozessmanagementkonzept, das die Parameter Qualität, Zeit und Kosten mit dem Ergebnisparameter der Kundenzufriedenheit verbindet (vgl. Gaintanides/Scholz/Vrohling 1994, S. 16).

¹²⁶ Unter Durchlaufzeit ist *„... die Zeit zwischen einem Ereignis, das den Prozess auslöst, bis zur Verfügbarkeit des Produktes bzw. der Dienstleistung für den Kunden zu verstehen.“* (Gaitanides/Scholz/Vrohling 1994, S. 14).

¹²⁷ Zu den Gemeinkosten gehören z. B. die Kosten des Finanz- und Rechnungswesen, der EDV-Abteilung, der Personalabteilung sowie die Kosten vorgelagerter oder unterstützender Bereiche wie z. B. Forschung und Entwicklung, Konstruktion, Arbeitsvorbereitung oder Qualitätssicherung (vgl. Horváth/Partner 1995, S. 137f.).

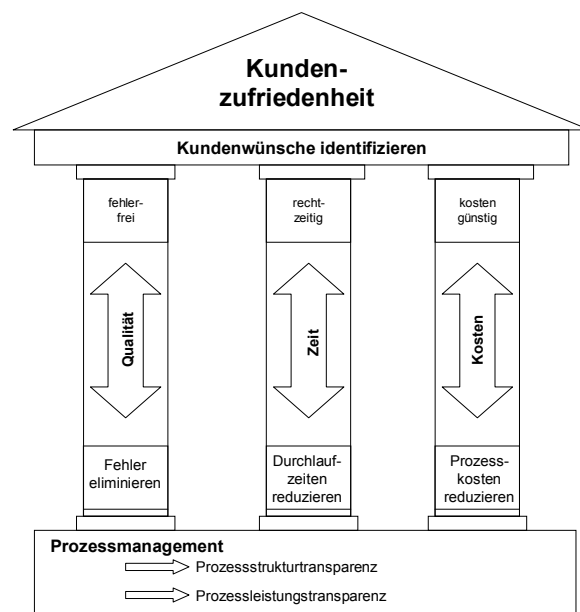


Abb. F-4: Dach und Säulen des Prozessmanagements
Quelle: Gaitanides/Scholz/Vrohling 1994, S. 16

Ein kundenorientiertes Prozessmodell spiegelt die Beziehungen zwischen dem Unternehmen und dem Kunden wider. Die Unternehmensprozesse lassen sich in Support- und Kernleistungen einteilen. Zu den unterstützenden Supportprozessen gehören z. B. Personalmanagement, Finanz- und Rechnungswesen mit all seinen Teilaufgaben, Bereitstellung aller notwendigen Ressourcen und das Informationsmanagement. Die sechs Relationen zwischen Unternehmen und Markt Leistung, Design, Produkt, Angebot, Service und Auftrag bestimmen die Kernprozesse des Unternehmens: Definition des Leistungsangebots, Entwicklung, Herstellung und Vertrieb der Leistung, Leistungserbringung und Auftragsabwicklung. Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht dieses kundenorientierte Unternehmensmodell.

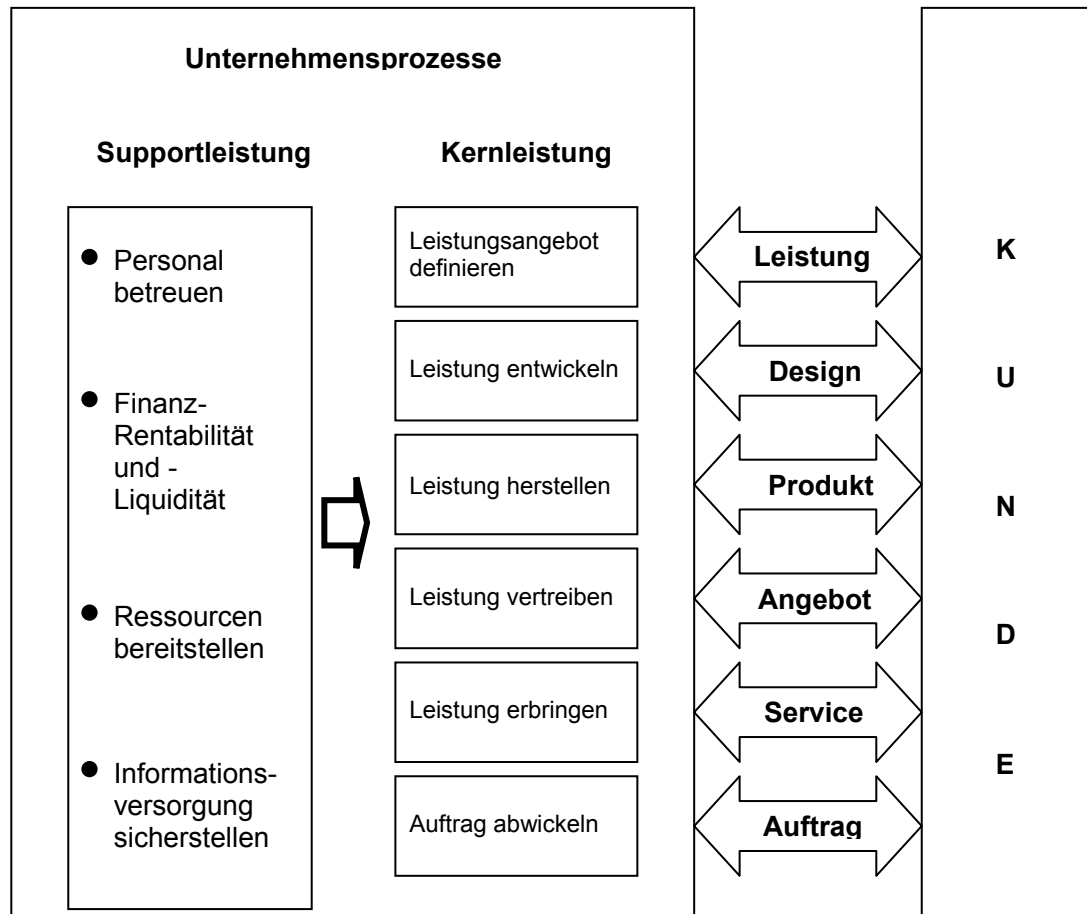


Abb. F-5: Ein kundenorientiertes Unternehmensmodell
Quelle: Gaitanides/Scholz/Vrohling 1994, S. 17

Prozessmanagement steuert alle relevanten Geschäftsprozesse. Die Anwendung von Prozessmanagement versetzt die Organisation in die Lage, die vorhandenen Prozesse zu strukturieren und zu optimieren, die Schnittstellen zu erkennen und zu minimieren, alle Abläufe aufgabengerecht zu steuern, Kennzahlen für einen Soll-Ist-Vergleich zu ermitteln, Prozesskosten festzustellen und die gesamte Organisationsstruktur prozessorientiert zu optimieren (vgl. Franz 1994, S. 238).

2. Bedeutung der Prozessperspektive für Alten- und Pflegeeinrichtungen

Die Prozessorientierung kann in Alten- und Pflegeeinrichtungen zu einer Steigerung der Bewohnerzufriedenheit und der Zufriedenheit der externen Kundengruppen, wie z. B. Angehörige und einweisende Ärzte, führen. Eine konsequente Ausrichtung an den Prozessen kann eine Dienstleistungsqualitätsverbesserung erzielen. In Alten- und Pflegeeinrichtungen lassen sich die Kern- und Supportprozesse in einer Prozesslandschaft darstellen. Eine Prozesslandschaft stellt alle Kernprozesse dar, die für den Kunden erbracht werden, und die unterstützenden Prozesse.¹²⁸ Im Vordergrund steht eine durchgängige Prozesskette, wobei sich der Prozess konsequent am Kunden orientiert. Hinter jeder Prozessbezeichnung muss ein vollständiger Prozessablauf erarbeitet und in der Alten- und Pflegeeinrichtung implementiert werden. Die Identifikation der relevanten Prozesse geschieht unter Einbeziehung aller Beteiligten. Für jeden Prozess ist ein Prozessverantwortlicher zu benennen, der für die Definition, Messung, Steuerung und Verbesserung dieses Prozesses verantwortlich ist und über die notwendige Autorität über Abteilungsgrenzen hinweg verfügt (vgl. Rudhart-Dyczynski 2003, S. 77 f.).¹²⁹

Die folgende Abbildung zeigt den Aufbau einer Prozesslandschaft für eine Alten- und Pflegeeinrichtung.

¹²⁸ Unter Kern- oder Hauptprozess versteht BLONSKI die Prozesse „... einer Organisation oder Unternehmung, in der die spezifische Wertschöpfung für den externen Kunden, also direkter Kundennutzen, erzeugt wird und die daher auch immer den externen Kunden als unmittelbaren Abnehmer haben.“ (Blonski 2003, S. 19).

¹²⁹ Eine detaillierte Darstellung zum prozessorientierten Qualitätsmanagement in Pflegeorganisationen findet sich bei RUDHART-DYCYNSKI (vgl. Rudhart-Dyczynski 2003, S. 67ff.).

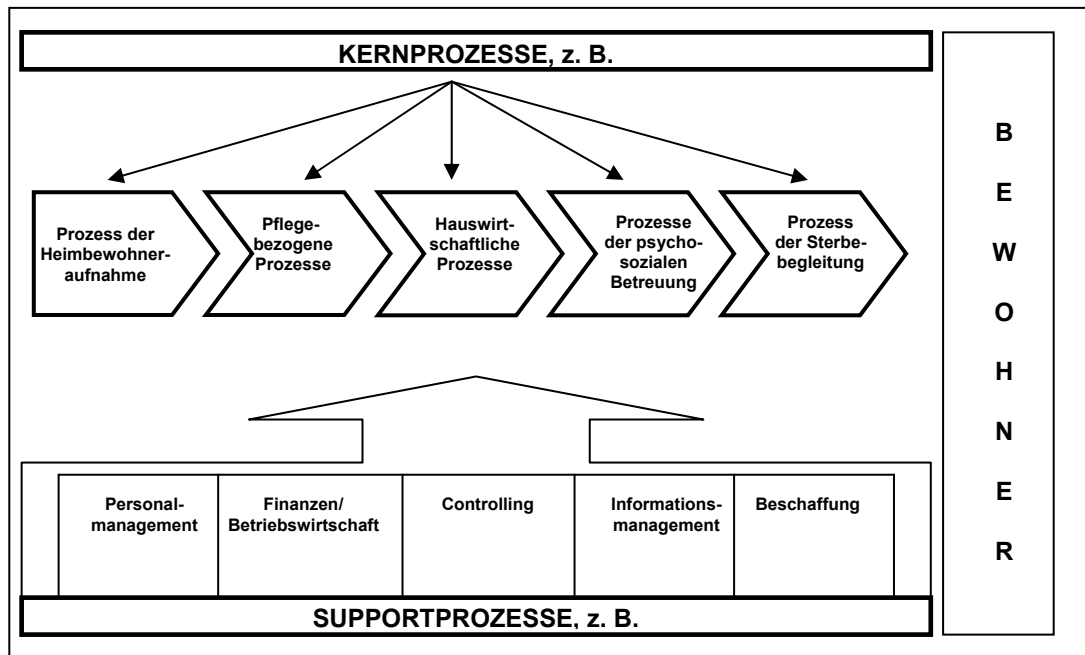


Abb. F-6: Prozesslandschaft einer Alten- und Pflegeeinrichtung
Quelle: Eigendarstellung

Der Prozess der Heimbewohneraufnahme, der Pflegeprozess, hauswirtschaftliche Prozesse, Prozesse der psychosozialen Betreuung und der Prozess der Sterbebegleitung gehören in Alten- und Pflegeeinrichtungen zu den Kernprozessen. Zu den Supportprozessen zählen z. B. Personalmanagement, Finanzen und Betriebswirtschaft, Controlling, Informationsmanagement und Beschaffung (vgl. Blonski 2003, S. 22).

Mit Hilfe der BSC werden neben finanzwirtschaftlichen Zielsetzungen auch qualitative Zielsetzungen, z. B. Zeiten für die Aktivierung der Bewohner, psychosoziale Kontakte in Zeiteinheiten je Bewohner, Teilnahmequote an Beschäftigungstherapie, vereinbart.

V. Lern- und Entwicklungsperspektive

1. Bedeutung der Lern- und Entwicklungsperspektive

Die Lern- und Entwicklungsperspektive der Balanced Scorecard stellt die „... Ziele und Kennzahlen zur Förderung einer lernenden und wachsenden Organisation.“ (Kaplan/Norton 1997, S. 121) zusammen und „... schafft die zur Erreichung der hohen Ziele der drei anderen Perspektiven notwendige Infrastruktur.“ (Kaplan/Norton 1997, S. 121).¹³⁰ Die Ziele der Lern- und Entwicklungsperspektive sind die treibenden Faktoren für die Erreichung der angestrebten Ergebnisse der anderen drei Scorecard-Perspektiven.

„Die Kennzahlen für die Mitarbeiterförderungs- und -entwicklungsperspektive sind im Grunde genommen die Kennzahlen, die die anderen Perspektiven überhaupt erst ermöglichen. Motivierte Mitarbeiter mit der richtigen Mischung aus Kenntnissen und Tools, die in einem Betriebsklima tätig sind, das eigens für die Herbeiführung von Verbesserungen konzipiert wurde, sind die Komponenten, die hauptsächlich zu Prozessverbesserungen beitragen, den Kundenerwartungen entsprechen und schließlich die Höhe der Gewinne bestimmen.“

(Niven 2003, S. 187).

Die Balanced Scorecard betont die Bedeutung von Investitionen in die Zukunft in allen Unternehmensbereichen und legt besondere Bedeutung auf die Investitionen in die Infrastruktur des Unternehmens. Darunter fassen KAPLAN/NORTON Personal, Prozesse und Systeme zusammen (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 121).

Die drei Hauptkategorien für die Lern- und Entwicklungsperspektive sind:

1) Mitarbeiterpotenziale

¹³⁰ „Eine „Lernende Organisation“ hat den Anspruch, ideale Voraussetzungen zu schaffen, um internen oder externen Veränderungsdruck und das in ihm liegende Potential sehr frühzeitig zu registrieren und schnell und wirksam darauf zu reagieren.“ (Nedler 2003, S. 167).

- 2) Potenziale von Informationssystemen
- 3) Motivation, Empowerment und Zielausrichtung.

(vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 121).

Das Unternehmensklima für Mitarbeitermotivation und -initiative benötigt nach KAPLAN/NORTON Motivation, Empowerment und Zielausrichtung (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 131). Bei Unternehmen des Dienstleistungssektors hängt die Beurteilung der Dienstleistungsqualität durch den Kunden maßgeblich von der Bewertung der Qualifizierung, der Kundenorientierung und der Freundlichkeit des Personals ab. Aufgrund der Integration des Dienstleistungskunden in den Leistungserstellungsprozess findet ein intensiver Kontakt zwischen Mitarbeitern und Dienstleistungskunden statt (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 347). Für ein Dienstleistungsunternehmen ist es daher besonders wichtig, das Verhalten der Mitarbeiter so zu beeinflussen, dass sie die Dienstleistung auf eine Art und Weise erbringen, die von den Kunden erwartet wird (vgl. Grönroos 1990, S. 156).

1.1 Mitarbeiterpotenziale

Für den Unternehmenserfolg ist eine ständige Weiterentwicklung der Wertangebote an die Kunden notwendig. Im Dienstleistungssektor, in dem die Leistungserstellung i. d. R. mit einem intensiven Kundenkontakt verbunden ist, bewerten die Kunden die Qualität des Dienstleistungsangebots auf der Basis ihrer Erfahrungen mit den Mitarbeitern der Organisation. Die Bewertung der Dienstleistung ist *„... immer auch vom Erleben der Beziehung zur Person des Dienstleisters und von seinem Verhalten geprägt.“* (Nerdinger 2001, S. 245).

„Ideen zur Verbesserung von Prozessen und Leistungen für den Kunden müssen von den Mitarbeitern an der Basis kommen, die viel direkter mit internen Prozessen und den Kunden zu tun haben.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 122).

Diese von KAPLAN/NORTON aufgestellte Forderung kann von Mitarbeitern nur dann erfüllt werden, wenn sie durch Weiterbildungsangebote befähigt werden, Kundenbedürfnisse im Dienstleistungserstellungsprozess auf eine Art und Weise zu befriedigen, wie sie von den Kunden gewünscht werden.

„Nicht nur die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter spielt hier eine Rolle, vielmehr kommt es auf ihre Fähigkeiten an, Probleme vor Ort zu lösen, selbstständig mitzudenken und zu handeln, flexibel auf Kundenwünsche zu reagieren und ihre soziale Kompetenz im Team einzusetzen.“

(Bühner 2001, S. 735).

Personalbezogene Kernegebniskennzahlen sind:

- Mitarbeiterzufriedenheit
- Personaltreue
- Mitarbeiterproduktivität.

(vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 123).

Die Mitarbeiterzufriedenheit wird als treibender Faktor für die Personaltreue und Mitarbeiterproduktivität betrachtet. KAPLAN/NORTON sehen in den Personalpotenzialen, der technologischen Infrastruktur und dem Arbeitsklima die Befähiger für die Mitarbeiterzufriedenheit, die sowohl Mitarbeitertreue als auch Mitarbeiterproduktivität hervorbringen und somit zu guten Ergebnissen führen können (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 124).

Die Mitarbeiterzufriedenheit kann durch Befragungen erhoben werden und folgende Bereiche umfassen:

- Mitbestimmung bei Entscheidungen
- Leistungsanerkennung
- Zugriff auf notwendige Informationen
- Aktive Ermutigung zu Kreativität und Initiative

- Unterstützung durch die Personalabteilung
- Allgemeine Zufriedenheit mit dem Unternehmen.

(vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 124).

„Zufriedene Mitarbeiter sind eine Bedingung von Produktivitätssteigerungen, Qualität und Kundenservice.“ (Kaplan/Norton 1997, S. 124). Aufgrund des häufig postulierten Zusammenhangs zwischen externer Kundenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit stellen zufriedene Mitarbeiter eine Voraussetzung für zufriedene Kunden dar.¹³¹ VON ROSENSTIEL und SIX/ECKES kommen zu dem Ergebnis, dass kein Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und der Arbeitsleistung besteht.

„Entgegen allgemein verbreiteter Vermutungen sind weder die Arbeitszufriedenheit noch das Betriebsklima hoch positiv mit der Leistung von Arbeitsgruppen korreliert. Jedenfalls ist die Korrelation mit indirekten Determinanten der Leistung, z. B. der Erkrankungsrate, der Fehlzeitenrate und der Fluktuation deutlich höher.“

(von Rosenstiel 2003, S. 31).

Da die Leistung von Arbeitsgruppen oder von einzelnen Mitarbeitern einen wesentlichen Teil der von den Kunden wahrgenommenen Produkt- oder Dienstleistungsqualität ausmacht, stellt der von KAPLAN/NORTON postulierte Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit keinen Widerspruch dazu dar, da sich dieser Zusammenhang mit der Auswirkung von Mitarbeiterzufriedenheit auf die externen Kunden beschäftigt und nicht mit den Faktoren, die für die Entstehung von Mitarbeiterzufriedenheit notwendig sind (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 124).

SIX/ECKES haben eine Meta-Analyse von 90 Befragungen durchgeführt, um die Korrelation von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung zu verifizieren

¹³¹ Rockwater, eine amerikanische Unterwasserbaufirma, hat im Rahmen der Balanced-Scorecard-Entwicklung Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheitsbefragungen durchgeführt und festgestellt, dass zufriedene Mitarbeiter i. d. R. zufriedene Kunden haben (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 124).

(vgl. Six/Eckes 1991, S. 21 f.).¹³² Das Ergebnis weist auf einen schwachen Zusammenhang hin, der nach Analyse von SIX/ECKES aber auch durch die gewählte Methode bedingt sein kann (vgl. Six/Eckes 1991, S. 37).¹³³

Nach COMELLI/VON ROSENSTIEL belegt die Forschung, dass in der Praxis vier Kombinationsmöglichkeiten von Arbeitszufriedenheit und Leistung vorkommen:

*„hohe Leistung – hohe Zufriedenheit
hohe Leistung – geringe Zufriedenheit
niedrige Leistung – hohe Zufriedenheit
niedrige Leistung – niedrige Zufriedenheit.“*

(Comelli/von Rosenstiel 1995, S. 37 f.).

Die Kombinationen

- hohe Leistung – hohe Zufriedenheit
- niedrige Leistung – niedrige Zufriedenheit

treten nach COMELLI/VON ROSENSTIEL in der Praxis häufiger auf als die beiden anderen Kombinationen (vgl. Comelli/von Rosenstiel 1995, S. 37).

COMELLI/VON ROSENSTIEL sind basierend auf vorliegender empirischer Forschung der Meinung,

„... daß es keine einfachen und verallgemeinerungsfähigen Beziehungen zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Leistung (Leistungsbereitschaft) gibt.“

(vgl. Comelli/von Rosenstiel 1995, S. 36).

¹³² Die Meta-Analyse ist ein Verfahren zur Integration von vorliegenden Forschungsbefunden, „dessen Konzeption ein kompensatorisches Modell zugrunde liegt, welches annimmt, daß sich Schwächen einzelner Studien (z. B. in Stichprobenziehung, Meßinstrumenten, statistischer Analyse, usw.) durch Kombination mit anderen Studien ausgleichen lassen.“ (Six/Eckes 1991, S. 23).

¹³³ „Der schwache Zusammenhang zwischen beiden Variablen könnte allerdings auf das Wirken eines methodologisch bedingten „Deckeneffektes“ hinweisen: es erscheint denkbar, daß die Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Zufriedenheits- und Leistungsmaßen mittels einfacher Korrelationsanalyse keine höheren Ergebnisse erzielen kann, da auf diese Weise die zu vermutenden komplexen, wechselseitigen Einflüsse nicht zu erfassen sind.“ (Six/Eckes 1991, S. 37).

Gute Leistungen können aufgrund von zwei unterschiedlichen Motivationslagen entstehen. Der Mitarbeiter will eine gute Leistung erbringen und nimmt die Haltung ein: „Ich will!“. In diesem Fall entsteht eine gute Leistung und hohe Zufriedenheit, die auch zeitstabil ist. Die andere Motivationslage ist „Ich muss!“ und führt zu eher durchschnittlichen Leistungen und ist mit Unzufriedenheit verbunden (vgl. Comelli/Rosenstiel 1995, S. 41).

„Möchte man gleichermaßen Arbeitszufriedenheit und Leistungsbereitschaft steigern, so sollte man sich darum bemühen, dem Mitarbeiter Erfolgserlebnisse zu vermitteln, seine Leistungen anzuerkennen, seine Aufgaben so zu gestalten, daß er dabei Selbständigkeit erlebt, Abwechslung erfährt und Kontakt mit anderen haben kann, ihm in angemessenem Ausmaß Verantwortung delegieren, seine Entwicklungsperspektiven mit ihm besprechen und ihm die Chance geben, Neues zu lernen.“

(Comelli/von Rosenstiel 1995, S. 44).

Nach HERZBERG gibt es zwei Gruppen von Faktoren, von denen die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation beeinflusst werden:

- Satisfaktoren (Motivatoren), zu denen Leistung, die Arbeit selber, Verantwortung, Aufstieg, Anerkennung der Leistung durch andere und die Möglichkeit zur Selbstverwirklichung zählen
- Dissatisfaktoren (Hygienefaktoren), zu denen Arbeitsbedingungen, Beziehungen zu Vorgesetzten und Mitarbeitern, der Status, Arbeitsplatzsicherheit, die Unternehmenspolitik und -verwaltung und das Gehalt zählen.

(vgl. Herzberg 1968, S. 95 f.).

Die Satisfaktoren können die Zufriedenheit erhöhen, die Dissatisfaktoren lediglich Unzufriedenheit abbauen, aber keine Zufriedenheit erzeugen. Aus diesem Grund sind Dissatisfaktoren nur begrenzt als Anreiz zur Leistungssteigerung einsetzbar (vgl. Herzberg 1968, S. 74).

Die Fluktuationsquote ist die Kennzahl für die Mitarbeitertreue. Um die für den Unternehmenserfolg wichtigen Mitarbeiter an das Unternehmen zu binden, werden Maßnahmen zur Personalweiterbildung eingesetzt, die sowohl die Fähigkeiten der Mitarbeiter weiterentwickeln als auch die Basis für eine hohe Qualität der Leistungserstellung darstellen.¹³⁴

Die Mitarbeiterqualifikation setzt sich aus drei Hauptkomponenten zusammen, die von BECKER/GÜNTHER als Qualifikationsfacetten der Handlungskompetenz bezeichnet werden:

- Kennen = Fach- und Sachkompetenz = fachspezifisches Wissen und Kenntnisse
- Können = Methoden- bzw. Konzeptkompetenz und Sozialkompetenz = Fähigkeiten, Fachwissen zu kombinieren und um Lernfähigkeit und Denken in Zusammenhängen zu ergänzen, sowie die Sozialkompetenz, die neben Verantwortungsbereitschaft die Teamfähigkeit und Zuverlässigkeit beinhaltet
- Wollen = Wollenskompetenz = Motivation, Einstellungen sowie Anstrengungs- und Konsequenzerwartung.

(vgl. Becker/Günther 2001, S. 755).

„Unter Qualifikation ist von daher ein individuelles Arbeitsvermögen zu verstehen, welches einem Mitarbeiter zu einem bestimmten Zeitpunkt zur Verfügung steht und von dem er gewillt ist, es im Betrieb zur Aufgabenerfüllung einzusetzen.“

(Becker/Günther 2001, S. 754 f.)

Die Ziele, die ein Dienstleistungsunternehmen mit Personalentwicklung verfolgt, sind:

- Erhaltung und Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit
- Flexibilitätserhöhung

¹³⁴ BECKER/GÜNTHER gehen davon aus, dass Personalentwicklung die Motivation fördern kann, weil die Qualifikationsverbesserung einen Motivationsinhalt darstellt (vgl. Becker/Günther 2001, S. 754).

- Erhaltung und Verbesserung der Mitarbeitermotivation und -zufriedenheit
- Sicherung eines notwendigen qualitativen wie quantitativen Personalbestands.

(vgl. Becker/Günther 2001, S. 762).

Aus Mitarbeitersicht verfolgen Personalentwicklungsmaßnahmen folgende Ziele:

- Aktivierung des Qualifikationspotenzials und somit Verbesserung der individuellen Qualifikation und der Karrierechancen
- Arbeitsplatzsicherung
- Erhöhung des Entgelts oder des Prestiges
- Befriedigung immaterieller Motive wie z. B. Verbesserung der Chancen zur Selbstverwirklichung am Arbeitsplatz.

(vgl. Becker/Günther 2001, S. 762).

Personalentwicklungsmaßnahmen sind vor diesem Hintergrund ein geeignetes Mittel, um die Mitarbeiterzufriedenheit positiv zu beeinflussen, da auch individuelle Mitarbeiterziele verfolgt werden. Nach COMELLI/VON ROSENSTIEL stärkt die Vermittlung von Kompetenzen die Motivation, diese Kompetenzen einzusetzen, und die Freude an ihrem Einsatz (vgl. Comelli/von Rosenstiel 1995, S. 30).

Um die geeigneten Personalentwicklungsmaßnahmen festlegen zu können, ist das Mitarbeitergespräch, das i. d. R. jährlich stattfinden sollte, notwendig. Das Mitarbeitergespräch beinhaltet neben einer Beurteilung der bisherigen Leistungen Vereinbarungen über zukünftige Personalentwicklungsmaßnahmen, die geeignet sind, die Qualifikation

des Mitarbeiters weiter zu fördern (vgl. von Eckardstein 2002, S. 322).¹³⁵

„Das Mitarbeitergespräch bildet somit den sozialen und zeitlichen Ort, die wechselseitigen Sichtweisen über Leistungen und Verhalten des Mitarbeiters auszutauschen und idealerweise eine gemeinsame Bestandsaufnahme durchzuführen. Daraus entsteht für beide Teile Transparenz und Orientierung für künftiges Verhalten.“

(von Eckardstein 2002, S. 322).

Das Mitarbeitergespräch gibt den Mitarbeitern Orientierung über ihre Leistung und beeinflusst das Leistungsverhalten positiv, da die Leistungen wahrgenommen werden. Die Verhaltensbeeinflussung erfolgt *„... einerseits durch Verstärkung, indem gezeigtes, von der Organisationsleitung erwünschtes Verhalten anerkannt wird, andererseits durch Abschwächung, indem unerwünschtes Verhalten vom Vorgesetzten negativ bewertet wird.“* (von Eckardstein 2003, S. 142).¹³⁶

Die Mitarbeiterproduktivität *„... ist eine Ergebniskennzahl, die sich auf den Einfluß bezieht, den eine Steigerung der Mitarbeiterfähigkeiten auf Innovationen, die Verbesserung interner Prozesse und die Zufriedenstellung von Kunden ausübt.“* (Kaplan/Norton 1997, S. 125).

Häufig eingesetzte Produktivitätskennzahlen sind der Ertrag pro Mitarbeiter oder der Umsatz pro Mitarbeiter. Diese Kennzahlen können beeinflusst werden, indem entweder der Zähler (Unternehmensertrag

¹³⁵ Um die Leistung eines Mitarbeiters beurteilen zu können, ist eine vorherige Zielvorgabe oder Zielvereinbarung notwendig. Das entweder gemeinsam oder nur durch den Vorgesetzten festgelegte Ziel beschreibt, was *„... in einer vereinbarten Zeit sowie Art und Weise mit bestimmten Hilfsmitteln anzustreben ist.“* (von Eckardstein 2002, S. 321). Während der vereinbarten Laufzeit beobachten Mitarbeiter und Vorgesetzter den Grad der Zielerreichung, um bei Abweichungen Unterstützungsmaßnahmen zu vereinbaren, die sicherstellen sollen, dass das vereinbarte Ziel am Ende des vereinbarten Zeitraums erreicht werden kann (vgl. von Eckardstein 2002, S. 321).

¹³⁶ Das regelmäßig durchgeführte Mitarbeitergespräch gilt nach VON ECKARDSTEIN *„... heute als unerlässlicher Bestandteil entwickelten Personalmanagements und ist damit eines der zentralen Führungsinstrumente, um das zielorientierte Verhalten der Beschäftigten zu fördern.“* (von Eckardstein 2003, S. 142).

oder Unternehmensumsatz) oder der Nenner (Anzahl der Mitarbeiter) verändert wird (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 126). Um eine einseitige Ausrichtung auf Umsatzsteigerungen, die u.U. mit sinkenden Erträgen erreicht werden, zu vermeiden, sollten beide Kennzahlen betrachtet werden (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 126).

1.2 Potenziale von Informationssystemen

Damit Mitarbeiter kundenorientiert und kostenbewusst agieren können, benötigen sie Informationen über Kundenerwartungen und Kenntnisse über interne Prozesse sowie über die finanziellen Konsequenzen ihrer Entscheidungen (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 130). Informationen über Kundenerwartungen sowie Kundenbeurteilungen der Produkt- oder Dienstleistungsqualität können Unternehmen durch Kundenzufriedenheitsbefragungen ermitteln. Die Ergebnisse stellen die Basis für eine Überprüfung der internen Prozesse und der Produkt- und Dienstleistungsqualität dar. Basierend auf den Ergebnissen können Mitarbeiter in Qualitätszirkeln Optimierungsmaßnahmen entwickeln, um die Produkt- und Dienstleistungsqualität weiterzuentwickeln. Mitarbeiter mit direktem Kundenkontakt benötigen Zugang zu allen kundenrelevanten Informationen, um die individuellen Kundenbedürfnisse bestmöglich erfüllen zu können. Darüber hinaus ist „... *schnelles, genaues und termingerechtes Feedback über das gerade erzeugte Produkt oder die gerade ausgeführte Dienstleistung.*“ (Kaplan/Norton 1997, S. 130) notwendig, damit Mitarbeiter Optimierungsbedarf erkennen und ihre Leistung kontinuierlich verbessern können. „*Genaue Informationen sind eine Grundvoraussetzung für die Verbesserung von Prozessen.*“ (Kaplan/Norton 1997, S. 130). Nur informierte Mitarbeiter sind in der Lage, die von ihnen erwartete Leistung zu erbringen. Unternehmen müssen die Informationen über ihre Kunden strukturieren und für jeden Mitarbeiter leicht zugänglich machen, z. B. in Kundendatenbanken, die eine ständige Aktualisierung ermöglichen. Darüber hinaus ist es notwendig, Mitarbeiter über Schulungen in die Lage zu versetzen, dieses

EDV-basierte Instrument zu nutzen und kontinuierlich zu überprüfen, ob der Informationsbedarf durch die zur Verfügung gestellten Informationen gedeckt wird oder ob durch veränderte Rahmenbedingungen zusätzliche oder andere Informationen benötigt werden.

1.3 Unternehmensklima für Mitarbeitermotivation und -initiative

Damit Unternehmen ihre Innovationsziele erreichen können, ist ein Unternehmensklima notwendig, das die Mitarbeitermotivation und -initiative fördert (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 131).

„Selbst hochqualifizierte und gut informierte Mitarbeiter werden nicht zum Unternehmenserfolg beitragen, wenn sie nicht motiviert sind, den Interessen des Unternehmens zu dienen, oder wenn sie nicht die Freiheit haben, eigene Entscheidungen zu treffen und selbständig zu handeln.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 131).

NERDINGER verwendet den Begriff Organisationsklima als Synonym für den Begriff Unternehmensklima und definiert es:

„... als Qualität der inneren Umwelt einer Organisation, die durch ihre Mitglieder erlebt wird, ihr Verhalten beeinflusst und durch bestimmte Merkmale der Organisation beschreibbar ist.“

(Nerdinger 2001, S. 254).

Eine Kennzahl zur Messung des Unternehmensklimas für Mitarbeitermotivation und -initiative ist die Anzahl der Verbesserungsvorschläge pro Mitarbeiter, die, um die Anzahl der realisierten Verbesserungsvorschläge ergänzt, auch eine Aussage über die Qualität der Vorschläge ermöglicht (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 131). Unternehmen, die die Anzahl der Verbesserungsvorschläge erhöhen wollen, können die eingereichten Vorschläge im Unternehmen veröffentlichen und ihren Nutzen

darstellen sowie ein monetäres Anreizsystem an die Realisierung von Verbesserungsvorschlägen binden (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 131).¹³⁷ Verbesserungsvorschläge können sowohl zu Kosteneinsparungen führen als auch zu Verbesserungen von internen Prozessen oder der Produkt- oder Dienstleistungsqualität.

Die Messung der Mitarbeitermotivation und -initiative kann auch anhand der Bewertung von Teamleistungen erfolgen, da sowohl die abteilungsinterne als auch -externe Zusammenarbeit ein Unternehmensklima fördert, das den Mitarbeitern vermittelt, dass sie nur gemeinsam wichtige interne Prozesse und somit die Produkt- und Dienstleistungsqualität ständig verbessern können (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 136 f.).

Nach NERDINGER ist es für ein Dienstleistungsunternehmen entscheidend,

„... ob sich das Unternehmensziel „Kundenorientierung“ in der Wahrnehmung der Organisation durch die Dienstleister niederschlägt, d. h. ob die Organisation in ihren Praktiken und Strukturen von den Mitarbeitern als kundenorientiert wahrgenommen wird. Eine solche Wahrnehmung reflektiert sich im Verhalten der Mitarbeiter mit Kundenkontakt und beeinflusst damit das Erleben des Bedienten.“

(Nerdinger 2001, S. 254 f.).

Um Mitarbeitermotivation und -initiative zu fördern, ist eine Organisationsstruktur notwendig, die kundenorientiert ist und *„... auf die Bedürfnisse der Kunden und der Mitarbeiter, die diese befriedigen sollen, zugeschnitten ist.“* (Nerdinger 2001, S. 258). Zusätzlich benötigen die Mitarbeiter ausreichenden Handlungsspielraum, um in der Interaktion mit den Kunden basierend auf eigener Einschätzung der Kundenbedürfnisse eine

¹³⁷ KAPLAN/NORTON stellen die Erfahrung von Rockwater, einer Unterwasserbaufirma, vor, die nur eine geringe Anzahl von Verbesserungsvorschlägen erhielt. Eine Befragung der Mitarbeiter ergab, dass sie das Gefühl hatten, dass ihre Verbesserungsvorschläge nicht berücksichtigt wurden. Um die Anzahl der Verbesserungsvorschläge zu erhöhen, wurden alle Projektmanager angewiesen, Feedback zu allen Vorschlägen zu geben und die Mitarbeiter über realisierte Vorschläge zu informieren. Diese Maßnahme führte zu einer deutlichen Erhöhung der Anzahl der Verbesserungsvorschläge (vgl. Kaplan/Norton 1997, S. 131).

individuelle Lösung anbieten zu können und so ihre Initiative unter Beweis stellen zu können (vgl. Nerdinger 2001, S. 258).

2. Bedeutung der Lern- und Entwicklungsperspektive für Alten- und Pflegeeinrichtungen

Für Alten- und Pflegeeinrichtungen ist die Lern- und Entwicklungsperspektive von besonderer Bedeutung, da die Dienstleistungserbringung einen intensiven Kontakt zwischen Mitarbeitern und Bewohnern beinhaltet. Nur fachlich gut aus- und weitergebildete Mitarbeiter können im Kundenkontakt die Kompetenz vermitteln, die für eine hohe Bewohnerzufriedenheit notwendig ist. Die von den Bewohnern wahrgenommene Leistungsqualität beinhaltet die pflegerische Versorgung und die Kommunikation mit den Mitarbeitern. Da die Bewohner i. d. R. aufgrund fehlender profunder medizinischer Kenntnisse eine rein fachliche Bewertung der Pflegeleistung nicht vornehmen können, bewerten sie die Leistung ergänzend mit qualitativen Aspekten der Kommunikation. Die Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Bewohnern im Rahmen der Dienstleistungserstellung kann das Interaktionsergebnis positiv beeinflussen, da der Bewohner integriert wird und ein Klima geschaffen werden kann, das den Aufbau einer respektierenden, offenen und ehrlichen Beziehung ermöglicht (vgl. Juchli 1993, S. 313).

Für Alten- und Pflegeeinrichtungen ist es vor diesem Hintergrund besonders wichtig, Mitarbeiterfortbildung als ein zentrales Thema der Mitarbeiterführung zu forcieren. Neben fachlichen Fortbildungen zu speziellen Themen wie Demenz, Sturzprophylaxe und Pflegedokumentation sind Fortbildungen im Bereich der Bewohnerkommunikation eine notwendige Ergänzung, um die Bewohnerzufriedenheit positiv beeinflussen zu können.

Die gesetzlichen Anforderungen an die Qualität der Pflegeleistungen und die Überprüfung der Pflegeleistungsqualität durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen macht es für Alten- und Pflegeeinrichtungen darüber hinaus zwingend notwendig, die vorgeschriebene Qualität des Pflegeprozesses

sicherzustellen und zu dokumentieren. Um diesen Anforderungen entsprechen zu können, müssen Mitarbeiter kontinuierlich über aktuelle Gesetzesänderungen und aktuelle gerontologische Entwicklungen informiert werden und die Möglichkeit erhalten, die notwendige EDV-Kompetenz zu erwerben, um die Pflegedokumentation erstellen zu können.

Auch für Alten- und Pflegeeinrichtungen ist die gezielte Mitarbeiterweiterbildung und die Führung von Mitarbeitern durch Zielvereinbarungen eine Möglichkeit, die Mitarbeiterzufriedenheit zu fördern und somit die Leistung der Mitarbeiter zu steigern.

Aufgrund der hohen Bedeutung des Mitarbeiterverhaltens im Dienstleistungserstellungsprozess ist es für Alten- und Pflegeeinrichtungen besonders wichtig, das Verhalten der Mitarbeiter so zu beeinflussen, dass die Mitarbeiter die Dienstleistung in einer Art und Weise erbringen, die von den Kunden erwartet wird (vgl. Grönroos 1990, S. 156). Die von den Kunden wahrgenommene Betreuungsqualität stellt im Wettbewerb mit anderen Einrichtungen ein wichtiges Differenzierungskriterium dar.

VI. Verbindung der Balanced Scorecard mit dem EFQM-Modell für Excellence

Für die Steuerung des Gesamtunternehmens ist die zentrale Frage, mit welchem integrierten Steuerungsinstrument das gesamte Unternehmen mit seinen verantwortlichen Abteilungen und Bereichen geführt werden kann. Das EFQM-Modell für Excellence ist für die Kombination mit dem Managementsystem der Balanced Scorecard sehr gut geeignet. Beide Modelle verwenden eine vergleichbare Struktur, Methodik und Terminologie (vgl. Scheu 2002a, S. 35 f.). Die nachstehende Abbildung verdeutlicht den Zusammenhang dieser beiden Modelle.

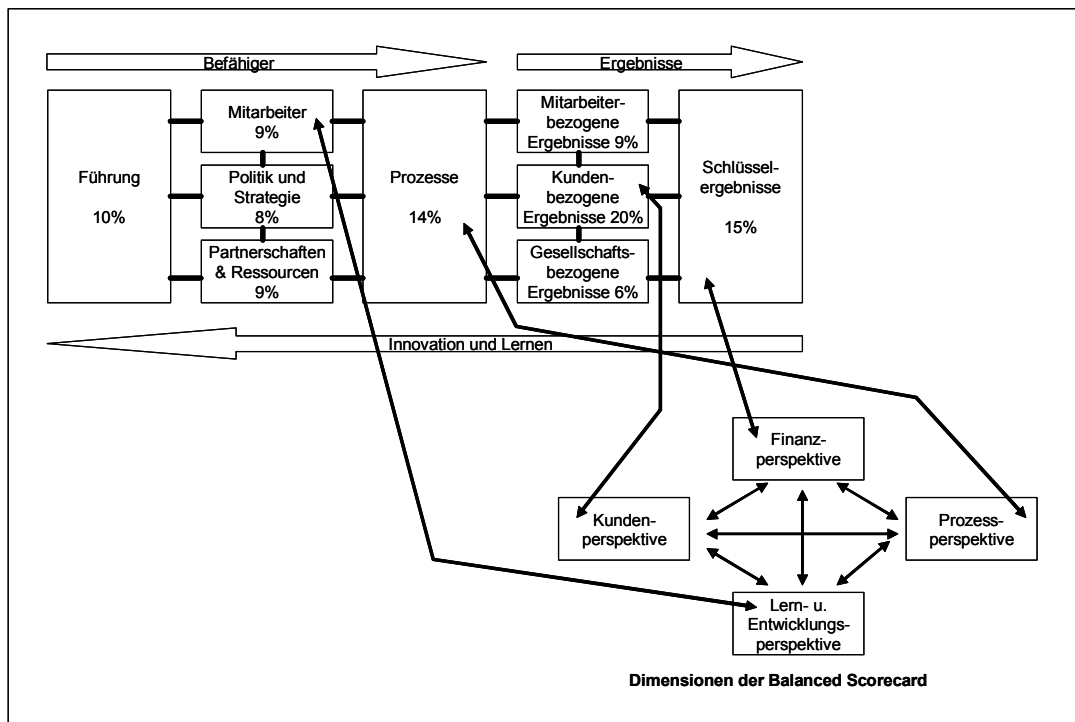


Abb. F-7: Verknüpfung des EFQM-Modells für Excellence mit der Balanced Scorecard
 Quelle: vgl. Horak 2001, S. 3, vgl. Horváth & Partners 2004, S. 399

Beide Modelle zeichnen sich durch die vergleichbaren Kategorien Finanzen, Kunden, Prozesse und Mitarbeiter und durch eine Vielzahl von möglichen Ursachen-Wirkungs-Zusammenhängen sowie durch Mehrdimensionalität aus. Die Qualität wird bezogen auf die Wirkung bei den Kunden und wird durch Kundenzufriedenheitsbefragungen gemessen. Verbesserungen der Qualifikation, Empowerment und Motivation der Mitarbeiter wird über die Mitarbeiterzufriedenheit festgestellt. Diese Bereiche sind auf kontinuierliche Verbesserung ausgerichtet und beziehen auch die Prozesse und interne Kunden-Lieferanten-Beziehungen ein. Im Ergebnis zeigen nach außen Verbesserungen der angebotenen Leistungen, nach innen z. B. Verbesserungen der Geschäftsprozesse. Alle qualitätssteigernden Maßnahmen zeigen ihre Auswirkungen in der Finanzperspektive. TÖPFER stellt den Zusammenhang zwischen den acht Gestaltungsfeldern des TQM

- Führung durch die Unternehmensleitung
- Strategische Ausrichtung
- Prozessmanagement

- Mitarbeiterorientierung
- Umgang mit Ressourcen
- Gesellschaftliche Orientierung
- Kundenorientierung
- Geschäftsergebnisse

und die Verbindung zu dem Kriterienraster des EFQM-Modell für Excellence und der Balanced Scorecard dar und kommt zu dem Ergebnis, dass durch die Verbindung eine geschlossene Konzeption von Führungsgrößen für das Controlling und alle Unternehmensbereiche auf strategischer und operativer Ebene erreicht wird (vgl. Töpfer 1999, S. 198 f.). VOMBERG/WALLRAFEN-DREISOW konstatieren ebenfalls, dass die Anwendung des EFQM-Excellence-Modells in Verbindung mit der Balanced Scorecard eine umfassende Sicht auf die Ergebnisqualität der Unternehmung durch die Verbindung betriebswirtschaftlicher Kennzahlen mit den Kennzahlen der weichen Faktoren ermöglicht (vgl. Vomberg/Wallrafen-Dreisow 2002, S. 269 f.).

Die beiden Systeme zeichnen sich durch Gemeinsamkeiten aus, weisen jedoch auch Unterschiede auf. Das EFQM-Modell ist ein Selbstbewertungsinstrument und zielt durch eine systematische Überprüfung aller Tätigkeiten durch den Ansatz der ‚kontinuierlichen Verbesserung‘ auf hervorragende Geschäftsergebnisse ab. Die Balanced Scorecard hingegen ist ein strategieorientiertes Steuerungssystem und gibt die strategische Richtung eines Unternehmens vor. Beide Modelle können als komplementäre Systeme zur Unternehmensführung verstanden werden (vgl. Horváth & Partners 2004, S. 394 f.).

Die folgende Tabelle gibt abschließend einen Überblick über die Funktionen und Charakteristika des EFQM-Modells und des Balanced-Scorecard-Ansatzes.

	Balanced Scorecard	EFQM-Modell
Zweck	<ul style="list-style-type: none"> • Setzen und Verfolgen von strategischen Zielen • Förderung des strategischen Diskurses 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des Status quo • Behebung von Schwachstellen • Bewerbung um den EQA
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Die wenigen, entscheidenden Ziele, mit denen man sich gegenüber der Konkurrenz behaupten möchte (fokussierter Ansatz der Schwerpunktsetzung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Analyse aller Leistungen im Unternehmen, egal ob es sich dabei um „Basisfaktoren“ oder „Leistungsanforderungen“ im Sinne der Strategie handelt (umfassender Ansatz der Leistungsbeurteilung)
Strategiebezug	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr ausgeprägt 	<ul style="list-style-type: none"> • Eher gering
Zuständigkeiten (typischerweise)	<ul style="list-style-type: none"> • Unternehmensentwicklung/-planung, Controlling 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsmanager
Anwendung	<ul style="list-style-type: none"> • Nachhaltige Verankerung in Kommunikation, Planung, Berichtswesen, Zielvereinbarung usw. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ad-hoc-Analysen, z. B. in Kaizen-Kreisen, Sicherstellung der Umsetzung von qualitätsrelevanten Aktionen
Philosophie	<ul style="list-style-type: none"> • Strategisches Management: „Forcierung unserer Alleinstellungsmerkmale, Beibehaltung vernünftiger Standards in allem anderen!“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP): „In allem, was wir machen, kontinuierlich besser werden!“

Abb. F-8: Funktionen und Charakteristika des EFQM- und des Balanced-Scorecard-Ansatzes
Quelle: Horváth & Partners 2004, S. 398

VII. Stand der Implementierung der Balanced Scorecard in Alten- und Pflegeeinrichtungen

HORVÁTH & PARTNERS haben mehr als 100 Projekte zur Einführung der BSC begleitet (vgl. Horváth & Partners 2004, S. VIII).¹³⁸ 2003 wurde die BSC-Studie von HORVÁTH & PARTNERS ‚100-mal Balanced Scorecard‘ aus dem Jahr 2001/02 aktualisiert, um die Entwicklungen der BSC zu beobachten. Die Studie, an der 100 Unternehmen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz teilgenommen haben, beschäftigt sich mit der Fragestellung, ob sich die Implementierung einer BSC positiv auf den Unternehmenserfolg auswirkt, und erforscht die aus der Unternehmenspraxis

¹³⁸ Bei HORVÁTH & PARTNERS findet sich eine Zusammenstellung von Veröffentlichungen zum Stand der Implementierung der BSC. Nach HORVÁTH & PARTNERS weisen diese Studien jedoch eine Reihe von Schwächen auf. Die meisten Studien basieren auf Angaben weniger Unternehmen und werden häufig aus einer sehr akademischen Perspektive durchgeführt, so dass die Praxisrelevanz als gering eingeschätzt wird (Horváth & Partners 2004, S. 13f.).

erfolgskritischen Gestaltungsparameter der BSC. Ein Drittel der teilnehmenden Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen beschäftigt weniger als 500 Mitarbeiter (vgl. Horváth & Partners 2004, S. 14). HORVÁTH & PARTNERS treffen folgende Aussagen zum Nutzen der Balanced Scorecard:

1. Wirtschaftlicher Erfolg

23 % der BSC-Anwender geben an, dass sich der Jahresüberschuss im Vergleich zu den Wettbewerbern in den vergangenen drei Jahren deutlich verbessert hat (57 % eher besser, 19 % eher schlechter, 1 % deutlich schlechter).

2. Erfolg beim Aufbau immaterieller Vermögenswerte

Positive wirtschaftliche Ergebnisse korrespondieren mit Treibern wie z. B. Qualität, Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und Kostensenkung. Die BSC bewirkt positive Auswirkungen auf diese zentralen Kennzahlen.

3. Auswirkung auf die Strategierealisierung

75 % der befragten Unternehmen bestätigen, dass die BSC zu einem gemeinsam getragenen Verständnis der Strategie beiträgt, weitere 70 % geben an, dass die BSC zur erfolgreichen Strategierealisierung beigetragen hat.

4. Zufriedenheit und Anwendungsintensität

Die Unternehmen, die mit der BSC arbeiten, geben insgesamt sehr hohe Zufriedenheitswerte ab. Gleichwohl gibt die Hälfte der befragten Unternehmen an, dass die Anwendungsintensität der BSC nicht sehr hoch ist.

5. Finanzielle Investition und Pay-back

Mit der Implementierung einer BSC sind interne (Mitarbeiterschulung, EDV-Kosten) und externe Kosten (Beraterkosten) verbunden. 80 % der Unternehmen, die eine bis fünf BSCs im Einsatz haben, haben nicht mehr als 250.000 € ausgegeben. Mit zunehmender Anzahl der

BSCs steigen diese Kosten. Insgesamt empfinden 82 % der befragten Unternehmen den Pay-back der Balanced Scorecard positiv.

(vgl. Horváth & Partners 2004, S. 1 ff.).

Im ersten Halbjahr 2005 haben HORVÁTH & PARTNERS diese Studie mit 120 Unternehmen unterschiedlicher Größe aktualisiert. Im Ergebnis konnten die Aussagen der vorangegangenen Studie erneut bestätigt werden. Nach HORVÁTH & PARTNERS kommt den folgenden Punkten für die Weiterentwicklung der Balanced Scorecard besondere Relevanz zu:

- „ 1. *Eine systematischere und konsequentere Verknüpfung der Strategieentwicklung mit der Balanced-Scorecard-Erstellung*
2. *Eine verbesserte Anbindung des in der Balanced Scorecard abgebildeten Zielsystems (in anderen Worten: der Ziele der Strategie) mit der Budgetierung*
3. *Ein professioneller Einsatz von Strategy Maps*
4. *Die Messung von immateriellen („weichen“) Faktoren*
5. *Der Durchdringungsgrad des Ansatzes*
6. *Die Suche nach einer adäquaten Software-Lösung*
7. *Eine bessere Harmonisierung der Balanced Scorecard mit den Verfahren des Wertmanagements, des Qualitätsmanagements und des Risikomanagements*
8. *Alignment*
9. *Professionalisierung der Auswahl und Steuerung des strategischen Projektportfolios.“*

(Horváth & Partners 2004, S. 4).

SCHERER/ALT stellen fest, dass die BSC in der Privatwirtschaft gut eingeführt ist und neuerlich auch der öffentliche Sektor dieses Instrument zur Kenntnis nimmt und nach entsprechender Anpassung zur Steuerung

einsetzen möchte, gleichwohl konkrete Konzepte und detaillierte Erfahrungsberichte rar sind (vgl. Scherer/Alt 2002, S. V).

„Es ist unsere Überzeugung, dass die hier anvisierte Problematik bislang weder durch die Literatur zum New Public Management noch zur BSC hinreichend abgedeckt wird. Systematische Aufarbeitungen von BSC-Anwendungen im öffentlichen und Non-Profit-Bereich sind in der Literatur relativ selten und weit verstreut, Gesamtdarstellungen sind eher unterrepräsentiert (Anwendungslücke in öffentlichen Institutionen).“

(Scherer/Alt 2002, S. Vf.)

BEYER/HORNEBER beschreiben den Einführungsprozess der BSC und den Stand der Umsetzung bei der Diakonie Neuendettelsau, ein Unternehmen in Nordbayern mit 5.500 Mitarbeitern (vgl. Beyer/Horneber 2002, S. 192). Als Ergebnis des Einführungsprozesses stellen sie drei Thesen auf:

„These 1: Die wichtigste Aufgabe von NPOs im Rahmen einer Balanced Scorecard Einführung muss darin bestehen, sich mit Strategie auseinanderzusetzen.“

These 2: Die klassische Strategieberatung greift im Falle von NPOs nicht. Die Balanced Scorecard kann einen erfolgversprechenden alternativen Strategieentwicklungsprozess beweisen.

These 3: Die Balanced Scorecard hat in NPOs eine andere Legitimationsgrundlage als in privatwirtschaftlichen Unternehmen und ist deshalb so erfolgversprechend.“

(Beyer/Horneber 2002, S. 208 f.).

ESSLINGER kommt in Bezug auf den Einsatz strategischer Steuerungsinstrumente für stationäre Pflegedienste zu dem Ergebnis, dass der Einsatz der BSC im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen an Bedeutung gewinnen wird und durch die ganzheitliche Betrachtungsweise, die Strategiefokussierung und bedingt durch die hohe

Umsetzungsorientierung gerade im Bereich der sozialen Dienstleistungen besonders geeignet ist, um sich als Einrichtung im zunehmenden Wettbewerb zu positionieren (vgl. Esslinger 2002, S. 233 f.).

An der Universität Mannheim, Lehrstuhl für Public/Nonprofit Management, wurde 2003 eine Umfrage zum Thema Kennzahlensysteme und Erfolgsoperationalisierung in NPOs durchgeführt.¹³⁹ Im Ergebnis haben 30 Einrichtungen angegeben, mit der BSC zu arbeiten, davon 50 % in der Behindertenhilfe und 50 % in den übrigen Einrichtungen (vgl. Greiling/Eppele 2004, S. 6).

¹³⁹ Im Zeitraum von Juli 2003 bis November 2003 wurden ca. 2.500 Fragebögen an Einrichtungen der Alten-, Jugend- und Behindertenhilfe, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen versendet. Der Rücklauf betrug 340 Fragebögen, davon entfielen 69 Fragebögen auf Einrichtungen der Altenhilfe (vgl. Greiling/Eppele 2004, S. 2).

Kapitel G

Darstellung der Einrichtungen

Dieses Kapitel stellt die untersuchten Forschungseinrichtungen, die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A und die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B vor. Die Alten- und Pflegeeinrichtungen befinden sich in Niedersachsen. Der erste Abschnitt trifft Aussagen zu der Entwicklungsgeschichte und beschreibt die Einrichtungen. Die Organisationsstruktur ist Gegenstand des zweiten Abschnittes. Abschließend stellt der dritte Abschnitt die wesentlichen Eckdaten der beiden Alten- und Pflegeeinrichtungen vor.

I. Entwicklungsgeschichtliche Grundlagen und Beschreibung der Einrichtungen

1. Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A

Die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A wurde 1959 in Betrieb genommen und 1987 und 1999 umfangreich renoviert und modernisiert. Die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A ist eine Einrichtung mit Bestandsschutz nach § 73 SGB XI.

Das Grundstück mit einer Größe von 3.386 m² liegt ca. 1.500 Meter vom Stadtzentrum entfernt und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Die Einrichtungsgröße beträgt 3.848 m². Die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A verfügt über 71 zugelassene Pflegeplätze inkl. eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze.

Die Einrichtung ist in zwei Wohnbereiche gegliedert.

Der Wohnbereich I befindet sich im Erdgeschoss und in der 1. Etage und verfügt über 41 Pflegeplätze. Der im Obergeschoss befindliche Wohnbereich II verfügt über 30 Pflegeplätze. Die Einrichtung hält ausschließlich Einzelzimmer vor. Die Wohnfläche der 46 Einzelzimmer mit eigenem Bad

und WC beträgt im Durchschnitt 18 m². Weitere 25 Einzelzimmer mit einer durchschnittlichen Wohnfläche von 15 m² teilen sich ein Bad für zwei Einzelzimmer. Die Sanitärräume sind mit einem Waschbecken, einer Duschwanne und einer Toilette ausgestattet.

Der Wohnbereich I verfügt über ein Pflegebad mit einer höhenverstellbaren Badewanne und einer Personenhubvorrichtung, zusätzlich werden drei weitere Pflegebäder vorgehalten. Jedem Wohnbereich ist ein Schwesternzimmer, ein Aufenthaltsraum, ein Frisierbereich, ein Lagerraum, ein Wäscheraum und ein Fäkalienraum angegliedert.

Der Werkraum für die Beschäftigungstherapie befindet sich neben der hauseigenen Wäscherei und den Mitarbeiterumkleideräumen im Dachgeschoss. Ein weiterer Therapieraum und der gemeinsame Speisesaal befinden sich im Erdgeschoss.

Die Vorschriften des Heimgesetzes und der Heimmindestbauverordnung werden eingehalten.

Alle Bewohnerzimmer sind mit einem Pflegebett, einem Nachtschrank, einem Kleiderschrank, einem Tisch und zwei Stühlen, der Hausnotrufanlage, einem Rundfunk-, Fernseh- und Telefonanschluss, einer Deckenlampe und Gardinen ausgestattet. Generell ist das Mitbringen und Aufstellen eigener Möbelstücke der Bewohner im Heimvertrag geregelt und erlaubt.

Der sehr gepflegte offene Gartenbereich ist mit einem Teich ausgestattet.

2. Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B

Die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B wurde 1975 in Betrieb genommen und 2000 umfangreich renoviert und modernisiert. Die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B ist eine Einrichtung mit Bestandsschutz nach § 73 SGB XI.

In der Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B stehen 65 Pflegeplätze inkl. eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze und 20 Altenwohnungen zur Verfügung.

Das Grundstück mit einer Größe von 5.387 m² liegt ca. 500 Meter vom Stadtzentrum entfernt und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Die Einrichtungsgröße beträgt 3.409 m².

Die Einrichtung ist in zwei Wohnbereiche gegliedert.

Der Wohnbereich I befindet sich im Erdgeschoss und in der 1. Etage und verfügt über 28 Pflegeplätze. Der im Erdgeschoss sowie im ersten und zweiten Obergeschoss befindliche Wohnbereich II verfügt über 37 Pflegeplätze.

Die Einrichtung hält insgesamt 33 Einzelzimmer vor. Die Wohnfläche der 27 Einzelzimmer mit eigenem Bad und WC beträgt im Durchschnitt 26 m². Weitere 6 Einzelzimmer mit einer durchschnittlichen Wohnfläche von 20 m² teilen sich ein Bad für zwei Einzelzimmer. Die Wohnfläche der 16 Doppelzimmer mit eigenem Bad und WC beträgt im Durchschnitt 23 m². Die Sanitärräume sind mit einem Waschbecken, einer barrierefreien Dusche mit Bodenabfluss und einer Toilette ausgestattet.

10 Pflegeplätze befinden sich im Untergeschoss, 29 Pflegeplätze im Erdgeschoss und weitere 26 Pflegeplätze im Obergeschoss.

Im Erdgeschoss befinden sich zwei Pflegebäder, ein weiteres Pflegebad befindet sich im Obergeschoss. Jedem Wohnbereich ist ein Schwesternzimmer, ein Tagesraum mit Küche, ein Lagerraum, ein Wäscheraum und ein Fäkalienraum angegliedert.

Im Erdgeschoss in unmittelbarer Nähe des Eingangsbereiches befinden sich der gemeinsame Speisesaal, ein zentraler Veranstaltungsraum und eine Sitzgelegenheit mit Kamin.

Die Vorschriften des Heimgesetzes und der Heimmindestbauverordnung werden eingehalten.

Alle Bewohnerzimmer sind mit einem Standardpflegebett mit Nachtschrank, einem Kleiderschrank, einem Tisch und zwei Stühlen, der Hausnotrufanlage, einem Rundfunk-, Fernseh- und Telefonanschluss, einer Deckenlampe und Gardinen ausgestattet. Generell ist das Mitbringen und Aufstellen eigener

Möbelstücke der Bewohner im Heimvertrag geregelt und ausdrücklich gewünscht.

Die Außenanlagen sind mit einem Fußweg um die Einrichtung und mehreren Sitzecken, einem Springbrunnen mit Bachlauf und angelegten Rasenflächen, Blumenbeeten und einem Garten der Sinne sehr ansprechend gestaltet.

II. Organisationsstruktur

1. Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A

Die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A ist Mitglied eines Diakonischen Werkes in Niedersachsen und dadurch dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland angeschlossen. Der Verein ist in das Vereinsregister des Amtsgerichtes der Gemeinde eingetragen. Die Satzung gilt in der Fassung vom 13. Mai 1987. Der Verein arbeitet auf der Grundlage des christlichen Auftrages der Diakonie. Zweck des Vereins ist die Betreuung und Pflege alter Menschen. Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige, mildtätige und kirchliche Zwecke im Sinne der Abgabenordnung. Die Organe des Vereins sind die Mitgliederversammlung und der Vorstand. Dem Vorstand, der auf sechs Jahre gewählt wird, gehören fünf Mitglieder (zwei von der Mitgliederversammlung zu wählende Mitglieder, ein vom Kreiskirchenrat der Gemeinde und vom Diakonischen Werk in Niedersachsen zu entsendendes Mitglied und einem Pfarrer der ev.-luth. Kirchengemeinde) an. Weitere Personen nehmen mit beratender Stimme an den Vorstandssitzungen teil.

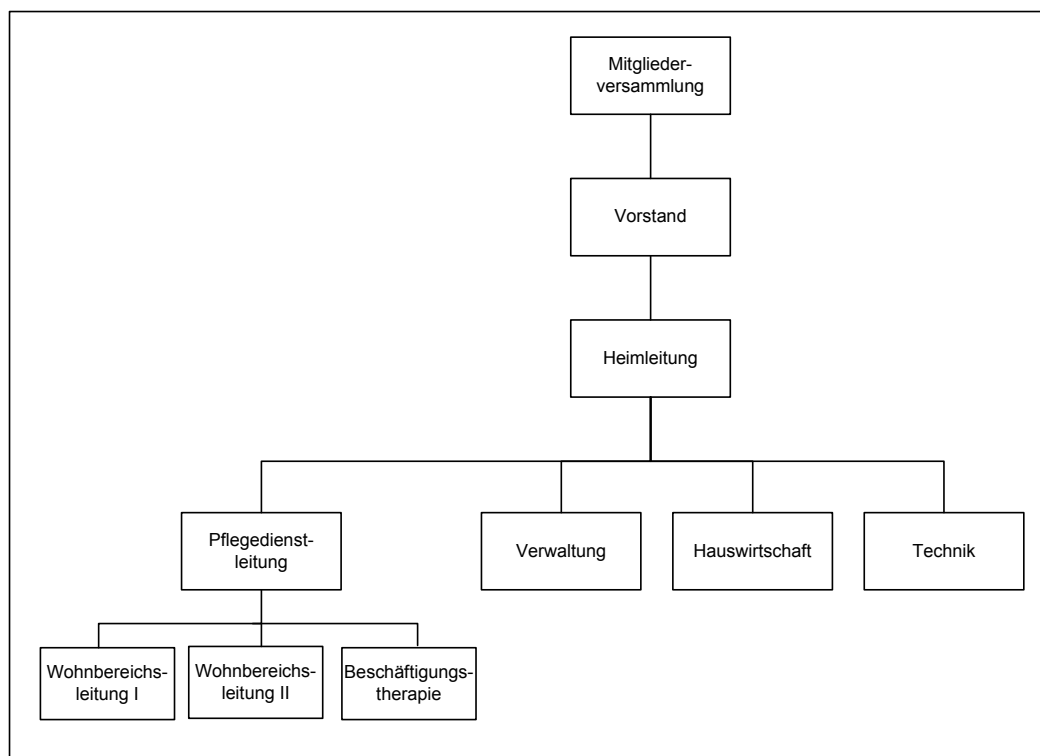


Abb. G-1: Organigramm der Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A
Quelle: Eigendarstellung

Die Organisationsstruktur der Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A entspricht dem Ein-Liniensystem.

Der Charakter des Ein-Liniensystems besteht darin, dass jedes Organisationsmitglied nur den unmittelbar nachgeordneten Mitarbeitern Weisungen erteilen kann und selbst nur von einem bestimmten Vorgesetzten Weisungen erhalten kann. Dieses Ein-Liniensystem geht auf den Grundsatz der einheitlichen Auftragserteilung von Fayol (vgl. Heinen 1991, S. 100) zurück und stellt die straffste Form einer Organisation dar.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Grundsätzlich lassen sich bei den Grundformen der Leitung das Einliniensystem, das Mehrliniensystem und die Stab-Linien-Organisation unterscheiden. Als Weiterentwicklung dieser Grundformen finden sich die Spartenorganisation und die Matrix-Organisation. Auf eine weitergehende Darstellung dieser Organisationsformen muss an dieser Stelle verzichtet werden (vgl. Heinen 1991, S. 106f.)

2. Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B

Träger der Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B ist ein Diakonisches Werk, dieses ist Mitglied eines Diakonischen Werkes in Niedersachsen und dadurch dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland angeschlossen. Der Verein ist in das Vereinsregister des Amtsgerichtes der Gemeinde eingetragen. Die Satzung gilt in der Fassung vom 14. März 2000. Zweck des Vereins ist die Betreuung und Pflege alter und hilfebedürftiger Menschen. Der Verein arbeitet auf der Grundlage des christlichen Auftrages der Diakonie. Im Sinne der Abgabenordnung verfolgt der Verein ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige, mildtätige und kirchliche Zwecke. Die Organe des Vereins sind die Mitgliederversammlung und der Vorstand. Dem Vorstand gehören fünf Personen (Vorsitzender, stellvertretender Vorsitzender, drei für die Dauer einer Wahlperiode des Gemeindegemeinderates der evangelisch-lutherischen Kirchengemeinde berufene Mitglieder des Gemeindegemeinderates) an.

Grundsätzlich ist die für die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A beschriebene Organisationsstruktur des Ein-Liniensystems auf die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B übertragbar.

III. Eckdaten

1. Belegungsstruktur/Alter/Einzugsgebiet/Konkurrenzsituation

1.1 Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A

In der Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A leben 71 Bewohner. Zum Zeitpunkt der Untersuchung wohnten 60 weibliche Bewohnerinnen und 11 männliche Bewohner in der Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A. Das

Durchschnittsalter der Frauen betrug 87 Jahre, das der Männer 80 Jahre. Das Gesamtdurchschnittsalter betrug 86 Jahre.

Die geplante Belegungsstruktur für das Geschäftsjahr 2005 sieht die folgende Verteilung der Bewohner auf die Pflegestufen vor:

Pflegestufe 0:	1	Bewohner
Pflegestufe I:	26	Bewohner
Pflegestufe II:	28	Bewohner
Pflegestufe III:	16	Bewohner
Gesamt	71	Bewohner

Unter Beachtung der ortsnahen Versorgung werden pflegebedürftige Personen vorrangig aus der eigenen Umgebung und den angrenzenden Landkreisen aufgenommen.

1.2 Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B

In der Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B leben 65 Bewohner. Zum Zeitpunkt der Untersuchung wohnten 53 weibliche und 12 männliche Bewohner in der Alten- und Pflegeeinrichtung. Das Durchschnittsalter der Frauen betrug 85 Jahre, das der Männer 79 Jahre. Das Gesamtdurchschnittsalter betrug 84 Jahre.

Die geplante Belegungsstruktur für das Geschäftsjahr 2005 sieht die folgende Verteilung der Bewohner auf die Pflegestufen vor:

Pflegestufe 0:	0	Bewohner
Pflegestufe I:	20	Bewohner
Pflegestufe II:	33	Bewohner
Pflegestufe III:	12	Bewohner
Gesamt	65	Bewohner

Unter Beachtung der orts- und familiennahen Versorgung werden pflegebedürftige Personen vorrangig aus der eigenen Gemeinde und den angrenzenden Landkreisen aufgenommen.

2. Mitarbeiterausstattung und Personalkostenbudget

2.1 Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A

Im Geschäftsjahr 2005 werden in der Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A auf der Grundlage der Kalkulation im Jahresdurchschnitt 38 Vollkräfte beschäftigt. Das Gesamtpersonalkostenbudget beträgt 1.486 TEUR.

In der Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A sind 18,7 % aller Mitarbeiter vollzeitbeschäftigt. Mit 69,2 % findet sich ein sehr hoher Anteil an Teilzeitbeschäftigten, darüber hinaus sind weitere 5,6 % geringfügig beschäftigt. In Ausbildung befinden sich 6,5 % der Mitarbeiter.

Die Hausreinigung und Reinigung der Flachwäsche wird durch einen externen Anbieter übernommen.

Alle administrativen Tätigkeiten für die Bereiche Finanzen, Betriebswirtschaft und Controlling, Personalmanagement, Personalentwicklung und Recht, Bau, Qualitätsmanagement und Informationstechnologie werden zentral durch eine Servicegesellschaft eines Diakonisches Werkes in Niedersachsen erbracht.

2.2 Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B

In der Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B sind 2005 31 Vollkräfte (VK) beschäftigt. Das Gesamtpersonalkostenbudget beträgt 1.280 TEUR.

Der Anteil der vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter beträgt 43,9 %, 51,7 % sind teilzeitbeschäftigt, zum Zeitpunkt der Erhebung war kein Mitarbeiter

geringfügig beschäftigt. 4,4 % der Mitarbeiter befinden sich in der Ausbildung.

Die Hausreinigung und die Reinigung der Flachwäsche werden durch einen externen Anbieter erbracht. Darüber hinaus wird in den Teeküchen Personal einer externen Firma eingesetzt.

Alle administrativen Tätigkeiten für die Bereiche Finanzen, Betriebswirtschaft und Controlling, Personalmanagement, Personalentwicklung und Recht, Bau, Qualitätsmanagement und Informationstechnologie werden zentral durch eine Servicegesellschaft eines Diakonisches Werkes in Niedersachsen erbracht.

3. Sachkostenbudget

3.1 Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A

Das Sachkostenbudget 2005 in Höhe von 700 TEUR wird für die Bereiche Verpflegung, Energie, Wirtschafts- und Verwaltungsbedarf, Leistungen durch fremde Betriebe, medizinischer Bedarf und Therapie, Steuern, Abgaben, Versicherungen, Fremdkapitalzinsen, Abschreibungskosten, Mieten und Instandhaltung verwendet.

3.2 Alten- und Pflegeeinrichtung Haus B

Für den laufenden Betrieb stehen für das Geschäftsjahr 2005 Sachkosten in Höhe von 640 TEUR für die Bereiche Verpflegung, Energie, Wirtschafts- und Verwaltungsbedarf, Leistungen durch fremde Betriebe, medizinischer Bedarf und Therapie, Steuern, Abgaben, Versicherungen, Fremdkapitalzinsen, Abschreibungskosten, Mieten und Instandhaltung zur Verfügung.

Kapitel H

Evaluation und Forschungsmethodik

In diesem Kapitel werden die grundsätzlichen Aspekte zur Evaluation und zur Vorgehensweise in der Forschung dargestellt und in Beziehung zum Forschungsprozess dieser Studie gesetzt. Nach der Darstellung der Aufgaben empirischer Forschung im ersten Abschnitt wird im zweiten Abschnitt ein Phasenmodell für die empirische Forschung dargestellt, an dem sich diese Studie orientiert. Ergänzend werden die Besonderheiten von Evaluationsstudien im dritten Abschnitt dargestellt. Der abschließende vierte Abschnitt stellt einen Überblick der statistischen Verfahren dar und beschreibt die in dieser Studie eingesetzten Verfahren.

I. Aufgaben der empirischen Forschung

Empirische Forschung

„... sucht nach Erkenntnissen durch systematische Auswertung von Erfahrungen („empirisch“: aus dem Griechischen „auf Erfahrungen beruhend“).“

(Bortz/Döring 2002, S. 5)

und verfolgt die Hauptaufgabe, Hypothesen zu erkunden oder zu überprüfen.

„Sozial-, Human- und Biowissenschaften befassen sich mit Untersuchungsobjekten (Menschen, Tieren, Schulklassen, Betrieben, Abteilungen, Krankenhäusern etc.), die bezüglich ausgewählter, für eine bestimmte Fragestellung relevanter Merkmale beschrieben werden. Die Beschreibung der Objekte bezüglich eines Merkmals ermöglicht es, festzustellen, bei welchen Objekten das Merkmal identisch bzw. unterschiedlich ausgeprägt ist. Die Analyse bzw. Erklärung der registrierten

Merkmalsunterschiede (Variabilität) gehört zu den wichtigsten Aufgaben empirischer Wissenschaften.“

(Bortz/Döring 2002, S. 5).

Nach ihrer Zielsetzung können empirische Untersuchungen in drei Gruppen aufgeteilt werden:

- Explorative Untersuchungen
Sie dienen der Bildung von Theorien und Hypothesen.
- Explanative Untersuchungen
Sie dienen der Prüfung von Theorien und Hypothesen.
- Deskriptive Untersuchungen
Sie dienen der Beschreibung von Populationen.

(vgl. Bortz/Döring 2002, S. 360)¹⁴¹.

Evaluationsstudien werden der Gruppe der explanativen Untersuchungen zugeordnet (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 360 und 599 f.).

Wissenschaftliche Hypothesen liegen vor, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind:

- 1) *„Eine wissenschaftliche Hypothese bezieht sich auf reale Sachverhalte, die empirisch untersuchbar sind.*
- 2) *Eine wissenschaftliche Hypothese ist eine allgemeingültige, über den Einzelfall oder ein singuläres Ereignis hinausgehende Behauptung (All-Satz).*
- 3) *Einer wissenschaftlichen Hypothese muß zumindest implizit die Formalstruktur eines sinnvollen Konditionalsatzes („Wenn-dann-Satz“ bzw. „Je-desto-Satz“) zugrunde liegen.*

¹⁴¹ *„Unter einer Population (Grundgesamtheit) versteht man die Gesamtmenge aller N Beobachtungseinheiten, über die Aussagen getroffen werden sollen“ (Bortz/Döring 2002, S. 397).*

4) *Der Konditionalsatz muß potentiell falsifizierbar sein, d. h. es müssen Ereignisse denkbar sein, die dem Konditionalsatz widersprechen“*

(Bortz/Döring 2002, S.7 f.).

Der Konditionalsatz der Hypothesen enthält im Wenn-Teil des Satzes eine unabhängige Variable und im Dann-Teil des Satzes eine abhängige Variable (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 10).

„Theorien haben die Funktion, Sachverhalte zu beschreiben, zu erklären und vorherzusagen. Im Kern bestehen sozialwissenschaftliche Theorien aus einer Vernetzung von gut bewährten Hypothesen bzw. anerkannten empirischen „Gesetzmäßigkeiten“.“

(Bortz/Döring 2002, S. 17).

Eine empirische Untersuchung, die den Zusammenhang zwischen der Information über das Unfallrisiko am Arbeitsplatz und der Häufigkeit der Arbeitsunfälle untersucht, beginnt mit der Hypothese: „Wenn die Belegschaft eines Betriebes über Unfallrisiken am Arbeitsplatz informiert wird, dann werden Arbeitsunfälle verhindert.“ Um diese Hypothese prüfen zu können, werden zwei Gruppen benötigt – die erste Gruppe enthält Betriebe, die über das Unfallrisiko am Arbeitsplatz informieren, und die zweite Gruppe enthält Betriebe, die diese Information nicht geben. Dieser Untersuchungsaufbau berücksichtigt zwei Ausprägungen der unabhängigen Variablen „Art der Information über Unfallrisiken, und im folgenden Schritt kann die Unfallhäufigkeit in den beiden Gruppen, die die abhängige Variable darstellt, erhoben werden. Im Anschluss an die Datenerhebung, deren Methoden in Abschnitt III dieses Kapitels dargestellt werden, kann eine Aussage über die Richtigkeit der Hypothese gemacht werden (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 10).

Wissenschaftliche Hypothesen können in statistische Hypothesen transformiert werden, indem die Variablenbeziehung in eine quantitative Form gebracht wird (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 12).

Eine statistische Hypothese kann weder durch den Nachweis einzelner Gegenbeispiele widerlegt werden noch durch den Nachweis aller

Positivbeispiele bestätigt werden, da es sich um eine Wahrscheinlichkeitsaussage handelt (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 14). Eine Erhebung aller vorkommenden Fälle, die zum Beweis der Allgemeingültigkeit notwendig ist, ist praktisch nicht durchführbar.¹⁴²

Um Hypothesen dennoch falsifizierbar zu machen, werden Prüfkriterien eingeführt. Eines der wichtigsten Prüfkriterien ist die statistische Signifikanz, die in Abschnitt V erläutert wird (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 14).

II. Phasen des Forschungsprozesses

Jeder empirische Forschungsprozess kann in aufeinander folgende Phasen eingeteilt werden, in denen einzelne Arbeitsschritte erfolgen müssen (vgl. Hüttner 1997, S. 16 f., vgl. Berekoven/Eckert/Ellenrieder 2004, S.34 f., vgl. Bortz/Döring 2002, S. 39 f., vgl. Meffert 1986, S. 19 f., vgl. Bungard/Holling/Schultz-Gambard 1996, S. 35 f.).

Nach HÜTTNER kann der Forschungsprozess in fünf Phasen aufgeteilt werden, die als „5 Ds der Marktforschung“ (Hüttner 1997, S. 17) bezeichnet werden:

- *„Definition*
- *Design*
- *Datengewinnung*
- *Datenanalyse*
- *Dokumentation“*

(Hüttner 1997, S. 17).

¹⁴² In der Praxis ist eine Vollerhebung aus finanziellen, zeitlichen oder organisatorischen Gründen i. d. R. nicht möglich. „Statt alle zu befragen, erfolgt eine Beschränkung (Teilerhebung) auf einen kleineren Kreis, der, sofern er nach statistischen Gesichtspunkten gebildet wird, als Stichprobe (Sample) bezeichnet wird.“ (Berekoven/Eckert/Ellenrieder 2004, S. 51).

Die folgende Darstellung weist den fünf Phasen die durchzuführenden Arbeitsschritte zu:

Phasen	Arbeitsschritte
1. Definition	<ul style="list-style-type: none"> • Definition des Problems • Konkretisierung der Forschungsfragen • Bildung wissenschaftlicher Hypothesen
2. Design	<ul style="list-style-type: none"> • Operationalisierung der wissenschaftlichen Hypothesen • Auswahl des Forschungsdesigns • Entscheidung über die Datenerhebungsmethode und die Anzahl der zu befragenden Personen • Festlegung des Skalierungsniveaus der abhängigen Variablen
3. Datengewinnung	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung der Datenerhebung in der in Phase 2 festgelegten Form
4. Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Datenaufbereitung und Konsistenzprüfung • Codierung der Daten • Anwendung der in Phase 2 festgelegten statistischen Verfahren (Einsatz deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden)
5. Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretation der Ergebnisse der Datenanalyse • Beantwortung der Forschungsfragen • Schlussfolgerungen • Dokumentation der Ergebnisse und des Forschungsprozesses

Abb. H-1: Fünf Phasen eines Forschungsprozesses
Quelle: Eigendarstellung in Anlehnung an Hüttner 1997, S. 17 und Bortz/Döring 2002, S. 39 f.

In der ersten Phase erfolgt die Definition des Problems und die Konkretisierung einer oder mehrerer Forschungsfragen sowie die Bildung von Hypothesen, die im Forschungsprozess überprüft werden sollen. Forschungsfragen müssen den folgenden drei Anforderungen genügen:

- 1) Verwendung präziser eindeutig definierter Begriffe
- 2) Empirische Untersuchbarkeit
- 3) Wissenschaftliche Tragweite
(vgl. Bortz/Döring 2002, S. 43 f.).

Wenn z. B. zu untersuchen ist, ob eine entwickelte Intervention die richtige Maßnahme darstellt, um ein definiertes Ziel zu erreichen, dann stellt sich die Forschungsfrage, „... *ob ein Ereignis A (Interventionsmaßnahme) ein Ereignis B (Erreichung des Zielkriteriums bzw. Annäherung an das Zielkriterium) bewirkt hat;...*“ (Bungard/Holling/Schultz-Gambard 1996, S. 35). Die Beantwortung der Forschungsfrage basiert auf der Überprüfung eines kausalen Zusammenhangs, bei dem die Interventionsmaßnahme die unabhängige Variable und die Reaktion auf die Intervention die abhängige Variable darstellt.

Die zweite Phase, die auch als Untersuchungsplanung bezeichnet wird, „... *markiert den wichtigsten Abschnitt empirischer Arbeiten.*“ (Bortz/Döring 2002, S. 49), da die Qualität der Untersuchungsergebnisse von der Wahl der für die Problemstellung geeigneten Forschungsmethode und der geeigneten Analysemethoden abhängt (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 49).¹⁴³

In dieser Phase wird über das Verfahren entschieden, mit dem die Daten erhoben werden sollen, sowie über das Design der Erhebung. Die Forschungshypothesen werden operationalisiert, d. h. in eine messbare Form gebracht.¹⁴⁴ Eine Operationalisierungsvariante ist die Reaktionsstärke, d. h. wie stark reagiert eine Person auf einen bestimmten Stimulus.

„Die Art der Operationalisierung entscheidet über das Skalierungsniveau der abhängigen Variablen, das seinerseits bestimmt, wie das Merkmal statistisch auszuwerten ist bzw. welcher Signifikanztest zur Hypothesenprüfung herangezogen werden sollte.“ (Bortz/Döring 2002, S. 68).

Im Anschluss wird die Frage beantwortet, in welcher Form die Erhebung stattfinden soll und wie viele Personen befragt werden sollen. Wenn z. B.

¹⁴³ BORTZ/DÖRING weisen darauf hin, dass in dieser Planungsphase begangene Fehler während der Untersuchungsdurchführung nicht mehr korrigiert werden können (Bortz/Döring 2002, S. 49).

¹⁴⁴ „Eine operationale Definition standardisiert einen Begriff durch die Angabe der Operationen, die zur Erfassung des durch den Begriff bezeichneten Sachverhaltes notwendig sind, oder durch Angabe von meßbaren Ereignissen, die das Vorliegen dieses Sachverhaltes anzeigen (Indikatoren)“ (Bortz/Döring 2002, S. 67).

eine entwickelte Intervention auf ihre Wirksamkeit hin untersucht werden soll, werden mindestens zwei Untersuchungsgruppen benötigt, um eine Aussage über die Wirksamkeit der Intervention treffen zu können. In der einen Forschungsgruppe findet die Intervention statt und in der zweiten Forschungsgruppe findet keine Intervention statt. Die Datenerhebung kann als schriftliche Befragung, als Interview oder als Beobachtung erfolgen. Die Entscheidung über die Anzahl der zu befragenden Personen hängt von der individuellen Forschungssituation ab. So können z. B. in einer Alten- und Pflegeeinrichtung nur die Bewohner befragt werden, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes dazu in der Lage sind.

In der dritten Phase der Datengewinnung wird die Datenerhebung exakt nach der im Forschungsdesign festgelegten Form durchgeführt. Aufgrund der Verschiedenartigkeit empirischer Forschungsprojekte gibt es für diese Phase weder eine konkrete Vorgabe für die Dauer noch für den Ressourcenbedarf (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 79).

In der vierten Phase, der Datenanalyse, werden die Daten entsprechend der in Phase zwei festgelegten statistischen Methoden analysiert.

Wenn Fragebögen eingesetzt werden, beginnt der Prozess mit der Nummerierung der Fragebögen und Überprüfung der Fragebögen auf Konsistenz.¹⁴⁵ Wenn die statistischen Analysen mithilfe eines statistischen Analyseprogramms erfolgen, werden die Daten im Anschluss codiert, d. h. in eine maschinenlesbare Form gebracht.

Für die Datenanalyse stehen unterschiedliche statistische Programme zur Verfügung. In der vorliegenden Studie wurde mit SPSS 13.0.1 gearbeitet.

Die in der Erhebung gewonnenen Daten werden im ersten Schritt mit den Methoden der deskriptiven Statistik analysiert und grafisch aufbereitet. Als

¹⁴⁵ Als Konsistenz wird die Widerspruchsfreiheit der Angaben einer Person in Bezug auf das zu beurteilende Objekt verstanden (Bortz/Döring 2002, S. 160). Beispiel: Ein Bewohner gibt an, dass er gern im Einzelzimmer lebt, und an anderer Stelle des Fragebogens gibt er an, dass er einen Mitbewohner in seinem Zimmer wünscht, um sich häufiger unterhalten zu können. Diese Angaben sind nicht konsistent.

deskriptive Statistik werden „... *statistische Methoden zur Beschreibung von Daten in Form von Abbildungen, Tabellen oder einzelnen Kennwerten.*“ (Bortz 2005, S. 15) bezeichnet.

Im zweiten Analyseschritt werden die Methoden der Inferenzstatistik eingesetzt, die „... *im Unterschied zur deskriptiven Statistik die Überprüfung von Hypothesen...*“ (Bortz 2005, S. 1) ermöglichen.

Die operationalisierten Hypothesen werden in statistische Hypothesen überführt, um sie mithilfe eines Signifikanztests zu überprüfen. Wenn eine Veränderungshypothese, die davon ausgeht, dass sich die Ausprägungen der abhängigen Variablen im Laufe der Zeit verändern, weil eine Intervention stattgefunden und gewirkt hat, dann können zwei statistische Hypothesen entwickelt werden:

- Nullhypothese: Zwischen der Merkmalsausprägung (z. B. Mittelwert) gibt es keine Veränderung.
- Alternativhypothese: Zwischen der Merkmalsausprägung (z. B. Mittelwert) gibt es eine Veränderung.

(vgl. Bortz/Döring 2002, S. 494).

Veränderungshypothesen, die sich auf die Veränderung einer Merkmalsausprägung (z. B. Mittelwert) zu zwei verschiedenen Zeitpunkten beziehen, haben ein ähnliches Format.

„Hier behauptet die Nullhypothese, daß sich ein Merkmal zwischen zwei Zeitpunkten t_1 und t_2 nicht verändert, während die Alternativhypothese diese Behauptung negiert.“

(Bortz/Döring 2002, S. 494).

Die Prüfung der statistischen Hypothesen erfolgt mit einem Signifikanztest, der im Abschnitt IV näher erläutert wird.

In der abschließenden fünften Phase werden die Ergebnisse interpretiert. Die Interpretation ist die Grundlage für die Lösung der zu Beginn des Forschungsprozesses definierten Problemstellung (vgl. Berekoven/

Eckert/Ellenrieder 2004, S. 35). Im Anschluss daran erfolgt die Dokumentation sowohl des Forschungsprozesses als auch der Ergebnisse.

Zu Beginn eines Forschungsprozesses wird zusätzlich der Zeitbedarf für die einzelnen Phasen festgelegt, um die Gesamtdauer des Forschungsprozesses benennen zu können. Die Erstellung eines Timings ist besonders dann wichtig, wenn sich die Forschungsarbeit über einen längeren Zeitraum erstreckt und die Datenerhebungszeitpunkte und die Interventionsmaßnahmen und -zeitpunkte geplant werden müssen.

Das vorgestellte Phasenmodell wird für die Dokumentation des Ablaufs der vorliegenden Studie eingesetzt und stellt den chronologischen Ablauf der Arbeitsschritte entsprechend dar.

III. Evaluationsstudie

1. Einordnung

Aufgrund der Definitionsvielfalt des Begriffs ‚Evaluation‘ wird für diese Arbeit eine Aufstellung der Kennzeichen wissenschaftlicher Evaluation im Sinne einer Arbeitsdefinition verwendet. WOTTAWA/THIERAU stellen die folgenden Kennzeichen für Evaluation zusammen:

- *„Ein allgemeiner Konsens, der hier auch schon durch die Wortwurzel von „Evaluation“ vorgezeichnet ist, liegt darin, daß alle solche Tätigkeiten etwas mit „Bewerten“ zu tun haben. Evaluation dient als Planungs- und Entscheidungshilfe und hat somit etwas mit der Bewertung von Handlungsalternativen zu tun.*
- *Evaluation ist ziel- und zweckorientiert. Sie hat primär das Ziel, praktische Maßnahmen zu überprüfen, zu verbessern oder über sie zu entscheiden.*

- *Es besteht im wissenschaftlichen Sprachgebrauch ebenfalls Konsens darüber, daß Evaluationsmaßnahmen dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Techniken und Forschungsmethoden angepaßt sein sollten.*“ (Wottawa/Thierau 1998, S. 14)

Für Evaluationsstudien wird nach eindeutiger Zielexplication festgelegt, welches Evaluationsobjekt betrachtet werden soll. Dabei kann es sich z. B. um Programme, Zielvorgaben, Methoden oder Personen handeln. Im Anschluss daran wird festgelegt, ob eine Labor- oder Felduntersuchung durchgeführt wird.¹⁴⁶ In der Planungsphase wird darüber hinaus festgelegt, welches Evaluationsmodell eingesetzt werden soll.¹⁴⁷ Die zwei unterschiedlichen Ansätze – formative und summative Evaluation – unterscheiden sich nach dem Zeitpunkt, an dem sie stattfinden (vgl. Wottawa/Thierau 1998, S. 56).

„Die summative Evaluation beurteilt zusammenfassend die Wirksamkeit einer vorgegebenen Intervention, während die formative Evaluation regelmäßig Zwischenergebnisse erstellt, mit dem Ziel, die laufende Intervention zu modifizieren oder zu verbessern.“ (Bortz/Döring 2002, S. 113).

Bei Evaluationsstudien, in deren Verlauf eine Intervention entwickelt und durchgeführt wird, ist sowohl eine formative Evaluation als auch eine summative Evaluation notwendig, um prozessbegleitend Verbesserungspotenziale zu identifizieren und die Intervention ggf. zu modifizieren (vgl. Wottawa/Thierau 1998, S. 63).

Evaluationsstudien werden von kommunikativen Prozessen begleitet und erfordern neben fachlicher Kompetenz ein hohes Maß an sozialer und kommunikativer Kompetenz (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 107).

¹⁴⁶ „Laboruntersuchungen legen besonderen Wert auf die Kontrolle bzw. Ausschaltung untersuchungsbedingter Störvariablen, Felduntersuchungen finden demgegenüber in „natürlichen“, im Zuge des Forschungsprozesses kaum veränderten Umgebungen statt.“ (Bortz/Döring 2002, S. 60).

¹⁴⁷ WOTTAWA/THIERAU weisen darauf hin, dass eine Vielzahl von Evaluationsmodellen entstanden ist und dass die Unterscheidung in formative und summative Evaluation die wichtigste Unterscheidung darstellt (vgl. Wottawa/Thierau 1998, S. 63).

2. Erhebungsverfahren

Eine grundsätzliche Unterscheidung von Daten, die für eine Studie benötigt werden, erfolgt nach der Art der Durchführung der Datengewinnung. Die Sekundärforschung (Desk Research) umfasst die Beschaffung, Zusammenstellung und Analyse bereits vorhandener Daten, während die Primärforschung (Field Research) die für die Studie benötigten Informationen durch eigene Erhebungen ermittelt (vgl. Meffert 1986, S. 17). Nach ROGGE stellt diese Einteilung keine Wertung im Sinne von rein theoretischer und rein praktischer Forschung dar. *„In beiden Fällen handelt es sich um anwendungsbezogene, empirische Techniken der Erkenntnisgewinnung. Die Unterschiede liegen lediglich in der Art der Datenerhebung.“* (Rogge 1992, S. 49).

Für die Durchführung einer Evaluationsstudie stellt die Analyse von Sekundärdaten den ersten Schritt dar, um das Untersuchungsziel zu konkretisieren und den Informationsbedarf für die Primärforschung zu ermitteln (vgl. Rogge 1992, S. 51 f.).¹⁴⁸ Beurteilungskriterien für die Qualität von sekundär-statistischen Daten sind die Weiterverarbeitungsmöglichkeit, ihre Erhebungsmethodik, ihre Glaubwürdigkeit und die Art ihrer Datenerhebung (vgl. Rogge 1992, S. 67).

Verfahren für die Erhebung von Primärdaten werden in zwei Gruppen unterteilt:

- 1) Quantitative Methoden
- 2) Qualitative Methoden

(vgl. Bortz/Döring 2002, S. 137 ff.).¹⁴⁹

¹⁴⁸ SALCHER weist darauf hin, dass die Bezeichnung Primär- und Sekundärerhebung möglicherweise irreführend ist, da die Sekundärerhebung am Beginn jeder Marktforschungstätigkeit steht (vgl. Salcher 1995, S. 10).

¹⁴⁹ Auf die Darstellung der qualitativen Verfahren wird an dieser Stelle verzichtet, da sie für diese Studie nicht eingesetzt wurden. BORTZ/DÖRING nennen als Beispiele für qualitative Einzelbefragungen: *„Assoziatives Interview, Biographisches Interview, Deutungsanalyse, Dilemma-Interview, Experteninterview, Exploration, Anamnese, Klinisches Gespräch, Feldgespräch, Ethnographisches Interview, Fokussiertes Interview, Lautes Denken.“* (Bortz/Döring 2002, S. 314).

Quantitative Methoden werden eingesetzt, um die zu erhebenden Merkmale zu quantifizieren, während qualitative Methoden „... *die manifesten und latenten Inhalte des Materials in ihrem sozialen Kontext und Bedeutungsfeld*“ (Bortz/Döring 2002, S. 329) interpretieren.

Folgende quantitative Methoden der Datenerhebung stehen zur Verfügung:

- Zählen
- Urteilen
- Testen
- Befragen
- Beobachten
- Physiologische Messungen

(Bortz/Döring 2002, S. 137).

Empirische Untersuchungen setzen i. d. R. eine Kombination dieser Methoden ein. „*Die Frage nach der „besten“ Erhebungsart läßt sich nicht generell beantworten, sondern muß für jede konkrete Untersuchung neu gestellt werden.*“ (Bortz/Döring 2002, S. 137).

Aufgrund der besonderen Bedeutung der Befragung, „*die als Kernstück der Primärerhebung angesehen werden*“ (Rogge 1992, S. 77) kann, wird diese Methode der Datenerhebung, die auch in der vorliegenden Studie eingesetzt wurde, detailliert dargestellt.

Mit Befragungen können Informationen über

- *„Einstellungen und Meinungen*
- *Wissen und Erfahrungen*
- *Verhaltensweisen*
- *Motive (für diese Verhaltensweise).*“

(Salcher 1995, S. 13).

gewonnen werden.

Die Entscheidung für eine Befragung erfordert eine Festlegung auf die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung. Befragungen können schriftlich, mündlich, telefonisch oder per Internet erfolgen (vgl. Berekoven/Eckert/Ellenrieder 2004, S. 95). Die mündliche Befragung wird als Interview bezeichnet (vgl. Meffert 1986, S. 41).

Unabhängig von der Kommunikationsart – schriftlich oder mündlich – können „... die Fragen und der Ablauf der Befragung von „völlig offen“ bis „vollständig standardisiert“ variieren.“ (Bortz/Döring 2002, S. 237).

Interviews können als standardisierte Interviews durchgeführt werden, die gekennzeichnet sind durch die Verwendung eines vorgegebenen Fragebogens mit genau formulierten Fragen, die in einer vorgegebenen Reihenfolge gestellt werden müssen, und als freie Interviews, für die nur Thema und Ziel der Befragung vorgegeben sind. Die Kombination beider Vorgehensweisen wird als strukturiertes Interview bezeichnet (vgl. Meffert 1986, S. 41).

„Allgemein wird dem standardisierten Interview heute der Vorzug gegeben. Die Gründe liegen insbesondere in der besseren Quantifizierbarkeit, der Verringerung der Beeinflussung durch den Interviewer, der Erhöhung der Vergleichbarkeit und der besseren Auswertungsmöglichkeit beim Einsatz verschiedener Interviewer.“
(Meffert 1986, S. 41).

Ein Vorteil von Face-to-Face-Interviews ist neben der Möglichkeit, auftretende Unklarheiten und Verständnisprobleme direkt bereinigen zu können, die lange Gesprächsdauer, die im persönlichen Interview möglich ist (vgl. Salcher 1995, S. 15). SALCHER betont darüber hinaus, dass eine Gesprächsdauer von über einer Stunde möglich ist und somit eine wichtige Voraussetzung für psychologische Befragungen erfüllt ist (vgl. Salcher 1995, S. 15).¹⁵⁰

Nachteile des Face-to-Face-Interviews sind der hohe Zeit- und Kostenaufwand und die Gefahr der durch die Interviewsituation oder die

¹⁵⁰ Nach ROGGE sollte die Befragungsdauer 45 Minuten nicht überschreiten (vgl. Rogge 1992, S. 39).

Person des Interviewers auftretenden Verzerrung (vgl. Meffert 1986, S. 39, vgl. Bortz/Döring 2002, S. 246). Sowohl der Interviewer als auch der Befragte bilden sich aufgrund der wahrnehmbaren sozialen Merkmale des Gegenübers ein Bild,

„... das zugleich Mutmaßungen über dessen Einstellungen, Wertorientierungen usw. implizieren kann und – bewusst oder unbewusst – zu Anpassungsmechanismen führen kann.“

(Berekoven/Eckert/Ellenrieder 2004, S. 107).

Die Wechselwirkungen zwischen dem Verhalten und den Erwartungen des Interviewers und des Befragten sind Teil der sozialen Situation des Interviews und können nicht komplett vermieden werden. Eine gezielte Interviewerauswahl und -schulung können dazu beitragen, den Effekt möglichst gering zu halten. Darüber hinaus sollten der Befragungsort und die Befragungszeit so gestaltet werden, dass der Befragte sich in der Umgebung wohl fühlt und nicht unter Zeitdruck steht (vgl. Berekoven/Eckert/Ellenrieder 2004, S. 107).

Schriftliche Befragungen werden mit einem Fragebogen durchgeführt, der i. d. R. neben offenen Fragen, d. h. Fragen, die keine feste Antwortkategorie vorgeben, geschlossene Fragen enthält, die entweder als Ja-Nein-Antwortkategorie vorgegeben werden oder die eine Einstufung der Ausprägung von Meinungen oder Tatbeständen auf einer Skala erfordern (vgl. Meffert 1986, S. 40 f.).

BORTZ/DÖRING geben für die Fragenformulierung folgende Grundsätze an:

- Einfache und eindeutige Formulierung mit Ausrichtung auf einen Sachverhalt
- Konkrete Formulierung
- Kurze Sätze
- Neutrale Fragengestaltung

- Keine Kombination von quantifizierenden Umschreibungen wie „immer“, „selten“ in Verbindung mit Rating-Skalen.

(vgl. Bortz/Döring 2002, S. 244 f. und 255 f.).¹⁵¹

Für die Bewertung der Fragen wird ein Maßstab festgelegt, mit dem die Ausprägung der Merkmale gemessen werden kann. Eine Skala stellt einen Maßstab dar, an dem die jeweilige Merkmalsausprägung zahlenmäßig abgelesen werden kann. Das Messniveau einer Skala, das die mathematischen Eigenschaften der von der Skala gelieferten Messwerte bezeichnet, bestimmt den Informationsgehalt der Daten (vgl. Berekoven/Eckert/Ellenrieder 2004, S. 72). Die vier wichtigsten Skalenarten sind:

- Nominalskala – vordefinierte Merkmalsausprägungen sind unterscheidbar – Beispiele: Geschlecht, Betriebstyp
- Ordinalskala – vordefinierte Merkmalsausprägungen werden in eine Reihenfolge mit nicht fest definierten Abständen gebracht – Beispiel: Präferenz- und Urteilsdaten
- Intervallskala – vordefinierte Merkmalsausprägungen werden in eine Reihenfolge mit jeweils gleichen Abständen gebracht, ohne dass es einen echten Nullpunkt gibt – Beispiele: Intelligenzquotient, Kalenderzeit
- Verhältnisskala – vordefinierte Merkmalsausprägungen werden in eine Reihenfolge gebracht, die jeweils gleiche Abständen haben und einen absoluten Nullpunkt – Beispiel: Alter, Gewicht.

(vgl. Bortz/Döring 2002, S. 70 f., vgl. Berekoven/Eckert/Ellenrieder 2004, S. 72 f., vgl. Rogge 1992, S. 172 f.).

Nominal-, Ordinal-, Intervall- und Verhältnisskala bilden eine hierarchische Ordnung, da mit zunehmendem Messniveau die Aussagekraft und der

¹⁵¹ BORTZ/DÖRING geben als Beispiel für den letzten Punkt die Itemformulierung „Ich gehe selten ins Kino.“, die auf einer Rating-Skala „nie-selten-gelegentlich-oft-immer“ beantwortet werden soll. Die Bewertung dieses Items ist für die Befragten nicht zweifelsfrei möglich und auch die Interpretation ist nicht eindeutig möglich (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 256).

Informationsgehalt der Daten wächst (vgl. Berekoven/Eckert/Ellenrieder 2004, S. 73).

Die Skala, die auch in dieser Studie verwendet wurde, stellt eine Ratingskala dar, die i. d. R. fünf Stufen vorsieht:

- Starke Zustimmung = trifft in vollem Umfang zu
 - (Mäßige) Zustimmung = trifft überwiegend zu
 - Unentschieden = trifft teils zu, teils nicht
 - (Mäßige) Ablehnung = trifft eher nicht zu
 - Starke Ablehnung = trifft gar nicht zu.
- (vgl. Hüttner 1997, S. 108 und 115).¹⁵²

In der vorliegenden Studie wurde eine Erhebung der Zufriedenheit der Bewohner von zwei Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie der Angehörigen und Mitarbeiter durchgeführt, um Informationen über Ansichten, Präferenzen, Einstellungen und die Zufriedenheit mit der angebotenen Dienstleistung zu erhalten und Veränderungen nach erfolgter Intervention festzustellen. Für die Befragung der Bewohner wurde das strukturierte Interview gewählt, da diese Methode die Möglichkeit bietet, auftretende Missverständnisse oder Verständnisprobleme direkt zu bereinigen. Die Beantwortung der Fragen in einem persönlichen Gespräch ist aufgrund von physischen Einschränkungen für die Bewohner einfacher zu realisieren als das Ausfüllen eines Fragebogens.

Für die Befragung der Angehörigen und der Mitarbeiter wurde ein Fragebogen eingesetzt, der mit einem Anschreiben verteilt wurde, das den Untersuchungszweck erläuterte und Anonymität der Angaben zusicherte. Die Fragebögen konnten entweder in dafür vorbereiteten Briefkästen in der Alten- und Pflegeeinrichtung hinterlegt werden oder postalisch an die Verfasserinnen dieser Studie geschickt werden.

Eine wichtige mit dem Erhebungsverfahren verbundene Frage ist die Auswahl des Personenkreises, der befragt werden soll.

¹⁵² Nach BEREKOVEN/ECKERT/ELLENRIEDER stellt die Likert-Skala, die ordinalskalierte Messwerte liefert, das am häufigsten verwendete Skalierungsverfahren dar (vgl. Berekoven/Eckert/Ellenrieder 2004, S.81).

„Werden alle Objekte einer Population untersucht, so spricht man von einer Vollerhebung (Anzahl der untersuchten Objekte: N). Wird nur ein Ausschnitt der Population untersucht, so handelt es sich um eine Stichprobenerhebung (Anzahl der untersuchten Objekte: n).“

(Bortz/Döring 2002, S. 397).

Vollerhebungen sind oftmals nicht möglich, weil die Population nicht endlich groß oder nicht vollständig bekannt ist. Stichprobenuntersuchungen haben den Vorteil, dass sie weniger zeit- und kostenintensiv durchgeführt und ausgewertet werden können, und eignen sich daher besonders für aktuelle Fragestellungen (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 398).

Eine Stichprobe ist dann repräsentativ, wenn

„... sie in der Verteilung aller untersuchungsrelevanter Merkmale der Grundmasse entspricht, d. h. ein zwar verkleinertes, aber sonst wirklichkeitstreues Abbild der Gesamtheit darstellt.“

(Berekoven/Eckert/Ellenrieder 2004, S. 51).

Damit das Ergebnis einer Untersuchung repräsentativ ist, muss die Stichprobenauswahl so erfolgen, dass aus dem Ergebnis der Teilerhebung auf die Grundgesamtheit geschlossen werden kann (Berekoven/Eckert/Ellenrieder 2004, S. 51).

3. Quasi-experimentelles Design

Evaluationsforschung kann auf Basis experimenteller und quasi-experimenteller Designs erfolgen. Bei experimentellen Untersuchungen wird eine Stichprobe aus der Population gezogen, für die die Untersuchungsergebnisse gelten sollen.

„Wird nur ein Ausschnitt der Population untersucht, so handelt es sich um eine Stichprobenerhebung (Anzahl der untersuchten Objekte:n).“

(Bortz/Döring 2002, S. 397).

Bei quasi-experimentellen Untersuchungen werden natürliche Gruppen miteinander verglichen. Für Evaluationsstudien wird dieses Design am häufigsten eingesetzt (Bortz/Döring 2002, S. 117).

Für die vorliegende Studie wurde das quasi-experimentelle Untersuchungsdesign ausgewählt, da natürliche Gruppen miteinander verglichen werden sollen.

Im Anschluss an die Entscheidung für ein Untersuchungsdesign wird der Untersuchungsplan festgelegt, der als „Konstruktion von Untersuchungsanordnungen“ (Bungard/Holling/Schultz-Gambard 1996, S. 52) bezeichnet wird.

Der Untersuchungsplan legt neben der Anzahl der zu untersuchenden Gruppen die Zeitpunkte der Erhebung fest und gibt vor, in welchen Gruppen eine Intervention stattfindet. Die folgende Abbildung gibt eine Übersicht über mögliche Untersuchungspläne.

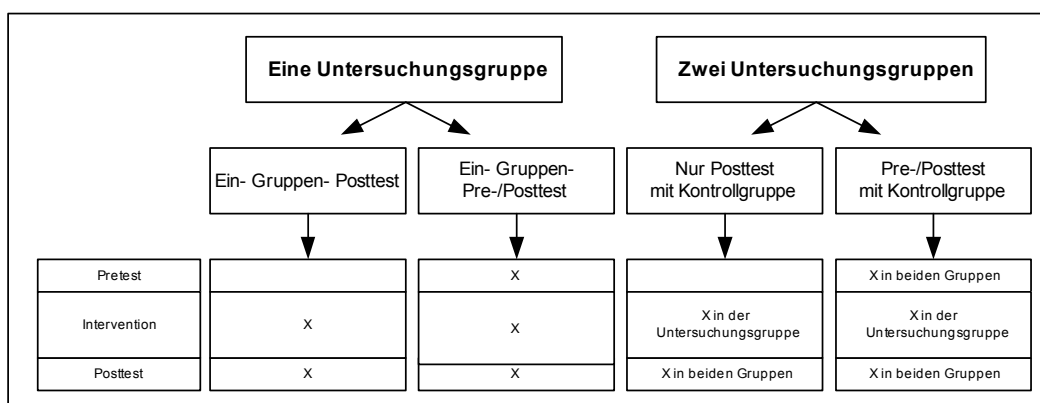


Abb. H-2: Pretest/Posttest-Designs für eine und zwei Untersuchungsgruppen
 Quelle: Eigendarstellung in Anlehnung an Bortz/Döring 2002, S. 557 f. und Bungard/Holling/Schultz-Gambard 1996, S. 53 f.

Pretest bezeichnet die Erhebung vor der Intervention und Posttest die Erhebung nach der Intervention. Die Untersuchungsgruppe und die Kontrollgruppe sollten möglichst gleich groß sein.

Die Untersuchungsdesigns mit nur einer Untersuchungsgruppe bezeichnen BUNGARD/HOLLING/SCHULTZ-GAMBARD als „... Untersuchungspläne ohne Aussagekraft.“ (Bungard/Holling/Schultz-Gambard 1996, S. 53), weil keine kausalen Zusammenhänge überprüft werden können (vgl.

Bungard/Holling/Schultz-Gambard 1996, S. 53 f.). Wenn nur ein Posttest erfolgt, ist es nicht möglich, die Veränderungen auf die Intervention zurückzuführen. Auch das Design mit Pretest, Intervention und Posttest ermöglicht es nicht, kausale Zusammenhänge herzustellen, weil die Beeinflussung durch Störfaktoren es nicht möglich macht, die Veränderungen nur auf die Intervention zurückzuführen (vgl. Bungard/Holling/Schultz-Gambard 1996, S. 54).

Das Pretest-Posttest-Design mit zwei Untersuchungsgruppen ermöglicht die Überprüfung kausaler Zusammenhänge, da sowohl die Ausgangssituation in beiden Untersuchungsgruppen als auch das Ergebnis nach Intervention in einer Gruppe in beiden Gruppen.¹⁵³

Eine zusätzliche Variante ist der Solomon-Vier-Gruppen-Plan, der „... *eine Erweiterung des klassischen experimentellen Pretest-Posttest-Designs.*“ (Bortz/Döring 2002, S. 540) darstellt. Der Aufbau erfordert zwei Untersuchungsgruppen, in denen jeweils sowohl eine Intervention als auch ein Posttest stattfindet. Für eine der Untersuchungsgruppen wird auf den Pretest verzichtet. Zusätzlich werden zwei Kontrollgruppen benötigt, in denen jeweils ein Posttest stattfindet. Der Pretest findet nur in einer der zwei Kontrollgruppen statt. BUNGARD/HOLLING/SCHULTZ-GAMBARD weisen darauf hin, dass die Durchführung eines Solomon-Vier-Gruppen-Plans sehr aufwändig ist und i. d. R. die Realisierung von vier vergleichbaren Gruppen kaum möglich ist (vgl. Bungard/Holling/Schultz-Gambard 1996, S. 55).

Das Pretest-Posttest-Design wird i.d.R. so eingesetzt, dass die Untersuchungsteilnehmer einander paarweise zugeordnet werden. Betrachtet werden die Veränderungen bei einem Untersuchungsteilnehmer am Anfang und am Ende der Studie. Dieses Design ist nur einsetzbar, wenn eine paarweise Zuordnung der Untersuchungsteilnehmer z. B. über eine Codierung der Fragebögen, für den Pre/Postvergleich möglich ist.

¹⁵³ Das Pretest-Posttest-Design mit zwei Untersuchungsgruppen ist eines der am häufigsten eingesetzten Designs, „... weil es gegen die meisten Gefährdungen der internen Validität schützt und dabei noch halbwegs ökonomisch ist.“ (Bungard/Holling/Schultz-Gambard 1996, S. 55).

Für diese Studie konnte nur eine anonyme Befragung durchgeführt werden, da die Befragungsteilnehmer ansonsten nicht bereit gewesen wären, an der Befragung teilzunehmen. Der Aufbau dieser Studie entspricht der Abbildung H-2 – untersucht wurden zwei Gruppen. In beiden Gruppen wurde ein Pretest durchgeführt. Die Ausgangssituation in den beiden Gruppen darf keine signifikanten Abweichungen ausweisen, damit die Stichproben als in der Ausgangssituation gleich angesehen werden können. Dieser Vorgang wird als Parallelisierung der Stichproben bezeichnet. Die Intervention wird in nur einer Gruppe durchgeführt und der Posttest in beiden Gruppen. Für die Anwendung dieses Testdesigns wird in der Pretestphase der Beweis erbracht, dass die Ausgangssituation in beiden Gruppen keine signifikanten Abweichungen ausweist, während die Wirksamkeit der Intervention dadurch belegt wird, dass es im Posttest signifikante Abweichungen im Vergleich zur Ausgangssituation gibt.

„Der Einfluss von personenbezogenen Störvariablen wird irrelevant, wenn die Störvariablen in den Vergleichsgruppen ähnlich ausgeprägt sind. Man erreicht dies durch Parallelisierung der Vergleichsgruppen in Bezug auf Störvariablen. Die Vergleichsgruppen sind parallel, wenn sie hinsichtlich der Störvariablen annähernd gleiche Anteilswerte oder Mittelwerte und Streuungen aufweisen.“

(Bortz/Döring 2002, S. 526).

Die folgende Abbildung zeigt das in dieser Studie gewählte Vorgehen.

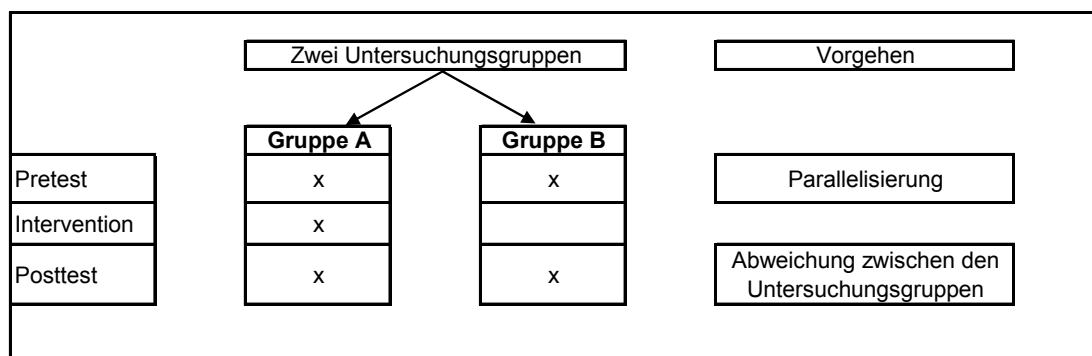


Abb. H-3: Pretest/Posttest-Design mit Parallelisierung

Quelle: Eigendarstellung in Anlehnung an Bortz/Döring 2002, S. 526

Für diese Studie wurden die beiden Untersuchungsgruppen parallelisiert, d.h. dass die Ergebnisse der ersten Befragung keine signifikanten Unterschiede zwischen Haus A und Haus B ausweisen dürfen. Signifikante Abweichungen bei der Posterhebung zwischen Haus A und Haus B belegen die Wirksamkeit des Interventionsprogramms.

Evaluationsstudien können als Feld- oder als Laboruntersuchungen durchgeführt werden.

„Laboruntersuchungen legen besonderen Wert auf die Kontrolle bzw. Ausschaltung untersuchungsbedingter Störvariablen. Felduntersuchungen finden demgegenüber in „natürlichen“, im Zuge des Forschungsprozesses kaum veränderten Umgebungen statt.“

(Bortz/Döring 2002, S. 60).

Evaluationsstudien sind „... typischerweise Feldstudien, in denen die Wirksamkeit der Maßnahme unter realen Bedingungen getestet wird,...“ (Bortz/Döring 2002, S. 117).

3.1 Interne Validität

Die Gültigkeit bzw. die Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse wird in innere Gültigkeit, die auch als interne Validität bezeichnet wird, und externe Gültigkeit, die als externe Validität bezeichnet wird, unterschieden.

„Interne Validität liegt vor, wenn Veränderungen in der abhängigen Variablen eindeutig auf den Einfluß der unabhängigen Variablen zurückzuführen sind bzw. wenn es neben der Untersuchungshypothese keine besseren Alternativerklärungen gibt.“ (Bortz/Döring 2002, S. 57).

BORTZ/DÖRING führen aus, dass die interne Validität durch die folgenden Einflussfaktoren, die auch als Confounder bezeichnet werden, gefährdet wird:

- Externe zeitliche Einflüsse – andere als die untersuchten Einflussgrößen können die Veränderung bewirkt haben
- Reifungsprozess – die Untersuchungsteilnehmer können sich unabhängig vom Untersuchungsgeschehen verändern
- Testübung – das Untersuchungsinstrument (z.B. der Fragebogen) beeinflusst das zu Messende
- Experimentelle Mortalität – die Bereitschaft an der Untersuchung teilzunehmen, ist nicht bei allen Befragten gleich hoch
- Kompensatorischer Wettstreit – die wahrgenommene Ungleichheit in der Behandlung der Versuchsgruppen kann dazu führen, den Ehrgeiz der Untersuchungsteilnehmer zu fördern, auch unter schlechteren Untersuchungsbedingungen genauso engagiert zu reagieren wie unter günstigeren Experimentalbedingungen.

(vgl. Bortz/Döring 2002, S. 502 f.).

3.2 Externe Validität

Die externe Validität gibt Auskunft über die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einer Studie.

„Externe Validität liegt vor, wenn das in einer Stichprobenuntersuchung gefundene Ergebnis auf andere Personen, Situationen oder Zeitpunkte generalisiert werden kann.“

(Bortz/Döring 2002, S. 57).

Der Vorteil von Feldstudien ist die hohe externe Validität, da *„... die Bedeutung der Ergebnisse unmittelbar einleuchtet, weil diese ein Stück unverfälschter Realität charakterisieren.“* (Bortz/Döring 2002, S. 60).

BORTZ/DÖRING nennen die folgenden Einflussgrößen als Gefährdung der externen Validität:

- Mangelnde instrumentelle Validität – Das Untersuchungsinstrument erfasst nicht das, was es erfassen sollte (Beachtung des zeitlichen (epochalen) und kulturellen Kontexts, in dem es eingesetzt wird).
 - Stichprobenfehler – Untersuchungsergebnisse einer Stichprobe dürfen nicht auf Grundgesamtheiten verallgemeinert werden, für die die Stichprobe nicht repräsentativ ist.
 - Pretesteffekte – Einschränkung der Generalisierbarkeit von Untersuchungsbefunden, da sie die Sensivität oder das Problembewusstsein der Untersuchungsteilnehmer verändern können.
 - Hawthorne-Effekt – Das Bewusstsein, Teilnehmer einer wissenschaftlichen Untersuchung zu sein, verändert das Verhalten.
- (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 504).

BORTZ/DÖRING gehen davon aus, dass es kaum möglich ist, sowohl eine hohe interne als auch eine hohe externe Validität zu erreichen, da eine Veränderung der Untersuchungsplanung, die die interne Validität erhöht, die externe Validität senkt, so dass i. d. R. nur eine Kompromisslösung möglich ist (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 56).

IV. Statistische Verfahren

In der vierten Phase des Forschungsprozesses werden die in Phase zwei festgelegten Analysemethoden eingesetzt.

Aufgrund der Vielfalt der statistischen Verfahren ist es nicht möglich, eine komplette Darstellung zu geben, und es erfolgt eine Beschränkung auf die in dieser Studie eingesetzten statistischen Verfahren.¹⁵⁴

¹⁵⁴ Ein kompletter Überblick sowie die Erläuterung der statistischen Verfahren wird z. B. bei FAHRMEIR ET AL. und BORTZ gegeben (vgl. Fahrmeir et al. 2004, vgl. Bortz 2005).

Die dargestellte Vorgehensweise, d. h. zunächst Einsatz der Methoden der deskriptiven Statistik und dann Einsatz der Methoden der Inferenzstatistik, ist die bei der Datenanalyse übliche Reihenfolge.¹⁵⁵

Im ersten Schritt werden die Methoden der deskriptiven Statistik eingesetzt, die mit einer Verdichtung der Daten beginnt und sie dann mithilfe von Tabellen und Abbildungen in eine erste übersichtliche Form bringt, die dann die Berechnung und den Einsatz von Kennzahlen ermöglicht, um den Aussagegehalt der Daten weiter zu erhöhen.

„Statistische Kennwerte haben die Funktion, über spezielle Eigenschaften der Merkmalsverteilung summarisch Auskunft zu geben.“

(Bortz 2005, S. 35).

Bei einer Normalverteilung der Daten, bei der die erhobenen Werte symmetrisch um den Mittelwert verteilt sind, ergibt sich in der grafischen Darstellung eine Glockenform, die als Gauß-Verteilung bezeichnet wird und für die gilt:¹⁵⁶

- Zwei Drittel (genau 68,26 %) aller Werte befinden sich zwischen dem arithmetischen Mittel plus/minus Standardabweichung.
- 95,44 % aller Werte befinden sich zwischen dem arithmetischen Mittel plus/minus Standardabweichung mal zwei

(Bortz 2005, S.42).

¹⁵⁵ „Die deskriptive (beschreibende) Statistik befasst sich mit der (komprimierten) Aufarbeitung von Zahlen- oder Datenmaterial. Mit Hilfe der Methoden der deskriptiven Statistik soll das Datenmaterial beschrieben werden. Dazu werden auch vielfach grafische Darstellungen verwendet. Man kann sie als Vorstufe zur induktiven Statistik ansehen. Die induktive (schließende) Statistik dient dazu, sinnvolle Aussagen zu machen über Auffälligkeiten in gegebenem Datenmaterial, das (zum Teil) nur indirekt oder aber auch nur unvollständig beobachtet wurde.“ (Ostermann 2005, S. 5). Die Begriffe ‚schließende Statistik‘ und ‚Inferenzstatistik‘ werden synonym verwendet (vgl. Bortz 2005, S. 1).

¹⁵⁶ „Normalverteilungen bilden eine Klasse von besonders wichtigen Dichtekurven. Sie sind symmetrisch, unimodal und glockenförmig. Sie heißen nach dem deutschen Mathematiker Gauß, der ihre Bedeutung erkannte, auch Gauß-Verteilungen.“ (Fahrmeir et al. 2004, S. 90).

Zusätzlich zur Analyse der Datenverteilung kann die Ermittlung des Korrelationskoeffizienten Auskunft „... über die Enge des linearen Zusammenhangs zweier Merkmale.“ (Bortz 2005, S. 206) geben.

In der vorliegenden Studie wurde sowohl die Gesamtzufriedenheit anhand einer Skala bewertet als auch eine Vielzahl von konkret formulierten Ausprägungen der Dienstleistungsqualität. In diesem Fall kann der Korrelationskoeffizient Auskunft darüber geben, welche Facetten der Dienstleistungsqualität für eine hohe Gesamtzufriedenheit besonders wichtig sind.

Nach ROGGE kann der Wert des Korrelationskoeffizienten wie folgt interpretiert werden:

- *„kleiner 0,3 – geringer Zusammenhang von zweifelhafter Bedeutung*
- *von 0,3 bis 0,5 – mäßiger Zusammenhang*
- *von 0,5 bis 0,7 – deutlicher Zusammenhang, praktisch verwendbar*
- *von 0,7 bis 0,9 – geradezu enger Zusammenhang*
- *größer als 0,9 – sehr enger Zusammenhang und sehr hohe Abhängigkeit der beiden Variablen“.*

(Rogge 1992, S. 226).

Der Korrelationskoeffizient von Spearman wird von SCHLITTGEN als *„eine günstige, von Ausreißern wesentlich weniger beeinflussbare Variante...“* (Schlittgen 1997, S.179) bezeichnet als der Korrelationskoeffizient von Bravais-Pearson. Für diese Studie wurde der Korrelationskoeffizient von Spearman verwendet.

Wenn nicht normalverteilte Daten vorliegen, ist der Spearman-Korrelationskoeffizient zu verwenden (vgl. Sachs 1992, S. 511).

Für das in dieser Studie verwendete quasi-experimentelle Design werden nach der zweiten Befragung Methoden der Inferenzstatistik eingesetzt, um eine Überprüfung der Veränderungshypothese zu ermöglichen.¹⁵⁷

Statistische Hypothesen werden mit einem Signifikanztest überprüft. Wenn eine Veränderungshypothese vorliegt, die davon ausgeht, dass sich die Ausprägungen der abhängigen Variablen im Laufe der Zeit verändern, weil eine Intervention stattgefunden und gewirkt hat, dann können zwei statistische Hypothesen entwickelt werden:

- Nullhypothese (H0): Zwischen der Merkmalsausprägung (z. B. Mittelwert) gibt es zum Zeitpunkt t2 im Vergleich zum Zeitpunkt t1 keine Veränderung.
- Alternativhypothese (H1): Zwischen der Merkmalsausprägung (z. B. Mittelwert) gibt es zum Zeitpunkt t2 im Vergleich zum Zeitpunkt t1 eine Veränderung.

(vgl. Bortz/Döring 2002, S. 494).

Unterschieden werden darüber hinaus gerichtete und ungerichtete statistische Hypothesen, deren Unterschied darin besteht, „... *ob die Richtung des Unterschiedes bzw. der Veränderung hypothetisch vorhergesagt werden kann.*“ (Bortz/Döring 2002, S. 494).

Tests für die statistische Überprüfung von Hypothesen werden als Signifikanztests bezeichnet.

„Der Signifikanztest ermittelt die Wahrscheinlichkeit, mit der das gefundene empirische Ergebnis sowie Ergebnisse, die noch extremer sind als das gefundene Ergebnis, auftreten können, wenn die Populationsverhältnisse der Nullhypothese entsprechen, Diese Wahrscheinlichkeit heißt Irrtumswahrscheinlichkeit (als

¹⁵⁷ Nach BORTZ/DÖRING formuliert eine Forschungshypothese „...*mit Hilfe klar definierter theoretischer Konstrukte (anstelle von Alltagsbegriffen) Zusammenhänge, Unterschiede und Veränderungen in den interessierenden Populationen.*“ (Bortz/Döring 2002, S. 493). Unterschieden werden Zusammenhangs-, Unterschieds- und Veränderungshypothesen. Bei Veränderungshypothesen wird angenommen, dass sich die Ausprägung einer abhängigen Variablen im Verlauf der Zeit verändert (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 493).

diejenige Wahrscheinlichkeit, mit der wir uns irren würden, wenn wir die H_0 fälschlicherweise zugunsten von H_1 verwerfen).“

(Bortz/Döring 2002, S. 496).

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit, die kleiner als 1 % ist, wird das Ergebnis als sehr signifikant bezeichnet. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % wird das Ergebnis als signifikant bezeichnet.¹⁵⁸

„Ein (sehr) signifikantes Ergebnis ist also ein Ergebnis, das sich mit der Nullhypothese praktisch nicht vereinbaren lässt. Man verwirft also die Nullhypothese und akzeptiert die Alternativhypothese.“

(Bortz/Döring 2002, S. 496).

Bei der Interpretation des Signifikanzniveaus kann es zu einem α -Fehler (Fehler der ersten Art) oder zu einem β -Fehler (Fehler der zweiten Art) kommen. Da die Hypothesenprüfung sich auf die untersuchte Stichprobe bezieht, kann nicht ausgeschlossen werden, „... dass das Ergebnis der Untersuchung aufgrund der Stichprobenauswahl zufällig die Alternativhypothese bestätigt, wenngleich „in Wahrheit“, d. h. bezogen auf die gesamte Population, die Nullhypothese zutrifft. Umgekehrt können stichprobenspezifische Zufälle für die Beibehaltung der Nullhypothese sprechen, während in der Population die Alternativhypothese richtig ist.“ (Bortz 2005, S. 110).

Daraus folgt die Definition der beiden Fehlerarten:

- *„ α -Fehler: Eine richtige Nullhypothese wird zugunsten der Alternativhypothese abgelehnt.*
- *β -Fehler: Eine richtige Alternativhypothese wird zugunsten der Nullhypothese abgelehnt.“*

(Bortz 2005, S. 110).

¹⁵⁸ Nach BORTZ/DÖRING sind die Werte 1 % und 5 % als Signifikanzniveau per Konvention festgelegt (Bortz/Döring 2002, S. 496). FAHRMEIR ET AL. geben als übliche Werte 1 %, 5 % und 10 % an (Fahrmeir et al. 2004, S. 403).

Die Auswahl des einzusetzenden Signifikanztests ist abhängig von der Verteilung der Merkmalsausprägungen, der Anzahl der Stichproben und davon, ob die Stichproben abhängig oder unabhängig sind (vgl. Bühl/Zöfel 2005, S. 112).

In der vorliegenden Studie liegen zwei unabhängige Stichproben vor, die mit dem U-Test nach Mann und Whitney auf Signifikanz untersucht wurden. Die paarweise Zuordnung der Untersuchungsobjekte war in den drei durchgeführten Befragungsgruppen – Bewohner, Angehörige, Mitarbeiter – nicht möglich, da eine anonyme Befragung durchgeführt wurde.¹⁵⁹

¹⁵⁹ BORTZ stellt die Berechnungen ausführlich dar, die im Rahmen eines U-Tests nach Mann und Whitney notwendig sind (vgl. Bortz 2005, S. 150).

Kapitel I

Prozess der Strategieentwicklung und BSC-Einführung für die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A – Teil I

In diesem Kapitel wird im ersten Abschnitt die Ausgangssituation des Hauses A beschrieben sowie im zweiten Abschnitt die daraus abgeleitete Problemstellung. Der dritte Abschnitt stellt die Festlegung der Forschungsziele dar. Der Prozess der Strategieentwicklung für das Haus A sowie die Grundlagen für die BSC-Einführung werden im vierten Abschnitt beschrieben und erläutern das Vorgehen dieser Studie.

I. Ausgangssituation

Für das Haus A, dessen Bettenkapazität i. d. R. voll ausgelastet ist, stellt sich aufgrund des steigenden Wettbewerbsdrucks (eine zusätzliche Alten- und Pflegeeinrichtung wird in dem Ort gebaut) die Aufgabe, die Steuerung des Unternehmens auf die veränderten Rahmenbedingungen auszurichten. Für das Haus A gibt es keine auf strukturierte Strategieüberlegungen ausgerichtete Vision, die eine Antwort auf die Frage gibt, wie die Wettbewerbsfähigkeit der Einrichtung auch zukünftig gesichert werden kann. Überlegungen, die Bettenkapazität zu erhöhen oder eine Spezialisierung zu realisieren (z. B. Betreuung demenziell erkrankter Menschen), werden diskutiert, jedoch besteht eine hohe Unsicherheit darüber, welche dieser Maßnahmen die für die Einrichtung richtige Entscheidung darstellt.

Die Positionierung der Einrichtung im Wettbewerbsumfeld ist nicht eindeutig definiert. Der hohe Auslastungsgrad der Einrichtung sowie die Einschätzung, einen guten Ruf in der Region zu haben, legen zwar die Vermutung nahe, dass die Einrichtung eine Dienstleistungsqualität anbietet, die positiver eingeschätzt wird als die Leistung der Wettbewerber, konkrete Erkenntnisse über die differenzierenden Merkmale liegen aber nicht vor.

Aufgrund einer fehlenden Vision für die Einrichtung können Projekte, die die Wettbewerbssituation der Einrichtung gezielt stärken können, nicht entwickelt werden.

Darüber hinaus liegen keine Informationen über die Bewertung des Leistungsspektrums der Einrichtung vor, so dass eine Bestimmung der Ausgangssituation nicht möglich ist.

Die wirtschaftliche Steuerung des Hauses A erfolgt ausschließlich basierend auf einer Wirtschafts- und Investitionsplanung und pro Monat erstellten Soll-Ist-Vergleichen. Eine gezielte Steuerung der Einrichtung ist auf dieser Basis nicht möglich. In Kapitel K wird die Entwicklung der individuellen Balanced Scorecard für das Haus A dargestellt. Die BSC als strategischer Handlungsrahmen verknüpft die strategischen Ziele mit konkreten Maßnahmen und bezieht die vier von KAPLAN/NORTON entwickelten Perspektiven (Finanz-, Kunden-, Prozess- und Lern- und Entwicklungsperspektive) in die Unternehmenssteuerung ein (vgl. Kapitel K).

II. Problemstellung

Aus der Ausgangssituation des Hauses A wurde die folgende Problemstellung abgeleitet:

- Keine strukturierten Strategieüberlegungen, da eine Vision fehlt.
- Keine klare Positionierung der Einrichtung im Wettbewerbsumfeld, da keine Kenntnisse über mögliche differenzierende Merkmale vorliegen.
- Keine Ausrichtung der Maßnahmen auf ein einheitliches Ziel, eine Vision.
- Keine ganzheitliche Steuerung des Hauses, da ein Managementinstrument, wie die Balanced Scorecard, bisher nicht eingesetzt wird.
- Keine Kenntnisse über die Bewertung der Dienstleistungsqualität durch Bewohner und Angehörige.

- Keine Kenntnisse über die Mitarbeiterzufriedenheit.

Basierend auf dieser Problemstellung wurde ein mehrstufiges Vorgehen entwickelt, das mit der Erarbeitung einer Vision und Strategie für das Haus A beginnt. Basierend auf diesen Überlegungen wird die individuelle Balanced Scorecard für das Haus A entwickelt. Die Ist-Situation in Haus A wird durch eine Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung erhoben. Basierend auf der Analyse der Befragungsergebnisse in Kombination mit der erarbeiteten Strategie für das Haus A werden Projekte abgeleitet, die die identifizierten Defizite verringern sollen. Eine Wiederholungsbefragung, die die Wirksamkeit der Intervention überprüft, wird am Ende der Studie durchgeführt.

III. Festlegung der Forschungsziele

Das Forschungsziel dieser Studie ist die Beantwortung der folgenden Fragen:

- Ist die Balanced Scorecard ein geeignetes Instrument für die Steuerung einer Alten- und Pflegeeinrichtung?
- Welchen Beitrag leistet der Einsatz einer Balanced Scorecard zur Entwicklung der Strategie und Erreichung der strategischen Ziele einer Alten- und Pflegeeinrichtung?

Für die Beantwortung dieser Fragen ist es notwendig, festzulegen, an welchen Kriterien gemessen werden soll, ob die Balanced Scorecard als Steuerungsinstrument für eine Alten- und Pflegeeinrichtung geeignet ist. Als Kriterien wurden festgelegt:

- Erreichung eines signifikanten Unterschieds bei der Bewertung der Fragen aus der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung, die für die Messung der strategischen Ziele festgelegt wurden.
- Erreichung der festgelegten Ziele für die Projekte, für die keine Bewertung auf Basis der Bewohner-, Angehörigen- und

Mitarbeiterbefragung vorgesehen ist (z. B. Erreichung einer festgelegten Zahl von Veröffentlichungen in Tageszeitungen).

Für die Messung der Zielerreichung wurde ein Signifikanzniveau von 5 % festgelegt. Die Ausgangssituation in Haus A und Haus B wurde parallelisiert und eine Aussage über die Wirksamkeit des Interventionsprogramms wird abgeleitet aus einer signifikanten Abweichung in der Postbefragung zwischen Haus A und Haus B. Für die Messung der Zielerreichung, die nicht durch die Befragungen erfolgt, wird die Erreichung der festgelegten Zielwerte geprüft.

Wie in Kapitel F Abschnitt I dargestellt, wird der Nutzen der BSC für Non-Profit-Organisationen höher eingeschätzt als für privatwirtschaftliche Unternehmen.

Konkrete Erfahrungsberichte mit der Einführung und Arbeit mit der BSC aus Non-Profit-Organisationen sind „... *in der Literatur eher selten und weit verstreut, Gesamtdarstellungen sind eher unterrepräsentiert...*“ (Scherer/Alt 2002, S. V f., vgl. Kapitel J, Abschnitt VII).

Eine Befragung der Universität Mannheim, die im Jahr 2003 durchgeführt wurde, kommt zu dem Ergebnis, dass der Anteil der Non-Profit-Organisationen, die mit der BSC arbeiten, sehr gering ist. Von den 340 Unternehmen, die an der Befragung teilgenommen haben, nutzen nur 30 die Balanced Scorecard (vgl. Greiling/Eppel 2004, S. 6, vgl. Kapitel F Abschnitt VII).

Da am Beginn der Studie keine Daten über die Bewertung des Leistungsspektrums vorlagen, wurde eine Befragung der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter durchgeführt. Die Forschungsziele und die Vorgehensweise der Befragung werden in Kapitel J dargestellt.

IV. Prozess der Strategieentwicklung und BSC-Einführung für die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A –Teil I

Am 25. Juni 2004 fand der erste Vorstandsworkshop in Haus A statt, an dem der Vorstand, die Heimleitung sowie die Wohnbereichsleitungen teilgenommen haben. Die Vorbereitung sowie die Moderation des Workshops wurden von den Verfasserinnen übernommen.

Die Strategiediskussion und die Erarbeitung der Vision wurden im Rahmen eines zweiten und dritten Workshops, die am 5. November 2004 und am 15. März 2005 stattfanden, finalisiert. Der Teilnehmerkreis des zweiten und dritten Workshops war identisch mit dem Teilnehmerkreis des ersten Workshops. Die Ergebnisse des zweiten und dritten Workshops werden in Kapitel K vorgestellt.

Die Zielsetzungen des ersten Termins waren:

- Vorstellung des theoretischen Hintergrunds der Balanced Scorecard sowie Aufzeigen der Vorteile ihres Einsatzes für das Haus A
- Vorstellung der Projekt- und Zeitplanung
- Abstimmung des Vorgehens und der Terminplanung für die Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung
- Erarbeitung eines Stärken-Schwächen-Profiles für das Haus A
- Erarbeitung der strategischen Zielsetzung für die nächsten drei bis fünf Jahre sowie von Ansätzen für die Mission, Vision und das Leitbild
- Priorisierung der strategischen Ziele
- Vereinbarung über die nächsten Projektschritte.

Der theoretische Hintergrund der Balanced Scorecard wurde in Kapitel F dargestellt.

Die folgenden acht Vorteile, die mit der Nutzung der Balanced Scorecard für das Haus A verbunden sind, wurden herausgearbeitet:

- 1) Stringenter Handlungsrahmen zur Unterstützung der Strategiediskussion und -formulierung
- 2) Zukunftsorientierung im Alltag durch die Verankerung der Strategie im Budget
- 3) Bestimmung der Ist-Situation durch Befragungen der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter sowie Ableitung konkreter Maßnahmen zur Verbesserung der festgestellten Defizite
- 4) Steuerung der Unternehmensentwicklung mit quantitativen und qualitativen Kennzahlen und somit Einbeziehung der „weichen“ Faktoren
- 5) Erfüllung der Anforderungen der Pflegekassen und der Sozialhilfeträger
- 6) Erfüllung der Anforderungen von Kreditinstituten
- 7) Verbesserung der Wettbewerbssituation und der Öffentlichkeitsarbeit
- 8) Mittelfristig Erschließung der finanziellen Vorteile der Verbesserungen zur Stärkung der finanziellen Situation.

Als Zeitplanung wurde vereinbart:

Projektschritte	Zeitplan
Finalisierung der Strategiediskussion, Entwicklung des Befragungsinstrumentes und Durchführung der ersten Befragung	September 2004 bis Oktober 2004
Ableitung von konkreten Projekten auf Basis der verabschiedeten Strategie und der Befragungsergebnisse	November 2004
Durchführung der Projekte und Finalisierung der BSC	November 2004 bis Oktober 2005
Durchführung der zweiten Befragung	November 2005
Ergebnispräsentation und Evaluation des Gesamtprozesses	März 2006

Abb. I-1: Terminplan
Quelle: Eigendarstellung

Nach KAPLAN/NORTON beginnt der Balanced-Scorecard-Prozess mit „... der Teamarbeit des Top-Managements, um die Strategien der jeweiligen Geschäftseinheit in spezifische strategische Ziele zu übersetzen.“ (Kaplan/Norton 1997, S. 11). HORVÁTH & PARTNERS stellen fest, dass die Voraussetzungen in Unternehmen „... bezüglich der Reife der Strategie sehr unterschiedlich...“ (Horváth & Partners 2004, S. 121) sind, so dass die Balanced-Scorecard-Entwicklung häufig mit der Entwicklung der Strategie beginnt.

Dieser Studie liegt das Strategieverständnis von KAPLAN/NORTON zugrunde.

„Die Strategie von öffentlichen und Non-Profit-Organisationen sind darauf ausgelegt, nachhaltigen Wert für ihre Stakeholder und Mitglieder zu schaffen.“

(Kaplan/Norton 2004, S. 50).

Die Balanced Scorecard ist

„... ein umfassendes Instrumentarium, um die Unternehmensvision und -strategie in ein geschlossenes Bündel von Leistungsmessungsfaktoren zu übertragen.“

(Kaplan/Norton 1997, S. 23).

Die Situation in Haus A ist gekennzeichnet durch strategische Analysen, die überholt und unvollständig sind, sowie eine nicht festgelegte Strategie. Der Prozess der Balanced-Scorecard-Entwicklung begann daher mit der Entwicklung einer Strategie für das Haus A.

Nach PORTER besteht die Entwicklung einer Wettbewerbsstrategie darin, die folgenden Fragen zu beantworten:

„Wie wird das Unternehmen den Wettbewerb bestreiten, worin sollten die Ziele des Unternehmens bestehen und welche Maßnahmen sind zur Realisierung dieser Ziele notwendig?“

(Porter 1992, S. 16).

Zur Entwicklung einer Wettbewerbsstrategie sind sowohl unternehmensinterne Faktoren, wie die Stärken und Schwächen des Unternehmens, als auch unternehmensexterne Faktoren, wie branchenspezifische Möglichkeiten und allgemeine Erwartungen der gesellschaftlichen Umwelt, einzubeziehen (vgl. Porter 1992, S. 18).

Basierend auf dem Schalenmodell von HORVÁTH & PARTNERS wurden zunächst das Unternehmen und die Wettbewerber betrachtet und um die Trends und Szenarien sowie die Erfolgsfaktoren für Alten- und Pflegeeinrichtungen ergänzt. Im Anschluss daran wurden die Kunden betrachtet (vgl. Horváth & Partners 2004, S. 126).

Die folgende Abbildung veranschaulicht das Vorgehen.

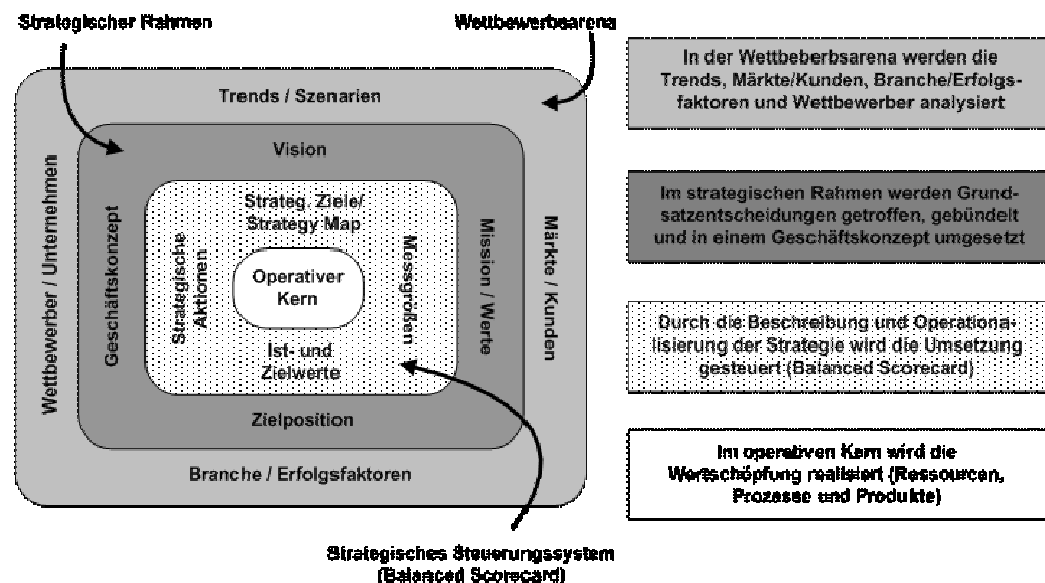


Abb. I-2: Horváth & Partners-Schalenmodell zur Strukturierung der Strategieinhalte
Quelle: Horváth & Partners 2004, S. 126

Die Stärken-Schwächen-Analyse für das Haus A wurde im Rahmen des Workshops mithilfe der Metaplantchnik erarbeitet.¹⁶⁰

¹⁶⁰ Das Stärken-Schwächen-Profil, das auch als Ressourcenanalyse bezeichnet wird, basiert auf der Einschätzung der finanziellen, organisatorischen und technologischen Ressourcen eines Unternehmens, das den Schlüsselanforderungen des Marktes gegenübergestellt wird. „Dadurch gelingt es, die Hauptstärken und Synergien zu identifizieren, auf denen eine erfolgreiche Strategie aufgebaut werden kann. Zudem werden die Hauptschwächen herausgearbeitet, die zur Vermeidung von Misserfolgen beseitigt werden müssen.“ (Meffert 2000, S. 66).

Folgende Fragestellungen wurden beantwortet:

- Welches sind die drei wichtigsten Stärken des Hauses A?
- Welche Stärken will das Haus A ausbauen?
- Was kann Haus A besser leisten als die Wettbewerber?
- Welche Schwächen hat das Haus A?
- Welche Schwächen kann das Haus A abbauen?

Die drei wichtigsten Stärken, die herausgearbeitet wurden, sind:

1) Betreuungsqualität:

- hohe Fachkraftquote, geringe Mitarbeiterfluktuation, Qualitätsmanagement-Zirkel und Qualitäts-System, gute Betreuungsqualität, fürsorglicher Touch

2) Hotelkomponente :

- gemütliches Haus, 100 % Einzelzimmer mit Balkon, eigene Küche

3) Finanzielle Unabhängigkeit:

- hohe Eigenkapitalquote, gute Auslastung, hohe Selbstzahlerquote.

Im Rahmen der Diskussion wurde deutlich, dass der ‚fürsorgliche Touch‘ nach Einschätzung der Workshopteilnehmer ein sehr wichtiges Element der Betreuungsqualität darstellt und sich für eine Differenzierung der Dienstleistung des Hauses A im Vergleich zu anderen Einrichtungen eignen könnte. Die Verfasserinnen haben vor dem Hintergrund der Selbsteinschätzung empfohlen, eine Befragung der Bewohner und der Angehörigen durchzuführen, da es sich dabei um zwei Kundengruppen handelt, deren Einschätzung des Dienstleistungsspektrums und der -qualität für die Standortbestimmung wichtig ist. Aufgrund der besonderen Bedeutung der Interaktion von Mitarbeitern und Bewohnern im Rahmen der Dienstleistungserstellung wurde auf Empfehlung der Verfasserinnen auch eine Befragung der Mitarbeiter vorgesehen.

Als Schwächen wurden identifiziert:

- 1) Kosten :
 - Tarifbindung und negatives Betriebsergebnis
- 2) Preis :
 - Oberes Preissegment im Ort, letzte Pflegesatzsteigerung im Jahr 2001
- 3) Kundenzufriedenheit:
 - Keine Kenntnisse über Zufriedenheit der Bewohner und der Angehörigen
- 4) Mitarbeiterzufriedenheit:
 - Keine Kenntnisse über die Mitarbeiterzufriedenheit und fehlende systematische Personalentwicklung
- 5) Keine klare Positionierung:
 - Kein differenzierendes Merkmal im Vergleich zu Wettbewerbern.

Für die Diskussion zur Entwicklung der strategischen Ziele wurden die Ergebnisse des Bundesmodellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“, das drei Prognosen erstellt hat, in die Überlegungen einbezogen (vgl. Maetzel 2003, S. 35 f.). Die Prognose, die als ein wahrscheinliches Szenario bewertet wird, beinhaltet, dass die Anzahl der Heimplätze moderat zunehmen wird, dass die Umsetzung von Integration und Vernetzung weiter fortschreiten wird und dass die Qualität kontinuierlich verbessert werden wird (vgl. Maetzel 2003, S. 35 f.). Diese Prognose führt zu der Empfehlung für Alten- und Pflegeeinrichtungen:

- Auslastungssicherung durch hohe Wohn- und Lebensqualität sowie einen hohen Einzelzimmeranteil
- Spezialisierungen
- Alleinstellungsmerkmal aufbauen, um die Einzigartigkeit gegenüber der Konkurrenz zu kommunizieren

- Kooperation mit Krankenhäusern, Ärzten und Therapeuten ausbauen.
(vgl. Maetzel 2003, S. 35 f.).

Darüber hinaus wurde der Altenpflegemonitor 2004, der die Befragungsergebnisse von 1.000 Personen der Generation 50 plus bezüglich ihrer Anforderungen an Alten- und Pflegeeinrichtungen erhoben hat, einbezogen (vgl. Thiele 2004, S. 16 ff.).

Von den 1.000 Befragten konnten sich 319 vorstellen, in einer Alten- und Pflegeeinrichtung zu wohnen, unter der Voraussetzung, dass die folgenden zehn Anforderungen sind:

- 1) Eigenes Zimmer
- 2) Privater Bereich
- 3) Genügend Personal
- 4) Pflege
- 5) Eigene Möbel
- 6) Jederzeit ärztliche Betreuung
- 7) Selbstbestimmtes Leben
- 8) Personal soll Zeit haben
- 9) Eigene Tagesplanung
- 10) Essensauswahl.

(vgl. Thiele 2004, S. 18).

KLIE, der die zukünftige Entwicklung des Angebots von Alten- und Pflegeeinrichtungen bewertet, geht davon aus, dass zukunftsorientierte Einrichtungen die folgenden Forderungen erfüllen müssen:

- Bauliche und konzeptionelle Ausrichtung auf künftige Hauptbewohnergruppen wie Menschen, die demenziell erkrankt sind, und alte Menschen mit erhöhtem medizinisch-pflegerischem Bedarf
- Erhöhung der Kurzzeitpflegeplätze als Reaktion auf die zu erwartende Verkürzung der Verweildauer in Krankenhäusern

- Konzentration auf das Kerngeschäft
- Professionelle Einbindung von ehrenamtlichen Kräften
- Aufbau eines Netzwerkes aus Fachkräften, Familien und Ehrenamtlichen, das die Versorgung der Pflegebedürftigen gemeinsam übernimmt.

(vgl. Klie 2005, S. 35).

Im folgenden Schritt wurde das Wettbewerbsumfeld betrachtet. Als relevante Wettbewerber wurden aufgrund der Bedeutung der regionalen Nähe der Alten- und Pflegeeinrichtung zum ehemaligen Wohnort der Bewohner nur die Alten- und Pflegeeinrichtungen in einem Umkreis von maximal 15 km zum Haus A betrachtet. Von den sechs weiteren Alten- und Pflegeeinrichtungen im Ort und in der näheren Umgebung werden drei von städtischen Trägern, eins von der DRK und die weiteren zwei von kirchlichen Trägern geführt.

Die Bettenkapazität der Alten- und Pflegeeinrichtungen in der Nähe des Hauses A variiert von 60 bis 160. Zwei Einrichtungen verfügen über eine Spezialisierung ‚Gerontopsychiatrie‘ und bieten Plätze für demenziell erkrankte Menschen an. Die anderen Einrichtungen haben keine Spezialisierung.

Die Auslastung der Alten- und Pflegeeinrichtungen im Umfeld von Haus A liegen zwischen 90 und 95 %, so dass Haus A die einzige komplett ausgelastete Einrichtung ist.

Eine Analyse der Entgelte ergab, dass das Haus A in Pflegestufe eins und zwei die preiswerteste Einrichtung ist und in den anderen Pflegestufen den zweiten Platz belegt. Die folgende Abbildung stellt den kompletten Entgeltvergleich dar.

Alten- und Pflegeeinrichtungen	Entgeltvergleich auf Indexbasis – Index 100 = preiswertestes Angebot in der Pflegestufe (Pflege, Unterbringung und Verpflegung, Investitionen)			
	O	I	II	III
Pflegestufe				
Wettbewerber A	108	106	106	107
Wettbewerber B	107	104	105	106
Wettbewerber C	117	112	112	112
Wettbewerber D	104	103	103	105
Wettbewerber E	107	101	100	100
Haus A	103	100	100	101
Wettbewerber F	100	101	103	105

Abb. I-3: Preisvergleich der Alten- und Pflegeeinrichtungen im Einzugsbereich des Hauses A
Quelle: Eigendarstellung

Die im November 2005 zusätzlich eröffnete Alten- und Pflegeeinrichtung ist in der Aufstellung noch nicht berücksichtigt, da keine Angaben zur Entgelthöhe vorlagen.

Der Entgeltvergleich auf Indexbasis verdeutlicht, dass das Preisniveau des Hauses A wettbewerbsfähig ist und dass der Preisabstand zwischen den Einrichtungen mit Ausnahme des Wettbewerbers C sehr gering ist. Der absolute Abstand variiert je nach Pflegestufe zwischen 247 Euro und 343 Euro, das entspricht einem prozentualen Unterschied zwischen dem preiswertesten und teuersten Angebot von 11,6 % bzw. 17,0 %.

Die Analyse der Entgelte ergab, dass die Eigeneinschätzung des Hauses A, im oberen Preissegment zu agieren, zutrifft, wenn nur die Kosten für die Pflege und die Unterkunft und Verpflegung mit den Kosten der Wettbewerber verglichen werden. Bezieht man die Investitionskosten in die Betrachtung ein, dann sind die Gesamtkosten des Hauses A in allen Pflegestufen wettbewerbsfähig.

Das Entgelt für eine Alten- und Pflegeeinrichtung wird mit den Pflegekassen und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (vgl. § 85 Abs. 1 und 2 SGB XI) verhandelt und vereinbart. Diese Vereinbarung ist auch für die Bewohner bindend, die keine Unterstützung nach dem Bundessozialhilfegesetz erhalten. Somit ist eine aktive Preispositionierung einer Einrichtung nicht möglich.

Aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen, die von Alten- und Pflegeeinrichtungen erbracht werden müssen, und dem Aspekt der begrenzten Einflussnahme auf die Preisgestaltung bestehen für Alten- und Pflegeeinrichtungen kaum Möglichkeiten, sich durch ein umfangreicheres Dienstleistungsangebot von den Wettbewerbern zu differenzieren (vgl. Kapitel E). Die Beeinflussung der von den Kunden, d. h. Bewohnern und Angehörigen, wahrgenommenen Dienstleistungsqualität z. B. durch gezielte Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter stellt hingegen eine Möglichkeit dar, die Kundenzufriedenheit zu beeinflussen. Die konsequente Verfolgung einer Qualitätsstrategie unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel kann die Wettbewerbsposition einer Alten- und Pflegeeinrichtung mittelfristig verbessern.

Nach MEFFERT werden abnehmergerichtete Strategien in zwei Gruppen unterteilt, die auf die Beeinflussung des Abnehmerverhaltens gerichtet sind.

- Die Präferenzstrategie ist eine mögliche Wettbewerbsstrategie und verfolgt das Ziel, durch den Aufbau einer Vorzugsstellung, *„... die sich auf eine Vielzahl von spezifischen, das eigene Produkt im Wettbewerb differenzierenden Merkmalen stützt.“* (Meffert 2000, S. 269) einen Wettbewerbsvorteil aufzubauen. Nach PORTER besteht dieser Strategietyp darin, *„... das Produkt oder die Dienstleistung des Unternehmens zu differenzieren und damit etwas zu schaffen, das in der ganzen Branche als einzigartig angesehen wird.“* (Porter 1992, S. 65).
- Die Preis-Mengen-Strategie verfolgt das Ziel, das Abnehmerverhalten durch den Aufbau eines Preisvorteils zu beeinflussen und einen Wettbewerbsvorteil durch einen niedrigen Preis zu erreichen (vgl. Meffert 2000, S. 269). Nach PORTER wird dieser Strategietyp als *„umfassende Kostenführerschaft“* (Porter 1992, S. 62) bezeichnet. *„Niedrige Kosten im Verhältnis zu den Konkurrenten werden zum roten Faden der gesamten Strategie, obwohl Qualität, Service und andere Bereiche nicht außer Acht gelassen werden dürfen.“* (Porter 1992, S. 63).

Nach PORTER ist der dritte Strategietyp die Konzentration auf Marktnischen, z. B. „... auf eine bestimmte Abnehmergruppe, einen bestimmten Teil des Produktprogramms oder einen geografisch abgegrenzten Markt.“ (Porter 1992, S. 67). Während die Differenzierungsstrategie und die Preis-Mengen-Strategie die branchenweite Umsetzung ihrer Ziele anstreben, „... geht es bei der Konzentrationsstrategie nur darum, ein bestimmtes Ziel bevorzugt zu bedienen...“ (Porter 1992, S. 67).

Für eine Alten- und Pflegeeinrichtung stellt eine Präferenzstrategie mit Konzentration auf einen regional abgegrenzten Markt einen geeigneten Ansatz für den Aufbau eines Wettbewerbsvorteils dar.

Der Zweck einer Wettbewerbsstrategie liegt nach PORTER darin, eine Position zu finden, in der sich ein Unternehmen am besten gegen die Wettbewerbskräfte schützen kann oder sie zu seinen Gunsten beeinflussen kann (vgl. Porter 1992, S. 26). Als Wettbewerbskräfte bezeichnet PORTER

- Die Verhandlungsstärke der Lieferanten
- Die Verhandlungsmacht der Abnehmer
- Die Bedrohung durch neue Konkurrenten
- Die Bedrohung durch Ersatzprodukte und -dienste
- Die Rivalität unter den bestehenden Unternehmen.

(vgl. Porter 1992, S. 26).

MEFFERT differenziert abnehmergerichtete Strategien nach ihrer Orientierung in Innovations-, Qualitäts-, Markierungs-, Programmbreiten- und Kostenorientierung (vgl. Meffert 2000, S. 269 f.).¹⁶¹

Basierend auf den Ergebnissen des Altenpflegemonitors 2004 und der eigenen Analyse wurde im Rahmen des Workshops erarbeitet, dass die Wettbewerbsstrategie auszurichten ist auf die im Rahmen der finanziellen Ressourcen mögliche Erreichung eines Qualitätsvorteils. Diese

¹⁶¹ Weitere Strategietypen, die nach MEFFERT in konkurrenzgerichtete, absatzmittlergerichtete und anspruchsruppengerichtete Strategien unterschieden werden, werden nicht dargestellt, da sie für diese Studie nicht relevant sind (vgl. Meffert 2000, S. 282 ff.).

Strategieüberlegungen kombinieren eine Qualitätsstrategie mit einer Wirtschaftlichkeitsstrategie.

Folgende Kriterien wurden für die Entwicklung eines Wettbewerbsvorteils für die nächsten drei bis fünf Jahre erarbeitet:

- **Betreuungsqualität:** ständige Verbesserung der Qualität zur Erhöhung der Kundenzufriedenheit, Anpassung der beschäftigungstherapeutischen Angebote auf die Bedürfnisse der Bewohner
- **Mitarbeiterzufriedenheit:** Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter zur Verbesserung der Betreuungsqualität, Mitarbeiterfeedbackgespräche einführen
- **Hotelkomponente:** Erhaltung der baulichen Attraktivität des Hauses
- **Finanzielle Unabhängigkeit:** Auslastung konstant halten, ausgeglichenes Betriebsergebnis erzielen
- **Aufbau des Images des Hauses A als Qualitätsführer.**

Ein Ziel der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung ist es, die Ausgangssituation des Hauses A aus Sicht dieser Gruppen zu erheben, um Kenntnisse darüber zu erlangen, wie die Dienstleistungsqualität eingeschätzt wird, und um sicherzustellen, dass die identifizierten Kriterien für die Erreichung eines Wettbewerbsvorteils den Erwartungen der Bewohner und der Angehörigen entsprechen.

Basierend auf dem existierenden Leitbild für das Haus A, das im Rahmen der Strategiediskussion überarbeitet wurde, fand die Erarbeitung der Mission und Vision für das Haus A statt.

Als Mission wurde formuliert:

Das Haus A ist eine stationäre Alten- und Pflegeeinrichtung mit Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI.

Die Einrichtung erbringt alle für die Versorgung Pflegebedürftiger nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen

Leistungen der Pflege nach §§ 42 und 43 SGB XI, sowie Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI.

Als Einrichtung der Diakonie wird unser gesetzlicher Auftrag durch christliche Werte ergänzt.

Basierend auf dem bestehenden Leitbild wurden die folgenden Leitsätze entwickelt:¹⁶²

Die Bedürfnisse der BewohnerInnen des Hauses A und deren Wohlbefinden stehen für uns an erster Stelle.

Fürsorge, Menschlichkeit und christliche Nächstenliebe sind die zentralen Werte unseres Handelns.

Wir garantieren eine hohe Pflege- und Betreuungsqualität.

Der effiziente Einsatz aller zur Verfügung stehenden Mittel ist für uns eine Selbstverständlichkeit, der wir uns verpflichtet fühlen.

Als erste Ansätze für eine Vision für 2008 wurden zehn Punkte erarbeitet:

- 1) Haus A als Marke etabliert – differenzierendes Merkmal: fürsorglicher Touch
- 2) Gehobenes Niveau/Hotelcharakter
- 3) Neubau (Spatenstich)
- 4) Nähe zur Altenpflegeschule gut ausgebaut
- 5) Pflegekette aufgebaut
- 6) EDV perfekt
- 7) Öffentlichkeitsarbeit systematisch aufgebaut
- 8) Mitarbeiterförderung wird gelebt
- 9) BSC als Managementtool etabliert
- 10) Spezialisierung entschieden (Demenz oder palliativ).

¹⁶² „Leitsätze sind Kernaussagen für das Unternehmen, die die grundlegenden Werte, Ziele und Erfolgskriterien festlegen. Sie zeigen die spezifische Kompetenz des Unternehmens, seine Leistungsfähigkeit und Wettbewerbsvorteile...“ (Herbst 1998, S. 34).

Die Befragungen der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter erfolgten im September 2004, um die Ist-Situation als Ausgangspunkt für notwendige Maßnahmen in die Überlegungen einbeziehen zu können. Darüber hinaus sollte die Relevanz der auf Eigeneinschätzung entwickelten Elemente der Vision für die Erreichung eines Wettbewerbsvorteils auf dieser Basis geprüft werden.

Aus diesen zehn Punkten wurde in den folgenden Workshops im November 2004 und März 2005 die Vision formuliert.

Kapitel J

Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung – Teil I: Vorgehensweise und Ist-Analyse

Das folgende Kapitel ist in sieben Abschnitte gegliedert. Der erste Abschnitt definiert die Problemstellung. Der anschließende zweite Abschnitt legt die Forschungsziele für die Befragung fest. Im dritten Abschnitt wird die Entwicklung der Befragungsinstrumente erläutert. Der vierte Abschnitt stellt das Forschungsdesign vor. Im fünften Abschnitt wird die Vorgehensweise der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung dargestellt. Der sechste Abschnitt stellt die Analyse und Kommunikation der Befragungsergebnisse dar. Der siebte Abschnitt schließt mit einem Resümee.

I. Problemdefinition

Im Rahmen der Strategie- und Balanced-Scorecard-Entwicklung wurde erkannt, dass keine fundierten Informationen über die Bewertung des Leistungsspektrums durch die Bewohner zur Verfügung stehen. Darüber hinaus lagen keine Erkenntnisse darüber vor, wie Angehörige die Einrichtung bewerten und weshalb sie sich für diese Einrichtung entschieden haben. Die Mitarbeiterzufriedenheit war ebenfalls bisher nicht erhoben worden. Da eine umfassende Bewertung der Ist-Situation die Ausgangsbasis für die Entwicklung von geeigneten Maßnahmen für die Behebung von Defiziten darstellt, musste diese Basis im ersten Schritt durch eine Befragung dieser drei Gruppen geschaffen werden.

Basierend auf den Befragungsergebnissen und der erarbeiteten Strategie wurden Interventionen entwickelt, die zur Realisierung der Strategie des Hauses A beitragen und die identifizierten Defizite gezielt beheben sollen.

Da ein standardisiertes Befragungsinstrument für Alten- und Pflegeeinrichtungen nicht zur Verfügung steht, wurden speziell für die Fragestellungen des Hauses A drei Fragebögen entwickelt.

II. Festlegung der Forschungsziele

Vorrangig wurden mit den Befragungen deskriptive Forschungsziele verfolgt, da in der ersten Erhebung der von den Bewohnern und Angehörigen wahrgenommene Ist-Zustand des Dienstleistungsspektrums erhoben werden soll. Auch die Mitarbeiterbefragung verfolgt das Ziel, den aktuellen Status der Mitarbeiterzufriedenheit zu erheben. Da der Kommunikation der Mitarbeiter mit den Bewohnern im Rahmen der Dienstleistungserstellung eine besondere Bedeutung zukommt und die Bewertung der Dienstleistungsqualität entscheidend prägt, ist es für eine Alten- und Pflegeeinrichtung besonders wichtig, die Mitarbeiterzufriedenheit gezielt zu fördern, um so die Bewohnerzufriedenheit zu beeinflussen (vgl. Kapitel B, Abschnitt V). Die Kenntnis über den aktuellen Status der Mitarbeiterzufriedenheit stellt die Ausgangsbasis für eine gezielte Förderung dar.

Zusätzlich zur Befragung der Bewohner wurde eine Angehörigenbefragung vorgesehen, um ein umfassendes Bild der Bewertung des Dienstleistungsspektrums durch beide Kundengruppen zu erhalten.

ROTH weist in seinem Bericht ‚Qualität in Pflegeheimen‘, der 2002 für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erstellt wurde, darauf hin, dass die Befragung von Angehörigen als Stellvertreter für Bewohner, die selber nicht in der Lage sind, an Befragungen teilzunehmen, kritisch zu sehen ist, da Angehörige andere Maßstäbe für die Bewertung des Leistungsspektrums anlegen als die Bewohner (vgl. Roth 2002, S. 24). In dieser Studie wurden Angehörige befragt, da Angehörige ebenfalls eine Kundengruppe für Alten- und Pflegeeinrichtungen darstellen und ihre Bewertung der Alten- und Pflegeeinrichtung einen wichtigen Faktor für die Mund-zu-Mund-Propaganda über eine Einrichtung darstellt und für die

zukünftige Belegung entscheidend ist. Besonders im Dienstleistungsbereich wird der Empfehlung durch Freunde und Verwandte eine hohe Glaubwürdigkeit zugesprochen, so dass Kenntnisse über die Bewertungskriterien dieser Kundengruppe eine wichtige Basis für eine gezielte Kommunikation der Einrichtung mit der Öffentlichkeit darstellen (vgl. Kapitel B, Abschnitt V). Da die Teilnahme an der Angehörigenbefragung freiwillig erfolgte und es vor der Erhebung nicht möglich war, einzuschätzen, ob Angehörige von Bewohnern der Pflegestufe III teilnehmen würden, war der Erkenntnisgewinn über die Bewertung des Leistungsspektrums speziell für die Pflegestufe III kein Ziel der Erhebung.

Die Forschungsziele der Befragungen sind:

- 1) Informationsgewinnung über die von den Bewohnern wahrgenommene Qualität des Dienstleistungsspektrums
- 2) Informationsgewinnung über die Wahrnehmung und Bewertung des Dienstleistungsspektrums durch die Kundengruppe der Angehörigen
- 3) Identifikation der Facetten der Dienstleistungsqualität, die für die Bewohnerzufriedenheit besonders wichtig sind und sich für die Entwicklung eines Wettbewerbsvorteils eignen
- 4) Informationsgewinnung über die Kongruenz der Befragungsergebnisse von Bewohnern und Angehörigen
- 5) Informationsgewinnung über die Mitarbeiterzufriedenheit und die Einschätzung der Bewohnerzufriedenheit durch die Mitarbeiter
- 6) Entwicklung von geeigneten Interventionsmaßnahmen, die die Realisierung der im Rahmen der Balanced Scorecard entwickelten Strategie unterstützen
- 7) Vergleich der Einschätzung der Dienstleistungsqualität durch den Vorstand und die Heimleitung mit den Ergebnissen der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung

- 8) Identifizierung der Items aus den Befragungen, die für die Entwicklung der Dienstleistungsqualität besonders wichtig sind und Parallelisierung dieser Items für Haus A und Haus B
- 9) Überprüfung der Wirksamkeit der Interventionsmaßnahmen durch eine zweite Befragung.

Bei den Interventionsmaßnahmen handelt es sich um Kommunikations- und Steuerungskonzepte, die zur Realisierung der Strategie notwendig sind.

Bei der vorliegenden Evaluationsstudie wurde eine formative Evaluation prozessbegleitend durchgeführt, um die entwickelten Interventionen auf ihre Optimierungsnotwendigkeit hin zu überprüfen, und eine summative Evaluation, als Bewertung der Wirksamkeit der Interventionen.

III. Entwicklung der Befragungsinstrumente

Um Antworten auf die Fragestellungen dieser Studie zu erhalten, wurden Fragebögen entwickelt, die sich zusätzlich inhaltlich an den Anforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen orientiert haben.¹⁶³

Die Entwicklung der Fragebögen erfolgte durch die Verfasserinnen. Die Befragungsinstrumente wurden im Vorstandsworkshop im Juni 2004 vorgestellt. Ergänzungs- und Veränderungsbedarf wurde diskutiert. Die Freigabe der Befragungsinstrumente durch den Vorstand und die Heimleitung erfolgte im Rahmen eines Abstimmungsmeetings im August 2004. Die zu entwickelnden Fragebögen für die Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragungen wurden nach einem einheitlichen Schema wie folgt gegliedert:

- Kontaktfragen – *„... bauen die Scheu des Befragten gegenüber dem Interview ab und schaffen günstige Voraussetzungen für den*

¹⁶³ Bei Überprüfungen von Alten- und Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen wird ein Itemkatalog verwendet, mit dem u.a. die Betreuungsqualität erhoben wird (MDS e.V. 2000).

Befragungsablauf. Bei schriftlichen Befragungen kommt dem Anschreiben diese Funktion zu.“ (Rogge 1992, S. 129)

- Sachfragen – dienen dem eigentlichen Befragungszweck
- Angaben zur Person – zum Abschluss des Fragebogens.

(vgl. Rogge 1992, S. 129 f., vgl. Hüttner 1997, S. 121 f.).

Als Kontaktfragen wurden die Gründe für die Einrichtungswahl und eine Bewertung des Rufs der Alten- und Pflegeeinrichtung eingesetzt. Für die Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung wurde darüber hinaus ein Anschreiben entwickelt, das den Grund für die Befragung darstellte. Darüber hinaus enthielt das Schreiben die Zusicherung, dass die Ergebnisse der Befragung nur in zusammengefasster Form an die Alten- und Pflegeeinrichtung gegeben werden und so sichergestellt ist, dass die Teilnahme anonym erfolgt.

Für die Befragung wurden überwiegend geschlossene Fragen ausgewählt, die auf einer Rating-Skala zu bewerten waren. Verwendet wurde eine Rating-Skala mit den folgenden fünf Stufen:

- Starke Zustimmung = trifft in vollem Umfang zu
- (Mäßige) Zustimmung = trifft überwiegend zu
- Unentschieden = trifft teils zu, trifft teils nicht zu
- (Mäßige) Ablehnung = trifft eher nicht zu
- Starke Ablehnung = trifft gar nicht zu.

(vgl. Hüttner 1997, S. 115).

Die Entscheidung für geschlossene Fragen wurde getroffen, da sie den Vorteil bieten, dass die Antwortvorgabe die Arbeitsleistung des Befragten reduziert und somit die Beantwortung erleichtert (vgl. Rogge 1992, S. 136). Bei der Befragung der älteren Bewohner einer Alten- und Pflegeeinrichtung, die aufgrund von alters- oder krankheitsbedingten Einschränkungen Schwierigkeiten haben, komplizierte Fragen zu beantworten, erhält dieser Vorteil eine besondere Bedeutung.

Darüber hinaus bieten geschlossene Fragen den Vorteil, dass Fehlinterpretationen der Befragungsergebnisse praktisch nicht vorkommen können und die Auswertungen mithilfe des SPSS-Statistikprogramms vorgenommen werden können (vgl. Rogge 1992, S.136).

Um die Zufriedenheit mit der Dienstleistung und somit die Dienstleistungsqualität der Alten- und Pflegeeinrichtung zu erfassen, wurde die Dienstleistung, die sich aus einer Reihe von Einzelbewertungen zusammensetzt, in ihre Komponenten zerlegt. Als Komponenten der Dienstleistungsqualität wurden die folgenden acht Untergruppen gebildet:

- 1) Verwaltung
- 2) Wohnqualität
- 3) Hauswirtschaft – Reinigung
- 4) Hauswirtschaft – Speisenversorgung
- 5) Betreuungsqualität
- 6) Psycho-soziales Wohlbefinden
- 7) Zusatzleistungen
- 8) Zufriedenheit.

Diese Reihenfolge wurde entwickelt, um, von den allgemeinen, leicht zu bewertenden Kriterien der Dienstleistungsqualität wie z. B. Wohnqualität zu den schwierigeren Kriterien wie z. B. Betreuungsqualität kommend, die Beantwortung der Fragen zu erleichtern.

Für die Formulierung der Items wurden die in Kapitel H, Abschnitt III, 2 dargestellten Grundsätze berücksichtigt.

Für die acht Komponenten wurden jeweils drei bis zwölf Items entwickelt, die überwiegend mit der ausgewählten Rating-Skala zu bewerten waren. Inklusive der Kontaktfragen und der Fragen mit Mehrfachantwortmöglichkeiten waren 50 Items zu bewerten.

Dieser Aufbau wurde für die Bewohner- und die Angehörigenbefragung eingesetzt. Um die Beantwortung durch die Bewohner und die Angehörigen in der Analysephase vergleichen zu können, wurden die Items überwiegend

identisch formuliert. Der Angehörigenfragebogen war mit 54 zu bewertenden Items inkl. Kontaktfragen und Fragen mit Mehrfachantwortmöglichkeiten etwas umfangreicher als der Bewohnerfragebogen.

Der Fragebogen wurde mit persönlichen Angaben und einer offenen Frage beendet, die den Befragten die Möglichkeit gab, zusätzliche Anmerkungen zu machen sowie eigene Verbesserungsvorschläge für die Leistungen der Alten- und Pflegeeinrichtung zu geben.

Die Fragebögen für Bewohner und Angehörige befinden sich in der Anlage (vgl. Anlage I, S. 438 ff., vgl. Anlage II, S. 444 ff.).

Für den Mitarbeiterfragebogen wurde ein identischer Aufbau gewählt, der aufgrund der Zielsetzung, die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter zu ermitteln, abweichende Fragenkomplexe enthielt, die wie folgt gegliedert wurden:

- 1) Arbeitsbedingungen
- 2) Prozesse, Ziele und Aufgaben
- 3) Fortbildung
- 4) Teamverhalten
- 5) Führungsverhalten
- 6) Kundenzufriedenheit
- 7) Unternehmensführung, Finanzen und Information
- 8) Mitarbeiterzufriedenheit.

Da auch der Mitarbeiterfragebogen Kontaktfragen und Fragen mit der Option auf Mehrfachantworten enthielt, waren insgesamt 54 Items zu bewerten.

Der Mitarbeiterfragebogen wurde mit persönlichen Angaben und einer offenen Frage beendet, die den Mitarbeitern die Möglichkeit gab, zusätzliche Anmerkungen sowie eigene Vorschläge für die Verbesserung der Leistungen der Alten- und Pflegeeinrichtung zu machen. Der Mitarbeiterfragebogen befindet sich in der Anlage (vgl. Anlage III, S. 450 ff.).

Für die Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterfragebögen wurde eine Reliabilitätsprüfung mit dem Crohnbachs Alpha durchgeführt, um die Homogenität der Subskalen zu überprüfen.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Subskalen und das entsprechende Crohnbachs Alpha, das bei allen Subskalen einen Wert über 0,7 ergibt und somit einen engen Zusammenhang der Items belegt (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 198).

Bewohner <i>(Crohnbachs Alpha)</i>	Angehörige <i>(Crohnbachs Alpha)</i>	Mitarbeiter <i>(Crohnbachs Alpha)</i>
Allgemeine Angaben		Allgemeine Angaben
<i>(0,868)</i> Verwaltung <i>(0,767)</i>		Arbeitsbedingungen <i>(0,802)</i>
<i>(0,848)</i> Wohnqualität <i>(0,800)</i>		Prozesse, Ziele und Aufgaben <i>(0,824)</i>
<i>(0,818)</i> Hauswirtschaft–Reinigung <i>(0,802)</i>		Fortbildung <i>(0,798)</i>
<i>(0,880)</i> Hauswirtschaft–Speisenversorgung <i>(0,803)</i>		Teamverhalten <i>(0,806)</i>
<i>(0,892)</i> Betreuungsqualität <i>(0,784)</i>		Führungsverhalten <i>(0,925)</i>
<i>(0,846)</i> Psychosoziales Wohlbefinden <i>(0,764)</i>		Kundenzufriedenheit <i>(0,892)</i>
Zusatzleistungen		Unternehmensführung, Finanzen und Information <i>(0,841)</i>
Zufriedenheit		Mitarbeiterzufriedenheit
Persönliche Angaben		Persönliche Angaben

Abb. I-4: Subskalen der Fragebögen mit Crohnbachs Alpha
Quelle: Eigene Berechnung

IV. Befragungsdesign

Für diese Studie konnte nur eine anonyme Befragung durchgeführt werden, da die Befragungsteilnehmer ansonsten nicht bereit gewesen wären, an der Befragung teilzunehmen. Der Aufbau dieser Studie entspricht der Abbildung H-3 (vgl. Kapitel H, Abschnitt III) – untersucht wurden zwei Gruppen. In beiden Gruppen wurde ein Pretest durchgeführt. Die Intervention fand nur in Haus A statt und die Zweitbefragung in beiden Einrichtungen. Im Folgenden

werden alle Befragungsergebnisse der ersten Befragung für Haus A und Haus B dargestellt. Für die Messung der Wirksamkeit des Interventionsprogramms, das basierend auf der Strategie für das Haus A entwickelt wurde, werden in Abschnitt VII 16 Items festgelegt. Die Ausgangssituation in den beiden Gruppen darf bei diesen 16 Items keine signifikanten Abweichungen ausweisen, damit die Stichproben als in der Ausgangssituation ausreichend parallel angesehen werden können. Dieser Vorgang wird als Parallelisierung der Stichproben bezeichnet. Für die Anwendung dieses Testdesigns wird in der Pretestphase der Beweis erbracht, dass die Ausgangssituation in beiden Gruppen keine signifikanten Abweichungen bei den 16 Items ausweist, während die Wirksamkeit der Intervention dadurch belegt wird, dass es im Posttest signifikante Abweichungen zwischen Haus A und Haus B gibt.

Für die Auswahl der Häuser A und B wurde darüber hinaus als Anforderung formuliert, dass die Größe und Struktur der beiden Einrichtungen vergleichbar sein sollen. Wie in Kapitel G dargestellt, erfüllt das ausgewählte Haus B diese Anforderung. Die folgende Abbildung stellt das Forschungsdesign dar.

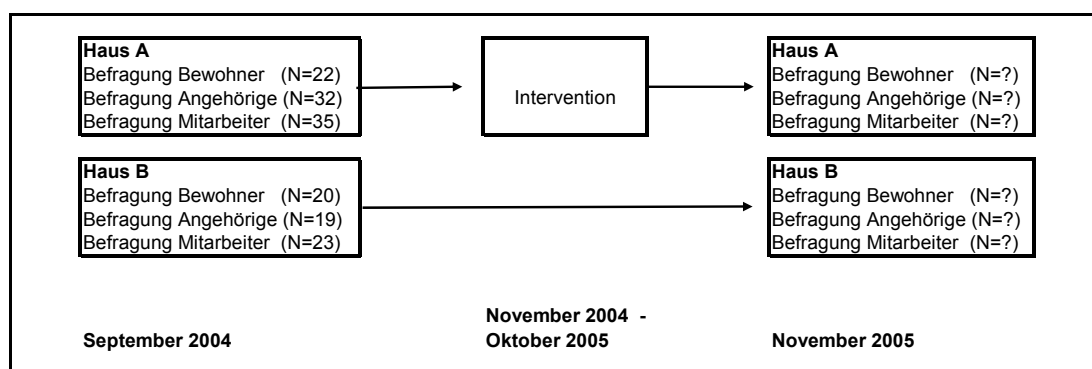


Abb. I-5: Befragungs- und Interventionsdesign
Quelle: Eigendarstellung

Im Rahmen dieser Studie werden natürliche Gruppen untersucht. Die Bewohner des Hauses A und des Hauses B stellen jeweils die Grundgesamtheit dar. Für die Befragung wurden die Bewohner ausgewählt, die zum Zeitpunkt der Erhebung aus Sicht der Wohnbereichsleitungen

gesundheitlich in der Lage waren, an der Befragung teilzunehmen. Dieses Vorgehen wird als Abschneideverfahren, Cut-off oder Konzentrationsprinzip bezeichnet.

„Beim Konzentrations- oder Abschneideverfahren (cut-off-Sampling) werden diejenigen Teile einer Grundgesamtheit ausgeklammert, die für das Untersuchungsziel keine oder nur geringe Bedeutung haben. Dieses Verfahren bietet sich an, wenn einem Teil der Untersuchungsobjekte ein sehr hoher Erklärungsbeitrag für den zu untersuchenden Sachverhalt in der Grundgesamtheit zugemessen wird.“

(Scharf/Schubert 2001, S. 375).

Die im Rahmen dieser Studie durchgeführte quasi-experimentelle Untersuchung vergleicht natürliche Gruppen (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 117, vgl. Kapitel H, Abschnitt III).

Auch die Befragung der Angehörigen stellt eine Stichprobenerhebung dar, die nach dem Konzentrationsverfahren durchgeführt wurde. Die Grundgesamtheit der Angehörigen ist nicht exakt zu bestimmen, da die Bezeichnung Angehöriger sehr weit gefasst werden kann. Da nur die Angehörigen, die Besuche in der Einrichtung machen, eine Aussage über die Dienstleistungsqualität machen können, wurden nur diese Angehörigen befragt. Die Angehörigen, die am Sommerfest teilgenommen haben oder in einem Zeitraum von zwei Wochen nach der Veranstaltung einen Besuch in der Einrichtung gemacht haben, erhielten den Fragebogen.

Die Befragung der Mitarbeiter stellt eine Stichprobenerhebung dar, da der Fragebogen mit dem Anschreiben nur an die Mitarbeiter verteilt werden konnte, die zum Zeitpunkt der Befragung an den Teambesprechungen teilgenommen haben. Erkrankte Mitarbeiter oder Mitarbeiter, die sich zu diesem Zeitpunkt im Urlaub befanden, nahmen nicht an der Befragung teil.

V. Erhebung Teil I: Vorgehensweise

1. Interview ausgewählter Bewohner mittels eines standardisierten Fragebogens

Für die Befragung der Bewohner wurde ein Fragebogen entwickelt, der als standardisiertes persönliches Interview durchgeführt wurde. Die Entscheidung für diese Art der Befragung wurde getroffen, weil die Vorteile dieser Befragungsmethode besonders bei älteren Befragungsteilnehmern sehr vorteilhaft bewertet werden. ROTH weist darauf hin, dass besonders bei Befragungen in Alten- und Pflegeeinrichtungen „... *der Aspekt der drohenden Überforderung der Befragten berücksichtigt werden muss.*“ (Roth 2002, S. 31). Dieser Aspekt wurde sowohl bei der Formulierung der Fragen als auch bei der Auswahl der Rating-Skala berücksichtigt.¹⁶⁴

Zwei Wochen vor der Befragung wurde in beiden Einrichtungen ein Informationsaushang zu der Befragung gemacht und die Mitarbeiter haben die Bewohner in persönlichen Gesprächen über die geplante Befragung informiert. Um die Auskunftsbereitschaft der Bewohner positiv zu beeinflussen, wurde in dem Informationsaushang darauf hingewiesen, dass die Befragung von externen Interviewern durchgeführt wird und dass die Einrichtung nur zusammengefasste Ergebnisse erhält, aus denen kein Rückschluss auf die Antworten einzelner Personen möglich ist. ROTH weist darauf hin, dass die enge Beziehung der Pflegebedürftigen zur Pflegeperson und die Abhängigkeit zur Pflegeeinrichtung die Thematisierung von Problemen Dritten gegenüber erschwert (vgl. Roth 2002, S. 29). Dieses grundsätzliche Problem bei der Befragung von Bewohnern einer Alten- und Pflegeeinrichtung wurde berücksichtigt, indem vor der Befragung der Aspekt der Anonymität explizit hervorgehoben wurde.

¹⁶⁴ ROTH bewertet das bekannte Schulnotensystem als ein für Befragungen in Alten- und Pflegeeinrichtungen geeignetes System. Für diese Studie wurde eine Rating-Skala ausgewählt, weil sie eine neutrale Bewertung darstellt, die es ermöglicht, Zustimmung und Ablehnung in fünf Abstufungen einzuteilen (vgl. Roth 2002, S. 31).

Vor der Durchführung der Interviews wurde ein Pretest mit zwei Bewohnern durchgeführt, um zu überprüfen, ob die Formulierungen verständlich sind und die Bewertung anhand der ausgewählten Rating-Skala möglich ist. Darüber hinaus wurde ebenfalls die Interviewdauer ermittelt. Das Ergebnis des Pretests ergab, dass der Fragebogen in der vorliegenden Form mit kleinen Modifikationen geeignet ist.

Die Interviews in Haus A und Haus B wurden von den Verfasserinnen durchgeführt und fanden in den Wohnräumen der Bewohner statt. Die Interviewdauer betrug durchschnittlich 40 Minuten. Die Interviews in Haus A wurden am 20. und 21. September 2004 durchgeführt und die Interviews in Haus B am 28. und 29. September 2004.

Für die Befragung wurden die Bewohner ausgewählt, die nach Einschätzung der Wohnbereichsleitungen dazu in der Lage waren. Von den 26 Bewohnern, die in Haus A von den Wohnbereichsleitungen ausgewählt wurden, konnten 22 Bewohner befragt werden. Zwei Bewohner wurden zum Befragungszeitpunkt nicht angetroffen. Die zwei Bewohner, die bereits am Pretest teilgenommen hatten, wurden ebenfalls nicht befragt. Befragt wurde somit eine Stichprobe der Bewohner, die gesundheitlich dazu in der Lage waren und zum Befragungszeitpunkt angetroffen wurden. Auch in Haus B konnten von den 24 von den Wohnbereichsleitungen ausgewählten Bewohnern nur 20 Bewohner befragt werden, da zwei Bewohner nicht angetroffen wurden und zwei weitere Bewohner sich an den beiden Interviewtagen nicht in der Lage fühlten, an einem Interview teilzunehmen.

Das Durchschnittsalter der in Haus A befragten 22 Bewohner betrug 86,8 Jahre und sie lebten durchschnittlich 2,4 Jahre in der Einrichtung. Von den Befragten waren 18 weiblich und 4 männlich. Die Zuordnung zu den Pflegestufen stellte sich wie folgt dar:

- 1 Bewohner Pflegestufe 0
- 16 Bewohner Pflegestufe I
- 3 Bewohner Pflegestufe II

- 0 Bewohner Pflegestufe III
- 2 Bewohner noch nicht eingestuft.

Das Durchschnittsalter der in Haus B befragten 20 Bewohner betrug 85,1 Jahre und sie lebten durchschnittlich 2,8 Jahre in Haus B. Von den Befragten waren 18 weiblich und 2 männlich. Die Zuordnung zu den Pflegestufen stellte sich wie folgt dar:

- 1 Bewohner Pflegestufe 0
- 9 Bewohner Pflegestufe I
- 9 Bewohner Pflegestufe II
- 1 Bewohner Pflegestufe III.

Die folgende Abbildung stellt die Informationen über die befragten Bewohner des Hauses A und des Hauses B gegenüber:

	Haus A	Haus B
Anzahl der Bewohner, die angesprochen wurden.	24	24
Anzahl der Befragten	22	20
davon: weiblich	18	18
davon: männlich	4	2
Durchschnittsalter der befragten Bewohner	86,8 Jahre	85,1 Jahre
Wohndauer in der Einrichtung	2,4 Jahre	2,8 Jahre
Einstufung der befragten Bewohner:		
Pflegestufe 0	1	1
Pflegestufe I	16	9
Pflegestufe II	3	9
Pflegestufe III	0	1
Noch nicht eingestuft	2	0

Abb. I-6: Übersicht der befragten Bewohner – Haus A und Haus B
Quelle: Eigendarstellung

Da für diese Studie ein quasi-experimentelles Design verwendet wurde, bei dem natürliche Gruppen miteinander verglichen werden, entsprechen sich die Stichproben nicht in allen Kriterien, stellen jedoch aufgrund ihrer gleichen Alters- und Geschlechtsstruktur vergleichbare Gruppen dar. Eine zusätzliche Parallelisierung der beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich ihrer Pflegestufenzuordnung war nicht möglich.

2. Angehörigenbefragung mittels eines standardisierten Fragebogens

Die Angehörigenfragebögen wurden mit einem Anschreiben versehen, das den Befragungshintergrund erläuterte sowie Anonymität zusicherte.

In beiden Einrichtungen wurde das Sommerfest als Plattform genutzt, Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter vorab über die Befragungen zu informieren und die Fragebögen an die Angehörigen zu verteilen. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, um sicherzustellen, dass die Verfasserinnen, die ebenfalls an den Sommerfesten teilgenommen haben, für eventuell auftretende Fragen zur Verfügung stehen konnten.

Für Angehörige, die nicht am Sommerfest teilgenommen haben, bestand die Möglichkeit, die Fragebögen in den Einrichtungen zu erhalten. Die Wohnbereichsleitungen (zwei pro Einrichtung) erhielten zusätzlich je fünf Fragebögen, um sie an Angehörige zu verteilen.

Die Fragebögen mit dem Anschreiben wurden im Rahmen des Sommerfests des Hauses A am 1. September 2004 an die Angehörigen verteilt. Der Hintergrund der Befragung wurde zusätzlich von der Heimleitung in einer Ansprache erläutert. Die Verteilung der Fragebögen und die Beantwortung auftretender Fragen erfolgten durch die Verfasserinnen. Die Angehörigen konnten die Fragebögen bis vier Wochen nach Erhalt in speziell dafür zur Verfügung gestellten Postkästen in der Einrichtung zurückgeben. Die Fragebögen waren mit einem Briefumschlag mit der Adresse einer der Verfasserinnen versehen, so dass auch die Möglichkeit des postalischen Versands genutzt werden konnte. Verteilt wurden 40 Fragebögen im Rahmen des Sommerfestes sowie zusätzlich zehn Fragebögen, die in den folgenden zwei Wochen an Angehörige verteilt wurden, die das Haus A besucht haben, aber nicht am Sommerfest teilgenommen haben. Insgesamt wurden 32 Fragebögen ausgefüllt zurückgegeben.

Die Fragebögen für die Angehörigen des Hauses B wurden ebenfalls im Rahmen des Sommerfestes am 28. August 2004 verteilt und konnten vier Wochen nach Erhalt in speziell dafür zur Verfügung gestellten Briefkästen in

der Einrichtung zurückgegeben werden. Die Fragebögen waren mit einem Briefumschlag mit der Adresse einer der Verfasserinnen versehen, so dass auch die Möglichkeit des postalischen Versands genutzt werden konnte. Verteilt wurden 30 Fragebögen im Rahmen des Sommerfestes sowie zusätzlich zehn Fragebögen, die in den folgenden zwei Wochen an Angehörige verteilt wurden, die das Haus B besucht haben, aber nicht am Sommerfest teilgenommen haben. Insgesamt wurden 19 Fragebögen ausgefüllt zurückgegeben.

Die folgende Abbildung stellt die Informationen über die Angehörigen, die an der Befragung in Haus A und in Haus B teilgenommen haben, gegenüber.

	Haus A	Haus B
Anzahl verteilter Fragebögen	50	40
Anzahl der Fragebögen, die von Angehörigen ausgefüllt wurden	32	19
davon: weiblich	15	15
davon: männlich	16	4
davon: keine Angabe	1	0
Teilnahmequote in %	64,0	47,5
Durchschnittsalter der befragten Angehörigen	67,6 Jahre	64,5 Jahre
Einstufung der Bewohner:		
Pflegestufe 0	0	2
Pflegestufe I	9	2
Pflegestufe II	13	15
Pflegestufe III	8	0
Keine Angabe	2	0

Abb. I-7: Übersicht der befragten Angehörigen – Haus A und Haus B
Quelle: Eigendarstellung

3. Mitarbeiterbefragung mittels eines standardisierten Fragebogens

Der Mitarbeiterfragebogen wurde ebenfalls mit einem Anschreiben versehen, das den Hintergrund der Befragung erläuterte. Darüber hinaus enthielt das Schreiben die Zusicherung, dass die Ergebnisse der Befragung nur in zusammengefasster Form an die Alten- und Pflegeeinrichtung gegeben werden und so sichergestellt ist, dass die Teilnahme anonym erfolgt.

Die Fragebögen wurden von den Wohnbereichsleitungen im Rahmen der Teambesprechungen verteilt und konnten in speziell dafür aufgestellten Briefkästen bis vier Wochen nach Erhalt zurückgegeben werden. Die Mitarbeiter hatten auch die Möglichkeit, die Fragebögen an die Adresse einer der Verfasserinnen zu schicken. In beiden Häusern wurden die Fragebögen an die Mitarbeiter verteilt (Haus A 47 Mitarbeiter, Haus B 32 Mitarbeiter). In Haus A nahmen 35 Mitarbeiter an der Befragung teil, in Haus B 23. Die folgende Abbildung stellt die Informationen über die Mitarbeiter des Hauses A und des Hauses B gegenüber, die an der Befragung teilgenommen haben.

	Haus A	Haus B
Anzahl Mitarbeiter	54	39
Anzahl der Mitarbeiter, die den Fragebogen erhalten haben	47	32
Anzahl der Fragebögen, die von Mitarbeitern ausgefüllt wurden	35	23
davon: Pflegefachkräfte	9	9
davon: Pflegehilfskräfte	13	10
davon: Hauswirtschaftlicher Dienst	7	2
davon: Auszubildende	5	1
davon: keine Angabe	1	1
Teilnahmequote in %	74,5	71,9
Dauer der Beschäftigung		
davon: unter fünf Jahre	14	9
davon: über fünf Jahre	19	13
davon: keine Angabe	2	1
Beschäftigungsverhältnis		
davon: Vollzeit	10	14
davon: Teilzeit	21	7
davon: geringfügige Beschäftigung	3	1
davon: keine Angabe	1	1

Abb. I-8: Übersicht der befragten Mitarbeiter – Haus A und Haus B
Quelle: Eigendarstellung

4. Selbsteinschätzung durch den Vorstand und die Heimleitung

Der Vorstand und die Heimleitung wurden ebenfalls gebeten, die Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterfragebögen basierend auf ihrer eigenen Einschätzung auszufüllen. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass das Eigenbild der Einrichtungsleitung mit der Wahrnehmung durch die

Kundengruppen Bewohner und Angehörige und durch die Mitarbeiter verglichen werden kann.

VI. Analyse der Befragungsergebnisse für Haus A und Haus B – Teil I

1. Aufbereitung der Daten

Zu Beginn der Datenanalyse wurden die Fragebögen nummeriert, in Excel-Tabellen erfasst und diese Tabellen in das Statistikprogramm SPSS 13.0.1 exportiert. Die Daten wurden in SPSS codiert. Die Beantwortung der geschlossenen Fragen wurde anhand der ausgewählten Rating-Skala mit den folgenden Ausprägungen bewertet:

1 = Trifft voll zu

2 = Trifft überwiegend zu

3 = Trifft teils-teils zu

4 = Trifft eher nicht zu

5 = Trifft gar nicht zu.

Offene Fragestellungen wurden aus den Angehörigen- und Mitarbeiterfragebögen mit dem exakten Wortlaut erfasst, grafisch aufbereitet und im Rahmen der Ergebnispräsentation vorgestellt. Acht Wochen nach der ersten Befragung standen die Auswertungen zur Verfügung. Mit beiden Alten- und Pflegeeinrichtungen wurde ein Termin für die Präsentation der Befragungsergebnisse vereinbart. Zur Auswertung und Analyse der Daten wurden das arithmetische Mittel, der Median, die Standardabweichung und die Varianz berechnet. Das arithmetische Mittel wurde für die grafische Aufbereitung der Daten verwendet. Um die Auswirkung der Bewertung der Items auf die Gesamtzufriedenheit zu ermitteln, wurde der Korrelationskoeffizient errechnet. Um eine Aussage über signifikante Veränderungen zwischen Haus A und Haus B machen zu können, wird nach der zweiten Befragung ein Signifikanztest durchgeführt (vgl. Kapitel H).

2. Resultate der Befragung

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung der Häuser A und B dargestellt. Aufgrund der Datenkomplexität werden an dieser Stelle kumulierte Ergebnisse vorgestellt, Einzelergebnisse befinden sich in der Anlage (vgl. Anlage IV, S. 458 ff., vgl. Anlage V, S. 479 ff.). Fragen mit der Option auf Mehrfachantworten werden so dargestellt, dass die Nennungen prozentual bezogen auf die Anzahl der Teilnehmer ausgewiesen werden, um die Vergleichbarkeit der beiden Häuser sicherzustellen. Die nachfolgenden Erläuterungen zeigen aus Gründen der Komplexität dieser drei unterschiedlichen Befragungen nur die Besonderheiten der Ergebnisse auf.

2.1 Bewohnerbefragung

An der Bewohnerbefragung nahmen in Haus A 22 und in Haus B 20 Bewohner teil.

Die erste Frage beschäftigte sich mit den Gründen der Einrichtungsauswahl. Es wurden elf Auswahlantworten vorgegeben und zusätzlich die Möglichkeit zu eigenen Angaben gegeben. Die folgende Abbildung zeigt die Gründe für die Einrichtungsauswahl.

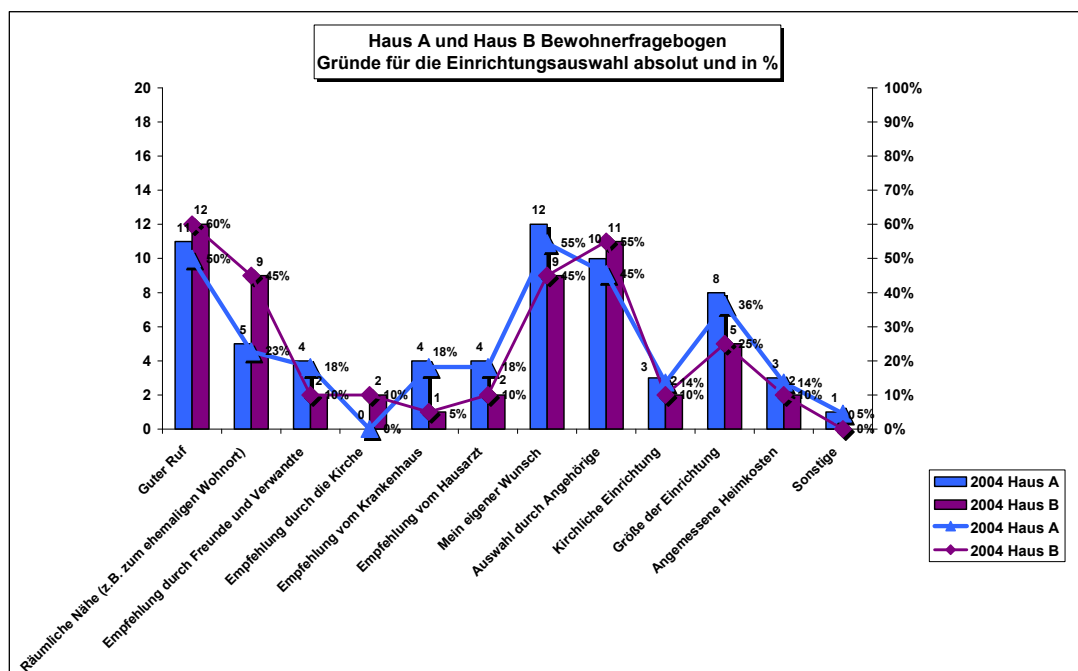


Abb. I-9: Gründe für die Einrichtungsauswahl der Bewohner 2004 absolut und in %¹⁶⁵
Quelle: Eigendarstellung

Die Hauptgründe für die Einrichtungsauswahl in Haus A sind im Einzug auf eigenen Wunsch des Bewohners (55 %), im guten Ruf (50 %), der Auswahl durch Angehörige (45 %) und der Größe der Einrichtung (36 %) zu sehen.

In Haus B bestehen die Hauptgründe für die Einrichtungsauswahl im guten Ruf (60 %), der Auswahl durch Angehörige (55 %), im Einzug auf eigenen Wunsch des Bewohners (45 %) und in Bezug auf die räumliche Nähe (45 %).

Im Anschluss an diese Frage wurden sechs Themenkomplexe mit insgesamt 40 Items anhand der ausgewählten Rating-Skala bewertet.

- Verwaltung – fünf Items
- Wohnqualität – fünf Items
- Hauswirtschaft – Reinigung – vier Items
- Hauswirtschaft – Speiserversorgung – vier Items (davon ein Item mit drei Unterpunkten und ein Item mit zwei Unterpunkten)

¹⁶⁵ Die Prozentwerte wurden auf komplette Prozentwerte gerundet, um nicht den Eindruck der Scheingenauigkeit entstehen zu lassen.

- Betreuungsqualität – zwölf Items
- Psycho-soziales Wohlbefinden – zehn Items (davon ein Item mit zwei Unterpunkten).

Die folgende Abbildung zeigt die Bewertung der Themenkomplexe in beiden Häusern.

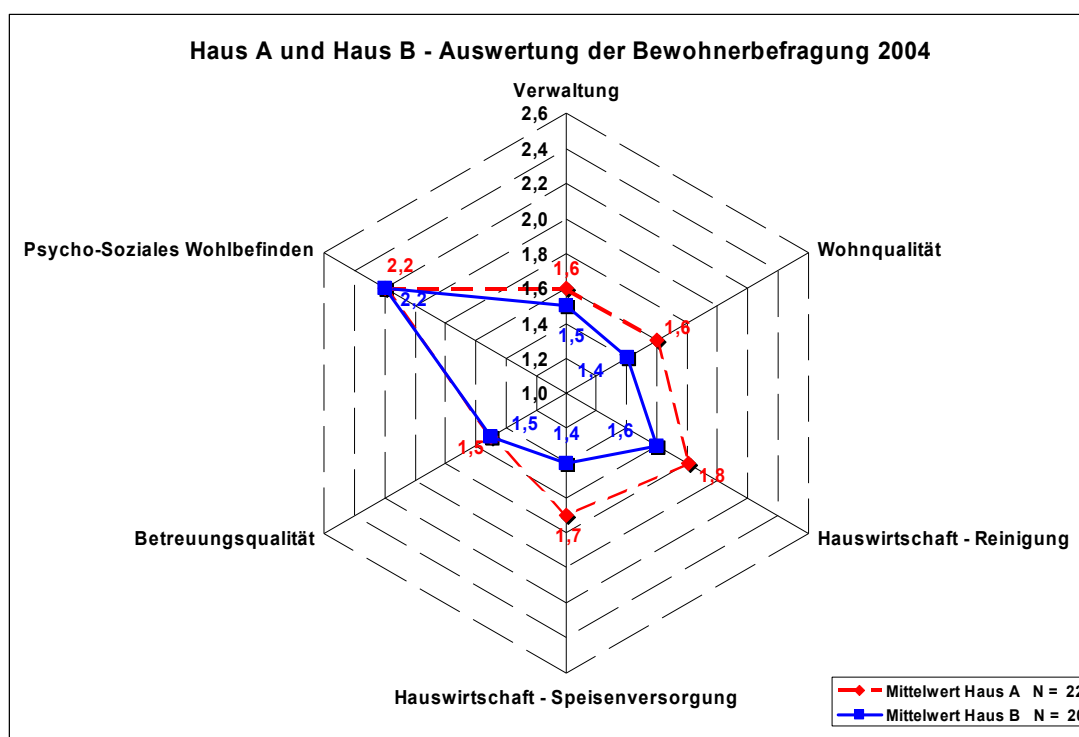


Abb. I-10: Auswertung der Bewohnerbefragung 2004
Quelle: Eigendarstellung, vgl. Anlage IV, S. 458 ff., vgl. Anlage V, S. 479 ff.

Die Bewertung der Themenkomplexe von Haus A zeigen Mittelwerte zwischen 1,5 für ‚Betreuungsqualität‘ und 2,2 für ‚Psycho-soziales Wohlbefinden‘, die Mittelwerte der anderen Themenkomplexe liegen zwischen 1,6 und 1,8. Der Komplex ‚Psycho-soziales Wohlbefinden‘ zeigt in den Einzelfragen ‚Die Mitarbeiter haben Zeit für ein persönliches Gespräch‘ (Mittelwert 2,6) und ‚Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden‘ (Mittelwert von 3,6) kritische Beurteilungen.

Die Ergebnisse der Themenkomplexe von Haus B zeigen Mittelwerte zwischen 1,4 für ‚Hauswirtschaft – Speisensversorgung‘ und 2,2 für ‚Psycho-soziales Wohlbefinden‘, die Mittelwerte der anderen Themenkomplexe liegen

zwischen 1,5 und 1,6. Der Komplex ‚Psycho-soziales Wohlbefinden‘ zeigt in den Einzelfragen ‚Die Mitarbeiter haben Zeit für ein persönliches Gespräch‘ (Mittelwert 2,6) und ‚Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden‘ (Mittelwert von 3,5) ebenfalls kritische Beurteilungen.

Die Gründe für die Bewohnerzufriedenheit wurden anhand von sechs Auswahlantworten und der zusätzlichen Möglichkeit zu eigenen Angaben untersucht. Die folgende Abbildung zeigt die Gründe für die Bewohnerzufriedenheit, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

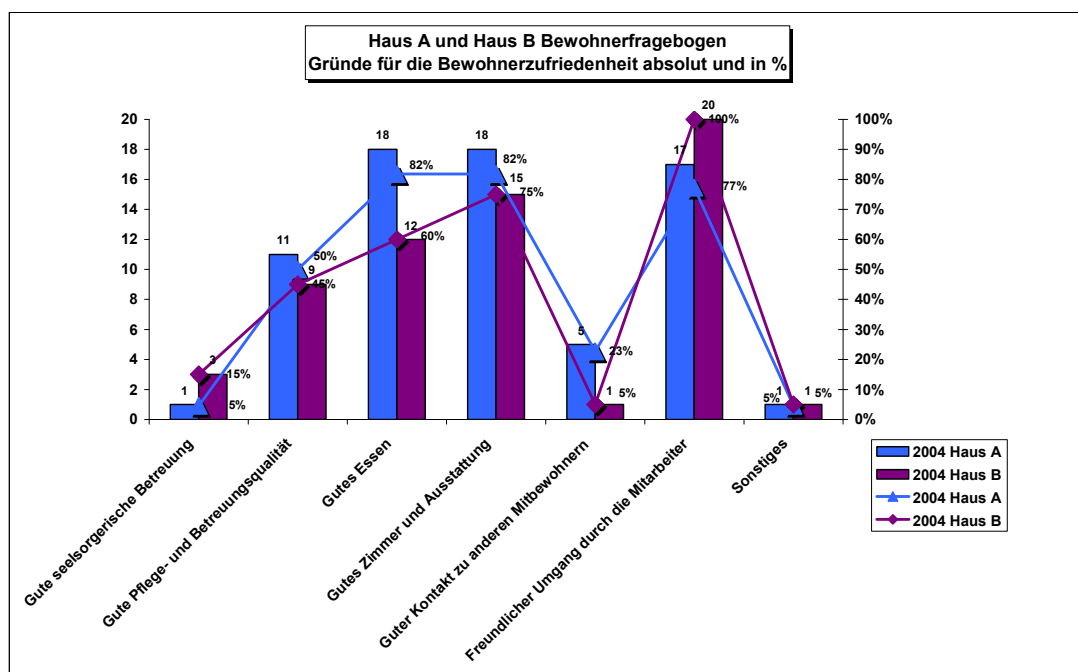


Abb. I-11: Gründe für Bewohnerzufriedenheit 2004 absolut und in %
Quelle: Eigendarstellung

In Haus A liegen die Hauptgründe für die Bewohnerzufriedenheit im guten Zimmer und Ausstattung (82 %), im guten Essen (82 %) und im freundlichen Umgang durch die Mitarbeiter (77 %).

In Haus B bestehen die Hauptgründe für Bewohnerzufriedenheit im freundlichen Umgang durch die Mitarbeiter (100 %), im guten Zimmer und Ausstattung (75 %) sowie im guten Essen (60 %).

In den abschließenden Fragen wurde eine Gesamtbewertung in Bezug auf die Zufriedenheit des Bewohners abgegeben. Die folgende Abbildung zeigt die Bewertung der Gesamtzufriedenheit.

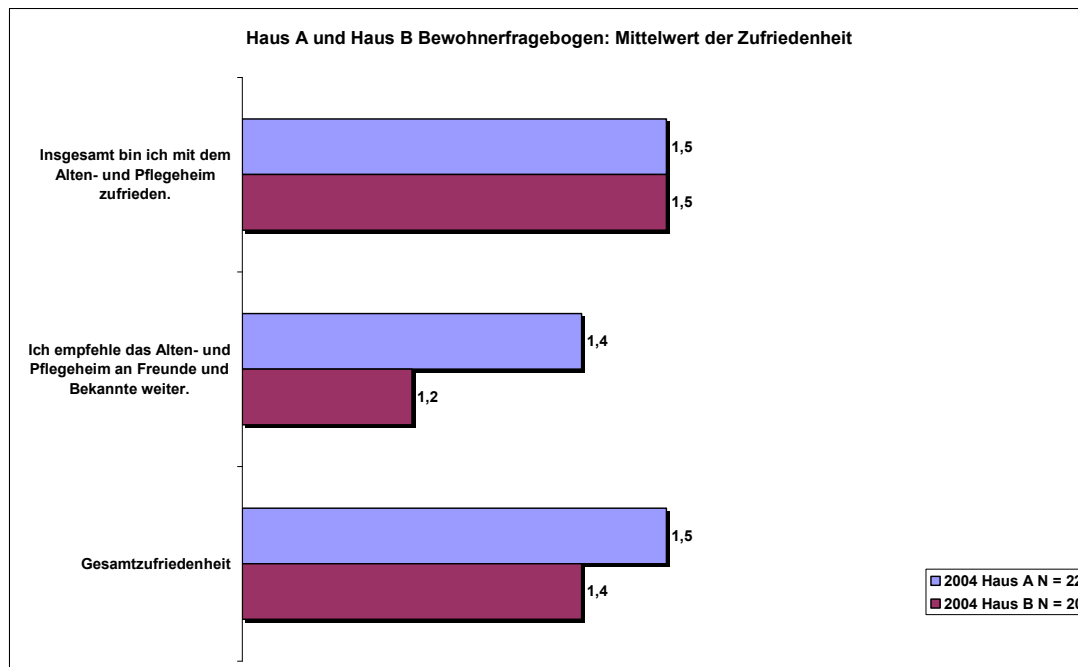


Abb. I-12: Mittelwert der Bewohnerzufriedenheit 2004
Quelle: Eigendarstellung, vgl. Anlage IV, S. 459, vgl. Anlage V, S. 480

In Haus A beurteilen die Bewohner ihre Zufriedenheit mit der Alten- und Pflegeeinrichtung mit einem Mittelwert von 1,5 und würden dieses Haus auch an Freunde und Bekannte weiterempfehlen (Mittelwert 1,4). Insgesamt erhält Haus A für die Gesamtzufriedenheit der Bewohner einen Mittelwert von 1,5. Die Gründe für die Gesamtzufriedenheit wurden darüber hinaus mit Hilfe einer Korrelationsanalyse näher untersucht.

Im Folgenden werden die Hauptgründe für die Bewohnerzufriedenheit vorgestellt, die einen Korrelationskoeffizienten nach Spearman-Rho $> 0,6$ erreichen.¹⁶⁶

¹⁶⁶ Wenn der Korrelationskoeffizient zwischen 0,5 und 0,7 liegt, so handelt es sich um einen deutlichen Zusammenhang, der praktisch verwendbar ist. Korrelationskoeffizienten zwischen 0,7 und 0,9 stellen einen engen Zusammenhang der beiden Variablen dar. Erreicht der Korrelationskoeffizient einen Wert $> 0,9$, so besteht ein sehr enger Zusammenhang und eine sehr hohe Abhängigkeit der beiden Variablen (vgl. Rogge 1992, S. 226).

- ‚Das Essen ist schmackhaft.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,839).
 - ‚Die angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen sind interessant für mich.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,757).
 - ‚Ich empfehle das Haus A an Freunde und Bekannte weiter.‘ (Korrelationskoeffizient 0,697).
 - ‚Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für meine Bedürfnisse.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,631).
 - ‚Ich bin mit der Reinigung meines Zimmers zufrieden.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,620).
 - ‚Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,611).
- (vgl. Anlage IV, S. 462 ff.).

In Haus B beurteilen die Bewohner ihre Zufriedenheit mit der Alten- und Pflegeeinrichtung ebenfalls mit einem Mittelwert von 1,5 und würden dieses Haus auch an Freunde und Bekannte weiterempfehlen (Mittelwert 1,2). Insgesamt erreicht Haus B für die Gesamtzufriedenheit der Bewohner einen Mittelwert von 1,4. Die Hauptgründe für Bewohnerzufriedenheit mit einem Korrelationskoeffizienten nach Spearman-Rho $> 0,6$ waren:

- ‚Meine Interessen werden durch den Heimbeirat vertreten.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,775).
 - ‚Die Mitarbeiter sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,704).
 - ‚Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,625).
- (vgl. Anlage V, S. 483 ff.).

Insgesamt unterscheiden sich die Befragungsergebnisse des Hauses A nur in sehr geringem Umfang von den Befragungsergebnissen des Hauses B. Lediglich der Mittelwert für den Fragenkomplex ‚Hauswirtschaft – Speiserversorgung‘ weist einen Unterschied der Mittelwerte von 0,3 aus.

2.2 Angehörigenbefragung

An der Angehörigenbefragung nahmen in Haus A 32 und in Haus B 19 Angehörige teil.

Die erste Frage beschäftigte sich mit den Gründen der Einrichtungsauswahl. Es wurden 10 Auswahlantworten vorgegeben und zusätzlich die Möglichkeit zu eigenen Angaben gegeben. Die folgende Abbildung zeigt die Gründe für die Einrichtungsauswahl.

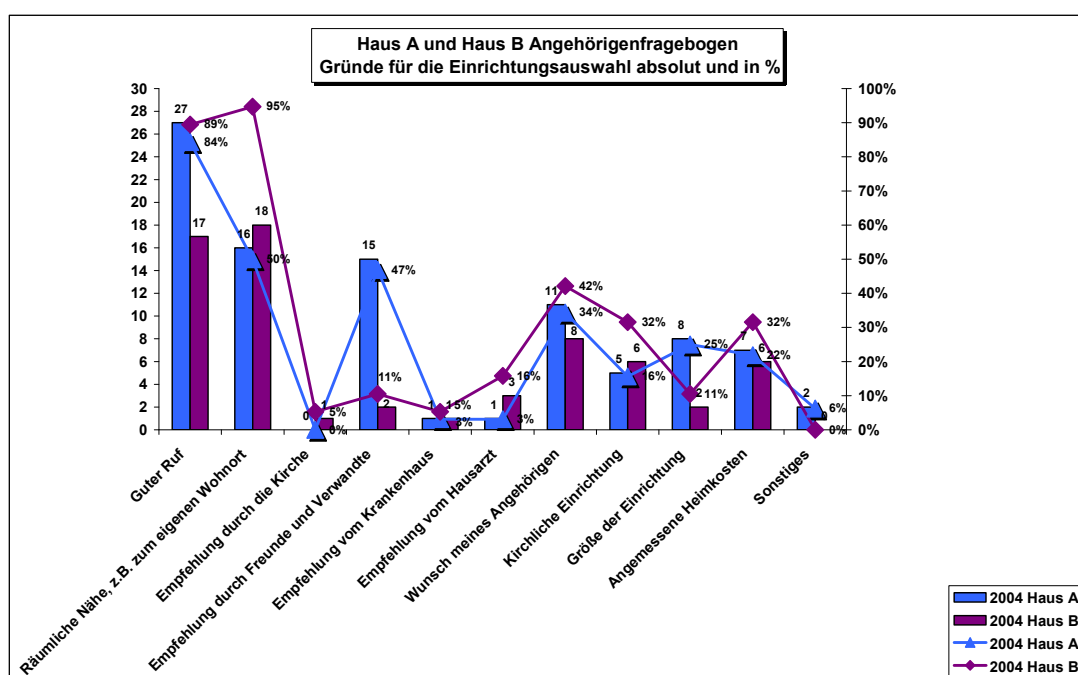


Abb. I-13: Gründe für die Einrichtungsauswahl 2004 der Angehörigen absolut und in %
Quelle: Eigendarstellung

Die Hauptgründe für die Einrichtungsauswahl in Haus A sind im guten Ruf (84 %), der räumlichen Nähe (50 %) und in der Empfehlung durch Freunde oder Verwandte (47 %) zu sehen.

In Haus B bestehen die Hauptgründe für die Einrichtungsauswahl im guten Ruf (89 %), in der räumlichen Nähe (95 %) und im eigenen Wunsch des Bewohners (42 %).

Im Anschluss an diese Frage wurden sechs Themenkomplexe mit insgesamt 43 Items anhand der ausgewählten Rating-Skala bewertet.

- Verwaltung – sieben Items
- Wohnqualität – fünf Items
- Hauswirtschaft – Reinigung – vier Items
- Hauswirtschaft – Speisensversorgung – vier Items (davon ein Item mit drei Unterpunkten und ein Item mit zwei Unterpunkten)
- Betreuungsqualität – zwölf Items
- Psycho-soziales Wohlbefinden – elf Items (davon ein Item mit zwei Unterpunkten).

Die folgende Abbildung zeigt die Bewertung der Themenkomplexe in beiden Häusern.

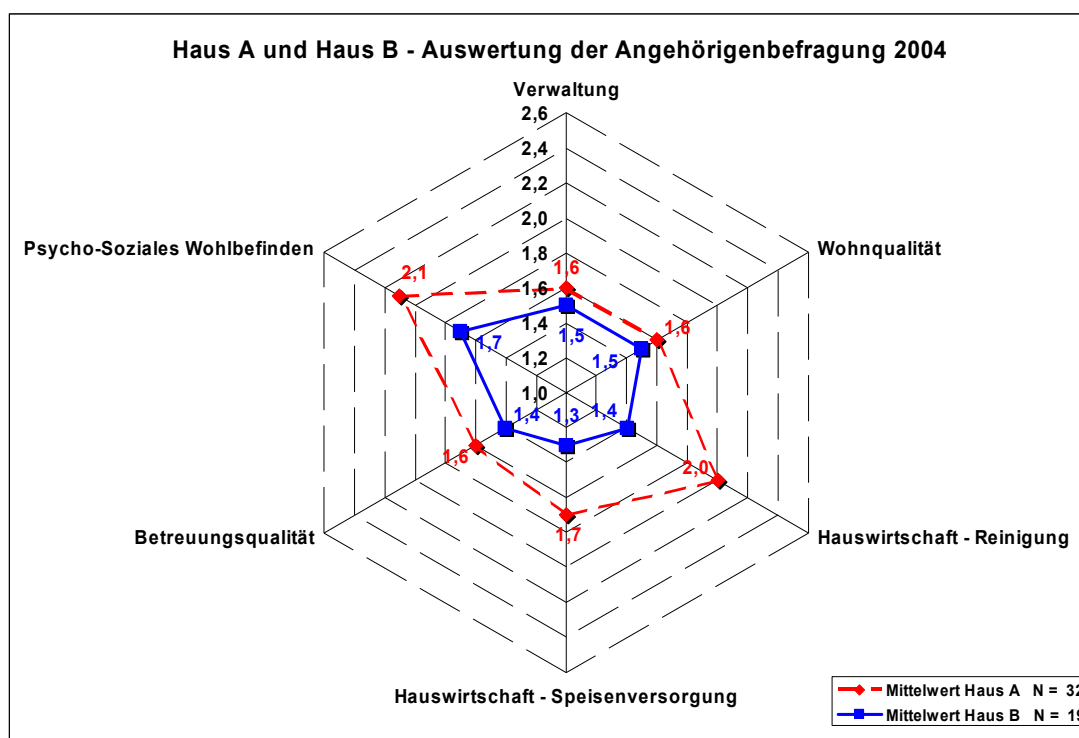


Abb. I-14: Auswertung der Angehörigenbefragung 2004
 Quelle: Eigendarstellung, vgl. Anlage IV, S. 465 ff., vgl. Anlage V, S. 486 ff.

Die Bewertung der Themenkomplexe von Haus A zeigt Mittelwerte zwischen 1,6 für ‚Betreuungsqualität‘, ‚Wohnqualität‘ und ‚Verwaltung‘ und 2,1 für ‚Psycho-soziales Wohlbefinden‘, die Mittelwerte der anderen Themenkomplexe liegen zwischen 1,7 und 2,0. Der Komplex ‚Psycho-soziales Wohlbefinden‘ zeigt in den Einzelfragen ‚Das Klima unter den Bewohnern ist

freundlich.' , (Mittelwert 3,0) und ‚Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.‘ (Mittelwert 2,6) kritische Beurteilungen.

Die Ergebnisse der Themenkomplexe von Haus B zeigen Mittelwerte zwischen 1,3 für ‚Hauswirtschaft – Speiserversorgung‘ und 1,7 für ‚Psycho-soziales Wohlbefinden‘, die Mittelwerte der anderen Themenkomplexe liegen zwischen 1,4 und 1,5. Der Komplex ‚Psycho-soziales Wohlbefinden‘ zeigt in der Einzelfrage ‚Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.‘ (Mittelwert 2,3) die schlechteste Beurteilung.

Die Gründe für die Angehörigenzufriedenheit wurden anhand von sechs Auswahlantworten und der zusätzlichen Möglichkeit, eigene Angaben zu machen, untersucht. Die folgende Abbildung zeigt die Gründe für die Angehörigenzufriedenheit.

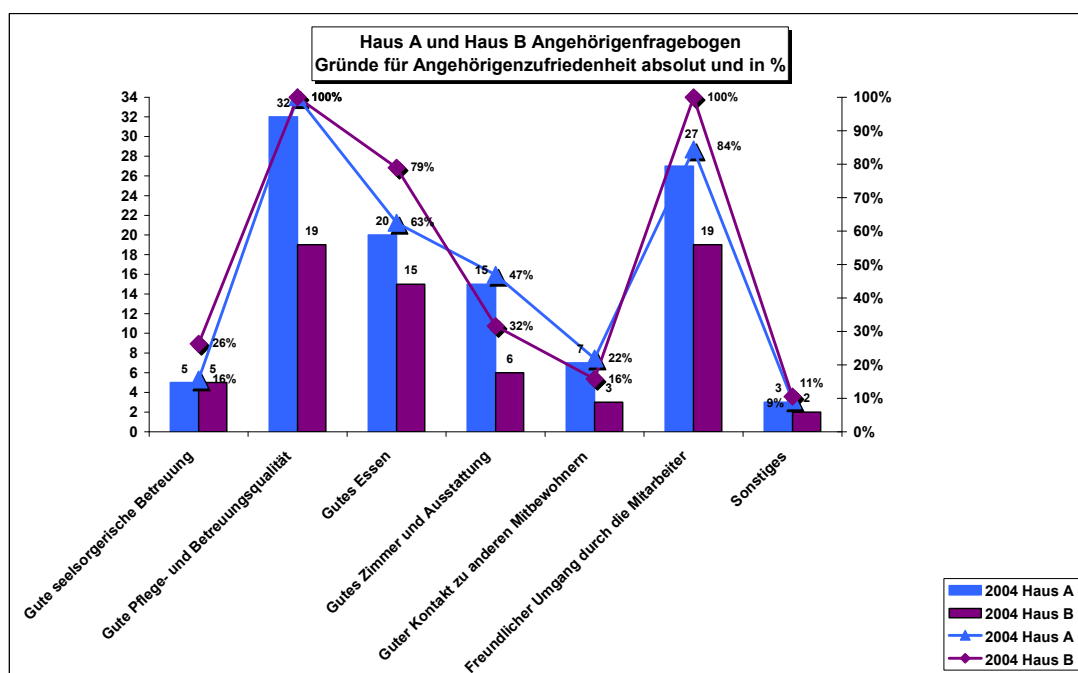


Abb. I-15: Gründe für Angehörigenzufriedenheit 2004 absolut und in %
Quelle: Eigendarstellung

In Haus A liegen die Hauptgründe für die Angehörigenzufriedenheit in der guten Pflege- und Betreuungsqualität (100 %), im freundlichen Umgang durch die Mitarbeiter (84 %) und im guten Essen (63 %).

In Haus B bestehen die Hauptgründe für die Angehörigenzufriedenheit ebenfalls in der guten Pflege- und Betreuungsqualität (100 %), im freundlichen Umgang durch die Mitarbeiter (100 %) und im guten Essen (79 %).

In den abschließenden Fragen sollte eine Gesamtbewertung in Bezug auf die Zufriedenheit des Angehörigen abgegeben werden. Die folgende Abbildung zeigt die Bewertung der Gesamtzufriedenheit.

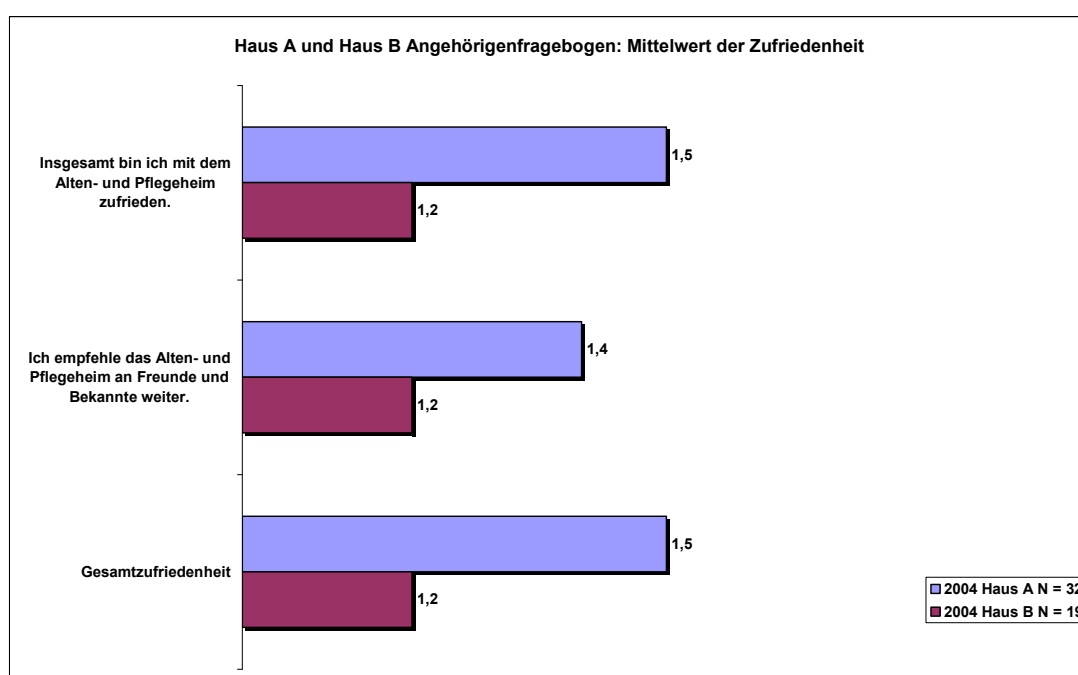


Abb. I-16: Mittelwert der Angehörigenzufriedenheit 2004
Quelle: Eigendarstellung, vgl. Anlage IV, S. 466, vgl. Anlage V, S. 487

In Haus A beurteilen die Angehörigen ihre Zufriedenheit mit der Alten- und Pflegeeinrichtung mit einem Mittelwert von 1,5 und würden dieses Haus auch an Freunde und Bekannte weiterempfehlen (Mittelwert 1,4). Insgesamt erhält Haus A für die Gesamtzufriedenheit der Angehörigen einen Mittelwert von 1,5. Die Gründe für die Gesamtzufriedenheit wurden darüber hinaus mit Hilfe einer Korrelationsanalyse näher untersucht. Die Hauptgründe für die Angehörigenzufriedenheit mit einem Korrelationskoeffizienten nach Spearman-Rho $> 0,6$ waren:

- ‚Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,724).
- ‚Die MitarbeiterInnen sind zu meinem Angehörigen freundlich und hilfsbereit.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,679).
- ‚Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,669).
- ‚Ich empfehle das Haus A an Freunde und Bekannte weiter.‘ (Korrelationskoeffizient 0,664).
- ‚Ich werde freundlich und zuvorkommend behandelt.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,653).
- ‚Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,639).
- ‚Der persönliche Tagesablauf meines Angehörigen wird bei der Pflege berücksichtigt.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,639).
- ‚Die MitarbeiterInnen begegnen den Bedürfnissen meines Angehörigen mit Offenheit.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,636).
- ‚Die Mitarbeiter sind über die Pflegesituation meines Angehörigen stets informiert.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,623).
- ‚Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,623).
- ‚Mein Angehöriger fühlt sich aus meiner Sicht im Haus A wohl.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,616).
- ‚Die Beschwerden und Verbesserungsvorschläge meines Angehörigen werden ernst genommen und bearbeitet.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,609).
(vgl. Anlage IV, S.469 ff.).

In Haus B beurteilen die Angehörigen ihre Zufriedenheit mit der Alten- und Pflegeeinrichtung mit einem Mittelwert von 1,2 und würden dieses Haus auch an Freunde und Bekannte weiterempfehlen (Mittelwert 1,2). Insgesamt erreicht Haus B für die Gesamtzufriedenheit der Angehörigen einen Mittelwert von 1,2. In Haus B zeigen sich folgende Hauptgründe für die

Angehörigenzufriedenheit, die einen Korrelationskoeffizienten nach Spearman-Rho $> 0,6$ erreichen:

- ‚Ich empfehle das Haus B an Freunde und Bekannte weiter.‘ (Korrelationskoeffizient 0,787). (vgl. Anlage V, S. 490 ff.).

Der Aufbau des Bewohner- und des Angehörigenfragebogens war identisch, so dass abschließend die Ergebnisse der Themenkomplexe im Vergleich dargestellt werden. Die folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse von Haus A.

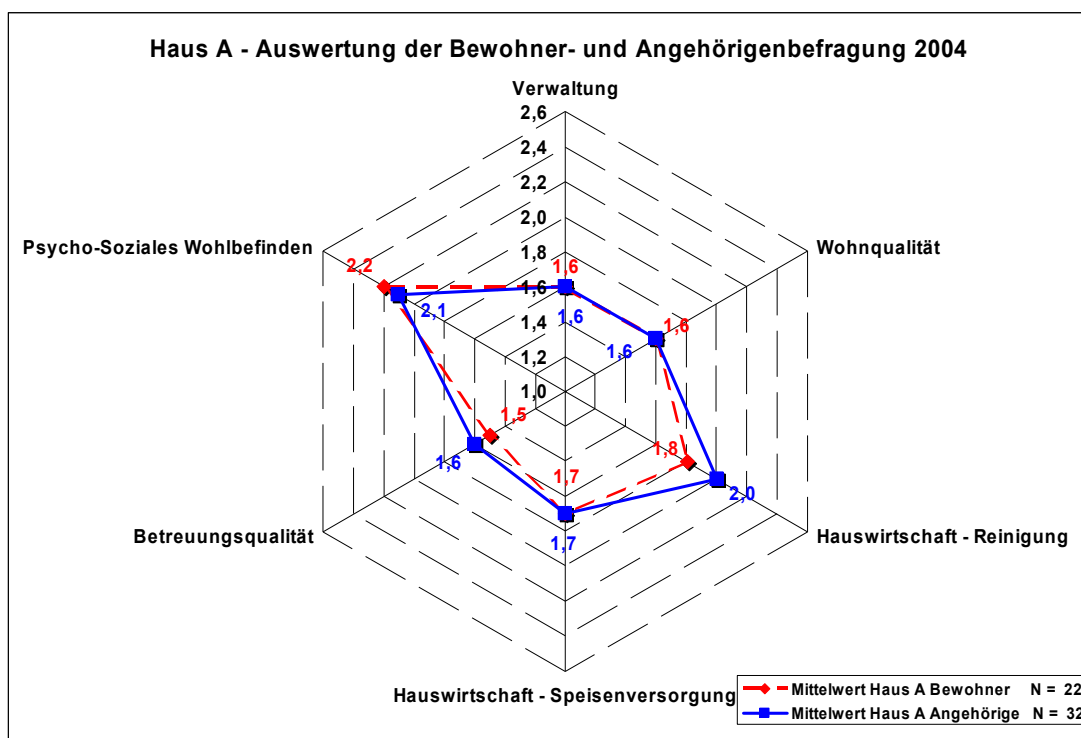


Abb. I-17: Auswertung der Bewohner- und Angehörigenbefragung Haus A 2004
Quelle: Eigendarstellung, vgl. Anlage IV, S. 458 ff.

Die Auswertung von Haus A zeigt, dass sowohl die Bewohner als auch die Angehörigen alle Themenkomplexe fast identisch bewertet haben. Der Bereich ‚Hauswirtschaft – Reinigung‘ wird von den Angehörigen etwas kritischer betrachtet als von den Bewohnern.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die vergleichenden Ergebnisse der Bewohner- und Angehörigenbefragung von Haus B.

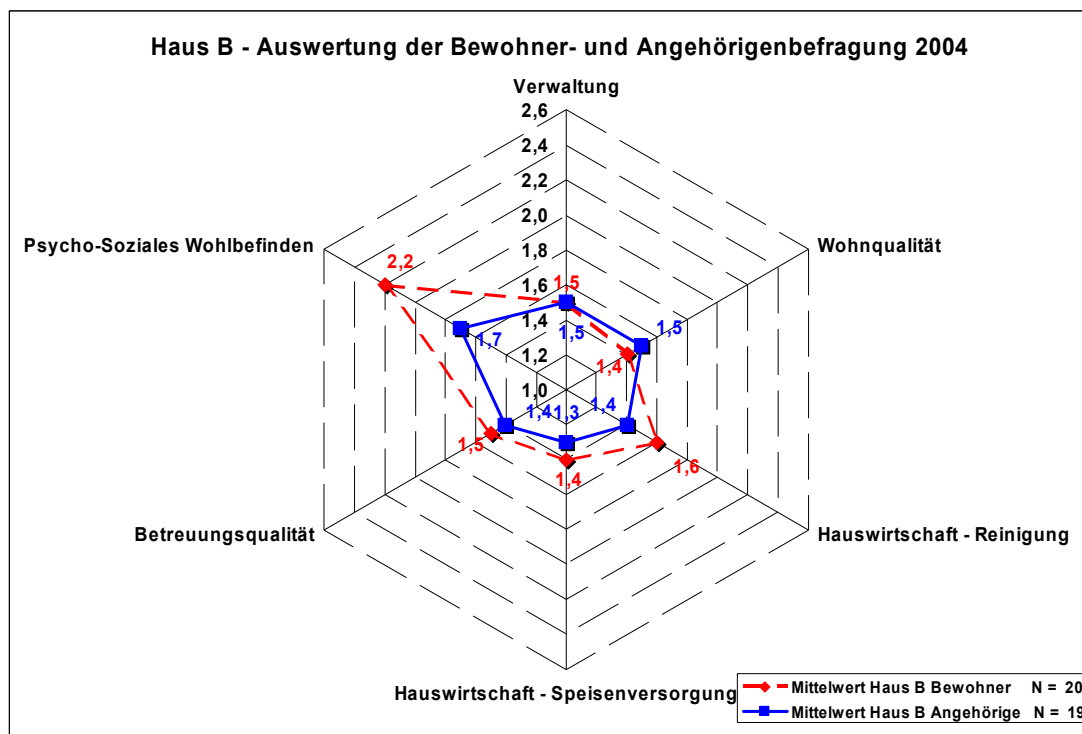


Abb. I-18: Auswertung der Bewohner- und Angehörigenbefragung Haus B 2004
Quelle: Eigendarstellung, vgl. Anlage V, S. 479 ff.

In Haus B zeigt sich im Themenkomplex ‚Psycho-soziales Wohlbefinden‘ eine Abweichung zwischen den Bewertungen. Während die Bewohner diesen Bereich mit einem Mittelwert von 2,2 bewerten, schätzen die Angehörigen diesen Themenkomplex mit einem Mittelwert von 1,7 besser ein.

2.3 Mitarbeiterbefragung

An der Mitarbeiterbefragung nahmen in Haus A 35 und in Haus B 23 Mitarbeiter teil.

Die erste Frage beschäftigte sich mit den Gründen der Einrichtungsauswahl. Es wurden acht Auswahlantworten formuliert und zusätzlich die Möglichkeit zu eigenen Angaben gegeben. Die folgende Abbildung zeigt die Gründe für die Einrichtungsauswahl.

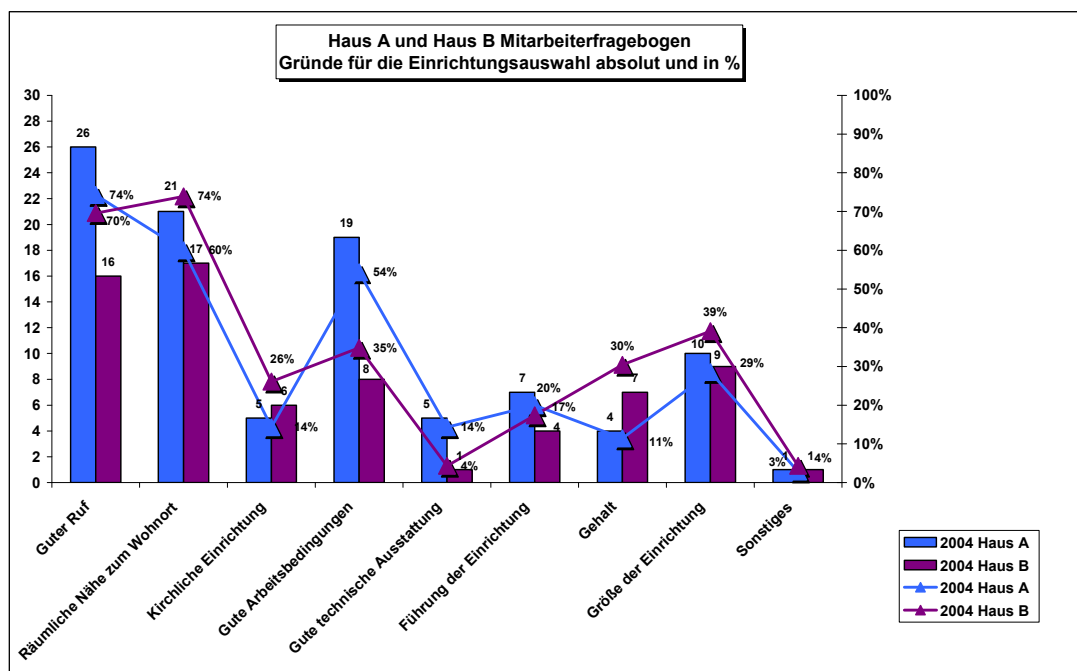


Abb. I-19: Gründe für die Einrichtungsauswahl durch Mitarbeiter 2004 absolut und in %
Quelle: Eigendarstellung, vgl. Anlage IV, S. 472 ff., vgl. Anlage V, S. 493 ff.

Die Hauptgründe für die Einrichtungsauswahl in Haus A sind im guten Ruf (74 %), der räumlichen Nähe (60 %) und in den guten Arbeitsbedingungen (54 %) zu sehen.

In Haus B bestehen die Hauptgründe für die Einrichtungsauswahl in der räumlichen Nähe (74 %), im guten Ruf (70 %), und der Größe der Einrichtung (39 %).

Im Anschluss an diese Frage wurden sieben Themenkomplexe mit insgesamt 47 Items anhand der ausgewählten Rating-Skala bewertet.

- Arbeitsbedingungen – sieben Items (davon ein Item mit zwei Unterpunkten)
- Prozesse, Ziele und Aufgaben – sieben Items
- Fortbildung – acht Items
- Teamverhalten – fünf Items
- Führungsverhalten – sieben Items
- Kundenzufriedenheit – sieben Items (davon ein Item mit sieben Unterpunkten)

- Unternehmensführung, Finanzen und Information – sechs Items

Die folgende Abbildung zeigt die Bewertung der Themenkomplexe in beiden Häusern.

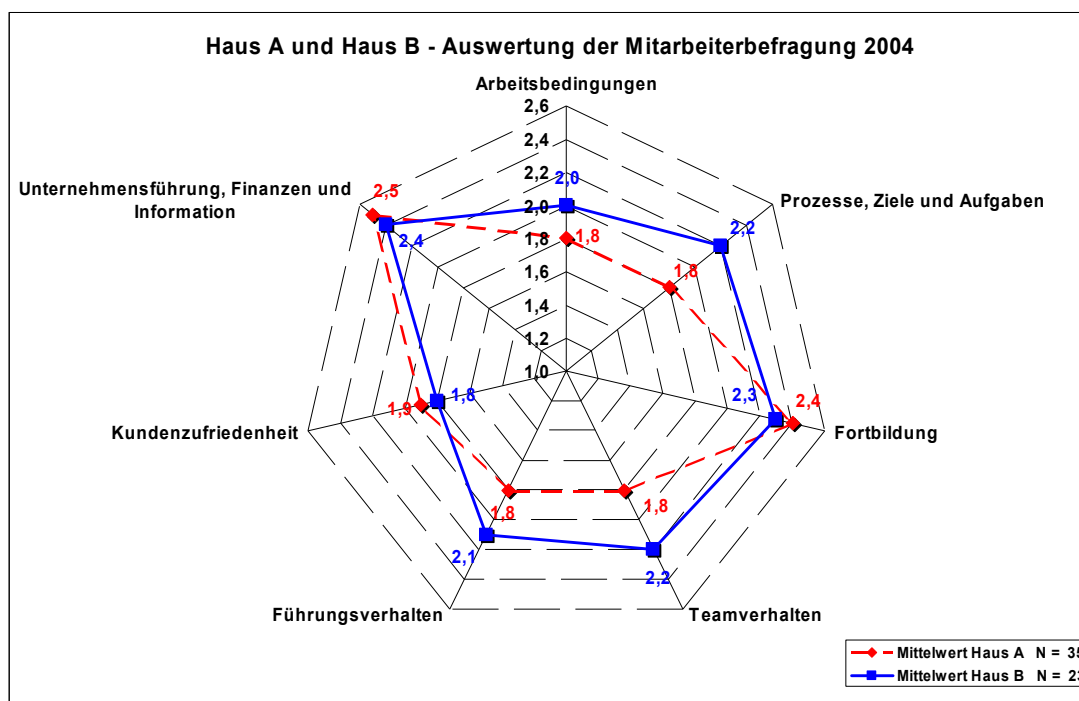


Abb. I-20: Auswertung der Mitarbeiterbefragung 2004
Quelle: Eigendarstellung, vgl. Anlage IV, S. 472 ff., vgl. Anlage V, S. 493 ff.

Die Bewertung der Themenkomplexe von Haus A zeigt Mittelwerte zwischen 1,8 für ‚Teamverhalten‘, ‚Führungsverhalten‘ und ‚Arbeitsbedingungen‘ und 2,5 für ‚Unternehmensführung, Finanzen und Information‘, die Mittelwerte der anderen Themenkomplexe liegen zwischen 1,9 und 2,4.

Der Komplex ‚Unternehmensführung, Finanzen und Information‘ zeigt in den Einzelfragen ‚Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre bekannt‘ (Mittelwert 3,2) und ‚Ich werde über Veränderungen in Haus A rechtzeitig informiert.‘ (Mittelwert 3,0), ‚Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses A regelmäßig informiert.‘ (Mittelwert 2,6) und ‚Ich werde über gesetzliche Veränderungen, die für meinen Arbeitsbereich relevant sind, regelmäßig informiert.‘ (Mittelwert 2,5) kritische Beurteilungen.

Der Komplex ‚Fortbildung‘ weist in den Einzelfragen ‚Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.‘ (Mittelwert 3,3), ‚Wenn ich Tätigkeiten in meinem Arbeitsbereich nicht optimal durchführen kann, werde ich darin

geschult.' (Mittelwert 2,6) und ‚Meine Arbeit wird in regelmäßigen Abständen von meinem Vorgesetzten beurteilt.' (Mittelwert 2,5) auf Optimierungsbedarf hin.

Die Bewertung der Themenkomplexe von Haus B zeigt Mittelwerte zwischen 1,8 für ‚Kundenzufriedenheit‘ und 2,5 für ‚Unternehmensführung, Finanzen und Information‘, die Mittelwerte der anderen Themenkomplexe liegen zwischen 2,0 und 2,3.

Der Komplex ‚Unternehmensführung, Finanzen und Information‘ zeigt in den Einzelfragen ‚Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre bekannt.' (Mittelwert 2,9) und ‚Ich werde über Veränderungen in Haus B rechtzeitig informiert.' (Mittelwert 2,8), ‚Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses B regelmäßig informiert.' (Mittelwert 2,6) und ‚Ich werde über gesetzliche Veränderungen, die für meinen Arbeitsbereich relevant sind, regelmäßig informiert.' (Mittelwert 2,3) kritische Beurteilungen.

Der Komplex ‚Fortbildung‘ weist in den Einzelfragen ‚Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.' (Mittelwert 2,7), ‚Wenn ich Tätigkeiten in meinem Arbeitsbereich nicht optimal durchführen kann, werde ich darin geschult.' (Mittelwert 2,5) und ‚Meine Arbeit wird in regelmäßigen Abständen von meinem Vorgesetzten beurteilt.' (Mittelwert 2,4) auf Optimierungsbedarf hin.

Die Gründe für Mitarbeiterzufriedenheit wurden anhand von 11 Auswahlantworten und der zusätzlichen Möglichkeit, eigene Angaben zu machen, untersucht. Die folgende Abbildung zeigt die Gründe für die Mitarbeiterzufriedenheit.

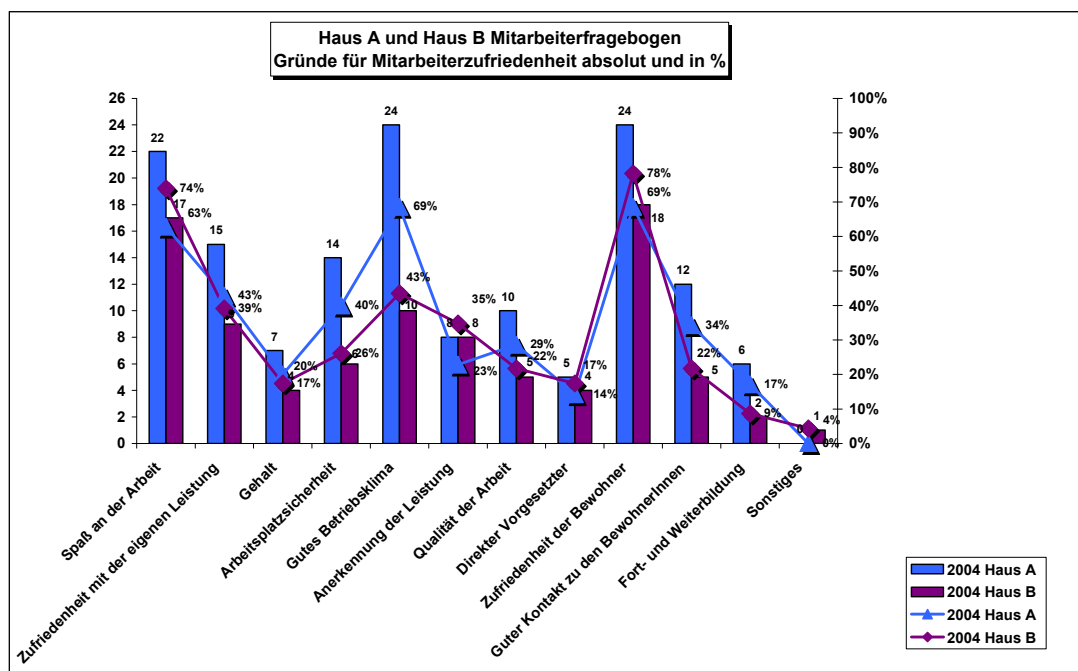


Abb. I-21: Gründe für Mitarbeiterzufriedenheit 2004 absolut und in %
Quelle: Eigendarstellung

In Haus A liegen die Hauptgründe für die Mitarbeiterzufriedenheit in der Zufriedenheit der Bewohner (69 %), im Betriebsklima (69 %) und im Spaß an der Arbeit (63 %).

In Haus B bestehen die Hauptgründe für Mitarbeiterzufriedenheit ebenfalls in der Zufriedenheit der Bewohner (78 %), im Spaß an der Arbeit (74 %) und im Betriebsklima (43 %).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Einschätzung der Bewohnerzufriedenheit durch die Mitarbeiter.

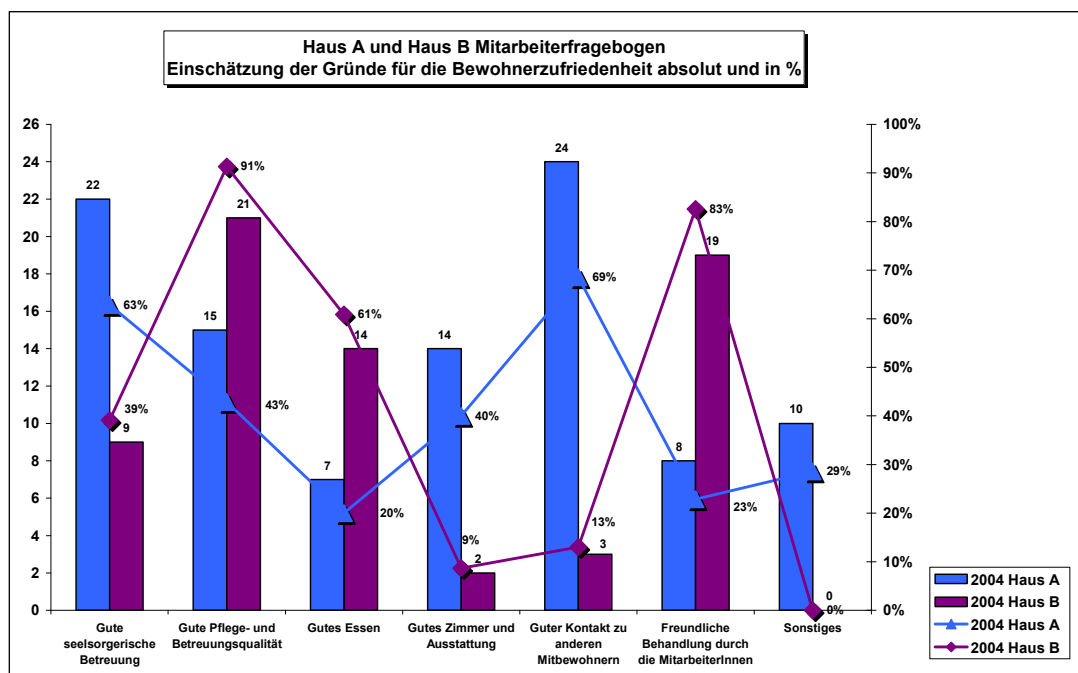


Abb. I-22: Mitarbeitereinschätzung der Gründe für Bewohnerzufriedenheit 2004 absolut und in %
Quelle: Eigendarstellung

Die Mitarbeiter in Haus A sehen die Hauptgründe für Bewohnerzufriedenheit im guten Kontakt zu anderen Mitbewohnern (69 %), in der guten seelsorgerischen Betreuung (63 %) und im guten Zimmer und Ausstattung (40 %).

In Haus B sehen die Mitarbeiter die Hauptgründe für Bewohnerzufriedenheit in der guten Pflege- und Betreuungsqualität (91 %), in der freundlichen Behandlung durch die Mitarbeiter (83 %) und im guten Essen (61 %).

In den abschließenden Fragen sollte eine Gesamtbewertung in Bezug auf die eingeschätzte Zufriedenheit der Bewohner durch die Mitarbeiter abgegeben werden. Die folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse dieser Einschätzung in Haus A und Haus B.

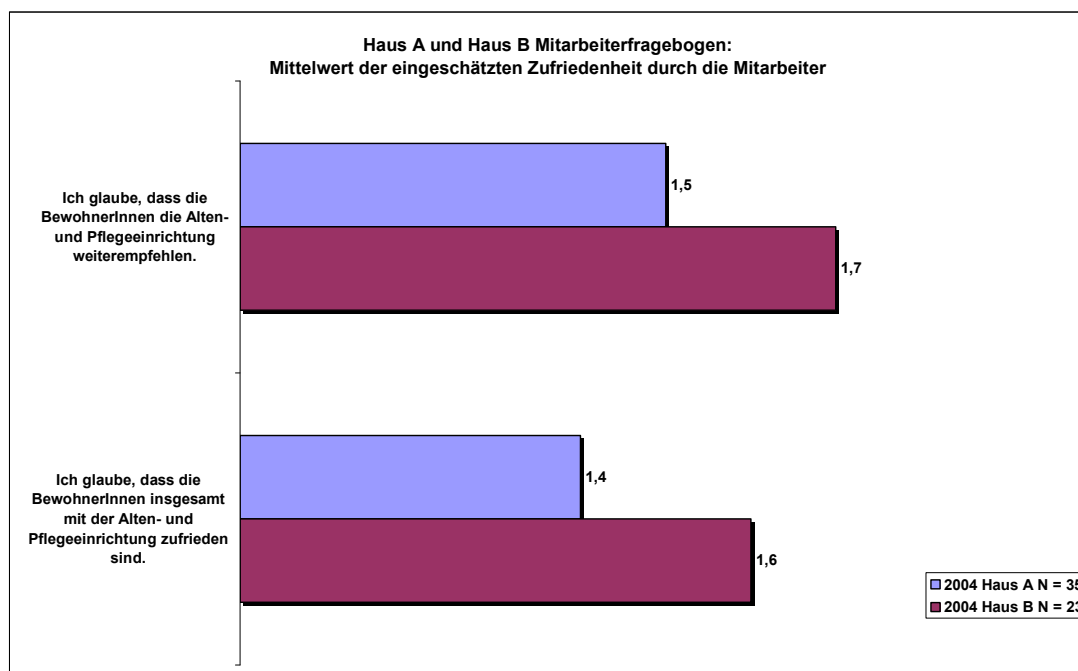


Abb. I-23: Mittelwert der eingeschätzten Bewohnerzufriedenheit durch die Mitarbeiter 2004

Quelle: Eigendarstellung, vgl. Anlage IV, S. 473 ff., vgl. Anlage V, S. 494 ff.

In Haus A bewerten die Mitarbeiter die Frage ‚Ich glaube, dass die Bewohner die Alten- und Pflegeeinrichtung weiterempfehlen.‘ mit einem Mittelwert von 1,5 und die Gesamtzufriedenheit mit einem Mittelwert von 1,4.

In Haus B bewerten die Mitarbeiter die Frage ‚Ich glaube, dass die Bewohner die Alten- und Pflegeeinrichtung weiterempfehlen.‘ mit einem Mittelwert von 1,7 und die Gesamtzufriedenheit mit einem Mittelwert von 1,6.

Die Mitarbeiter in Haus A haben die Frage ‚Ich arbeite gerne in Haus A.‘ mit einem Mittelwert von 1,2 bewertet. Abschließend sollen die Gründe für diese Beurteilung mit Hilfe einer Korrelationsanalyse näher untersucht werden. Die folgende Aufzählung zeigt die Hauptgründe für Mitarbeiterzufriedenheit, die einen Korrelationskoeffizienten nach Spearman-Rho $> 0,6$ erreichen.

- ‚Mein direkter Vorgesetzter ist für mich ansprechbar, wenn ich berufliche Nachfragen oder Probleme habe.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,758).
- ‚Bewohnerbeschwerden und Bewohnerverbesserungsvorschläge nehme ich ernst.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,705).

- ‚Mein direkter Vorgesetzter setzt sich für die Belange meines Teams ein.‘ (Korrelationskoeffizient: 0,701).
(vgl. Anlage IV, S. 476 ff.).

Die Mitarbeiter in Haus B haben die Frage ‚Ich arbeite gerne in Haus B.‘ mit einem Mittelwert von 1,4 bewertet. Abschließend wurden auch hier die Gründe für diese Beurteilung mit Hilfe einer Korrelationsanalyse näher untersucht. Es konnte jedoch keine Korrelation nach Spearman-Rho $> 0,6$ festgestellt werden (vgl. Anlage V, S. 497 ff.).

2.4 Selbsteinschätzung durch den Vorstand und die Heimleitung

Abschließend wurden der Vorstand und die Heimleitung ebenfalls gebeten, den Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterfragebogen aus ihrer Sicht zu beantworten. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, um nach Vorlage der Ergebnisse aus der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung einen konkreten Abgleich mit der Eigeneinschätzung vornehmen zu können. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Mittelwerte der Themenkomplexe.

	Haus A			Haus B		
	Angabe der Mittelwerte 2004			Angabe der Mittelwerte 2004		
Bewohnerbefragung	Bewohner	Vorstand/ Heim- leitung	Ab- weichung	Bewohner	Vorstand/ Heim- leitung	Ab- weichung
Verwaltung	1,6	2,6	-1,0	1,5	2,0	-0,5
Wohnqualität	1,6	2,8	-1,2	1,4	1,6	-0,2
Hauswirtschaft – Reinigung	1,8	3,0	-1,2	1,6	2,0	-0,4
Hauswirtschaft – Speisenversorgung	1,7	2,0	-0,3	1,4	2,0	-0,6
Betreuungsqualität	1,5	2,5	-1,0	1,5	2,1	-0,7
Psycho-soziales Wohlbefinden	2,2	3,2	-1,0	2,2	2,7	-0,5
Angehörigen- befragung	An- gehörige	Vorstand/ Heim- leitung	Ab- weichung	An- gehörige	Vorstand/ Heim- leitung	Ab- weichung
Verwaltung	1,6	2,6	-1,0	1,5	2,0	-0,5

Wohnqualität	1,6	2,6	-1,0	1,5	2,0	-0,5
Hauswirtschaft – Reinigung	2,0	3,0	-1,0	1,4	2,0	-0,6
Hauswirtschaft – Speisenversorgung	1,7	2,0	-0,3	1,3	1,7	-0,4
Betreuungsqualität	1,6	2,6	-1,0	1,4	1,8	-0,4
Psycho-soziales Wohlbefinden	2,1	3,0	-0,9	1,7	1,8	-0,1
Mitarbeiter- befragung	Mit- arbeiter	Vorstand/ Heim- leitung	Ab- weichung	Mit- arbeiter	Vorstand/ Heim- leitung	Ab- weichung
Arbeitsbedingungen	1,8	2,9	-1,1	2,0	2,8	-0,8
Prozesse, Ziele und Aufgaben	1,8	2,7	-0,9	2,2	2,7	-0,5
Fortbildung	2,4	2,8	-0,4	2,3	3,3	-1,0
Teamverhalten	1,8	2,4	-0,6	2,2	3,0	-0,8
Führungsverhalten	1,8	2,7	-0,9	2,1	3,0	-0,9
Kundenzufriedenheit	1,9	2,8	-0,9	1,8	2,2	-0,4
Unternehmens- führung, Finanzen und Information	2,5	3,2	-0,7	2,4	3,3	-0,9

Abb. I-24: Haus A und Haus B: Bewohner-, Angehörigen und Mitarbeiterbefragung – Selbsteinschätzung durch den Vorstand und die Heimleitung 2004
Quelle: Eigendarstellung, vgl. Anlage IV, S. 458 ff., vgl. Anlage V, S. 479 ff.

Die Übersicht macht deutlich, dass bei der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung alle Themenblöcke in der Selbsteinschätzung der Leitung sowohl in Haus A als auch in Haus B grundsätzlich negativer ausgefallen sind als die Fremdbewertung durch die Kundengruppen der Bewohner und Angehörigen sowie der Mitarbeiter. Dieses Ergebnis ist darauf zurückzuführen, dass bislang keine Erkenntnisse zu der Bewertung der eigenen Dienstleistungsqualität vorlagen und wahrscheinlich die Tendenz besteht, die eigene Leistung schlechter zu bewerten. Darüber hinaus sind die Heimleitungen und der Vorstand Experten, die tendenziell eine kritischere Beurteilung vornehmen, da sie um mögliche Probleme wissen und sie ihre Dienstleistungsqualität mit den Leistungen anderer Einrichtungen vergleichen.

3. Kommunikation der Befragungsergebnisse

Im Anschluss an die Auswertung der Befragungen haben die Verfasserinnen dem Vorstand der beiden Einrichtungen die Ergebnisse präsentiert. Die Mitarbeiter wurden zu einer separaten Präsentation eingeladen. Darüber hinaus wurde den Wohnbereichsleitungen jeweils eine Ergebnispräsentation ausgehändigt, um diese im Stationszimmer auszulegen. Zur Information der Angehörigen und der Bewohner wurden die Befragungsergebnisse im Eingangsbereich aufgehängt und eine Kurzversion in der Einrichtung ausgelegt. Außerdem wurden die Ergebnisse in einer Heimbeiratssitzung vorgestellt.

VII. Parallelisierung der Stichproben

Im Rahmen der Strategieentwicklung wurden 16 Items aus der Erstbefragung ausgewählt, auf deren Basis die Bewertung der Wirksamkeit des Interventionsprogramms in einer Zweitbefragung belegt werden soll.

Die Ausgangssituation in Haus A und Haus B weist bei 15 der ausgewählten 16 Items keinen signifikanten Unterschied auf, so dass die beiden Stichproben als ausreichend parallelisiert betrachtet werden können (vgl. Anlage VI, S. 500).

Die folgende Abbildung stellt die ausgewählten 16 Items mit den Mittelwerten sowie das Ergebnis der Signifikanzprüfung dar.

		2004		
Fragebogen/Nr./Bezeichnung		Haus A	Haus B	Mann-Whitney-U/Bonferroni-Korrektur
		Mittelwert	Mittelwert	S=Signifikant; NS= Nicht signifikant
A n g e h ö r i g e	6 Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	1,9	1,4	NS
	40 Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	2,1	1,8	NS
	43 Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	2,6	2,3	NS
	44 Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	3,0	1,6	NS
B e w o h n e r	4 Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	1,7	1,5	NS
	41 Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	3,6	3,5	NS
	42 Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	2,1	2,2	NS
	38 Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	2,0	2,2	NS
M i t a r b e i t e r	16 Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.	3,3	2,7	NS
	27 In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt.	1,7	2,3	S
	31 Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldung zu der Qualität meiner Arbeitsleistung.	2,4	2,4	NS
	35 Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein.	2,3	2,2	NS
	50 Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses regelmäßig informiert.	2,7	2,6	NS
	52 Mir sind die Unternehmensziele (z.B. Einführung neuer Dienstleistungen, Veränderungen in der Einrichtung) bekannt.	3,2	2,9	NS
	53 Ich werde über Veränderungen im Haus rechtzeitig informiert (z.B. Personal, Organisation, Lieferanten).	3,0	2,8	NS
	54 Das Haus wird häufig positiv in den Medien erwähnt.	2,0	2,1	NS

Abb. I-25: Darstellung der ausgewählten 16 Items für die Überprüfung der Wirksamkeit des Interventionsprogramms
 Quelle: Eigene Berechnungen (vgl. Anlage VI, S. 500)

Die Intervention wird in nur in Haus A durchgeführt und der Posttest in Haus A und in Haus B. Für die Anwendung dieses Testdesigns wird in der Pretestphase der Beweis erbracht, dass die Ausgangssituation in beiden Gruppen keine signifikanten Abweichungen ausweist, während die Wirksamkeit der Intervention dadurch belegt wird, dass es im Posttest signifikante Abweichungen zwischen Haus A und Haus B gibt.

VIII. Resümee Teil I

Die Teilnahmequote der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragungen liegt in beiden Einrichtungen auf einem vergleichbaren Niveau. Das entwickelte Befragungsinstrument erweist sich für alle drei Befragungen als geeignet und aus den Ergebnissen können die folgenden Erkenntnisse abgeleitet werden:

- Beide Einrichtungen erreichen in allen drei Befragungen vergleichbare Ergebnisse.
- Die Ergebnisse der Bewohner- und Angehörigenbefragung belegen, dass die Bewertung der Dienstleistungsqualität in beiden Kundengruppen auf vergleichbarem Niveau liegt. In Haus A weist nur der Themenkomplex ‚Hauswirtschaft – Reinigung‘ eine abweichende Bewertung auf (Bewohner Mittelwert (MW) 1,8, Angehörige MW 2,0). In Haus B wird der Themenkomplex ‚Psycho-soziales Wohlbefinden‘ von den Bewohnern schlechter bewertet als von den Angehörigen (Bewohner MW 2,2, Angehörige MW 1,7).
- Die Korrelationsanalyse zeigt auf, dass die Gründe für die Bewohnerzufriedenheit in Haus A mit den Items korrelieren, die die Essensversorgung und das psycho-soziale Wohlbefinden betreffen. Abweichend davon erreicht in Haus B das Item ‚Meine Interessen werden durch den Heimbeirat vertreten‘ und ‚Die Mitarbeiter sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.‘ die höchsten Werte in Bezug auf die Gesamtzufriedenheit.
- Die Gesamtzufriedenheit der Angehörigen in Haus A korreliert am höchsten mit den Items, die das psycho-soziale Wohlbefinden, die Betreuungsqualität sowie die Behandlung der Beschwerden betreffen. Die Gesamtzufriedenheit der Angehörigen wird somit von anderen Faktoren beeinflusst als die Gesamtzufriedenheit der Bewohner.
- Die Mitarbeiterbefragung ergibt in beiden Einrichtungen gute Bewertungen des Items ‚Ich arbeite gerne in Haus A/B.‘ (Haus A MW 1,2, Haus B MW 1,4). In beiden Einrichtungen werden Defizite in den

Themenkomplexen ‚Unternehmensführung, Finanzen und Information‘ sowie bei ‚Fortbildung‘ festgestellt.

- Die Korrelationsanalyse der Mitarbeiterzufriedenheit in Haus A ergibt, dass die höchsten Korrelationswerte für den Themenkomplex ‚Führungsverhalten‘ und ‚Kundenzufriedenheit‘ erreicht werden. In Haus B ergibt die Korrelationsanalyse keine Korrelationskoeffizienten, die über 0,6 liegen.
- Die Selbsteinschätzung des Vorstandes und der Heimleitung ist in beiden Einrichtungen negativer als die Bewertung der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter.
- Für die Bewertung der Wirksamkeit des Interventionsprogramms wurden 16 Items aus den Fragebögen ausgewählt. In der Ausgangssituation weisen 15 der 16 ausgewählten Items keinen signifikanten Unterschied zwischen Haus A und Haus B auf, so dass die Stichproben als ausreichend parallel angenommen werden können.

Die Befragungsergebnisse bilden die Basis für die zu entwickelnden Interventionen, die die Strategierealisierung unterstützen sollen.

Kapitel K

Prozess der Strategie- und Balanced- Scorecard- Entwicklung für die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A – Teil II

Der erste Abschnitt stellt die Finalisierung der Strategieentwicklung für das Haus A dar. Zunächst wird die Entwicklung der Vision vorgestellt, um auf der Basis ergänzt um die Befragungsergebnisse die Strategieentwicklung zu finalisieren. Der zweite Abschnitt stellt die Balanced-Scorecard-Entwicklung dar.

I. Prozess der Strategieentwicklung für die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A – Teil II

Der Prozess der Strategieentwicklung wurde im zweiten Teil ergänzt um die Erkenntnisse aus der ersten Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung. Die Ergänzung der eigenen Einschätzung um die Bewertung der Dienstleistungsqualität durch die Bewohner und die Angehörigen sowie durch die Mitarbeiter ergab ein umfassendes Bild des Ist-Zustandes. Die Analyse ermöglichte eine Benennung der wichtigsten Faktoren, die für die Zufriedenheit der Kundengruppen mit dem Dienstleistungsangebot entscheidend sind.

Vor diesem Hintergrund wurde die Entwicklung der Vision komplettiert und die im ersten Schritt erarbeiteten Strategieansätze für das Haus A daraufhin überprüft, ob sie die Realisierung der Vision unterstützt oder ob Ergänzungen oder Anpassungen notwendig sind.

1. Entwicklung der Vision

Die im ersten Teil der Strategieentwicklung entstandenen Ausgangspunkte für die Formulierung einer Vision wurden im Rahmen von zwei Workshops am 05. November 2004 und 15. März 2005 finalisiert. Der Teilnehmerkreis der drei Workshops war identisch. Die Verfasserinnen bereiteten die Workshops vor und übernahmen die Moderation und Nachbereitung.

Basierend auf der im ersten Workshop für das Haus A formulierten Mission und den zehn Punkten, die für die Vision erarbeitet wurden, wurde die folgende Vision von den Workshopteilnehmern für das Haus A entwickelt:

Das Haus A ist der Qualitätsführer in der Region – das erreichen wir durch eine konsequente Ausrichtung auf die Bedürfnisse unserer BewohnerInnen und eine solide Geschäftsplanung, die sicherstellt, dass wir ein ausgeglichenes Jahresergebnis erzielen. Die Balanced Scorecard als Managementinstrument unterstützt uns dabei.

Das Haus A ist als Marke etabliert und kommuniziert durch gezielte PR-Arbeit mit der Öffentlichkeit.

Fürsorge, Menschlichkeit und christliche Nächstenliebe sind die zentralen Werte unseres Handelns.

Wir garantieren unseren BewohnerInnen eine hohe Pflege- und Betreuungsqualität und bauen diese kontinuierlich aus.

Wir haben die erste Stufe der Excellence nach dem EFQM-Modell erreicht.

Unsere MitarbeiterInnen sind qualifiziert und hoch motiviert. Die ständige Aus- und Weiterbildung unserer MitarbeiterInnen sichert unsere hohe Pflege- und Betreuungsqualität.

Unsere Philosophie der Aus- und Weiterbildung, der kooperative Führungsstil unseres Hauses und das gute Betriebsklima sorgen dafür, dass wir qualifizierte MitarbeiterInnen halten und rekrutieren können.

Die folgende Kurzfassung der Vision wurde erarbeitet:

Das Haus A ist Qualitätsführer in der Region C.

- unter Beachtung der zur Verfügung stehenden Ressourcen -

Das Thema Neubau wird in der Vision nicht erwähnt, weil zu diesem Zeitpunkt feststand, dass eine Ausweitung der Bettenkapazität die Wettbewerbssituation des Hauses A nicht verbessern kann. Die Wettbewerbsanalyse machte deutlich, dass eine Investition in den Ausbau der Bettenkapazität die Preispositionierung des Hauses A gravierend verschlechtert und eine Schwächung der Wettbewerbsposition die Folge ist. Darüber hinaus ergaben die Befragungen, dass die Größe des Hauses einen wichtigen Entscheidungsgrund für die Einrichtungswahl darstellt.

Kleine Alten- und Pflegeeinrichtungen, die über eine Bettenkapazität bis zu 80 Betten verfügen, können die Vorteile ihrer Betriebsgröße als Wettbewerbsvorteil nutzen und „... *mehr Menschlichkeit mit größerer Nähe.*“ (Klas/Paratsch 2005, S. 38) praktizieren. Auch das Kuratorium Deutsche Altenhilfe geht von einem Trend zu kleinen Alten- und Pflegeeinrichtungen aus, der bereits im Landespflegegesetz des Landes Niedersachsen mit einer Einrichtungsgröße von 40 bis 60 Bewohnern etabliert ist (vgl. Gaier 2004a, S. 25). Vor 2004 wurde eine Bettenkapazität von 80 bis 120 Betten als die ideale Betriebsgröße angesehen (vgl. Gaier 2004a, S. 25).

Über eine Spezialisierung auf die Betreuung demenziell erkrankter Menschen oder die Einrichtung einer Palliativabteilung lag zum Zeitpunkt der Entwicklung der Vision noch keine Entscheidung vor. Das Potenzial einer für Kunden relevanten Spezialisierung zur Erreichung eines Wettbewerbsvorteils wurde erkannt, aber nicht explizit in die Vision aufgenommen. Die Formulierung, die in der Vision gewählt wurde, „... *konsequente Ausrichtung auf die Bedürfnisse unserer BewohnerInnen...*“, sagt aus, dass über die konkrete Spezialisierung abhängig von den zukünftigen Entwicklungen zu einem späteren Zeitpunkt entschieden wird.

2. Finalisierung der Strategieentwicklung

Basierend auf den Ergebnissen des Altenpflegemonitors 2004 und der eigenen Analysen wurden im ersten Workshop im Juni 2004 Ansätze für eine Wettbewerbsstrategie entwickelt. Die für das Haus A geeignete Wettbewerbsstrategie ist eine Präferenzstrategie, die das Ziel verfolgt, einen Wettbewerbsvorteil durch eine Dienstleistungsqualität zu erzielen, die in der Wahrnehmung der Kunden höher bewertet wird als die Dienstleistungsqualität der Wettbewerber. Die Präferenzstrategie wird ergänzt durch eine Wirtschaftlichkeitsstrategie.

Die Ergebnisse der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung bestätigen, dass die Dienstleistungsqualität bereits sehr positiv bewertet wird und somit eine gute Basis für den weiteren Ausbau besteht.

Die strategische Grundkonzeption der Qualitätsführerschaft, die auf dem Aufbau von Leistungsvorteilen basiert und die aus der Vision abgeleitet wurde, ist darauf ausgerichtet, einen Wettbewerbsvorteil durch das Angebot einer höheren Dienstleistungsqualität zu erreichen. Zur Identifikation der Faktoren, die einen strategischen Wettbewerbsvorteil begründen können, wurde im Rahmen der Analyse der Befragungsergebnisse die Korrelation der Gesamtzufriedenheit mit allen Punkten der Dienstleistungsbeurteilung durchgeführt (vgl. Kapitel J, Abschnitt IV). Die Qualitätsführerschaft basiert auf einem Alleinstellungsmerkmal, das zur Differenzierung des Dienstleistungsangebots gegenüber Wettbewerbern geeignet ist (vgl. Meffert 2000, S. 270).¹⁶⁷

¹⁶⁷ Nach PORTER werden drei wettbewerbsstrategische Grundkonzeptionen unterschieden: Kostenführerschaft, Differenzierung und Konzentration auf Schwerpunkte. Die Unterscheidung wird anhand der Marktsegmente vorgenommen, denen die Produkte angeboten werden (gesamter Markt oder Segmente), und der Entscheidung, einen Leistungs- oder einen Preisvorteil anzubieten. Die Strategie der Qualitätsführerschaft, die als Differenzierung bezeichnet wird, bietet dem gesamten Markt einen Leistungsvorteil. Wird ein Kostenvorteil als Preisvorteil dem gesamten Markt angeboten, handelt es sich um eine Kostenführerschaft. Wird ein Leistungsvorteil oder ein Preisvorteil nur einem Segment angeboten, handelt es sich um eine Konzentration auf Schwerpunkte (vgl. Porter 1992, S. 67). MEFFERT differenziert zusätzlich nach der Erreichung eines Kostenvorteils, der dem gesamten Markt angeboten wird (Niedrigpreisstrategie), und der Erreichung eines Leistungsvorsprungs, der nur einem Segment angeboten wird (Produkt-Segment-Spezialisierung) (vgl. Meffert 2000, S. 270).

Das Alleinstellungsmerkmal wird als USP – Unique Selling Proposition – bezeichnet. Das USP ist ein

„Leistungsversprechen mit Alleinstellungsanspruch.“

(Nieschlag/Dichtl/Hörschgen 1997, S. 90).

„Der Leistungsvorteil muss dabei nicht unbedingt real gegeben sein; wichtig ist, dass der Kunde den Vorteil als solchen wahrnimmt beziehungsweise empfindet.“

(Meyer/Blümelhuber 2001, S. 389).

MEYER/BLÜMELHUBER weisen darauf hin, dass persönliche Kommunikation mit den Kunden sowie gezielte Kommunikation mit der Öffentlichkeit notwendig sind, um den Leistungsvorteil herauszustellen und im Bewusstsein der Kunden zu verankern (vgl. Meyer/Blümelhuber 2001, S. 389).

Die Kriterien, die im ersten Workshop für die Erreichung eines Wettbewerbsvorteils erarbeitet wurden, wurden vor dem Hintergrund der entwickelten Vision überprüft und modifiziert:

- **Betreuungsqualität:**
Ständige Qualitätsverbesserung (‘fürsorglicher Touch‘ als Differenzierungskriterium)
- **Mitarbeiterzufriedenheit:**
Aus- und Weiterbildung forcieren, Mitarbeiterfeedbackgespräche einführen
- **Hotelkomponente:**
Bauliche Attraktivität des Hauses erhalten
- **Finanzielle Unabhängigkeit:**
Auslastung konstant halten, ausgeglichenes Betriebsergebnis erzielen (Spezialisierung ‚Demenz‘ oder ‚Palliativ‘)
- **Aufbau des Images des Hauses A als Qualitätsführer.**

Die strategische Grundkonzeption der Qualitätsführerschaft wurde als Strategie für die Kommunikation mit den Mitarbeitern wie folgt formuliert:

Das Haus A ist eine Alten- und Pflegeeinrichtung der freien Wohlfahrtspflege, die sich konsequent auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen ausrichtet. Unser Wettbewerbsvorteil ist die kompetente Pflege und Betreuung älterer Menschen, die sich durch unsere besondere Fürsorge und unser Handeln basierend auf christlichen Werten von unseren Wettbewerbern unterscheidet.

Wir erreichen ein ausgeglichenes Jahresergebnis. Voraussetzung dafür ist eine 100 %ige Auslastung unserer Einrichtung sowie konsequentes Kostenmanagement.

Wir erhalten die Attraktivität unserer Einrichtung durch bauliche Modernisierungen.

Wir führen unsere MitarbeiterInnen kooperativ und unterstützen sie gezielt in der Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen, indem wir jährlich Mitarbeiterfeedbackgespräche führen und darauf aufbauend Aus- und Weiterbildungsangebote entwickeln. Unsere gut ausgebildeten motivierten MitarbeiterInnen sind die Voraussetzung für die hohe Betreuungsqualität, die wir anbieten.

Wir konzentrieren uns auf den Kernprozess Pflege und verbessern unsere Betreuungsqualität bei gleichzeitiger Berücksichtigung unserer Ressourcen kontinuierlich.

Um unsere Position als Qualitätsführer langfristig zu sichern, streben wir die erste Stufe der Excellence nach dem EFQM-Modell an.

Ausgehend von der Prognose, dass die Anzahl demenziell erkrankter Menschen stark ansteigen wird, planen wir zusätzlich eine entsprechende Spezialisierung, die unser Betreuungsangebot abrundet.

Wir kommunizieren durch gezielte PR-Maßnahmen mit der Öffentlichkeit, um unser Image als Qualitätsführer zu festigen.

Aufgrund der Bedeutung der Entfernung einer Einrichtung zum ehemaligen Wohnort der Bewohner ist das Einzugsgebiet regional begrenzt und beträgt circa 15 km im Umkreis der Einrichtung. Somit ist die Gruppe der potenziellen Bewohner eingegrenzt und eine weitere Segmentierung des Marktes – z. B. durch eine Spezialisierung des Dienstleistungsangebotes für demenziell erkrankte ältere Menschen ist nur als Ergänzung sinnvoll, um den Kreis der potenziellen Bewohner nicht zusätzlich einzuschränken.

3. Etablierung der Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A als Marke

Um das Haus A im Wettbewerbsumfeld als Qualitätsführer zu positionieren, wurde im Rahmen der Workshops erarbeitet, dass das Dienstleistungsangebot des Hauses A als Marke in der Wahrnehmung durch die Öffentlichkeit verankert werden soll.

Die Dienstleistungen einer Alten- und Pflegeeinrichtung stellen ein Glaubens- und Vertrauensgut dar, da aufgrund der fehlenden objektiven Leistungsbeurteilungskriterien für die Dienstleistungsqualität eine Bewertung für die Kunden nur eingeschränkt möglich ist (vgl. Kapitel B, Abschnitt V).

„Aufgrund der eingeschränkten Beurteilungsmöglichkeit orientieren sie sich bei ihrer Erwartungsbildung ersatzweise an bestimmten Schlüsselinformationen und suchen nach Bewertungsmaßstäben. Dazu gehören neben beobachtbaren materiellen Elementen der Dienstleistung – wie Gebäude, Räume und Ausstattung – in erster Linie die Marke.“

(Stauss 2001, S. 556).

Die Dienstleistung einer Alten- und Pflegeeinrichtung, die sich aus einer großen Anzahl von Facetten zusammensetzt, ist für Kunden schwer zu

beurteilen. Das Bedürfnis der Kunden, sich subjektiv Entscheidungssicherheit zu verschaffen, wird durch eine Marke befriedigt.

„Eine eingeführte, bekannte und vertraute Marke dient dem Kunden als Indikator für die zu erwartende Gesamtqualität der Leistung, schafft Sicherheit und reduziert das Kaufrisiko.“

(Stauss 2001, S. 556).¹⁶⁸

Das Image einer Alten- und Pflegeeinrichtung, d. h. das Bild, das sich die Öffentlichkeit von der Leistungsfähigkeit der Einrichtung macht, kann durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit verbessert werden. Um das Image zu beeinflussen, kann ein Schwerpunkt in der Öffentlichkeitsarbeit gelegt werden, der immer das gleiche Thema bearbeitet – z. B. die Maßnahmen, die eine Einrichtung ergreift, um die Dienstleistungsqualität kontinuierlich auszubauen.

Nach KOTLER ist eine Marke:

„A name, term, sign, symbol, or design, or a combination of them intended to identify the goods or services of one seller or group of sellers and to differentiate them from those of competitors.“

(Kotler 1986, S. 302).

Nach DOMIZLAFF ist die Voraussetzung für die Bildung einer Marke eine hohe Warenqualität und durch die Kennzeichnung einer Ware wird die Wiedererkennbarkeit sichergestellt. Das Vertrauen in die Qualität der Marke führt zu einer Präferenzbildung für die Marke und kann den Preisspielraum erweitern (vgl. Domizlaff 1992, S. 37 ff.).¹⁶⁹ Darüber hinaus ist „... strengste Gleichmäßigkeit der Beschaffenheit...“ (Domizlaff 1992, S. 50) die Voraussetzung für die dauerhafte Etablierung eines Produktangebotes als

¹⁶⁸ Die Unterschiede, die zwischen Konsumgütermarken und Dienstleistungsmarken bestehen, werden nicht dargestellt, da sie für diese Studie nicht relevant sind (vgl. Stauss 2001, S. 549 ff.).

¹⁶⁹ „Es gilt also den Grundsatz der Qualität durch den Grundsatz der Preiswürdigkeit mit Hilfe einer scharfen Kalkulation zu ergänzen. Unter Qualitätsleistung soll man viel eher die Schaffung einer bestimmten Warengüte innerhalb eines gegebenen Preisrahmens verstehen als die Schaffung von Luxusartikeln. Der Preisrahmen wird von der Kaufkraft der in Frage kommenden Käuferschicht bedingt, und die Umsatzentwicklung innerhalb der Preisklasse ist von einem richtigen Verhältnis von Preis und Qualität abhängig.“ (Domizlaff 1992, S. 38 f.).

Marke. Eine Marke vermittelt dem Käufer das Vertrauen und die Sicherheit, dass er eine gleich bleibende Qualität erhält. Die Aufgabe der Marke ist „... die Sicherung einer Monopolstellung in der Psyche der Verbraucher.“ (Domizlaff 1992, S. 75 f.). Diese Anforderungen an eine Marke im Konsumgüterbereich können auf eine Dienstleistungsmarke übertragen werden.

Bedingt durch die Integration des Kunden in die Dienstleistungserstellung und die Beeinflussung der Dienstleistung durch Mitarbeiter und Kunden, ist die für eine Marke geforderte konstante Qualität nur zu erreichen, indem Ansatzpunkte für eine Standardisierung genutzt werden. Nach STAUSS gehören dazu:

- Konsequentes Prozessmanagement
- Festlegung von Leistungsstandards
- Verhaltensstandardisierung des Mitarbeiterverhaltens durch Arbeitsanweisungen und Trainings.

(vgl. Stauss 2001, S. 566).

Um die für die Markenkommunikation notwendigen Inhalte zu definieren, wurde das ‚Icon Markensteuerrad‘ (vgl. Lockermann/Mirus 2004, S. 6) verwendet, das aufbauend auf den folgenden Fragen eine Beschreibung der Marke ermöglicht:

- 1) Welche Leistung und welches Alleinstellungsmerkmal (USP) kennzeichnet die Alten- und Pflegeeinrichtung?
- 2) Welche Leistung erbringt die Alten- und Pflegeeinrichtung und mit welcher Begründung können diese Leistungen glaubhaft erbracht werden?
- 3) Welche Tonalität hat die Alten- und Pflegeeinrichtung in ihrer Kommunikation mit der Öffentlichkeit?
- 4) Was nimmt die Öffentlichkeit von der Alten- und Pflegeeinrichtung wahr?

Das Markensteuerrad für das Haus A wurde in den Workshops im November 2004 und im März 2005 entwickelt und überarbeitet. Die abschließende Version gibt folgende Antworten auf die obigen Fragen:

- 1) Hohe Pflege- und Betreuungsqualität – als USP
- 2) Kompetenz und Fürsorge – 1. Stufe der Excellence nach dem EFQM-Modell
- 3) Fürsorglich und kompetent als Schwerpunkt, zusätzlich vertrauenswürdig, christlich, altruistisch, innovativ
- 4) Öffentlichkeitsarbeit fokussiert auf Berichte über Maßnahmen, zum kontinuierlichen Ausbau der Dienstleistungsqualität.

Die folgende Abbildung zeigt die abschließende Version des Markensteuerrads für das Haus A.

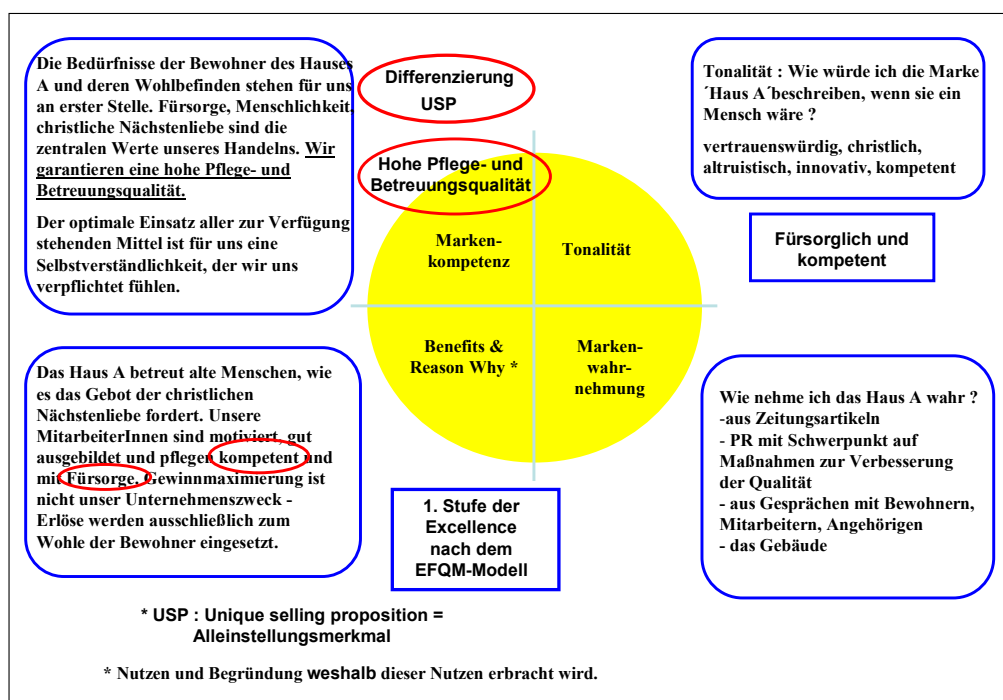


Abb. K-1: Markensteuerrad für das Haus A
 Quelle: Eigendarstellung in Anlehnung an Lockermann/Mirus 2004, S. 6

Nach der Erarbeitung des Markensteuerrades für das Haus A wurde ein Slogan (Claim) entwickelt, der für die Kommunikation mit der Öffentlichkeit verwendet werden soll und der die Positionierung des Hauses A als Alten-

und Pflegeeinrichtung mit hoher Kompetenz in der Betreuung älterer Menschen sowie den ‚fürsorglichen Touch‘ der Einrichtung transportiert (vgl. Kapitel L, Abschnitt II).

II. Prozess der Strategy-Map-Erstellung und Balanced-Scorecard-Entwicklung für die Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A – Teil II

1. BSC-Prozess und Strategy Map

Die entwickelte Strategie, aus der die strategischen Ziele abgeleitet werden, bildet die Ausgangsbasis für den BSC-Prozess. Die Strategie wird in Form einer Strategy Map visualisiert. Im Anschluss daran werden die Inhalte der Strategy Map in die BSC überführt, Kennzahlen, Planwerte und strategische Projekte abgeleitet.

Basierend auf der vorgenannten Strategie für das Haus A wurde für die Vorstandsworkshops am 5. November 2004 und am 15. März 2005 das folgende Vorgehen gewählt:

1. Ableitung strategischer Ziele
2. Erstellung einer Strategy Map
3. Auswahl der Kennzahlen
4. Festlegung der Zielwerte
5. Bestimmung der strategischen Projekte.

Die Qualität der strategischen Ziele ist ausschlaggebend für die Qualität und den Erfolg der BSC. Strategische Ziele müssen unternehmensspezifisch und individuell sein und die Strategie in aktionsorientierte Aussagen für die jeweiligen Perspektiven überführen.

Die BSC liefert für den Strategiefindungsprozess einen logischen Aufbau, der gewährleistet, dass alle strategierelevanten Aspekte eines Unternehmens in

einem ausgewogenen Verhältnis Berücksichtigung finden. Die Strategie muss Aussagen zu den einzelnen Perspektiven der BSC treffen.

Die folgende Abbildung zeigt die Perspektiven der BSC, die Leitfrage und das Ziel der jeweiligen Perspektive.

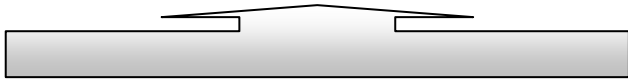


STRATEGIE		
Perspektive	Leitfrage	Ziel
Finanzperspektive	„Welche Zielsetzungen leiten sich aus den finanziellen Erwartungen unserer Kapitalgeber ab?“	Messung des finanziellen Ergebnisses der Strategieumsetzung
		
Kundenperspektive	„Welche Ziele sind hinsichtlich Struktur und Anforderungen unserer Kunden zu setzen, um unsere finanziellen Ziele zu erreichen?“	Bestimmung der Marktpositionierung, der Kundengruppen und des Kundennutzens
		
Prozessperspektive	„Welche Ziele sind hinsichtlich unserer Prozesse zu setzen, um die Ziele der Finanz- und Kundenperspektive zu erreichen?“	Fokussierung auf die Prozesse, die eine herausragende Bedeutung bei der Strategieumsetzung haben
		
Lern- und Entwicklungsperspektive	„Welche Ziele sind hinsichtlich unserer Potenziale zu setzen, um den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen gewachsen zu sein?“	Entwicklung der benötigten strategischen Infrastruktur in Bezug auf Mitarbeiter, Wissen, Innovation, Kreativität, Technologie, Information, Informationssysteme

Abb. K-2: Leitfragen und Ziele der BSC-Perspektiven
 Quelle: Eigendarstellung, vgl. Kaplan/Norton 2004, S. 7, vgl. Horváth & Partners 2004, S. 45 f.

Aus der in Kapitel K Abschnitt I formulierten Strategie können die folgenden vier strategischen Themen abgeleitet werden:

- Ausgeglichenes Betriebsergebnis
- Kundenzufriedenheit erhöhen, Markenbewusstsein für die Dienstleistung des Hauses A aufbauen
- Interne Prozesse optimieren, kontinuierliche Verbesserung des Dienstleistungsangebotes
- Mitarbeitermotivation weiter ausbauen durch gezielte Aus- und Weiterbildung und die Einführung von Mitarbeiterfeedbackgesprächen.

Diese Themen, die sowohl Qualitäts- als auch Wirtschaftlichkeitsziele darstellen, werden im zweiten Schritt der Balanced-Scorecard-Entwicklung wie folgt operationalisiert:

- Erreichung des geplanten Jahresergebnisses
- Steigerung des Cash-flows
- Substanzsicherung
- Verbesserung der Kundenzufriedenheit
- Ausbau des bestehenden Beschwerdemanagements
- Neukundengewinnung und konstant hohe Auslastung
- Aufbau von Image und Reputation als Qualitätsführer
- Erhöhung der Effizienz der Besprechungssysteme
- Kernprozess Pflege optimieren
- Anpassung beschäftigungstherapeutischer Angebote auf die Bedürfnisse der Bewohner und Erhöhung der Teilnahmequote
- Erhöhung der Mitarbeitermotivation und -zufriedenheit
- Kompetentes und motiviertes Personal halten und rekrutieren
- Aufbau einer Mitarbeiterfeedback-Kultur.

Die identifizierten Ziele der vier Perspektiven werden durch die Darstellung von Ursachen-Wirkungs-Beziehungen miteinander verbunden. Dem Aufbau der Strategy Map nach KAPLAN/NORTON liegt die Hypothese zugrunde,

dass der finanzielle Erfolg nur sichergestellt werden kann, wenn die Kunden zufrieden sind und die geplanten Umsatzerlöse generiert werden können. Hierzu bedarf es der Auswahl der strategierelevanten internen Prozesse, die die Ziele der Kunden- und Finanzperspektive unterstützen. Immaterielle Vermögenswerte, d. h. Humankapital, Informationskapital und Organisationskapital als Fundament der Strategie unterstützen die internen Prozesse (vgl. Kaplan/Norton 2004, S. 27 ff.).

Eine Strategy Map ist die Darstellung der Strategie. Sie spiegelt die Kausalität der im Rahmen der strategischen Überlegungen entwickelten Maßnahmen zwischen den Perspektiven wider. Diese Visualisierung des Zielsystems hat folgende Vorteile:

- Erhöhung der Identifikation mit der BSC
- Hervorhebung gegenseitiger Effekte bei der Zielerreichung
- Schärfung des Bewusstseins beim Management in Bezug auf strategische Zusammenhänge und Bedeutung der einzelnen Ziele
- Förderung des Strategieverständnisses in der Organisation
- Förderung von funktionsübergreifendem Denken und der Zusammenarbeit zwischen dem Management und den Abteilungen.

(vgl. Kaplan/Norton 2004, S. 48 und S. 206, vgl. Horváth & Partners 2004, S. 63).

Nach KAPLAN/NORTON stellt eine gut konstruierte Strategy Map die wechselseitigen Beziehungen zwischen den internen Prozessen der Organisation und den immateriellen Vermögenswerten, die Wert schaffen, dar (vgl. Kaplan/Norton 2004, S. 315). Die Ziele der Lern- und Entwicklungsperspektive zeigen auf, wie diese immateriellen Vermögenswerte aufgebaut werden müssen, um die wichtigen identifizierten Prozesse zu beherrschen und ständig weiterzuentwickeln. So bereitet die Organisation den Weg zum Branchenführer vor.

Basierend auf der strategischen Zielsetzung wurde eine Strategy Map für das Haus A erstellt. HORVÁTH & PARTNERS beschreiben fünf unterschiedliche Methoden zur Ableitung einer Strategy Map (vgl. Horváth & Partners 2004,

S. 206 ff.). Im Rahmen dieser Studie wurde eine Mischung aus den folgenden zwei Methoden ausgewählt:

1. Ableitung der Strategy Map ausgehend von den strategischen Zielen der Lern- und Entwicklungsperspektive (deduktive Vorgehensweise)
2. Ableitung der Strategy Map ausgehend von den einzelnen Zielen der Finanzperspektive (induktive Vorgehensweise).

Die erste Methode hebt die Bedeutung der Lern- und Entwicklungsperspektive als Basis der Strategie hervor, während die zweite Methode jedes einzelne Ziel im Zielsystem hinterfragt und die Relevanz des Ziels für die BSC nochmals überprüft.

Im Folgenden wird die Strategy Map für das Haus A vorgestellt.

Das strategische Ziel lautet:

Haus A ist Qualitätsführer in Region C.

- unter Beachtung der zur Verfügung stehenden Ressourcen -

Dieses Ziel erfordert sowohl eine Wirtschaftlichkeits- als auch eine Qualitätsstrategie.

Die Lern- und Entwicklungsperspektive stellt die Basis für die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsstrategie dar und legt den Grundstein für die Zielerreichung der Prozessperspektive. Das Leitziel dieser Perspektive lautet:

Kompetentes, motiviertes und ständig weitergebildetes Personal

Zur Zielerreichung wurden die folgenden Bausteine identifiziert:

- Humankapital: Prozessoptimierung, Ausbau der Kompetenzen in der sozialen Betreuung und Einführung von Feedbackgesprächen

- Informationskapital: Optimaler EDV-Einsatz, umfassende Mitarbeiterinformation
- Organisationskapital: Kundenfokussierung, optimale Wissensteilung und Fortbildungsplanung

Die Prozessperspektive identifiziert die Prozesse, die für die Strategieerreichung einen hohen Stellenwert haben. Das Leitziel dieser Perspektive lautet:

Interne Prozesse verbessern

Zur Zielerreichung wurden die folgenden Bausteine identifiziert:

- Interne Prozesse optimal managen: Kernprozess Pflege und soziale Betreuung ständig optimieren und Schnittstellen zwischen den Abteilungen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft effizient managen
- Kundenmanagement: Aufbau von Markenbewusstsein und starken Kundenbeziehungen, regelmäßige Kundenbefragungen durchführen
- Qualitätsmanagement: Nutzung eines QM-Systems zur ständigen Qualitätsverbesserung
- Innovation: Zukünftige Kundenbedürfnisse antizipieren
- Gesetzliches/Gesellschaftliches: Gutes Verhältnis zu Öffentlichkeit, zu Einweisern und Pflegekassen, Öffentlichkeitsarbeit.

Die Kundenperspektive identifiziert die Ziele, die hinsichtlich Struktur und Kundenanforderungen erfüllt werden müssen, um das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsziel zu erreichen. Das Leitziel dieser Perspektive lautet:

Markenbewusstsein für Dienstleistungen aufbauen, die höchstmögliche Kundenzufriedenheit sichern

Zur Zielerreichung wurden die folgenden Bausteine identifiziert:

- Angemessene Kosten für ein sehr gutes Leistungsangebot
- Perfekte Qualität in der Pflege und sozialen Betreuung
- Perfekte Qualität in der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Im Fokus der Finanzperspektive steht die Erfüllung der Erwartungen des Vorstandes und der Mitgliederversammlung, sie misst das finanzielle Ergebnis der Strategieumsetzung.

Die Ziele der Finanzperspektive werden durch die Formulierung einer Wirtschaftlichkeitsstrategie und Qualitätsstrategie erreicht. Als Kernthemen der Wirtschaftlichkeitsstrategie wurden folgende Bausteine identifiziert:

- Aufbau wettbewerbsfähiger Kostenstrukturen
- Systematisierung der Finanzprozesse
- Aufbau einer langfristigen Investitionsstrategie
- Auslastung der Einrichtung zu 100 %.

Die Zielerreichung der Qualitätsstrategie wird durch die folgenden Themen realisiert:

- Kernkompetenz Pflege kontinuierlich ausbauen
- Spezialisierung als Ausdruck besonderer Leistungsfähigkeit
- Gute soziale Betreuung als USP aufbauen.

Die folgende Abbildung zeigt die Strategy Map für das Haus A. Die Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge sind aufgrund der hohen Komplexität der Abbildung nicht in die Strategy Map eingezeichnet, sie werden exemplarisch an einem Beispiel dargestellt.

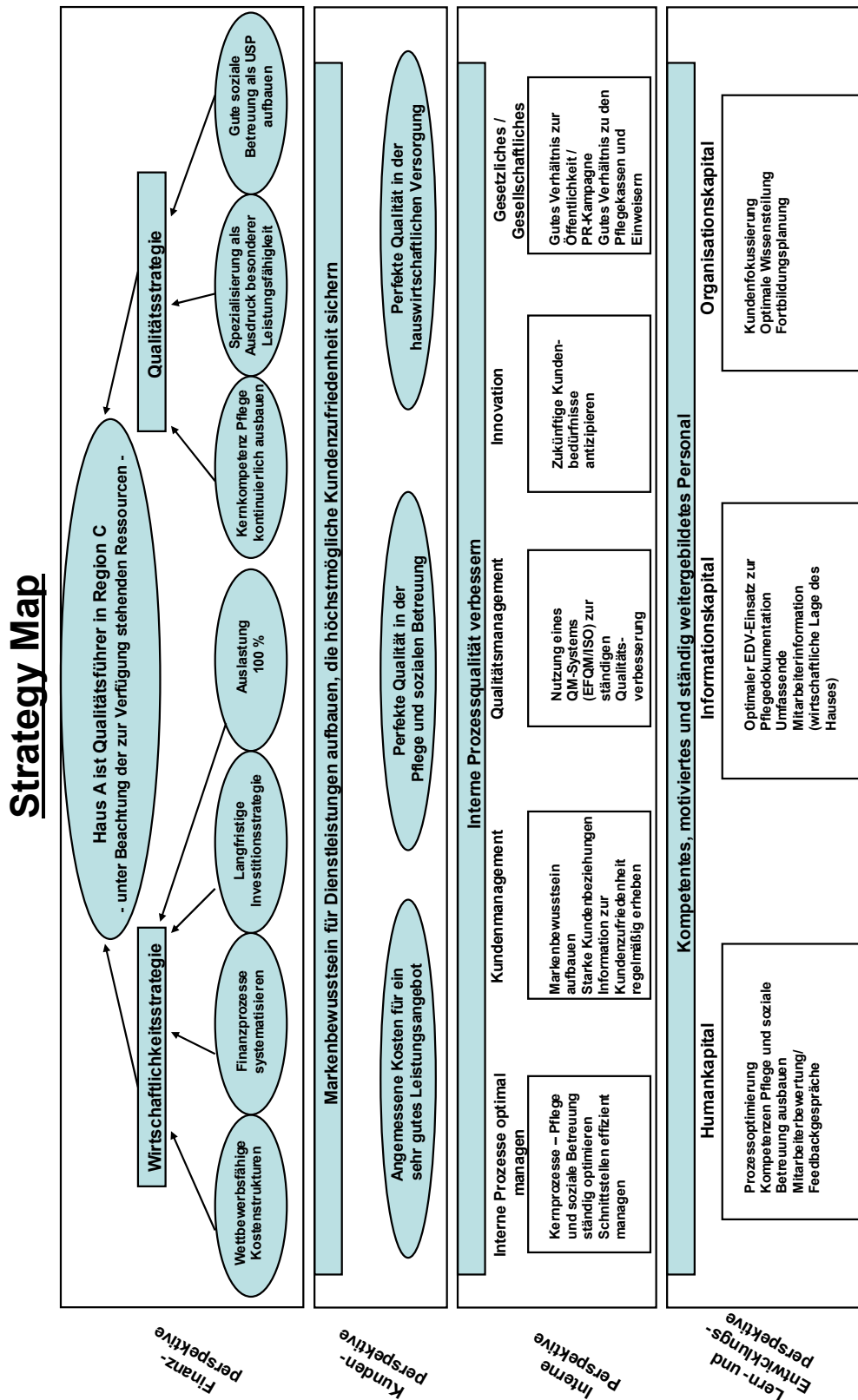


Abb. K-3:

Strategy Map Haus A

Quelle: Eigendarstellung, vgl. Kaplan/Norton 2004, S. 295

Ursachen-Wirkungs-Beziehungen stellen die logischen Zusammenhänge zwischen der Umwandlung von immateriellen Vermögenswerten in materielle Vermögenswerte dar. Die folgende Abbildung zeigt die Strategy Map mit eingezeichneten Ursachen-Wirkungs-Zusammenhängen am Beispiel ‚Verbesserung der Kundenzufriedenheit‘.

Die Wirtschaftlichkeitsstrategie wird durch die nachfolgend aufgezeigten Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge unterstützt. Der Baustein ‚Humankapital‘ – Kompetenzen Pflege und soziale Betreuung ausbauen - und der Baustein ‚Organisationskapital‘ – Fortbildungsplanung - fördert und optimiert die Kernprozesse der Pflege und der sozialen Betreuung. Gleichzeitig werden die Schnittstellen der Bereiche optimal gemanagt. Diese Maßnahmen führen zu einem sehr guten Dienstleistungsangebot mit angemessenen Kosten für die Leistungserbringung. Der Aufbau dieser wettbewerbsfähigen Kostenstrukturen sichert eine konstant hohe Auslastung und unterstützt durch die Wirtschaftlichkeitsstrategie das strategische Ziel ‚Haus A ist Qualitätsführer in Region C - unter Beachtung der zur Verfügung stehenden Ressourcen -‘.

Gleichzeitig führen die beschriebenen Maßnahmen ‚Kompetenzen Pflege und soziale Betreuung ausbauen‘ und ‚Fortbildungsplanung‘ zu perfekter Qualität in der Pflege und der sozialen Betreuung. Die Bewohner und die Angehörigen sind in der Folge mit der Dienstleistungsqualität zufrieden. Die Ziele der Qualitätsstrategie ‚Kernkompetenzen Pflege kontinuierlich ausbauen‘ und ‚Gute soziale Betreuung als USP ausbauen‘ unterstützen ebenfalls das strategisch formulierte Gesamtziel der Einrichtung.

Strategy Map: Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge am Beispiel 'Verbesserung der Kundenzufriedenheit'

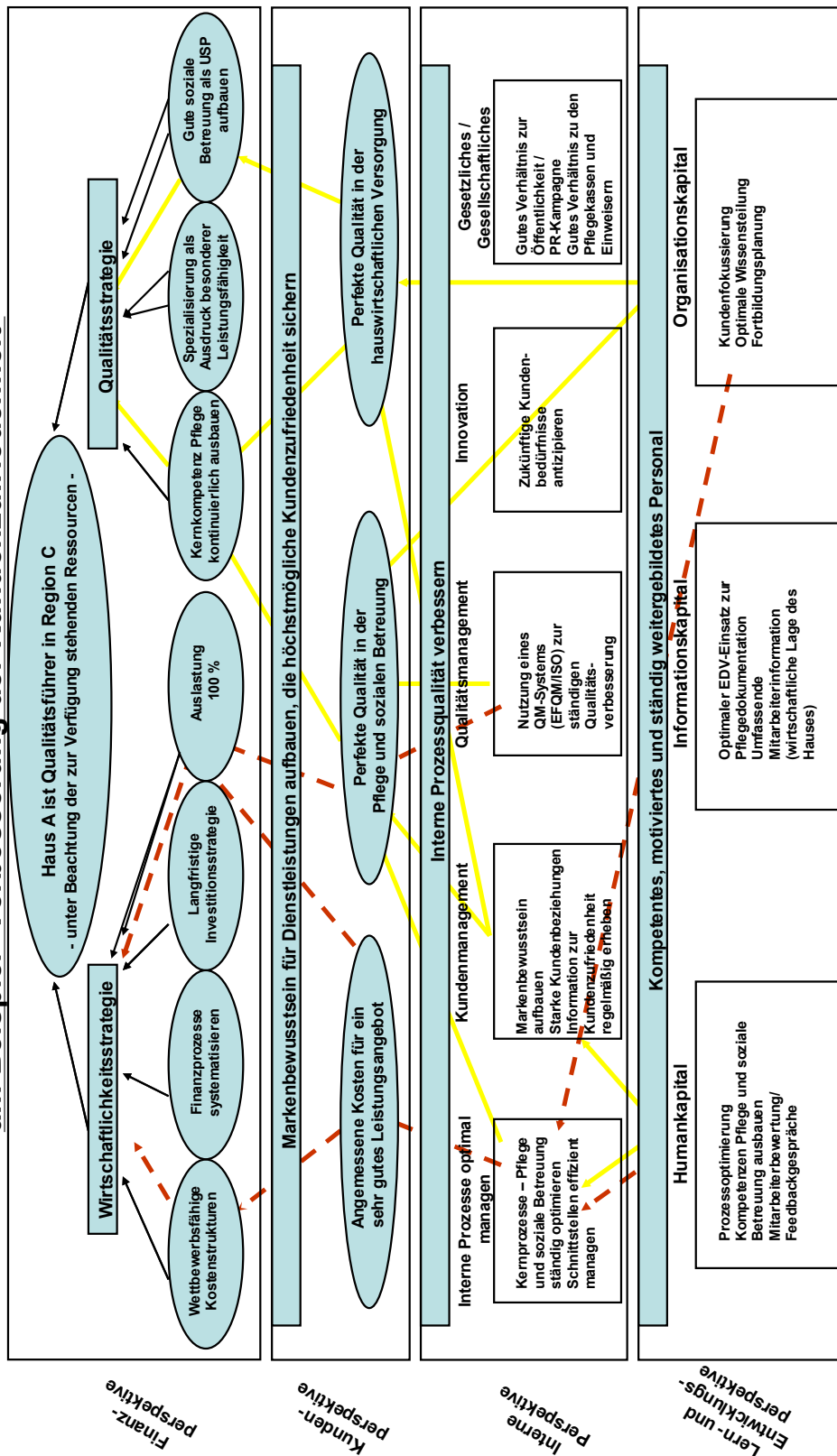


Abb. K-4: Strategy Map: Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge am Beispiel 'Verbesserung der Kundenzufriedenheit' Quelle: Eigendarstellung, vgl. Kaplan/Norton 2004, S. 295

Im Anschluss an die Erstellung der Strategy Map wurde die BSC aus der Strategy Map abgeleitet. Die Balanced Scorecard übersetzt die Ziele der Strategy Map in Kennzahlen und Planwerte. Die Zielsetzungen der vier Perspektiven in einer Strategy Map führen i. d. R. in der BSC zu 20-30 Kennzahlen. Kennzahlen sind dann erfolgreich, wenn das Erreichen des angestrebten Ziels gemessen werden kann, eine eindeutige Interpretation der Kennzahl möglich ist und das Verhalten der Betroffenen in die strategisch gewünschte Richtung gelenkt wird. Des Weiteren ist darauf zu achten, dass outputorientierte Kennzahlen identifiziert werden und nur in Ausnahmefällen auf inputorientierte Kennzahlen zurückgegriffen wird (vgl. Horváth & Partners 2004, S. 63 ff. und S. 226 f.). Im Anschluss an die Kennzahlendefinition werden die Planwerte festgelegt. Hierzu können Angaben aus Betriebsvergleichen, Ergebnissen aus Befragungen, Vergangenheitsdaten oder Planwerte auf der Grundlage unternehmerischer Einschätzung verwendet werden (vgl. Horváth & Partner 2004, S. 238 f.). Zur Erreichung der Planwerte jeder einzelnen BSC-Perspektive sind strategische Projekte zu definieren und durchzuführen. Nach HORVÁTH & PARTNERS zeigen gerade diese strategischen Projekte das eigentliche Leben der BSC (vgl. Horváth & Partners 2004, S. 72).

Auf der Grundlage der formulierten strategischen Ziele haben die Verfasserinnen gemeinsam mit den Workshopteilnehmern die

- Projekte
- Kennzahlen
- Planansätze
- Toleranzwerte zur Festlegung der Ampelfunktion
- Personelle Verantwortung

festgelegt.

Im Anschluss daran haben die Verfasserinnen die BSC für das Haus A konzipiert. Den vier Perspektiven liegt folgender einheitlicher Aufbau zugrunde:

- Die Statuszeile zeigt die BSC-Perspektive und den Berichtszeitraum.
- Die erste Spalte stellt das strategische Ziel dar.
- Die zweite Spalte formuliert das strategische Projekt/Aktion.
- Die dritte Spalte nennt die Kennzahl.
- Die vierte Spalte informiert über den Rhythmus der Aktualisierung der Kennzahl.
- Die fünfte Spalte zeigt – soweit Daten vorhanden – das Ergebnis aus dem Jahr 2004.
- Die sechste Spalte stellt den Planansatz für das laufende Jahr dar.
- Die siebte Spalte stellt den Planansatz für den Berichtszeitraum dar.
- Die achte Spalte zeigt die Ist-Werte für den Berichtszeitraum. Die Ist-Werte werden in der BSC entsprechend der Ampelfunktion farblich dargestellt. So ist gewährleistet, dass die Leitung jederzeit einen schnellen Überblick über die kritischen Bereiche erhält.
- Die neunte Spalte weist die absolute Abweichung des Ist-Wertes vom Plan-Wert aus.
- Die zehnte Spalte weist die prozentuale Abweichung des Ist-Wertes vom Plan-Wert aus.
- Die elfte Spalte benennt den jeweiligen Verantwortlichen für die Zielerreichung der Kennzahl. Sind mehrere Verantwortliche genannt, wird der Name des Hauptverantwortlichen hervorgehoben.

Nachfolgend werden die Inhalte der jeweiligen BSC-Perspektiven vorgestellt.

2. Finanzperspektive

Die folgende Abbildung zeigt die Ziele, Aktionen und Kennzahlen der Finanzperspektive. Als Ziele wurden formuliert:

- Erreichung des geplanten Jahresergebnisses
Zur Zielerreichung wurden die Aktionen der nachfolgenden Punkte verabschiedet:
 - Kennzahl: Jahresfehlbetrag/Jahresüberschuss untergliedert nach Pflegesatzergebnis, Investitionskostenergebnis und Neutrales Ergebnis
 - Cash-flow (überschlägig)
- Erreichung der geplanten Belegungsstruktur
Zur Zielerreichung wurden folgende Aktionen verabschiedet:
 - Kontinuierliches Belegungscontrolling und permanente Überprüfung der Bewohnereinstufung an die Pflegesituation
 - Kennzahl: Auslastungsquote, Pflege tage und Bewohner je Pflegestufe, Anzahl Selbstzahler und Empfänger von Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz
- Minimierung der Differenz von Gesamtkosten/Pflege tag versus Gesamterlöse/Pflege tag
Zur Zielerreichung wurden folgende Aktionen verabschiedet:
 - Kostenstrukturen wettbewerbsorientiert auf die Vergütung der Pflegekassen anpassen und Weiterentwicklung des bestehenden Kosten- und Erlöscontrollings
 - Kennzahl: Personal- und Sachkosten je Pflege tag, Erlöse je Pflege tag, Über-, Unterdeckung je Pflege tag
- Substanzsicherung¹⁷⁰
Zur Zielerreichung wurde folgende Aktion verabschiedet:
 - Mehrjährige Instandhaltungsplanung
 - Kennzahl: Instandhaltungskosten/Pflege tag

¹⁷⁰ Unter Substanzsicherung wird neben der Instandhaltungsplanung auch die Wiederbeschaffung des beweglichen Anlagevermögens verstanden. In Haus A wird hierzu eine jährliche Investitionsplanung erstellt, die nicht Teil der BSC ist.

Haus A

BSC 2005

I. Finanzperspektive

Berichtszeitraum Januar-Dezember

Monat: 12

Tag: 305

Ziel	Aktion	Kennzahl	Aktualisierung der Bewertung	Ist 2004	Plan 2005	Plan Anteil Januar-Dez.	Ist Januar-Dez.	Abweichung absolut	Abweichung %ual	Verantwortlicher
1. Erreichung des geplanten Jahresergebnisses	wie Punkt 2 und 3	Jahresfehlbetrag/Überschuss Pflugesatzergebnis Investitionsergebnis Neutrales Ergebnis	monatlich monatlich monatlich	-99.948,16 € -191.981,50 € 71.548,41 € 20.484,83 €	-102.940,00 € -192.790,00 € 68.350,00 € 21.500,00 €					Vorstand/ Heimleitung
2.	Kontinuierliches Belegungscontrolling, Permanente Überprüfung der Bewohnereinstufung	Cash-flow (überschlägig) Belegung Bewohner Stufe 0 Bewohner Stufe 1 Bewohner Stufe 2 Bewohner Stufe 3 Bewohner Gesamt davon: Selbstzahler davon: BSHG-Empfänger	monatlich monatlich monatlich monatlich monatlich monatlich monatlich monatlich monatlich monatlich	€ 37.339,22 100,13% 384 1 8.421 10.190 7.026 19 26.021 63 8	€ 2.000,00 98,94% 381 0,99 9.389 10.112 5.778 15,83 25.640 63 8					Heimleitung
3.	Minimierung der Differenz von Gesamtkosten/ Pflege tag versus Gesamterlöse/ Pflege tag	Personalkosten/Pflege tag Sachkosten/Pflege tag - davon ausgewählte Kostentreiber: - Lebensmittel/Beköstigungstag - Energiekosten/Pflege tag Gesamtkosten/Pflege tag Gesamterlöse/Pflege tag - davon Kostenträger - davon sonstige Erträge Über/Unterdeckung/Pflege tag	monatlich monatlich monatlich monatlich monatlich monatlich monatlich	60,90 27,07 4,59 3,16 € 87,97 84,13 78,64 5,49 -€ 3,84 2,56 €	€ 59,32 € 27,46 € 4,01 € 3,67 € 86,79 € 82,77 € 78,05 € 4,72 -€ 4,01 2,62 €					Heimleitung Heimleitung HWL Heimleitung Heimleitung Heimleitung Heimleitung Vorstand/ Heimleitung
4. Substanzsicherung	Mehrjährige Instandhaltungsplanung	Instandhaltungskosten/Pflege tag	monatlich	2,56 €	2,62 €					Vorstand/ Heimleitung

Abb. K-5: Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A BSC – Finanzperspektive 2005
Quelle: Eigendarstellung

3. Kundenperspektive

Die folgende Abbildung zeigt die Ziele, Aktionen und Kennzahlen der Kundenperspektive. Als Ziele wurden formuliert:

- Verbesserung der Kundenzufriedenheit

Zur Zielerreichung wurden folgende Aktionen verabschiedet:

- Externes Kommunikationstraining
 - Kennzahl: Bewertung aus der Bewohner- und Angehörigenbefragung zum Thema ‚Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.‘ ‚Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.‘
- Ausbau Ehrenamt
 - Kennzahl: Anzahl geleistete Stunden Ehrenamt/Monat
- Ausbau des bestehenden Beschwerdemanagements

Zur Zielerreichung wurde folgende Aktion verabschiedet:

- Dokumentation und Bearbeitung mündlicher und schriftlicher Beschwerden (Beschwerdebrieffkasten)
 - Kennzahl: Anzahl eingegangener Beschwerden, Bewertung aus der Bewohner- und Angehörigenbefragung zum Thema: ‚Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.‘
- Neukundengewinnung und konstant hohe Auslastung

Zur Zielerreichung wurde folgende Aktion verabschiedet:

- Hausprospekt/Flyer
 - Kennzahl: Auslastungsquote und Anzahl Anmeldungen für vollstationären Aufenthalt und Kurzzeitpflege.
- Ausbau von Image und Reputation

Zur Zielerreichung wurde folgende Aktion verabschiedet:

- Jahresplanung Pressearbeit, PR-Aktivitäten, Gemeindebrief
 - Kennzahl: Anzahl Veröffentlichungen in Tageszeitungen und im Gemeindebrief, Bewertung aus der

Mitarbeiterbefragung zum Thema: ‚Haus A wird häufig positiv in den Medien erwähnt.‘

Haus A		2005		II. Kundenperspektive		Berichtszeitraum						
BSC		Aktion		Kennzahl	Aktualisierung der Bewertung	Ist 2004	Plan 2005	Plan Anteil	Ist	Abweichung absolut	Abweichung %/Jahr	Verantwortlicher
Ziel							Monat:	Tage:				
1. Verbesserung der Kundenzufriedenheit	Externes Kommunikationstraining	Note Bewohner: Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden. ¹ Note Bewohner: Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich. ¹ Note Angehörige: Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden. ² Note Angehörige: Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich. ²	jährlich	3,60	3,00							Heimleitung
2. Ausbau des bestehenden Beschwerdemanagements	Ausbau Ehrenamt Dokumentation und Bearbeitung mündlicher und schriftlicher Beschwerden (Beschwerdebrieffkasten)	Anzahl geleistete Stunden Ehrenamt/Monat Anzahl eingegangener Beschwerden Note Bewohner: Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet. ¹ Note Angehörige: Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet. ²	monatlich monatlich jährlich	 1,70	780 24 1,60	0 0						Heimleitung/ Beschäftigungs- therapie Heimleitung
3. Neukundengewinnung Konstant hohe Auslastung	Hausprospekt, Flyer	Auslastungsquote Anzahl Anmeldungen, davon: - vollstationäre Dauerpflege - Kurzzeitpflege (Urlaub) - Kurzzeitpflege (Krankenhaus)	monatlich monatlich monatlich monatlich	100,13%	98,94%	0,00%						Heimleitung/ Verwaltung
4. Ausbau von Image und Reputation	Jahresplanung Pressearbeit / PR-Aktivitäten Gemeindebrief	Anzahl Veröffentlichungen in Tageszeitungen Anzahl Veröffentlichungen im Gemeindebrief Note Mitarbeiter: Haus A wird häufig positiv in den Medien erwähnt. ³	monatlich monatlich	 2,00	15 2 1,50	0 0						Heimleitung

¹ Ergebnis der Bewohnerbefragung im September 2004
² Ergebnis der Angehörigenbefragung im September 2004
³ Ergebnis der Mitarbeiterbefragung im September 2004

Abb. K-6: Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A BSC – Kundenperspektive 2005
 Quelle: Eigendarstellung

4. Prozessperspektive

Die folgende Abbildung zeigt die Ziele, Aktionen und Kennzahlen der Prozessperspektive. Als Ziele wurden formuliert:

- Erhöhung der Effizienz der Besprechungssysteme
Zur Zielerreichung wurde folgende Aktion verabschiedet:
 - Standardisierte, regelmäßige Dienstbesprechungen
 - Kennzahl: Anzahl Übergaben je Wohnbereich und Abteilungsleitergespräche, Bewertung aus der Mitarbeiterbefragung zum Thema: ‚In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt.‘
- Kernprozess Pflege optimieren
Zur Zielerreichung wurde folgende Aktion verabschiedet:
 - Pflegevisite zur Überprüfung der Pflegequalität einsetzen und vorhandene Pflegestandards überarbeiten
 - Kennzahl: Anzahl durchgeführter Pflegevisiten je Wohnbereich, Bewertung des Pflegeprozesses anhand einer simulierten MDK-Prüfung durch einen externen QM-Berater
- Anpassung beschäftigungstherapeutischer Angebote auf die Bedürfnisse der Bewohner und Erhöhung der Teilnahmequote
Zur Zielerreichung wurde folgende Aktion verabschiedet:
 - Erarbeitung eines beschäftigungstherapeutischen Konzeptes unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse demenziell erkrankter Bewohner
 - Kennzahl: Anzahl beschäftigungstherapeutischer Angebote und Anzahl der Teilnehmer sowie Auslastungsquote der beschäftigungstherapeutischen Angebote, Bewertung aus der Bewohner- und Angehörigenbefragung zum Thema: ‚Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.‘

Haus A

BSC 2005 III. Prozessperspektive

Berichtszeitraum

Ziel	Aktion	Kennzahl	Aktualisierung der Bewertung	Monat:			Tage:		Verantwortlicher	
				Ist 2004	Plan 2005		Ist	Abweichung absolut		Abweichung %ual
					Plan 2005	Plan Anteil				
1. Erhöhung der Effizienz der Besprechungssysteme	Standardisierte, regelmäßige Dienstbesprechungen	Anzahl Teambesprechungen	monatlich		35				Hemleitung	
		davon: Wohnbereich I	monatlich		17				PDL	
		davon: Wohnbereich II	monatlich		17				PDL	
		Anzahl Abteilungsleitungsgespräche	jährlich	1,70	2,00				Hemleitung	
		Note: In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt. ¹								
2. Kernprozess Pflege optimieren	Pflegeviste zur Überprüfung der Pflegequalität einsetzen, Pflegestandards überarbeiten	Anzahl Pflegevisiten	monatlich		71				Hemleitung	
		davon: Wohnbereich I	monatlich		41				WBL	
		davon: Wohnbereich II	monatlich		30				WBL	
	Simulierte MDK-Prüfung	Bewertung des Pflegeprozesses-	halbjährlich							
		Anzahl Eintragungen	halbjährlich							
		Pflegedokumentation: ²	halbjährlich	66						
		- in Ordnung	halbjährlich	27						
		- kleiner Mangel	halbjährlich	24						
		- großer Mangel	halbjährlich	38						
		- nicht relevant	halbjährlich							
3. Beschäftigungs-therapeutische Angebote auf die Bewohnerbedürfnisse abstimmen	Erarbeitung eines therapeutischen Konzeptes unter besonderer Berücksichtigung demenziell erkrankter Bewohner	Anzahl Beschäftigungstherapie	monatlich						Beschäftigungstherapie	
		davon: Bingo	monatlich							
		davon: Gymnastik	monatlich							
		davon: Werken	monatlich							
		davon: Zeitungsrunde	monatlich							
		davon: Therapiehund	monatlich							
		davon: Einzeltherapie	monatlich							
		davon: Sonstiges	monatlich							
Erhöhung der Teilnahmequote	Teilnehmer Gesamt an BT	Auslastungsgrad der Angebote	monatlich		2,00					
		Note Bewohner: Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden. ¹	jährlich							
		Note Angehörige: Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden. ¹	jährlich	2,10	2,00					

¹ Ergebnis der Mitarbeiterbefragung im September 2004

² Ergebnis Bericht simulierte MDK-Prüfung im Dezember 2004 durch einen externen, OM-Beauftragten.

³ Das beschäftigungstherapeutische Konzept wird noch erarbeitet, die Kennzahlen sind noch zu vereinbaren.

Abb. K-7: Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A BSC – Prozessperspektive 2005
Quelle: Eigendarstellung

5. Lern- und Entwicklungsperspektive

Die folgende Abbildung zeigt die Ziele, Aktionen und Kennzahlen der Lern- und Entwicklungsperspektive. Als Ziele wurden formuliert:

- Erhöhung der Mitarbeitermotivation und -zufriedenheit

Zur Zielerreichung wurde folgende Aktion verabschiedet:

- Regelmäßige Besprechungen zu den Themen: BSC, wirtschaftliche Situation, Unternehmensziele, Veränderungen etc.
 - Kennzahl: Anzahl Controllinggespräche, Bewertung aus der Mitarbeiterbefragung zum Thema: ‚Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses A informiert.‘
‚Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre bekannt.‘ ‚Ich werde über Veränderungen in Haus A regelmäßig informiert.‘

- Kompetentes und motiviertes Personal

Zur Zielerreichung wurde folgende Aktion verabschiedet:

- Mitarbeiterfortbildung auf der Grundlage einer prospektiven Fortbildungsplanung
 - Kennzahl: Anzahl Fortbildungsveranstaltungen, Anzahl Verbesserungsvorschläge, Bewertung aus der Mitarbeiterbefragung zum Thema: ‚Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.‘ ‚Mein direkter Vorgesetzter fordert aktiv Verbesserungsvorschläge von mir ein.‘

- Aufbau einer Mitarbeiterfeedback-Kultur

Zur Zielerreichung wurde folgende Aktion verabschiedet:

- Erarbeitung und Einführung eines Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogens
 - Kennzahl: Anzahl durchgeführter Feedbackgespräche in den einzelnen Dienstgruppen, Bewertung aus der Mitarbeiterbefragung zum Thema: ‚Mein direkter

Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldungen zu der Qualität meiner Arbeitsleistung.'

Haus A		2005		IV. Lern- und entwicklungsperspektive		Berichtszeitraum		Tage:			
Ziel	Aktion	Kennzahl	Aktualisierung der Bewertung	Ist 2004	Plan 2005	Plan Anteil	Ist	Abweichung absolut	Abweichung %/qual	Verantwortlicher	
1. Erhöhung der Mitarbeiter-motivation und -zufriedenheit	Regelmäßige Besprechungen: BSC, wirtschaftliche Situation, Unternehmensziele, Veränderungen etc.	Note: Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses A regelmäßig informiert. ¹ Note: Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre bekannt. ¹ Note: Ich werde über Veränderungen im Haus A regelmäßig informiert. ¹	jährlich	2,60	2,00					Heimleitung	
				3,20	2,50						
				3,00	2,50						
2. Kompetentes und motiviertes Personal	Mitarbeiterfortbildung auf der Grundlage einer prospektiven Fortbildungsplanung	Note: Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich ¹ Anzahl Fortbildungsveranstaltungen Anzahl Verbesserungsvorschläge Note: Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein. ¹	jährlich	3,30	2,50					Heimleitung/Controlling	
					25						Heimleitung/PDL
					12						Heimleitung
3. Aufbau einer Mitarbeiter-feedback-Kultur	Einführung eines Feedback- bzw. Jahresgespräches	Anzahl durchgeführter Feedbackgespräche davon: Leitung/Verwaltung Bereichsleitungen Wohnbereich I Wohnbereich II Nachtwachen Hauswirtschaft Note: Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldungen zu der Qualität meiner Arbeitsleistung ¹	monatlich	2,30	2,00					Heimleitung	
					61						Heimleitung
					3						Vorstand/Heimleitung/Heimleitung/PDL/WBL
					4				Heimleitung/PDL/WBL		
					18				Heimleitung/PDL/WBL		
					14				Heimleitung/PDL/WBL		
					8				Heimleitung/PDL/WBL		
					14				Heimleitung/PDL/WBL		
				2,40	2,20					Heimleitung	

¹ Ergebnis der Mitarbeiterbefragung im September 2004

Abb. K-8: Alten- und Pflegeeinrichtung Haus A BSC – Lern- und Entwicklungsperspektive 2005
Quelle: Eigendarstellung

Diese BSC wird dem Heimleiter und dem Vorstandsvorsitzenden von den Verfasserinnen erstmalig im April 2005 mit den Ergebnissen des ersten Quartals 2005 zur Verfügung gestellt. Im Anschluss daran wird die BSC monatlich aktualisiert und quartalsweise gemeinsam mit den Verfasserinnen im Rahmen der Leitungsbesprechungen diskutiert.

Die abschließende Gesamtentwicklung der BSC für das Geschäftsjahr 2005 wird in Kapitel N dargestellt.

Kapitel L

Ziele, Projekte und Kennzahlen der Balanced-Scorecard-Perspektiven

Das folgende Kapitel ist in vier Abschnitte gegliedert. Diese vier Abschnitte stellen für die jeweiligen BSC-Perspektiven – Finanzen-, Kunden-, Prozess- und Lern- und Entwicklungsperspektive – die vereinbarten und durchgeführten Projekte dar.

I. Finanzperspektive

1. Kosten- und Erlöscontrolling

Die Finanzperspektive einer BSC misst den finanziellen Erfolg der Projekte der Kunden-, Prozess- und Lern- und Entwicklungsperspektive und zeigt somit auf, ob die Strategie der Einrichtung zu einer Verbesserung des Ergebnisses geführt hat. Eine Zielsetzung der Finanzperspektive ist es, das bestehende Kosten- und Erlöscontrolling bedarfsgerecht anzupassen.

Haus A hat einen Dienstleistungsvertrag für die Bereiche

- Finanzen, Betriebswirtschaft und Controlling
- Personalmanagement, Personalentwicklung und Recht
- Bau
- Informationstechnologie
- Qualitätsmanagement.

mit der Servicegesellschaft eines Diakonischen Werkes abgeschlossen.

Die Heimleitung und eine Verwaltungskraft bilden die Schnittstelle für alle notwendigen Abstimmungen zwischen der Einrichtung und der Servicegesellschaft.

Zur wirtschaftlichen Steuerung des Hauses A wird der Heimleitung von der zentralen Controllingabteilung¹⁷¹ im Rahmen des monatlichen Berichtswesens¹⁷² ein Soll-Ist-Vergleich zur Verfügung gestellt. Dieser Soll-Ist-Vergleich entsteht auf der Informationsgrundlage des betrieblichen Rechnungswesens und weist neben dem Jahresplanansatz aller Kosten- und Erlöspositionen den kumulierten Planansatz, die kumulierten Ist-Kosten und Ist-Erlöse sowie die absolute und prozentuale Abweichung des jeweiligen Berichtszeitraumes aus. Darüber hinaus enthält das Berichtswesen grafisch aufbereitete Belegungszahlen.

Im Rahmen des BSC-Prozesses wurde vereinbart, die Zusammenarbeit mit der Einrichtung in Bezug auf die Interpretation des Soll-Ist-Vergleiches sowie den Planungs- und Budgetierungsprozess zu optimieren. Planung als wesentlicher Aspekt der Unternehmensführung „... stellt eine gedankliche Vorwegnahme von Handlungen unter Unsicherheit bei unvollkommenen Informationen dar.“ (Staehe 1991, S. 505). Planung und Budgetierung sind in engem Zusammenhang zu sehen, wobei Budgetierung als Instrument der Planung verstanden wird. Budgetierung transformiert die Pläne in wertmäßige Größen. Budgetierung umfasst die Aufstellung, Verabschiedung, Kontrolle und die Abweichungsanalysen. Nach HORVÁTH ist ein Budget

„... ein formalzielorientierter, in wertmäßigen Größen formulierter Plan, der einer Entscheidungseinheit für eine bestimmte Zeitperiode mit einem bestimmten Verbindlichkeitsgrad vorgegeben wird.“

(Horváth 1994, S. 255).

¹⁷¹ Controlling ist nach HORVÁTH „... - funktional gesehen - ein System der Führung, das Planung und Kontrolle sowie Informationsversorgung systembildend und systemkoppelnd koordiniert und so die Adaption des Gesamtsystems unterstützt. Controlling stellt damit eine Unterstützung der Führung dar: es ermöglicht ihr, das Gesamtsystem ergebniszielorientiert an Umweltveränderungen anzupassen und die Koordinationsaufgabe hinsichtlich des operativen Systems wahrzunehmen.“ (Horvath 1994, S. 144).

¹⁷² Nach HORVÁTH müssen die Informationsentstehung und die Informationsverwendung durch Informationsvermittlungsvorgänge, das ‚betriebliche Berichtswesen‘ verbunden werden. Das Berichtswesen liefert Informationen an die Unternehmensführung und unterstützt damit die Planung und Kontrolle. Grundsätzlich sind der Berichtszweck, der Bereichsinhalt, der Berichtssender und -empfänger und der Berichtszeitpunkt genau zu bestimmen (vgl. Horváth 1994, S. 604).

Mit der Einführung der BSC wird die Zukunftsorientierung von Haus A im Alltag durch die Verankerung der Strategie und die damit verbundenen Aktionen im Budget sichergestellt.

Die Jahresbudgetierung wurde bislang in Abstimmung mit der Heimleitung von der Controllingabteilung auf der Grundlage von Erfahrungen, Erwartungen und vergangenheitsorientierten Daten aufgestellt. Der BSC-Prozess und die damit verbundenen Projekte liefern eine neue Grundlage zur Aufstellung des Budgets.

Die prospektiven Erlöse aus der Belegung in den einzelnen Pflegestufen können präziser eingeschätzt werden, da der Belegungsplanung und der geforderten hohen Auslastung jetzt eine verbindlich verabredete Strategie zugrunde liegt und dem Heimleiter und allen Mitarbeitern die Projekte zur Zielerreichung der Strategie bekannt sind und sie diese verfolgen. Die permanente Überprüfung der Bewohnereinstufung wird von der Pflegedienstleitung in Zusammenarbeit mit den Wohnbereichsleitungen durchgeführt, dem Heimleiter berichtet und die entsprechenden Höherstufungsanträge an die Pflegekassen vorbereitet.

Die prospektiven Aufwendungen werden weiterhin auf der Grundlage der Vergangenheitswerte, ergänzt um neue Preis- und/oder Mengenveränderungen, geplant. Darüber hinaus liefern jetzt die verabredeten Projekte der BSC, wie die Fortbildungsplanung, konkrete Kosten für die Budgeterstellung. Eine prospektive Instandhaltungsplanung bildet vor dem Hintergrund der begrenzten finanziellen Ressourcen die Grundlage für die Priorisierung der notwendigen Instandhaltungen und deren Verteilung auf einen längeren Zeitraum.

Im Rahmen eines Abstimmungsgespräches mit dem Heimleiter und den Bereichsleitern wurde das neue Budget vorbereitet und in der Vorstandssitzung und Gesellschafterversammlung zur Genehmigung vorgelegt. Des Weiteren wurde verabredet, dass die Verfasserinnen den Soll-Ist-Vergleich und die BSC quartalsweise im Rahmen der Abteilungsleitungsbesprechungen mit dem Heimleiter und den Bereichsleitungen diskutieren. Diese Vorgehensweise führt zu einer erhöhten

Mitarbeitermotivation durch zeitnahe Information über die Entwicklung der verabredeten Projekte und der wirtschaftlichen Situation des Hauses.

2. Kennzahlen als Steuerungsinstrument

Im Rahmen des BSC-Prozesses wurde mit der Heimleitung und dem Vorstand verabredet, steuerungsrelevante Daten in die Finanzperspektive der BSC zu übernehmen und darüber hinaus finanzwirtschaftliche Kennzahlen zu erarbeiten, die für die wirtschaftliche Steuerung des Hauses notwendig sind. In die Finanzperspektive wurden die Kennzahlen:

- Betriebsergebnis getrennt nach ‚Pflegesatzergebnis‘¹⁷³, ‚Investitionskostenergebnis‘¹⁷⁴ und ‚Neutrales Ergebnis‘¹⁷⁵, Cash-flow¹⁷⁶
- Belegungsdaten, d. h. Auslastungsquote, Bewohner/Pflegestufe und Pflegeetage/Pflegestufe
- Personalkosten/Pflegeetage, Sachkosten/Pflegeetage, Gesamterlöse/Pflegeetage, Über- bzw. Unterdeckung/Pflegeetage
- Instandhaltungskosten/Pflegeetage

aufgenommen.

¹⁷³ Das Pflegesatzergebnis stellt die Aufwendungen (Personalkosten, sonstige Personalkosten, Verpflegung, Strom, Wasser, Brennstoffe, Wirtschaftsbedarf, Leistungen durch fremde Betriebe, Verwaltungsaufwand, medizinischer Bedarf, Steuern, Abgaben und Versicherungen) und Erträge (Erträge aus vollstationärer Pflege und aus Unterkunft und Verpflegung sowie sonstige ordentliche Erträge) aus dem Pflegesatzbereich gegenüber.

¹⁷⁴ Das Investitionskostenergebnis stellt die Aufwendungen (Zinsen und Gebühren, Mieten, Leasing, Erbbauzinsen und Instandhaltung) und Erträge (Erträge aus Investitionskosten und Erträge aus der Auflösung von Sonderposten) des Investitionskostenbereiches gegenüber.

¹⁷⁵ Das Neutrale Ergebnis stellt die neutralen Aufwendungen (Außerordentliche Aufwendungen wie periodenfremde Aufwendungen) und Erträge (Außerordentliche Erträge wie periodenfremde Erträge und Spenden und ähnliche Zuwendungen) gegenüber.

¹⁷⁶ Die vereinfachte indirekte Ermittlung des Cash-flows stellt den Jahresüberschuss zzgl. Abschreibungen und zzgl. Veränderungen der langfristigen Rückstellungen dar.

Die Wirtschaftlichkeit¹⁷⁷ wird über die Bildung von Kennzahlen konkretisiert und bezeichnet im engeren Sinn das Verhältnis von Ertrag und Aufwand oder von Leistungen und Kosten. Kostenrechnungssysteme erfassen und bewerten den Input, Erlösrechnungen den Output. Kurzfristige Erfolgsrechnungen haben Input-Outputbeziehungen zum Gegenstand (vgl. Horváth 1994, S. 140 f.).

Nach REICHMANN werden Kennzahlen als

„... jene Zahlen betrachtet, die quantitativ erfassbare Sachverhalte in konzentrierter Form erfassen.“

(Reichmann 2001, S. 19).

Ein Kennzahlensystem¹⁷⁸ ist

„... eine geordnete Gesamtheit von Kennzahlen, die in einer Beziehung zueinander stehen und so als Gesamtheit über einen Sachverhalt vollständig informieren.“

(Horváth 1994, S. 555).

In der betrieblichen Praxis werden unterschiedliche Kennzahlen eingesetzt, die wie folgt unterschieden werden:

¹⁷⁷ Das wirtschaftliche Handeln unterliegt dem Rationalprinzip, d. h. ein bestimmtes Ergebnis ist durch den Einsatz möglichst geringer Mittel zu erreichen. Auf die Wirtschaft übertragen ist das Wirtschaftlichkeitsprinzip oder ökonomische Prinzip eine spezifische Ausprägung des Rationalprinzips. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip wird in zwei Varianten definiert. Das Maximalprinzip besagt, dass mit einem gegebenen Input ein maximaler Output zu erzielen ist. Das Minimalprinzip besagt, dass ein vorgegebener Output mit einem minimalen Input angestrebt werden muss (vgl. Horváth 1994, S. 139, vgl. Wöhe 1990, S. 1 f.).

¹⁷⁸ Kennzahlensysteme orientieren sich im Rahmen der externen Analyse primär an den Gesichtspunkten ‚Erfolg und Liquidität‘. Kennzahlensysteme zur Analyse des Jahresabschlusses gehen auf das 1919 entwickelte System des Chemiekonzerns DU PONT zurück, an dessen Spitze der Return on Investment (ROI) steht (vgl. Gladen 2003, S. 93ff.).

Das Rentabilitäts-Liquiditäts-Kennzahlensystem (RL-Kennzahlensystem) von REICHMANN/LACHNIT mit den zentralen Größen ‚Erfolg‘ und ‚Liquidität‘ besteht aus einem allgemeinen Teil und einem Sonderteil mit Erfolgs- und Liquiditätskennzahlen. Der allgemeine Teil, der branchenunabhängige Kennzahlen darstellt, besteht aus einem Rentabilitäts- und einem Liquiditätsteil. Im Sonderteil werden firmenspezifische Besonderheiten dargestellt. Der Jahresüberschuss/-fehlbetrag stellt die zentrale Größe des Rentabilitätsteils dar. Die zentrale Steuerungsgröße des Liquiditätsteils sind die liquiden Mittel und der Cash-flow (vgl. Reichmann 2001, S. 32 f.).

- Gliederungszahlen (Anteil einer Größe an einer Gesamtmenge, z. B. Eigenkapitalquote)
- Beziehungszahlen (Beziehung zwischen ungleichartigen Zahlen verschiedener Grundgesamtheiten, z. B. Umsatzrentabilität)
- Indexzahlen (Messzahlen, die eine Zeitreihe bzw. die zeitliche Veränderung von Daten darstellen. Dazu werden die Anfangswerte als Basiswerte gleich 100 gesetzt, z. B. Lohnkostenentwicklung).

(vgl. Horváth 1994, S. 555, vgl. Gladen 2003, S. 16 f.).

Die Vielzahl der generierten Unternehmensdaten soll durch übersichtlich gestaltete Kennzahlen mit hinreichender Genauigkeit und Aktualität als Entscheidungsgrundlage herangezogen werden.

Kennzahlensysteme müssen folgende Anforderungen erfüllen:

- Klarheit
- Einfachheit
- Informationsverdichtung
- Multikausale Analyse
- Objektivität und Widerspruchsfreiheit.

(vgl. Gladen 2003, S. 92).

Zur Standortbestimmung des Hauses A haben die Verfasserinnen in Absprache mit dem Vorstand die Daten des Hauses A an die Bank für Sozialwirtschaft (BFS) übersendet und an dem Betriebsvergleich der BFS teilgenommen.¹⁷⁹ Gleichzeitig wurde mit den Ergebnissen des

¹⁷⁹ Dem Betriebsvergleich, der im Oktober 2004 durchgeführt wurde, lagen die Jahresabschlussdaten der teilnehmenden Einrichtungen aus dem Jahr 2003 zugrunde. Insgesamt haben 359 Alten- und Pflegeeinrichtungen aus dem Bundesgebiet teilgenommen, davon 95 Einrichtungen ohne Zugehörigkeit zu einem Wohlfahrtsverband, 91 Einrichtungen des Diakonischen Werkes, 61 Einrichtungen der Caritas, 60 Einrichtungen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, 37 Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt und 15 Einrichtungen des Deutschen Roten Kreuzes. Aus dem Bundesland Niedersachsen haben 63 Einrichtungen teilgenommen. Von den 359 Einrichtungen befanden sich 128 Einrichtungen in der Kategorie 10-74 Plätze, 137 Einrichtungen in der Kategorie 74-124 Plätze und 94 Einrichtungen verfügten über mehr als 124 Plätze (BFS 2003, S. 28).

Betriebsvergleichs eine Datenbasis geschaffen, die Aussagen zur Vorbereitung auf anstehende Pflegesatzverhandlungen trifft. Die Vorbereitung der Pflegeverhandlungen muss seit dem BSG-Urteil vom 14.12.2000 (Az.: B 3P 19/00 R) unter besonderer Berücksichtigung der regionalen Marktpreise erfolgen. Das Urteil des BSG vom 14.12.2000 fordert die Feststellung der leistungsgerechten Vergütung einer Alten- und Pflegeeinrichtung über Marktpreise. Nur der Marktpreis entscheidet. Spezielle Gestehungskosten, wie z. B. Tarifbindung, finden keine Berücksichtigung mehr. Der externe Marktpreis wird in einem externen Vergleich mit den Einrichtungen in der Region festgestellt. Die in den Vergleich einbezogenen Alten- und Pflegeeinrichtungen müssen die Pflegestandards im Sinne des § 80 SGB XI erfüllen. Das BSG hat auf die konkrete Benennung der relevanten Leistungskriterien für den Preisvergleich verzichtet. Bei fehlender Vergleichbarkeit mit anderen Alten- und Pflegeeinrichtungen werden die heimindividuellen Kosten herangezogen.

Vor diesem Hintergrund kommt der Steuerung über Kennzahlen und der Kenntnis der eigenen Standortbestimmung eine besondere Bedeutung zu.

Die Ergebnisse des Betriebsvergleiches wurden im Rahmen eines Workshops in Haus A im März 2005 von den Verfasserinnen vorgestellt.

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse des Betriebsvergleiches im Überblick dargestellt.

- Die Verteilung der Bewohner auf die Pflegestufen entspricht der durchschnittlichen Verteilung in Niedersachsen.
- Der Einzelzimmeranteil ist mit 100 % in Haus A sehr hoch, die niedersächsischen Pflegeheime haben im Schnitt 69 % Einzelzimmer und 31 % Doppelzimmer.
- Die Personal- und Sachkosten pro Pflegeetag (ohne Instandhaltungskosten, Zinsen, Kosten für Abschreibungen und Energiekosten) der Pflege und Betreuung, der Hauswirtschaft und der Speisenversorgung liegen oberhalb der Vergleichswerte.

- Die durchschnittlichen Personalkosten je Vollzeitstelle für examinierte Altenpfleger liegen deutlich oberhalb des Vergleichswertes.
- Die Durchschnittskosten für Energie und Brennstoffe je Platz und je qm Wohnfläche sind im Vergleich sehr hoch.
- Die Heimentgelte für Pflege befinden sich leicht oberhalb des Durchschnittswertes, der Kostensatz für Unterkunft und Verpflegung ist im Vergleich günstiger und die Investitionskosten liegen deutlich unterhalb des Vergleichswertes.
- Die Mitarbeiterstruktur weist im Vergleich einen sehr hohen Anteil an Teilzeitkräften aus. Das Durchschnittsalter der Mitarbeiter befindet sich oberhalb der angegebenen Vergleichswerte.
- Die vereinbarten Personalschlüssel entsprechen den Personalrichtwerten des Landes Niedersachsen (vgl. § 21 Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege des Landes Niedersachsen Abschnitt III – Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung – nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI).

Die Auswertung hat Vergleichswerte geliefert und kann Anhaltspunkte für Optimierungen geben. Im Personalkostenbereich lässt die Tarifstruktur jedoch keinen nennenswerten Spielraum, so dass mittelfristig die Verhandlung über eine Öffnungsklausel oder eine Notlagenregelung in Betracht kommt. Hinzu kommt, dass die Fluktuationsrate in Haus A sehr gering ist und somit fluktuationsbedingt keine nennenswerten Personalkostensenkungen erreicht werden können.

Die Verfasserinnen haben angeregt, in regelmäßigen Abständen an externen Benchmarks teilzunehmen, um die eigene Position besser einschätzen zu können und auf Verhandlungen gut vorbereitet zu sein.

II. Kundenperspektive

1. Interne Kommunikation mit Bewohnern und Angehörigen

Aufgrund der besonderen Bedeutung der Kommunikation von Mitarbeitern mit Angehörigen und Bewohnern, die in Kapitel B Abschnitt V dargestellt wurde, sind zwei Projekte ausgewählt worden, die sowohl die Kommunikationsqualität der Mitarbeiter mit Bewohnern und Angehörigen als auch die Kommunikationsintensität und -qualität der Bewohner untereinander positiv beeinflussen können.

1.1 Kommunikationstraining

Zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit wurde vom 23. Mai bis 25. Mai 2005 ein dreitägiges Kommunikationstraining durchgeführt, an dem die Heimleitung, die Wohnbereichsleitungen, die Bereichsleitungen des Bereichs Hauswirtschaft, die Beschäftigungstherapeutin und die Verfasserinnen teilnahmen. Das Training wurde von einer externen Trainerin durchgeführt, die von den Verfasserinnen vorgeschlagen und im Rahmen eines Vorstandsworkshops ausgewählt wurde.

Die Transaktionsanalyse, die bereits in Kapitel B Abschnitt III dargestellt wurde, bietet fundierte Kommunikationsgrundlagen, die im Rahmen eines Trainings vermittelt und auf die Praxis übertragen werden können. Da die Transaktionsanalyse sowohl mit Modellen arbeitet, die erklären, weshalb Menschen sich so verhalten, wie sie sich verhalten, als auch mit Modellen, die die Kommunikation zwischen Menschen analysiert, ist sie besonders für die Gestaltung von Veränderungsprozessen im Bereich der Kommunikation geeignet. Die hohe Praxisrelevanz sowie die interaktive Einbindung der Trainingsteilnehmer, die die Methoden der Transaktionsanalyse sehr schnell auf ihre eigene persönliche Situation übertragen und mit Unterstützung der Trainerin Veränderungsmöglichkeiten erkennen und konkrete

Ausgestaltungen erarbeiten, stellen zusätzliche Gründe für die Auswahl des transaktionsanalytischen Trainingsansatzes dar.

Die ausgewählte Trainerin arbeitet seit 1993 mit kommerziellen und nichtkommerziellen Institutionen auf Basis der Transaktionsanalyse.¹⁸⁰

Die Verfasserinnen legten in einem Vorgespräch zusammen mit der Trainerin die Ziele und den Inhalt des Trainings fest.

Als Ziele des Trainings wurden festgelegt:

- 1) Für die Arbeit mit Bewohnern relevante theoretische Grundlagen der Transaktionsanalyse vermitteln
- 2) Übertragung der Grundlagen auf die eigene Person und die Kommunikationssituation mit Bewohnern
- 3) Entwicklung von zusätzlichen Betreuungsangeboten.

Das Training orientierte sich an dem folgenden Aufbau, bei dem theoretische Grundlagen mit praxisorientierten Anwendungsbeispielen ergänzt wurden:

- Ich-Zustände
- Egogramm
- vier Grundeinstellungen
- drei Arten Hunger
- Zuwendungen.

Im Anschluss daran wurden zusätzliche Betreuungsangebote erarbeitet. Der Aufbau des Trainings ist im Anlagenband beigefügt (vgl. Anlage VII, S. 501 f.).

Die theoretischen Grundlagen der Transaktionsanalyse wurden in Kapitel B Abschnitt drei dargestellt, so dass hier die für die Kommunikation mit den Bewohnern relevanten Punkte dargestellt werden.

Die Vermittlung der theoretischen Grundlagen der Ich-Zustände wurde an den Anfang des Trainings gestellt, um die Analyse des eigenen Verhaltens

¹⁸⁰ Frau Grieger-Langer, die das Training durchgeführt hat, ist seit 1993 als selbstständige Persönlichkeitstrainerin und als Coach tätig.

vor diesem Hintergrund zu ermöglichen. Die Trainingsteilnehmer erkannten, dass die Reaktion der Bewohner von ihrem eigenen Verhalten stark beeinflusst wird, und die Gruppe erarbeitete anhand von Beispielen, die von den Trainingsteilnehmern eingebracht wurden, alternative Reaktionsmöglichkeiten. Die Analyse des Ich-Zustandes eines Bewohners ermöglicht dem Mitarbeiter, seine Reaktion darauf gezielt auszurichten. Befindet sich ein Bewohner z. B. im Kindheits-Ich und ist weinerlich, würde eine Reaktion aus dem Eltern-Ich, das sich fürsorglich an das Kind wendet, u.U. dazu führen, dass der Bewohner weiter in dieser Position agiert und die Reaktion aus dem Eltern-Ich des Mitarbeiters die Unzufriedenheit des Bewohners weiter steigert. Eine Reaktion des Mitarbeiters, die sich an das Erwachsenen-Ich des Bewohners richtet, führt hingegen zu einer sachlicheren Gesprächsebene, die es dem Bewohner ermöglicht, selbst eine Lösung zu entwickeln. Die Selbstständigkeit des Bewohners wird auf diese Weise gefördert.

Im Anschluss daran wurde anhand eines Fragebogens (vgl. Kälin/Müri 1989, S. 37 ff.) die Persönlichkeitsstruktur der Trainingsteilnehmer ermittelt, um zu erkennen, welche Ich-Zustände in der eigenen Persönlichkeit besonders stark ausgeprägt sind. Das Ergebnis, das Egogramm, gibt Auskunft darüber, auf Basis welchen Ich-Zustandes ein Mensch handelt. Die Ich-Zustände werden mithilfe einer Umrechnungstabelle in prozentuale Besetzungen der Ich-Zustände übertragen. Beträgt der Unterschied zwischen den Ich-Zuständen mehr als 15 Prozentpunkte, dann wird dieser Ich-Zustand als dominant angenommen. „*Die Dominanz eines Ich-Zustandes selektioniert die Wahrnehmung.*“ (Kälin/Müri 1989, S. 48). In einer Stress-Situation nimmt der Mensch dann nur noch die Signale wahr, die die eigene Haltung rechtfertigen. Liegen die prozentualen Besetzungen der Ich-Zustände eng zusammen, ist ein schneller Wechsel zwischen zwei Ich-Zuständen in einer Stress-Situation wahrscheinlich (vgl. Kälin/Müri 1989, S. 48). Ergänzend zu der Auswirkung der Energiebesetzung der Ich-Zustände in Bezug auf die Kommunikation mit Bewohnern wurde auch die Auswirkung im Verhältnis der Führungskraft zu ihren Mitarbeitern dargestellt.

Die vier Grundpositionen wurden zunächst theoretisch dargestellt und dann um Eigeneinschätzungen der Trainingsteilnehmer ergänzt. Im Anschluss

daran wurde eine Zuordnung der Bewohner zu den vier Grundpositionen vorgenommen. Dieser Prozess verdeutlichte, dass Bewohner sich abhängig von den Mitarbeitern, mit denen sie kommunizieren, sehr unterschiedlich verhalten und dass diese unterschiedliche Reaktion mit einem unterschiedlichen Stimulus oder einer unterschiedlichen Reaktion des Mitarbeiters auf die Äußerung des Bewohners zusammenhängt. Die intensive Auseinandersetzung mit dem Kommunikationsverhalten der Bewohner führte zu einem mitfühlenden Verständnis für die Verhaltensweisen, die teilweise sehr belastend für die Mitarbeiter sind. Vor dem Hintergrund des erarbeiteten Verständnisses ihrer eigenen Kommunikationsstrukturen und der Kenntnis über Kommunikationsalternativen fühlten sich die Trainingsteilnehmer für die Gestaltung einer beziehungsfördernden Kommunikation mit den Bewohnern besser vorbereitet.

Bei dieser Übung wurde der Effekt der intensiven Beschäftigung mit den Kommunikationsstrukturen der Bewohner deutlich, da die Trainingsteilnehmer in der Lage waren, auch Bewohner, die sie aufgrund ihres abweisenden Verhaltens bisher wenig beachtet hatten, in einem neuen Zusammenhang zu sehen und sich damit auseinanderzusetzen, wie die Zufriedenheit dieser Bewohner verbessert werden kann.

Die Darstellung der drei Hunger – Stimulus-, Zuwendung- und Strukturhunger – verdeutlichte, dass die Bedürfnisse der Bewohner stark differieren. Nach BERNE basieren die drei Arten von Hunger auf dem Bedürfnis, Zeit zu strukturieren (vgl. Berne 2004, S. 38). Bewohner mit starkem Strukturhunger brauchen Regelmäßigkeit, Ordnung und Anleitung, um sich wohlfühlen. Die Kenntnis über einen bestimmten Tagesablauf z. B. gibt ihnen die Sicherheit, die sie benötigen. Bewohner mit starkem Stimulushunger benötigen körperliche und seelische Stimulation entweder durch Sinneseindrücke, wie sehen, schmecken, fühlen, oder durch die Beschäftigung mit anderen Menschen. Der Zuwendungshunger ist bewohnerspezifisch unterschiedlich stark ausgeprägt und wird durch menschlichen Kontakt, durch das Wahrgenommenwerden durch einen anderen befriedigt. Wird der Zuwendungshunger nicht befriedigt, wird das

Bedürfnis dominant und der Bewohner konzentriert sich auf Verhaltensweisen, die Zuwendung erzwingen, positive wie negative. Zuwendungen, die dieses Verhalten verändern können, sind die Anerkennung der Person, Feedback, Anerkennung oder Lob für bestimmte erwünschte Verhaltensweisen. In der Übung zu diesem Punkt wurde auch der Umgang der Trainingsteilnehmer mit Zuwendung erarbeitet sowohl im Umgang mit Bewohnern als auch mit Mitarbeitern und im privaten Leben.

Am letzten Trainingstag wurden zusätzliche Betreuungsangebote erarbeitet und den Bewohnern zugeordnet. Die Vorgehensweise und die Ergebnisse werden im Abschnitt III dargestellt. Das Ziel für die Erarbeitung zusätzlicher Betreuungsangebote lag darin, zusätzliche Ansatzpunkte für die Kontaktverbesserung der Bewohner untereinander zu schaffen. Die Beobachtung der Mitarbeiter und die Ergebnisse der Bewohnerbefragung verdeutlichten, dass die Bewohner nur wenige Bekannte in der Einrichtung gefunden haben. Ohne Anregung und Unterstützung durch die Mitarbeiter sind die Bewohner nur in Ausnahmefällen in der Lage, Kontakte zu anderen Bewohnern aufzubauen.

Zum Abschluss des Trainings fand eine Feedbackrunde statt, in der die Trainingsteilnehmer bestätigten, dass sie sowohl über ihr eigenes Kommunikationsverhalten als auch über die Wechselwirkung ihrer Kommunikation mit Bewohnern viele neue Aspekte erfahren haben, die sie in ihrem zukünftigen Arbeitsalltag einsetzen können, um die Kommunikationsqualität deutlich zu verbessern. Die gewonnenen Erkenntnisse können ebenfalls für die Kommunikation mit Angehörigen eingesetzt werden und auch in dieser Beziehung Kommunikationsverbesserungen erreichen. Darüber hinaus waren sich die Trainingsteilnehmer einig, dass die entwickelten Betreuungsangebote dazu beitragen können, die Kontakte der Bewohner untereinander zu intensivieren.

Aufgrund des limitierten Budgets konnte das Kommunikationstraining nur für die Führungskräfte durchgeführt werden. Die Vermittlung der Inhalte an die Mitarbeiter erfolgte in den Teambesprechungen.

Die Erfolgsmessung des Kommunikationstrainings erfolgt durch die Veränderung der Bewertungen der Items

- ‚Ich/mein Angehöriger habe/hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.‘
- ‚Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.‘

in der zweiten Befragung von Bewohnern und Angehörigen im Vergleich Haus A zu Haus B.

1.2 Beschwerdemanagement

Die Bewertung des Items

- ‚Meine Beschwerden werden ernst genommen.‘

erreichte sowohl in der Bewohner- als auch Angehörigenbefragung eine sehr gute Bewertung. Da die Korrelationsanalyse mit der Gesamtzufriedenheit ergab, dass die Bearbeitung von Beschwerden bei Angehörigen hoch korreliert, wurde im Rahmen der Projekte der Kundenperspektive besondere Bedeutung auf diesen Punkt gelegt.

Beschwerden spiegeln *„... eine subjektive Unzufriedenheit mit den Leistungen des Dienstleisters wider.“* (Bruhn 2004, S. 141) wobei nicht jede Beschwerde den relevanten Problembereich vollständig umfassen muss und nicht jeder Mangel zu einer Beschwerde führt (vgl. Bruhn 2004, S. 141). Die Analyse der Beschwerden ermöglicht eine Identifizierung von problematischen Bereichen innerhalb des Dienstleistungserstellungsprozesses und kann zur Verbesserung der Dienstleistungsqualität genutzt werden.

Nach BRUHN ist ein systematisches Beschwerdemanagement das zentrale Instrument der externen Qualitätsprüfung, da die Informationen aus den von den Kunden vorgebrachten Beschwerden wichtige Hinweise auf Qualitätsdefizite und so Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Dienstleistungsqualität geben können (vgl. Bruhn 2004, S. 246). Darüber hinaus

„... kann eine für den Kunden zufriedenstellende Beschwerdebearbeitung (z. B. Entschuldigungen, rasche Nachforschung bzgl. Belegen, Schadenersatz) sogar zu einer höheren Kundenbindung führen, wenn sich der Kunde bei dieser Filiale auch bei Problemen „gut aufgehoben“ fühlt.“

(Bruhn 2004, S. 246).

Für schriftliche Beschwerden steht ein speziell dafür vorgesehener Beschwerdebriefkasten zur Verfügung. Die Erfahrung zeigte jedoch, dass die Anzahl der schriftlichen Beschwerden sehr gering war, die Anzahl der mündlich vorgetragenen Beschwerden jedoch um ein Vielfaches höher. Vor diesem Hintergrund wurde vereinbart, dass alle mündlichen Beschwerden von dem Mitarbeiter, der die Beschwerde erhält, in das Beschwerdeformular übertragen werden, damit eine Dokumentation aller Beschwerden möglich ist. Die Beschwerden werden pro Quartal durch die Heimleitung analysiert, um festzustellen, ob es eine Häufung bestimmter Beschwerden gibt und eine grundsätzlich andere Lösung anzustreben ist. Wird z. B. die Qualität der externen Wäscherei häufig bemängelt, wird zunächst versucht, die Fehlerquellen in dieser Wäscherei zu beheben. Führt das nicht zu der gewünschten Qualitätsverbesserung, wird eine andere Wäscherei ausgewählt. Grundsätzliche Veränderungen, wie der Wechsel einer Wäscherei, die auf Basis der Bewohner- oder Angehörigenbeschwerden durchgeführt werden, werden zukünftig am Schwarzen Brett der Einrichtung veröffentlicht, so dass für alle nachvollziehbar eine Reaktion auf die Beschwerden dokumentiert wird.

Die Bewertung der Wirksamkeit der optimierten Beschwerdenerfassung wird an den Veränderungen der Befragungsergebnisse der zweiten Befragung gemessen. Das Item ‚Meine Beschwerden werden ernst genommen‘ wurde in der ersten Befragung von den Bewohnern von Haus A mit einem Mittelwert von 1,7 und in Haus B von 1,5 (kein signifikanter Unterschied) bewertet. Die Angehörigen in Haus A haben das Item mit einem Mittelwert von 1,9 bewertet und in Haus B mit 1,4 (kein signifikanter Unterschied). Wenn die Zweitbefragung einen signifikanten Unterschied zur Ausgangssituation ergibt, wird die Wirksamkeit dieser Intervention bestätigt.

2. Externe Kommunikation

Im Rahmen der externen Kommunikation wurden zwei Projekte ausgewählt, die das Image des Hauses A als Qualitätsführer in der Region etablieren und ausbauen sollen. Die fokussierte Öffentlichkeitsarbeit ist eine geeignete Maßnahme, um dieses Ziel zu erreichen. Darüber hinaus wurde der Hausprospekt neu gestaltet, der im direkten Kundenkontakt die Leistungsfähigkeit des Hauses A darstellt und somit zur Erreichung einer 100 %igen Auslastung beitragen kann. Darüber hinaus wurde die Erarbeitung eines Internet-Auftritts für das Haus A angeregt.

2.1 Öffentlichkeitsarbeit

Wie bereits in Kapitel B Abschnitt V dargestellt, ist die Kommunikation einer Alten- und Pflegeeinrichtung mit der Öffentlichkeit besonders wichtig, da die angebotene Dienstleistung ein Vertrauensgut darstellt, für das im Rahmen einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit ein positives Image aufgebaut werden kann. MEFFERT/BRUHN weisen darauf hin, dass der Aufbau von Vertrauen für eine Dienstleistung eine besondere Bedeutung hat, da der Mund-zu-Mund-Kommunikation besondere Glaubwürdigkeit zugesprochen wird (vgl. Meffert/Bruhn 2000, S. 376).

Öffentlichkeitsarbeit wird definiert als

„... das Management der Kommunikation von Organisationen mit deren Bezugsgruppen wie Journalisten, Nachbarn, Aktionären, Behörden, Verbänden oder kritischen Gruppen.“

(Herbst 1998, S. 57).

Ziel der Öffentlichkeitsarbeit des Hauses A ist der Aufbau und die Festigung ihres Images als Qualitätsführer in der Region.

Für die Kommunikation einer Alten- und Pflegeeinrichtung mit der Öffentlichkeit können neben Veröffentlichungen in der örtlichen Tagespresse

Veranstaltungen wie Sommerfeste, Informationstage, Organisation von Vorträgen und Veranstaltungen für Angehörige angeboten werden (vgl. Nieschlag/Dichtl/Hörschgen1997, S. 538).

Die Veröffentlichungen in der örtlichen Tagespresse können i. d. R. mit den Journalisten besprochen werden, die häufig auch bereit sind, die Einrichtung zu besuchen, um in einem persönlichen Gespräch die Informationen für den Artikel zu sammeln und Fotos zu machen. Im Rahmen dieser Studie wurde die Tageszeitung für die Veröffentlichung der Befragungsergebnisse der ersten und zweiten Befragung eingesetzt. In persönlichen Gesprächen mit dem Journalisten konnten die Heimleitung und die Verfasserinnen die Ziele, Inhalte und Befragungsergebnisse vorstellen und einen Vorschlag für den zu veröffentlichenden Presstext einreichen. Die Veröffentlichungen erfolgten im Lokalteil der Zeitung.

Für die Veröffentlichungen des laufenden Jahres wurde eine Themenübersicht erstellt, die der Redaktion zur Verfügung gestellt wurde. Als Themen wurden u.a. aktuelle Veranstaltungen in der Einrichtung, besondere Betreuungsangebote, Weiterbildungsmaßnahmen und Geburtstage der Bewohner vorgeschlagen.

Um das Image des Hauses A als Qualitätsführer in der Region aufzubauen und zu festigen, wurde darüber hinaus vereinbart, dass der Schwerpunkt der Veröffentlichungen auf Maßnahmen gelegt wird, die zur kontinuierlichen Verbesserung der Dienstleistungsqualität durchgeführt werden. Die Auswahl dieses Themenschwerpunktes für die Öffentlichkeitsarbeit ist im Wettbewerbsumfeld neu, da die Wettbewerber ausschließlich klassische Themen wie Geburtstage und Veranstaltungen der Einrichtung auswählen. Die Positionierung des Hauses A im Bewusstsein der Öffentlichkeit als eine Einrichtung, die sich in besonderem Maße mit dem Thema der Dienstleistungsverbesserung beschäftigt, kann das Image des Hauses A nachhaltig verbessern. Ein weiterer Vorteil der Fokussierung der Kommunikation auf ein Thema ist die Möglichkeit, dieses Thema im Bewusstsein der Öffentlichkeit nachhaltig mit der Einrichtung zu verbinden, so dass Vertrauen zu der Einrichtung aufgebaut werden kann, das zu einer Präferenzbildung führt.

Nach DOMIZLAFF ist eine Voraussetzung für die Bildung einer Marke die Wiedererkennbarkeit sowohl des Produktes oder der Dienstleistung als auch ihrer Kommunikation (vgl. Domizlaff 1992, S. 37 ff.). Die konsequente Ausrichtung der Öffentlichkeitsarbeit auf ein Thema stellt daher eine Facette der Markenbildung für das Haus A dar.

Die Erfolgsmessung der Öffentlichkeitsarbeit erfolgt durch die Anzahl der Veröffentlichungen in der Tageszeitung und durch die von den Mitarbeitern wahrgenommene Häufigkeit der Erwähnung des Hauses A/B in der Presse. In der ersten Befragung bewerteten die Mitarbeiter das Item:

- , Das Haus A/B wird häufig positiv in den Medien erwähnt.'

mit einem Mittelwert von 2,0 (Haus A) und 2,1 (Haus B).

2.2 Hausprospekt

Für Alten- und Pflegeeinrichtungen stellt der Hausprospekt die Möglichkeit dar, potenziellen Kunden einen Überblick über das Dienstleistungsangebot zu vermitteln und die Einrichtung darzustellen. Der Hausprospekt ist daher ein wichtiges Instrument für die Kundengewinnung und kann als Auslage bei Ärzten, Kirchen, Sozialämtern und Informationsveranstaltungen eingesetzt werden. Darüber hinaus eignet sich ein Hausprospekt für den Versand an interessierte Kunden.

Da der Hausprospekt des Hauses A seit über zehn Jahren im Einsatz ist, wurde eine Überarbeitung und Neuauflage im Rahmen eines Vorstandsworkshops beschlossen. Das Ziel der Überarbeitung des Hausprospektes ist es, potenziellen Kunden einen guten Überblick über das Dienstleistungsspektrum des Hauses zu vermitteln und so Neukunden zu gewinnen, um eine 100 %ige Auslastung sicherzustellen.

Die Verfasserinnen entwickelten einen neuen Hausprospekt, der sich inhaltlich an den Erkenntnissen aus den Befragungen orientierte.

Im ersten Schritt wurde ein Slogan entwickelt. Ein Slogan „... ist die in einen Satz zusammengefaßte Kernaussage zum Absender.“ (Pepels 1998, S. 644)

und ist optisch in der Nähe des Logos angeordnet, „... weil beide gemeinsam die Verdichtung von Werbebotschaft und Absender darstellen.“ (Pepels 1998, S. 644). Ein Logo „... faßt als merkfähiges Zeichen die Absender-signalisation des Werbetreibenden zusammen. Es kann sich um ein Wort-, Zahlen-, Bild- oder kombiniertes Wort-Bild-Zeichen handeln.“ (Pepels 1998, S. 644).

Für die Entwicklung des Slogans wurde das USP des Hauses A, der als hohe Pflege- und Betreuungskompetenz mit einem fürsorglichen Touch identifiziert wurde, in einen merkfähigen Satz übertragen, der die besondere Leistung des Hauses A glaubwürdig und prägnant zum Ausdruck bringen soll. Im Rahmen eines Vorstandswshops wurde entschieden, den Vorschlag der Verfasserinnen, den Slogan

„Wir sind für Sie da! Kompetente und fürsorgliche Pflege im Alter.“

mit dem Absender des Hauses A, der aus einem Schriftzug und einer Figur besteht, zu verbinden. Die Analyse der Slogans, die von Wettbewerbern eingesetzt werden, ergab, dass keine Einrichtung einen vergleichbaren Slogan einsetzt bzw. dass viele Einrichtungen keinen Slogan verwenden.

Der Hausprospekt wurde nach folgenden Punkten gegliedert:

- Leitbild
- Pflegekonzept
- Informationen zum Dienstleistungsangebot des Hauses A

Zuhause im Grünen

Familiäre Atmosphäre

Lebendige Gemeinschaft

Essen in geselliger Runde

Unser Mitarbeiterteam

Ihr Leben in Haus A.

Die Preisübersicht wurde als Einlegeblatt vorgesehen, um bei i. d. R. jährlichen Veränderungen der Preise nur das Einlegeblatt neu drucken zu müssen.

Die Verfasserinnen führten ein Briefinggespräch mit einer Grafikerin durch und formulierten die Texte. Als Vorgabe für die Gestaltung wurden der Umfang des Hausprospekts, die Schriftgröße, die zeitgemäße farbliche Gestaltung und die Integration von Bildern festgelegt. Das gestaltete Layout des Hausprospekts mit dem gestalteten Slogan wurde im Vorstandsworkshop vorgestellt und nach internen Diskussionen und Anregungen für Textergänzungen im August 2006 gedruckt.

Die Wirksamkeit des Hausprospektes wird an der Erreichung der angestrebten Auslastung von 100 % gemessen.

2.3 Internet-Auftritt

Da die Internet-Nutzung älterer Menschen kontinuierlich zunimmt, stellt das Internet eine wichtige Informationsquelle auch für die Auswahl von Alten- und Pflegeeinrichtungen dar.¹⁸¹ Vor diesem Hintergrund empfahlen die Verfasserinnen einen Internet-Auftritt für das Haus A zu entwickeln, der sich am Aufbau des Hausprospekts orientiert. Dieser Vorschlag wurde aufgegriffen, konnte aber aufgrund begrenzter Budgetmittel zunächst nicht realisiert werden. Die Analyse der bestehenden Internet-Auftritte der Wettbewerber ergab, dass ein Wettbewerber über einen Internet-Auftritt verfügt und dass der Internet-Auftritt eines zweiten Wettbewerbers aktuell überarbeitet wird. Die weiteren Wettbewerber verfügen über keinen eigenen Internet-Auftritt.

¹⁸¹ Gemäß einer Befragung von 1.000 Personen der Generation 50 plus (Split: 55 % Frauen, 45 % Männer – Altersgruppen bis 64 Jahre und ab 65 Jahre) nutzen 3 % der Personen über 50 Jahre das Internet als Informationsquelle. In der Gruppe 50 – 64 Jahre sind es bereits 11 % (vgl. Thiele 2004, S. 18).

III. Prozessperspektive

1. Teambesprechungen

In Haus A haben in der Vergangenheit in unregelmäßigen Abständen Abteilungsleitungs- und Teambesprechungen stattgefunden. Die Ergebnisse wurden nur teilweise schriftlich fixiert.

Im Rahmen des BSC-Prozesses wurde deutlich, dass regelmäßige Abteilungsleitungsgespräche notwendig sind. Dieses Forum gibt dem Heimleiter die Gelegenheit, mit allen verantwortlichen Mitarbeitern aktuelle Vorkommnisse aus den einzelnen Bereichen zu besprechen, Probleme zu diskutieren, Lösungen zu erarbeiten und über Entscheidungen des Vorstandes zu informieren. Die Gespräche sollen in einem kurzen Ergebnisprotokoll schriftlich festgehalten werden. Die Ergebnisse dieser Abteilungsleitungsbesprechungen werden in den Teambesprechungen von den jeweiligen Bereichsleitern vorgestellt. Darüber hinaus werden in den Teambesprechungen bereichsspezifische Themen (Urlaubsplanung, Dienstplanbesprechung) bearbeitet. Die Ergebnisse der Teambesprechungen sollen ebenfalls in einem Ergebnisprotokoll vermerkt werden. Diese Protokolle sind in den Wohnbereichen so aufzubewahren, dass alle Mitarbeiter diese Unterlagen einsehen können. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass alle Mitarbeiter, insbesondere auch die Nachtwachen, über den gleichen Informationsstand verfügen. Darüber hinaus wurde verabredet, in den Wohnbereichen im Abstand von drei Wochen eine Teambesprechung und mit den Abteilungsleitungen im Abstand von zwei Wochen eine Abteilungsleitungsbesprechung durchzuführen

Da das für die Erfolgsmessung vorgesehene Item

- ‚In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt.‘

in der ersten Mitarbeiterbefragung einen signifikanten Unterschied zwischen Haus A (Mittelwert 1,7) und Haus B (Mittelwert 2,3) ergeben hat, ist eine

Überprüfung der Wirksamkeit der durchgeführten Intervention durch die Zweitbefragung nicht möglich.

2. Pflegevisite, Pflegestandards und MDK-Prüfung

Die Pflegevisite wird von der Pflegedienstleitung bzw. von Pflegefachkräften, die über entsprechende organisatorische und soziale Kompetenz verfügen, als Besuch beim Bewohner durchgeführt. Mit der Pflegevisite können folgende Ziele erreicht werden:

- Einbeziehung der Bewohner und/oder Angehörigen in die Planung und Bewertung der Pflege
- Kompetente Beratung des Bewohners und damit Entscheidungsunterstützung in Bezug auf Pflegemaßnahmen durch die Pflegefachkraft
- Erhöhung der Transparenz des Pflegeprozesses und bedingt dadurch Steigerung der Bewohner- und/oder Angehörigenzufriedenheit
- Systematische Reflexion der Arbeit der examinierten Pflegekräfte
- Anpassung der Pflegeziele und -maßnahmen
- Optimierung der Arbeits- und Organisationsabläufe
- Evaluation des Implementierungsgrades von Konzepten, Standards und durchgeführten Fortbildungen
- Ermittlung der pflegerischen Leistungsqualität und Möglichkeit, den Mitarbeitern Feedback zu ihrer Leistung zu geben
- Ermittlung der Pflegeintensität und Anpassung der Einsatz- und Personalplanung.

(vgl. MDS 2005 b, Punkt 6.4, S. 35).

In Haus A wurden in der Vergangenheit unregelmäßig Pflegevisiten durchgeführt. Im Rahmen des BSC-Prozesses wurde deutlich, dass dieses Planungs- und Bewertungsinstrument sowohl bewohner- als auch

mitarbeiterorientiert eingesetzt werden kann und dadurch die BSC-Zielsetzungen ‚Kernprozess Pflege optimieren‘ und ‚Aufbau einer Mitarbeiterfeedback-Kultur‘ unterstützen kann. Es wurde verabredet, bei jedem Bewohner einmal jährlich eine Pflegevisite durchzuführen, die Ergebnisse zu dokumentieren und dem für den Bewohner verantwortlichen Mitarbeiter ein Feedback und ggfs. Unterstützung zu geben. Die Pflegevisite wird auf der Grundlage einer gemeinsam verabredeten Verfahrensanweisung von der Pflegedienstleitung und den Wohnbereichsleitungen durchgeführt.

Die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege – 10. November 2005 – hat die Empfehlung zur MDK-Anleitung, die am 7. Juni 2000 (vgl. MDS 2000) vom MDS-Vorstand beschlossen wurde, zum 1. Januar 2006 abgelöst (vgl. MDS 2005b). Die MDK-Anleitung enthält Aussagen zu den Grundlagen der Qualitätsentwicklung, zum beratungsorientierten Prüfansatz und zum Verfahrensablauf. Der Verfahrensablauf ist unterteilt in die Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität)¹⁸² und in die Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität).¹⁸³

In Haus A hat 2005 die erste MDK-Prüfung nach den Kriterien der MDK-Anleitung vom 7. Juni 2000 stattgefunden. Im Ergebnis wurden keine Mängel festgestellt, jedoch die Überarbeitung der vorhandenen Standards gefordert.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung wurde bewertet, ob die relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP berücksichtigt wurden. Ein Pflegestandard ist „... *ein qualifiziertes Niveau pflegerischer Versorgung für alle Klienten, wie vom Pflegeprozess vorgegeben.*“ (Francis/Bottrell 2001,

¹⁸² Der Erhebungsbogen zur Prüfung der Einrichtung ist in folgende Unterpunkte gegliedert: 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung, 2. Allgemeine Angaben, 3. Aufbauorganisation Personal, 4. Ablauforganisation, 5. Konzeptionelle Grundlagen, 6. Qualitätsmanagement, 7. Pflegedokumentationssystem, 8. Hygiene, 9. Verpflegung, 10. Soziale Betreuung (vgl. MDS 2005b).

¹⁸³ Der Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner ist in folgende Unterpunkte gegliedert: 11. Allgemeine Angaben, 12. Bewohnerzufriedenheit, 13. Ist-Erhebung der Pflegesituation unter Berücksichtigung der aktuellen Pflegedokumentation, 14. Umsetzung des Pflegeprozesses und Pflegedokumentation, 15. Behandlungspflege, 16. Bewohnerbezogene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität, 17. Sonstiges (vgl. MDS 2005b).

S. 201). Haus A führt Maßnahmen der internen Qualitätssicherung durch.¹⁸⁴ In Qualitätszirkeln, unter der Leitung der Pflegedienstleitung, wurden folgende Standards auf der Grundlage des Deutschen Netzwerkes für Qualitätssicherung in der Pflege neu überarbeitet:

- a) Dekubitusprophylaxe in der Pflege (vgl. DNQP 2004)
- b) Sturzprophylaxe in der Pflege (vgl. DNQP 2006a)
- c) Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (vgl. DNQP 2006b).

Weitere Standards, wie Dehydrationsprophylaxe, Umgang mit Arzneimitteln und Mangelernährung, wurden ebenfalls in Qualitätszirkeln überarbeitet.¹⁸⁵ Die Wirkungsmessung der Standards erfolgt über die Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Alle für das Haus A überarbeiteten Standards stehen den Pflegefachkräften als Arbeitsgrundlage in den Wohnbereichen zur Verfügung.

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Servicegesellschaft des Diakonischen Werkes wurde zwischen dem Vorstand des Hauses A und dem zuständigen Qualitätsmanagementbeauftragten¹⁸⁶ der Servicegesellschaft vereinbart, einmal jährlich eine simulierte MDK-Prüfung durchzuführen. Diese simulierte MDK-Prüfung wird mit dem Ziel durchgeführt, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Pflege zu überprüfen und die Mitarbeiter auf MDK-Prüfungen vorzubereiten. Die Einrichtung erhält nach Abschluss der Prüfung einen schriftlichen Bericht in Form einer Gesamtbewertung sowie eine Detailbewertung der vorgefundenen Mängel, die dann in den Qualitätszirkeln bearbeitet werden.

¹⁸⁴ Zu den Maßnahmen der internen Qualitätssicherung gehören die Einrichtung von Qualitätszirkeln, Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten, Mitwirkung an Qualitätskonferenzen und Assessmentrunden sowie Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung (vgl. Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Punkt 4.1).

¹⁸⁵ ABRAHAM et al. haben Pflegestandards für die Versorgung alter Menschen veröffentlicht (vgl. Abraham et al. 2001).

¹⁸⁶ Der Qualitätsmanagementbeauftragte der Servicegesellschaft führt die Prüfung mit einer Pflegedienstleitung einer anderen Alten- und Pflegeeinrichtung dieses Diakonischen Werkes durch. An diesen gegenseitigen internen Prüfungen nehmen insgesamt acht Alten- und Pflegeeinrichtungen teil.

3. Konzept Beschäftigungstherapie

Die Pflegequalität ist für Bewohner einer Alten- und Pflegeeinrichtung von besonderer Bedeutung, jedoch ist der sozialen Betreuung ein ebenso hoher Stellenwert beizumessen. Angebote der sozialen Betreuung sind auf die Bedürfnisse der Bewohner anzupassen. Haus A verfügt über eine Beschäftigungstherapeutin als Vollzeitkraft und darüber hinaus über einen festen Kreis ehrenamtlicher Mitarbeiter. Die Koordination der ehrenamtlichen Mitarbeiter obliegt der Beschäftigungstherapeutin. Die beschäftigungstherapeutischen Angebote stehen den Bewohnern als Einzel- und Gruppenangebote zur Verfügung. Die Information zu den Angeboten, z. B. Bingo, Gymnastik, Werken, Besuch der Therapiehunde finden die Bewohner am Schwarzen Brett in den Wohnbereichen. Jahreszeitliche Feste und der rege Austausch mit dem Seniorenkreis der Kirchengemeinde gehören zum Angebot der Beschäftigungstherapie.

Ein Schwerpunkt des vom 23. Mai bis 25. Mai 2005 durchgeführten externen Kommunikationstrainings war es, die Angebote der Beschäftigungstherapie auf die Bewohnerbedürfnisse hin zu überprüfen. Zunächst wurde ein Brainstorming mit allen Teilnehmern zum Thema ‚bewohneraktivierende Maßnahmen‘ durchgeführt. Die erarbeiteten Vorschläge wurden geclustert, in tägliche Aktivitäten, wöchentliche Aktivitäten, Projekte und Feste. Daraufhin wurden alle Bewohner, unter Berücksichtigung ihrer individuellen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bedürfnisse, den Aktivitäten zugeordnet. In die Überlegungen wurde einbezogen, dass der Bewohnerkreis der demenziell erkrankten Bewohner tägliche tagesstrukturierende Maßnahmen benötigt. Gleichzeitig wurden für die Durchführung dieser Angebote Verantwortliche¹⁸⁷ und der Starttermin festgelegt.

Die folgende Abbildung stellt die erarbeiteten Aktivitäten dar.

¹⁸⁷ Für die Durchführung der Angebote wurden neben der Beschäftigungstherapeutin auch der Heimleiter, die Pflegedienstleitung, die Wohnbereichsleitungen und die ehrenamtlichen Mitarbeiter eingeplant.

Bewohneraktivitäten	Teilnehmende Bewohner	Verantwortlicher Mitarbeiter	Starttermin und Rhythmus
Tägliche Aktivitäten			
Kalenderspruch zum Frühstück vorlesen			
Lied vorlesen bei demenziell erkrankten Bewohnern			
Post verteilen			
Lesekreis (Tagespresse)			
„Kaffeeklatsch“			
Wöchentliche Aktivitäten			
Blumen gießen in den Gemeinschaftsräumen			
Kuchen backen			
Spielnachmittag			
Fernsehen (Sonntagsgottesdienst)			
Projekte			
Kräutergarten			
Hauszeitung – Rezepte, Fotos, Gedichte			
Handarbeitsgruppe			
Feste			
Geburtstagskalender (Schmuckblatt)			
Wunschessen zum Geburtstag			
Geburtstag (Frühstückstisch, Dekoration, Chor, Gedicht, Kuchen, Blumen)			
Organisation Sommerfest			
Fotos Sommerfest			

Abb. L-1: Beschäftigungstherapeutische Angebote
Quelle: Eigendarstellung

Ergänzend dazu wird eine Leistungsstatistik entwickelt, die Auskunft über die Anzahl der Teilnehmer in den einzelnen Angeboten gibt und die Auslastungsquote der Angebote ausweist.

Die Erarbeitung von zusätzlichen Betreuungsangeboten stellt darüber hinaus die Basis dar, auf der der Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiter intensiviert werden kann, wie als eines der Ziele der Kundenperspektive verankert.

Die Erfolgsmessung der Ausweitung des beschäftigungstherapeutischen Angebotes erfolgt anhand der Veränderung der Bewertung des Items aus der Bewohner- und Angehörigenbefragung

- ‚Ich/Mein Angehöriger bin/ist mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.‘

Die erste Bewohnerbefragung im Haus A ergab einen Mittelwert von 2,0 und einen Mittelwert von 2,2 in Haus B. Die Angehörigen bewerteten diese Frage im Haus A mit einem Mittelwert von 2,1 und in Haus B mit einem Mittelwert von 1,8.

IV. Lern- und Entwicklungsperspektive

1. Mitarbeiterfeedbackgespräche

Im Rahmen der Entwicklung der Qualitätsstrategie für das Haus A wurde deutlich, dass aufgrund der Bedeutung der Beziehung der Mitarbeiter zu den Bewohnern und deren Integration in den Prozess der Dienstleistungserstellung ein Instrument notwendig ist, das die gezielte Verhaltensbeeinflussung der Mitarbeiter ermöglicht, um eine möglichst standardisierte Betreuungsqualität zu erreichen. Mitarbeiterfeedbackgespräche, die das Ziel verfolgen, die Motivation der Mitarbeiter zu erhöhen, stellen die Basis für eine gezielte Förderung und Entwicklung der Mitarbeiter bezüglich ihrer fachlichen Qualifikationen dar (vgl. Hothum 2004, S. 32). Da das Haus A bisher keine Mitarbeiterfeedbackgespräche durchgeführt hat, wurde im Rahmen eines Vorstandsworkshops entschieden, Mitarbeiterfeedbackgesprächsbögen speziell für das Haus A zu entwickeln und diese Gespräche zukünftig einmal jährlich durchzuführen.

Die Verfasserinnen vereinbarten ein Vorgespräch mit der Trainerin, die bereits das Kommunikationstraining durchgeführt hat, und entwickelten die Struktur für den Workshop.¹⁸⁸

¹⁸⁸ Für das Training wurde Frau Grieger-Langer ausgewählt, weil sie durch ihre Arbeit als Coach bereits seit 1993 über fundierte Erfahrungen im Bereich der Entwicklung und Durchführung von Mitarbeiterfeedbackgesprächen verfügt. Da der Teilnehmerkreis des zweiten Trainings ebenfalls an dem Kommunikationstraining teilgenommen hatte, konnte das Training zusätzlich auf der Basis der vermittelten transaktionsanalytischen Kenntnisse aufbauen.

Als Ziele für den Workshop wurde festgelegt:

- 1) Vermittlung der theoretischen Grundlagen für Mitarbeiterfeedbackgespräche
- 2) Entwicklung eines speziell auf die Bedürfnisse des Hauses A zugeschnittenen Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogens
- 3) Training von Mitarbeitergesprächen.

An dem zweitägigen Training, das am 20. und 21. Juni 2005 stattfand, nahmen die Heimleitung, die Wohnbereichsleitungen, die Bereichsleitung des Bereichs Hauswirtschaft und die Verfasserinnen teil.

Aufgrund des engen zeitlichen Rahmens für das Training, das die komplette Entwicklung eines Feedbackbogens nicht ermöglichte, wählten die Verfasserinnen zusammen mit der Trainerin zehn Oberpunkte für den Feedbackbogen aus, die bereits ausformuliert und mit einer Bewertungsskala als Input für das Training vorbereitet wurden. Im Rahmen des Trainings wurden diese Items vorgestellt, diskutiert und die für das Haus A wichtigen Items ausgewählt.

Für das Training wurde die folgende Struktur gewählt:

Erster Tag

- Vermittlung des theoretischen Hintergrunds für Mitarbeiterfeedbackgespräche
- Entwicklung des Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogens für das Haus A.

Zweiter Tag

- Training von Mitarbeitergesprächen mit dem erarbeiteten Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogen.

Der Trainingsaufbau ist im Anlagenband beigefügt (vgl. Anlage VIII, S. 503). Das Training begann am ersten Tag mit der Erfassung der Erwartungshaltung der Trainingsteilnehmer sowie ihrer Erfahrungen mit Mitarbeiterfeedbackgesprächen. Keiner der Trainingsteilnehmer des Hauses

A verfügte über Erfahrungen mit einem strukturierten Mitarbeiterfeedbackgespräch, alle Teilnehmer wünschten sich aber ein Instrument, das es ihnen ermöglicht, ihren Mitarbeitern gezielt Feedback zu der wahrgenommenen Arbeitsleistung zu geben. Alle Trainingsteilnehmer des Hauses A gaben situationsspezifisch Feedback zu Arbeitsleistungen, allerdings weder auf regelmäßiger Basis noch auf einer Basis, die eine gezielte Mitarbeiterförderung möglich machte. Deutlich wurde, dass ein Instrument, das ein strukturiertes und gezieltes Mitarbeiterfeedback ermöglicht, von allen Trainingsteilnehmern gewünscht und als sinnvoll eingeschätzt wurde.

Das Mitarbeiterfeedbackgespräch, das zukünftig einmal im Jahr geführt werden soll, stellt eine Ergänzung zu den situationsspezifischen Feedbacks dar, die auch weiterhin als Mitarbeiterführungsinstrument eingesetzt werden sollen.

Folgende theoretischen Grundlagen für ein Mitarbeiterfeedbackgespräch wurden vermittelt:

- Vorbereitung der Mitarbeitergespräche:
 - Einladung der Mitarbeiter zwei Wochen vor dem Gespräch
 - Mitarbeiter erhalten den Mitarbeiterfeedbackbogen zusammen mit der Gesprächseinladung, um eine Eigeneinschätzung vorzunehmen, die dann mit der Bewertung des Vorgesetzten verglichen wird
 - Ausreichend Zeit für das Gespräch einplanen
 - Für eine störungsfreie Gesprächsatmosphäre sorgen
 - Gesprächsablauf und -ziel planen.
- Typische Gesprächsfehler vermeiden:
 - Konfliktträchtige Themen nicht ansprechen
 - Mangelndes Einfühlungsvermögen
 - Keine oder schlechte Vorbereitung
 - Uneindeutig kommunizieren

- Nicht zuhören
 - Killerphrasen einsetzen.
- Regeln für das Gespräch beachten:
 - Nur Ich-Botschaften
 - Keine Pauschalabwertungen
 - Keine Monologe
 - Nur über eigene Beobachtungen und deren Interpretation sprechen
 - Empfängerorientiert kommunizieren
 - Kritik sachlich und taktvoll ansprechen
 - Vereinbarung von Unterstützungsmaßnahmen zur Korrektur von Arbeitsleistungen, die nicht den Anforderungen entsprechen
 - Gespräch positiv beenden.
(vgl. Saul 1999, S. 60 ff.).
- Motivierendes Feedback geben:
 - Positive Punkte zuerst ansprechen und die Wertschätzung für den Mitarbeiter deutlich machen
 - Negative Aspekte ansprechen und die Kritik eindeutig formulieren
 - Zukunftsperspektive ansprechen
 - Vereinbarungen treffen, um den Kritikpunkt zu bearbeiten.
- Gliederung des Feedbacks:
 - Start mit einer Aussage „Mir hat gefallen...“ dann Ergänzung „Mir ist aufgefallen...“ oder „Ich habe nicht verstanden...“ und abschließend „Ich wünsche mir für das nächste Mal...“
(vgl. Mentzel/Grotzfeld/Dürr 1998, S. 42 f.).
- Stellungnahme des Mitarbeiters einholen:
 - Wenn der Mitarbeiter die Kritik annimmt, kann als nächster Schritt eine Vereinbarung für die Zukunft getroffen werden, wie das

Problem gelöst werden kann. Wenn der Mitarbeiter das Problem bagatellisiert oder leugnet, muss im nächsten Schritt das Problembewusstsein des Mitarbeiters gefördert werden, indem zunächst das Problem noch einmal mit anderen Worten geschildert wird und dann eine Identifikation angeboten wird, z. B. „Mir würde es an dieser Stelle folgendermaßen gehen...“. Im Anschluss daran kann ein Perspektivenwechsel des Mitarbeiters helfen, das Problem zu erkennen, indem er sich in die Lage des Vorgesetzten versetzt. Der Vorgesetzte kann dann eine Interpretation des Verhaltens anbieten, indem er sich in die Rolle des Mitarbeiters versetzt und so eine Erklärung für das Verhalten des Mitarbeiters anbietet und Verständnis signalisiert.

- Im Anschluss sollten Wünsche oder Anweisungen für zukünftiges Verhalten eindeutig formuliert werden sowie Konsequenzen aufgezeigt werden, die unangemessenes Verhalten haben wird.¹⁸⁹
- Form der Mitarbeiterfeedbackgespräche:
 - Gespräche immer in schriftlicher Form dokumentieren und den Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogen entweder im Anschluss an das Gespräch vom Mitarbeiter unterschreiben lassen oder maximal eine Woche nach dem Gespräch.
 - Bewertungszeitraum dokumentieren.

Damit ein Mitarbeiterfeedbackgespräch gut vorbereitet werden kann, ist es notwendig, dass sich der Vorgesetzte im Laufe eines Jahres einen eigenen Eindruck über die Qualität der Arbeitsleistung des Mitarbeiters macht. Die Arbeitsleistung und Qualität der Arbeitsergebnisse müssen kontinuierlich beobachtet werden und auch im laufenden Jahr sollten Themen angesprochen werden, die besonders gut oder besonders schlecht bewältigt werden. Kritikgespräche sollten immer in engem zeitlichem Zusammenhang zu dem Ereignis, das kritisiert wird, stattfinden und auf „... *sachlich*

¹⁸⁹ Nach NEUBERGER können folgende Abwehrmechanismen in Mitarbeiterfeedbackgesprächen auftreten: Verdrängung, Projektion, Identifikation, Rationalisierung, Regression, Verleugnung der Realität (vgl. Neuberger 1980, S. 38 ff.).

stichhaltigem Beobachtungsmaterial...“ (Rischar 1990, S. 67) basieren. Kritikgespräche sollten immer unter vier Augen geführt werden und nach einem positiven Gesprächseinstieg zur Schilderung des zu kritisierenden Sachverhaltes führen und konstruktiv in einer Einigung darüber enden, was künftig anders gemacht werden soll (vgl. Comelli/von Rosenstiel 2001, S. 103). Darüber hinaus sollten Anerkennungsgespräche für gute Leistungen stattfinden, wenn eine Leistung des Mitarbeiters von seinem Vorgesetzten besonders positiv wahrgenommen wird. COMELLI/VON ROSENSTIEL haben durch Experimente belegt, dass die Tätigkeiten, die häufiger zu Anerkennung führen, zukünftig mit mehr Freude und Engagement des Mitarbeiters ausgeführt werden (vgl. Comelli/von Rosenstiel 2001, S. 96). Kritik- und Anerkennungsgespräche sollten immer voneinander getrennt geführt werden, damit die Anerkennung den intendierten Motivationscharakter behält und nicht als Einleitung für folgende Kritik verstanden wird (vgl. Rischar 1990, S. 46).¹⁹⁰ Zu den Aufgaben des Vorgesetzten gehört es auch, seinen Mitarbeitern kontinuierlich Optimierungsmöglichkeiten ihrer Arbeitsleistung aufzuzeigen und ggfs. Hilfestellung bei der Bewältigung von Aufgaben anzubieten.

Der Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogen für das Haus A wurde gegliedert in ein allgemeines und ein fachliches Feedback. Für das allgemeine Feedback wurden die folgenden Punkte ausgewählt:

- 1) Umgangsformen
- 2) Zusammenarbeit
- 3) Kommunikation
- 4) Konfliktmanagement
- 5) Kritikfähigkeit
- 6) Problemlösung

¹⁹⁰ Nach RISCHAR sollte die Anerkennung, das Lob des Vorgesetzten glaubwürdig, angemessen und begründet sein, damit es als Motivation wirken kann (vgl. Rischar 1990, S. 48).

- 7) Arbeitseinsatz
- 8) Qualitätsverbesserung
- 9) Verantwortung
- 10) Arbeitssystematik
- 11) Belastbarkeit
- 12) Sorgfalt.

Für das fachliche Feedback wurden die folgenden Punkte ausgewählt:

- 1) Interaktion mit Bewohnern
- 2) Bewohnerbedürfnisse
- 3) Bewohnerkommunikation
- 4) Mitarbeitermotivation
- 5) Unternehmenskultur
- 6) Arbeitsqualität
- 7) Arbeitsquantität
- 8) Hygienebewusstsein
- 9) Berichterstattung und Dokumentation
- 10) Umgang mit technischen Geräten
- 11) Fachwissen
- 12) Fortbildungsbereitschaft
- 13) Ökonomie und Kostenbewusstsein.

Die Bewertung erfolgt anhand einer allgemeinen Skalierung

- 1) Anforderungen sehr gut erfüllt (A)
- 2) Anforderungen gut erfüllt (B)
- 3) Anforderungen voll erfüllt (C)
- 4) Anforderungen teilweise erfüllt (D)
- 5) Anforderungen nicht erfüllt (E)

und wird ergänzt durch eine konkrete Formulierung dieser Bewertung bezogen auf den Unterpunkt. Diese von BREISIG als „... *verbale Skalenverankerung*...“ (Breisig 2005, S. 70) bezeichnete Ergänzung hat den Vorteil, dass die Formulierungen konkrete Informationen darüber geben, wie die Bewertung bezogen auf diesen Punkt zu verstehen ist.

Für den Punkt „Interaktion mit Bewohnern“ wurde z. B. die folgende Erklärung zu den Bewertungen eins bis fünf festgelegt:

- 1) Anforderungen sehr gut erfüllt: Der Umgang mit Bewohnern ist vorbildlich und stets von deutlicher Zuwendung geprägt.
- 2) Anforderungen gut erfüllt: Der Umgang mit Bewohnern ist gut und von deutlicher Zuwendung geprägt.
- 3) Anforderungen voll erfüllt: Der Umgang mit Bewohnern ist zufrieden stellend und von positiver Zuwendung geprägt.
- 4) Anforderungen teilweise erfüllt: Der Umgang mit Bewohnern ist teilweise nicht zufrieden stellend; positive Zuwendung ist nicht immer erkennbar.
- 5) Anforderungen nicht erfüllt: Der Umgang mit Bewohnern ist nicht zufrieden stellend; Zuwendung nur in Ansätzen erkennbar, teils sogar negativ.

Der komplette Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogen, den die Verfasserinnen auf dieser Basis erstellt haben, ist im Anlagenband beigefügt (vgl. Anlage IX, S. 504 ff.). Der Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogen besteht aus drei Teilen:

- Erster Teil: Name und Position des Mitarbeiters, Vorgesetzter, Grund des Gesprächs, Bewertungszeitraum
- Zweiter Teil: Bewertungssitems tabellarisch und mit grafischer Aufbereitung
- Dritter Teil: Vereinbarung über Weiterbildungsmaßnahmen, Unterschrift des Mitarbeiters und des Vorgesetzten.

Für die Bewertung wurde eine grafische Aufbereitung als Liniendiagramm erstellt, so dass die Bewertung leicht erfassbar ist und die Zusammenfassung am Ende des Gesprächs als Basis für die Vereinbarung von Weiterbildungsmaßnahmen verwendet werden kann. Auf die Bildung einer Gesamtbewertung in Form einer Durchschnittsbewertung wird verzichtet, da *„... diese Komponente methodisch durch nichts zu rechtfertigen ist und in hohem Maße persönlichkeitsverletzend und motivations-psychologisch hoch bedenklich...“* (Breisig 2005, S. 332) ist. Nach BREISIG ist es lediglich wichtig, einzelne Kriterien der Arbeitsleistung differenziert und detailliert zu bewerten, um gezielt Weiterbildungsmaßnahmen entwickeln zu können (vgl. Breisig 2005, S. 333).

Die Weiterbildungsmaßnahmen werden im Anschluss an das Feedbackgespräch gemeinsam entwickelt und vereinbart. Der Mitarbeiterfeedbackbogen wird im Anschluss an das Gespräch sowohl von der Führungskraft als auch von dem Mitarbeiter unterschrieben. Wenn im Rahmen des Gesprächs keine Einigung erzielt wird, kann der Mitarbeiterfeedbackbogen auch eine Woche nach dem Gespräch unterschrieben werden, nachdem ein Folgegespräch stattgefunden hat, um die noch offenen Punkte zu besprechen.

Am zweiten Trainingstag wurde der Mitarbeiterfeedbackbogen anhand von konkreten Beispielen, die von den Trainingsteilnehmern eingebracht wurden, auf seine Einsetzbarkeit überprüft. Jeder Trainingsteilnehmer wählte einen Mitarbeiter aus, für dessen Mitarbeiterfeedbackgespräch die Trainerin Unterstützung und Tipps erarbeitet.

Die Trainingsteilnehmer füllten für jeweils einen Mitarbeiter aus ihrem Bereich einen Mitarbeiterfeedbackbogen aus. Diese Übung führte dazu, dass die Bedenken der Trainingsteilnehmer, dass ein differenzierter Feedbackbogen zu viel Zeit für die Vorbereitung benötigt, unbegründet war. Die Trainingsteilnehmer waren sich einig, dass sowohl die Vorbereitung als auch die Durchführung der Mitarbeiterfeedbackgespräche auf diese Weise erleichtert wird. Die vier exemplarisch durchgeführten Mitarbeitergespräche verdeutlichten, dass die konkrete Formulierung der Bewertung zusätzliche Bewertungssicherheit gibt und sich die Trainingsteilnehmer gut vorbereitet

fühlten, ihre Bewertungen in den Mitarbeitergesprächen entsprechend zu begründen, falls die Mitarbeiter ihre Bewertung anders einschätzen. Die im Rahmen des Kommunikationstrainings vermittelten Kenntnisse über die Ich-Zustände wurden in diesem Zusammenhang ebenfalls thematisiert und die Trainingsteilnehmer erkannten, dass sie sich mit dieser Kenntnis besser auf ihre Gesprächsteilnehmer einstellen können.

In der abschließenden Feedbackrunde am zweiten Trainingstag bestätigten die Trainingsteilnehmer, dass sie den erarbeiteten Mitarbeiterfeedbackbogen für sehr geeignet halten, um ihren Mitarbeitern gezielt Feedback zu ihren Arbeitsleistungen zu geben. Die Trainingsteilnehmer fühlten sich auch auf schwierige Mitarbeitergespräche gut vorbereitet und waren davon überzeugt, dass die Mitarbeiter ein differenziertes Feedback sehr schätzen und es als motivierend erleben werden.

HOTHUM weist darauf hin, dass Mitarbeiterfeedbackgespräche von den Mitarbeitern als motivierend erlebt werden, die Identifikation mit dem Unternehmen steigern und für richtige Entscheidungen bei Fort- und Weiterbildungen sorgen (vgl. Hothum 2004, S. 34).

Da das Haus A bisher keine Mitarbeiterfeedbackgespräche durchgeführt hat und die Mitarbeiter daher keine Erfahrung damit haben, wurde abschließend diskutiert, ob die Bewertungen in die Personalakte übernommen werden sollen. Einige Trainingsteilnehmer waren der Meinung, dass beim erstmaligen Einsatz der Mitarbeiterfeedbackgespräche ein ausschließlicher Einsatz als Führungsinstrument helfen kann, die u.U. mit der Bewertung verbundene Angst der Mitarbeiter zu reduzieren und eine entspannte Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Mit der Heimleitung wurde daher vereinbart, dass der Mitarbeiterfeedbackbogen im ersten Jahr ausschließlich als Führungsinstrument eingesetzt wird und auch in der Kommunikation mit der Mitarbeitervertretung als Führungsinstrument und nicht als Mitarbeiterbewertung vorgestellt wird.

Die Erfolgsmessung der Durchführung von Mitarbeiterfeedbackgesprächen erfolgt anhand der Veränderung der Bewertung des Items

- ‚Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldungen zu der Qualität meiner Arbeit.‘

Die erste Mitarbeiterbefragung ergab im Haus A und im Haus B einen Mittelwert von 2,4.

2. **Mitarbeiteraus- und -weiterbildung**

Für das Haus A wird die Mitarbeiteraus- und -weiterbildung bisher situativ durchgeführt. Eine Aus- und Weiterbildungsplanung für die Mitarbeiter existiert nicht.

Aus-, Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern „... *wird immer dann erforderlich, wenn Diskrepanzen zwischen Fähigkeiten und Anforderungen...*“ (Scholz 1993, S. 251) bestehen. Aufgrund der besonderen Bedeutung der Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter für die Sicherstellung einer hohen Betreuungsqualität wurde im Rahmen eines Vorstandsworkshops entschieden, eine Jahresplanung für die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter zu erstellen. Die Wohnbereichsleitungen erstellten eine entsprechende Planung, in der die Maßnahmen pro Mitarbeiter dargestellt wurden. Die erste Jahresplanung erfolgte auf Basis der von den Bereichsleitungen wahrgenommenen Defizite der Mitarbeiter in Bezug auf einzelne Themen. Für die Planung des zweiten Jahres wurde vereinbart, dass die Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen gezielt basierend auf den Ergebnissen der Mitarbeiterfeedbackgespräche vorgenommen werden. Nach SCHOLZ ist die Ausgangsbasis für die Personalentwicklung „... *das Gegenüberstellen von Anforderungsprofil und Fähigkeitsprofil...*“ (Scholz 1993, S. 252), das erst im Anschluss an eine detaillierte Bewertung der Mitarbeiter möglich ist.

In der Mitarbeiterbefragung wurde für das Item

- ‚Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.‘

in Haus A ein Mittelwert von 3,3, in Haus B von 2,7 erreicht.

Diese im Vergleich zu anderen Bewertungen der Mitarbeiterbefragung schlechte Bewertung zeigt die Notwendigkeit für Veränderungen auf.

Die Erfolgsmessung der Fortbildungsplanung erfolgt anhand der Veränderung dieses Items. In der Ausgangssituation gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Haus A und Haus B. Ein signifikanter Unterschied in der Zweitbefragung zwischen Haus A und Haus B weist auf eine Veränderung hin.

3. Etablierung einer Besprechungskultur

In Haus A wurden bisher unregelmäßige Teambesprechungen durchgeführt, deren inhaltlicher Schwerpunkt Themen waren, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Betreuung der Bewohner und der Wohnbereichsorganisation stehen. Regelmäßige Informationen der Mitarbeiter über allgemeine Themen, wie gesetzliche Änderungen oder Veränderungen in der Einrichtung, gab es nicht. Informationen über wirtschaftliche Belange wurden bisher nur im Rahmen von Vorstandssitzungen besprochen, an denen nur die Heimleitung teilnahm. Die wirtschaftliche Situation des Hauses A und die Planung für die Zukunft wurde den Mitarbeitern nicht vorgestellt.

Die Bewertungen der Items

- ‚Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses A regelmäßig informiert.‘ (Haus A: Mittelwert 2,7; Haus B: Mittelwert 2,6)
- ‚Ich werde über Veränderungen im Haus rechtzeitig informiert (z.B. Personal, Organisation, Lieferanten).‘ (Haus A: Mittelwert 3,0; Haus B: Mittelwert 2,8)
- ‚Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre (z. B. Einführung neuer Dienstleistungen, Veränderungen in der Einrichtung bekannt.‘ (Haus A: Mittelwert 3,2; Haus B: Mittelwert 2,9)

weisen auf ein Informationsdefizit hin.

ZANDER/FREMPPEL gehen davon aus, dass Informationen „... sowohl die Leistungsfähigkeit als auch die Leistungsbereitschaft...“ (Zander/Fremppel 2002, S. 3) von Mitarbeitern positiv beeinflussen können und sie somit ein wichtiges Motivationsinstrument darstellen. Informationen können differenziert werden nach ihrem Bezug auf die Aufgaben eines Mitarbeiters. Aufgabenbezogene Informationen beziehen sich auf den unmittelbaren Aufgabenbereich eines Mitarbeiters, während nicht-aufgabenbezogene Informationen einen Zusammenhang zwischen der Arbeit des Mitarbeiters und seinem Umfeld herstellen (vgl. Zander/Fremppel 2002, S. 3).

„Insbesondere fehlende Informationen aus diesem zweiten Teilbereich der arbeitsumfeldbezogenen Informationen werden von den Mitarbeitern als Defizit empfunden.“

(Zander/Fremppel 2002, S.3).

Da die Informationssituation der Mitarbeiter gekennzeichnet ist durch ein Informationsdefizit und Spekulationen und Gerüchte über die wirtschaftliche Lage des Hauses A, das verbunden ist mit einer Unsicherheit über die eigene Arbeitsplatzsicherheit, bestand ein ausgeprägter Informationsnachholbedarf. Diese Unsicherheit führt dazu, dass „... diese daher einen mehr oder weniger großen Teil ihrer Arbeitszeit für unproduktive Spekulationen verwenden...“ (Zander/Fremppel 2002, S. 36).

Basierend auf den Ergebnissen der ersten Mitarbeiterbefragung wurde daher in einem Vorstandsworkshop entschieden, den Informationsfluss zu verbessern.

Dazu wurden folgende Maßnahmen eingeleitet:

- Pro Quartal eine Informationsveranstaltung für die Heimleitung und die Wohnbereichsleitungen über den aktuellen Status der Balanced Scorecard und somit Informationen über die wirtschaftliche Situation des Hauses A. Diese Informationsveranstaltungen wurden von den Verfasserinnen durchgeführt.

- Weitergabe von festgelegten Themen aus dieser Besprechung an alle Mitarbeiter im Rahmen der Teammeetings.
- Informationsveranstaltung für die Wohnbereichsleitungen zum Thema Mission, Vision und Leitbild. Diese Veranstaltung wurde ebenfalls von den Verfasserinnen durchgeführt.
- Weitergabe der Informationen zu Mission, Vision und Leitbild an die Mitarbeiter im Rahmen der Teammeetings.
- Pro Quartal eine Teilnahme der Heimleitung an den Teambesprechungen, um über aktuelle Themen (z. B. Gesetzesänderungen oder personelle Veränderungen) zu informieren.

Die Erfolgsmessung der verbesserten Informationsweitergabe erfolgt anhand der Veränderung der genannten Items. In der Ausgangssituation gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Haus A und Haus B. Ein signifikanter Unterschied in der Zweitbefragung zwischen Haus A und Haus B weist auf eine Veränderung hin.

Darüber hinaus ist die Anzahl der Informationsveranstaltungen zur Balanced Scorecard, die einmal pro Quartal erfolgen soll, als Messgröße festgelegt worden.

V. Ziele, Projekte und Kennzahlen der vier BSC-Perspektiven

Für die Überprüfung der Wirksamkeit des eingeleiteten Interventionsprogramms wurden für die Mehrzahl der Projekte sowohl Bewertungen aus den Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragungen als auch quantitative Messgrößen festgelegt. Auf diese Weise kann die Zielerreichung aus zwei Perspektiven erfolgen. Lediglich die Projekte der Finanzperspektive sowie die Projekte Ausbau des Ehrenamtes, Erstellung eines Hausprospektes und Anzahl der Pflegevisiten werden ausschließlich basierend auf quantitativen Kennzahlen bewertet.

Dieses Vorgehen unterstützt die Beantwortung der Forschungsfragen basierend auf der Kombination der Befragungsergebnisse und den quantitativen Kennzahlen.

Die folgende Abbildung stellt den Projektzielen und Aktionen die jeweiligen Messgrößen gegenüber.

Ziel	Aktion	Bewertung der Intervention aufgrund quantitativer Angaben	Fragebogen/Nr./Bezeichnung	
Ausbau des bestehenden Beschwerdemanagements	Dokumentation und Bearbeitung mündlicher und schriftlicher Beschwerden (Beschwerdebrieffkasten)	Anzahl eingegangener Beschwerden	Angehörige	
Beschäftigungstherapeutische Angebote auf die Bewohnerbedürfnisse abstimmen, Erhöhung der Teilnahmequote	Erarbeitung eines beschäftigungstherapeutischen Konzeptes unter besonderer Berücksichtigung demenziell erkrankter Bewohner	Anzahl der beschäftigungstherapeutischen Angebote, Teilnehmerzahl und Auslastungsquote des Angebotes		6 Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.
Verbesserung der Kundenzufriedenheit	Externes Kommunikationstraining			40 Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.
Verbesserung der Kundenzufriedenheit	Externes Kommunikationstraining			43 Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden. 44 Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.
Ausbau des bestehenden Beschwerdemanagements	Dokumentation und Bearbeitung mündlicher und schriftlicher Beschwerden (Beschwerdebrieffkasten)	Anzahl eingegangener Beschwerden	Bewohner	
Verbesserung der Kundenzufriedenheit	Externes Kommunikationstraining			4 Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.
Verbesserung der Kundenzufriedenheit	Externes Kommunikationstraining			41 Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden. 42 Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.
Beschäftigungstherapeutische Angebote auf die Bewohnerbedürfnisse abstimmen, Erhöhung der Teilnahmequote	Erarbeitung eines beschäftigungstherapeutischen Konzeptes unter besonderer Berücksichtigung demenziell erkrankter Bewohner	Anzahl der beschäftigungstherapeutischen Angebote, Teilnehmerzahl und Auslastungsquote des Angebotes		38 Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.
Kompetentes und motiviertes Personal	Mitarbeiterfortbildung auf der Grundlage einer prospektiven Fortbildungsplanung	Anzahl der Fortbildungsveranstaltungen	Mitarbeiter	
Erhöhung der Effizienz der Besprechungssysteme	Standardisierte, regelmäßige Dienstbesprechungen	Anzahl Team- und Abteilungsleitungsgespräche		16 Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.
Aufbau einer Mitarbeiterfeedback-Kultur	Einführung eines Feedback- bzw. Jahresgespräches	Anzahl durchgeführter Feedbackgespräche pro Dienstart		27 In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt.
Kompetentes und motiviertes Personal	Mitarbeiterfortbildung auf der Grundlage einer prospektiven Fortbildungsplanung	Anzahl der Verbesserungsvorschläge		31 Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldung zu der Qualität meiner Arbeitsleistung. 35 Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein.
Erhöhung der Mitarbeitermotivation und -zufriedenheit	Regelmäßige Besprechungen : BSC, wirtschaftliche Situation, Unternehmensziele, Veränderungen etc.	Anzahl der Controllinggespräche		50 Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses regelmäßig informiert.
Erhöhung der Mitarbeitermotivation und -zufriedenheit	Regelmäßige Besprechungen : BSC, wirtschaftliche Situation, Unternehmensziele, Veränderungen etc.	Anzahl der Controllinggespräche		52 Mir sind die Unternehmensziele (z.B. Einführung neuer Dienstleistungen, Veränderungen in der Einrichtung) bekannt.
Erhöhung der Mitarbeitermotivation und -zufriedenheit	Regelmäßige Besprechungen : BSC, wirtschaftliche Situation, Unternehmensziele, Veränderungen etc.	Anzahl der Controllinggespräche		53 Ich werde über Veränderungen im Haus rechtzeitig informiert (z.B. Personal, Organisation, Lieferanten).
Ausbau von Image und Reputation	Jahresplanung Pressearbeit, PR-Aktivitäten, Gemeindebrief	Anzahl Veröffentlichungen in Tageszeitung/Gemeindebrief		54 Das Haus wird häufig positiv in den Medien erwähnt.

Abb. L-2: Ziele, Projekte und Kennzahlen der vier BSC-Perspektiven
Quelle: Eigendarstellung

Kapitel M

Evaluierende Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung – Teil II: Vorgehensweise und Analyse

Das folgende Kapitel gliedert sich in fünf Abschnitte. Der erste Abschnitt stellt die Ausgangslage und die Festlegung der Forschungsziele für die zweite Befragung dar. Im zweiten Abschnitt wird das Forschungsdesign erläutert und die Hypothese, die im Rahmen dieser Studie zu überprüfen ist, wird formuliert. Der dritte Abschnitt stellt die Vorgehensweise der zweiten Befragung der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter dar und gibt einen Überblick über den Vergleich der Stichprobengrößen der zweiten Befragung im Vergleich zur ersten Befragung. Im vierten Abschnitt wird die Analyse der Befragungsergebnisse der zweiten Befragung für die 16 Items vorgestellt, die für die Messung der Wirksamkeit des Interventionsprogramms ausgewählt wurden. Im Anschluss wird die Hypothese diskutiert. Im abschließenden fünften Abschnitt wird das Resümee der zweiten Befragung gezogen.

I. Problemdefinition

1. Ausgangslage

Die erste Befragung der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter des Hauses A und des Hauses B erfolgte im September 2004. Die Interventionsphase in Haus A fand in der Zeit von November 2004 bis Oktober 2005 statt. Das Ziel der ersten Erhebung bestand darin, Informationen über die Ausgangssituation des Hauses A und des Hauses B zur Verfügung zu stellen.

Im Rahmen des Strategieentwicklungsprozesses, der am Anfang der Entwicklung der Balanced Scorecard für das Haus A stand, wurden strategische Ziele und Projekte entwickelt, die die Strategierealisierung des Hauses A unterstützen sollen. Die Ergebnisse der ersten Befragung wurden

benötigt, um den Veränderungsbedarf einzelner Facetten des Dienstleistungsspektrums zu erkennen. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse der ersten Befragung als Datenbasis benötigt, um eine summative Evaluation nach Abschluss der Interventionsphase durchführen zu können, die eine Aussage darüber ermöglicht, welche Auswirkungen die durchgeführten Interventionen haben.

2. Festlegung der Forschungsziele für die zweite Befragung

Die Forschungsziele der zweiten Befragung sind weniger komplex als bei der ersten Befragung.

Folgende Fragen stehen im Vordergrund der zweiten Befragung:

- 1) Welche Veränderungen sind in den ausgewählten 16 Items feststellbar (erste Befragung kein signifikanter Unterschied zwischen Haus A und Haus B; zweite Befragung signifikanter Unterschied zwischen Haus A und Haus B)?
- 2) In welchen Bereichen sind Veränderungen in Haus A messbar und sind sie auf die durchgeführten Interventionen zurückzuführen?

Da die Interventionen als gezielte Steuerungsmaßnahmen zur Realisierung der im Rahmen der Balanced-Scorecard-Entwicklung erarbeiteten Strategie entwickelt wurden, ist damit die Beantwortung der Fragen verbunden, die als Forschungsfragen für diese Studie formuliert wurden:

- Ist die Balanced Scorecard ein geeignetes Instrument für die Steuerung einer Alten- und Pflegeeinrichtung?
- Welchen Beitrag leistet der Einsatz einer Balanced Scorecard zur Entwicklung und Erreichung der strategischen Ziele?

Für die Beantwortung dieser Fragen wurde festgelegt, an welchen Kriterien gemessen werden soll, ob die Balanced Scorecard als Steuerungsinstrument

für eine Alten- und Pflegeeinrichtung geeignet ist. Als Kriterien wurden festgelegt:

- Erreichung eines signifikanten Unterschieds bei der Bewertung der Fragen aus der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung, die für die Messung der strategischen Ziele festgelegt wurden. Signifikanter Unterschied zwischen Haus A und Haus B in der Zweitbefragung.
- Erreichung der festgelegten Ziele für die Projekte, für die keine Bewertung auf Basis der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung vorgesehen ist (z. B. Erreichung einer festgelegten Zahl von Veröffentlichungen in Tageszeitungen).

Wie in Kapitel K Abschnitt III dargestellt, wurde für die Messung der Zielerreichung festgelegt, dass für die Veränderung der betrachteten Items aus der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung im Vergleich der zweiten zur ersten Befragung ein Signifikanzniveau von 5 % erreicht werden soll (vgl. Kapitel K, Abschnitt III).

„Mit den meisten Forschungshypothesen werden Zusammenhänge, Unterschiede oder Veränderungen vorausgesagt, d. h. üblicherweise entspricht die Alternativhypothese (gerichtet oder ungerichtet, spezifisch oder unspezifisch) der Forschungshypothese. Die Nullhypothese beschreibt damit diejenige Parameterkonstellation, die mit der Forschungshypothese nicht zu vereinbaren ist.“

(Bortz/Döring 2002, S. 495).

„Für die Überprüfung von Mittelwertsunterschieden zweier Populationen lautet die H_0 : Zwischen den Mittelwertparametern μ_1 und μ_2 der Populationen, denen die Stichprobe entnommen wurde, besteht kein Unterschied ($H_0: \mu_1 = \mu_2$). Hierzu formulieren wir als Alternativhypothese: Zwischen den Mittelwertparametern

„ μ_1 und μ_2 der Populationen, denen die Stichprobe entnommen wurde, besteht ein Unterschied H_1 : (H_0 : $\mu_1 \neq \mu_2$).“¹⁹¹

(Bortz/Döring 2002, S. 494).

Die Alternativhypothese (H_1), die für diese Studie formuliert wird, lautet:

Die Interventionen haben eine Veränderung der Mittelwerte bewirkt.

Die Nullhypothese (H_0), die für diese Studie formuliert wird, lautet:

Die Interventionen haben keine Veränderung der Mittelwerte bewirkt.

„Ein signifikantes Ergebnis ist also ein Ergebnis, das sich mit der Nullhypothese nicht vereinbaren lässt. Man verwirft deshalb die Nullhypothese und akzeptiert die Alternativhypothese. Andernfalls, bei einem nicht-signifikanten Ergebnis, wird die Nullhypothese beibehalten und die Alternativhypothese verworfen.“

(Bortz/Döring 2002, S. 496).

II. Design und Hypothese

1. Parallelisierung der Stichproben

Für die Erhebung wurde das in Kapitel J dargestellte Pretest-Posttest-Design mit Parallelisierung der Stichproben fortgesetzt.

Die folgende Abbildung stellt das Forschungsdesign dar.

¹⁹¹ Die Nullhypothese wird als H_0 bezeichnet und die Alternativhypothese als H_1 (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 494).

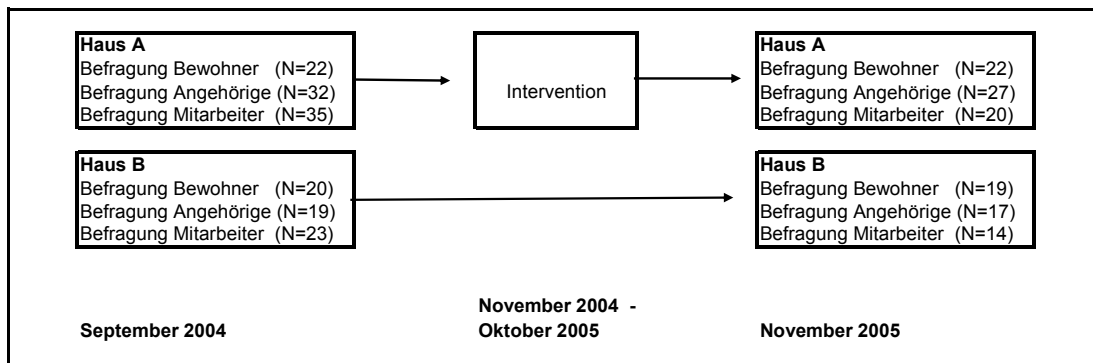


Abb. M-1: Befragungs- und Interventionsdesign
Quelle: Eigendarstellung

Im Rahmen dieser Studie, die eine quasi-experimentelle Untersuchung darstellt, werden natürliche Gruppen untersucht (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 117, vgl. Kapitel H, Abschnitt III). Es handelt sich dabei um die Bewohner des Hauses A und die Bewohner des Hauses B, die zum Zeitpunkt der Erhebung aus Sicht der Wohnbereichsleitungen gesundheitlich in der Lage waren, an einer Befragung teilzunehmen.

Die folgende Abbildung stellt die Parallelisierung der zwei Stichproben dar.

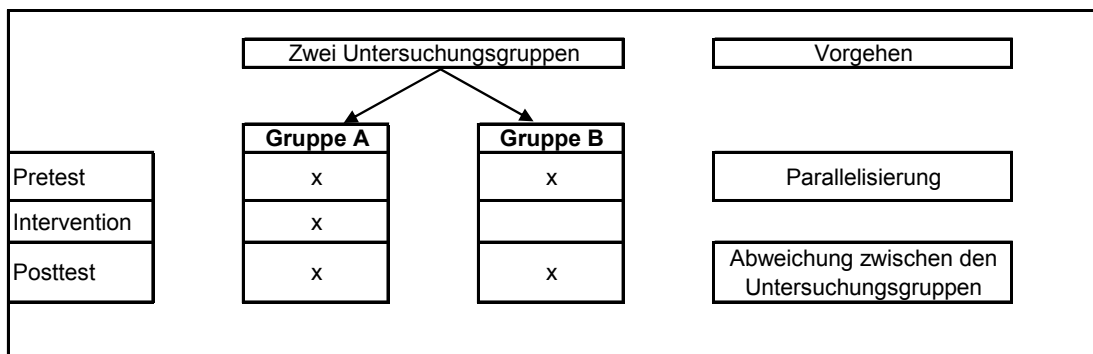


Abb. M-2: Pretest/Posttest-Design mit Parallelisierung
Quelle: Eigendarstellung in Anlehnung an Bortz/Döring 2002, S. 526

Die Befragung der Angehörigen stellt eine Stichprobenerhebung dar, da nur die Angehörigen, die in einem Zeitraum von vier Wochen nach der Information über die zweite Befragung am Schwarzen Brett in der Einrichtung Besuche gemacht haben und von den Wohnbereichsleitungen angesprochen wurden, an der Befragung teilnehmen konnten. Die Befragung der Mitarbeiter stellt eine Stichprobenerhebung dar, da der Fragebogen mit dem Anschreiben nur an die Mitarbeiter verteilt werden konnte, die zum Zeitpunkt

der Befragung an den Teambesprechungen teilgenommen haben. Erkrankte Mitarbeiter oder Mitarbeiter, die sich zu diesem Zeitpunkt im Urlaub befanden, nahmen nicht an der Befragung teil.

2. Hypothese

Die Interventionen sind mit dem Ziel durchgeführt worden, Veränderungen auszulösen, die zur Realisierung der erarbeiteten Strategie für das Haus A beitragen. In Haus B wurden im angegebenen Zeitraum keine entsprechenden Interventionen durchgeführt.

Als Hypothese, die im Rahmen dieser Studie zu prüfen sind, wurde formuliert:

Hypothese 1)

Veränderung der Items in Haus A, deren Beeinflussung Ziel der Interventionen war.

Der Vergleich der Veränderungen der Ergebnisse der Items, die im Rahmen der Interventionen beeinflusst werden sollten, zeigt, dass eine positive Veränderung eingeleitet wurde.

III. Erhebung Teil II Vorgehensweise

1. Interview ausgewählter Bewohner mittels eines standardisierten Fragebogens

Die zweite Bewohnerbefragung wurde analog zur ersten Bewohnerbefragung durchgeführt. Die Befragungen erfolgten als standardisierte persönliche Interviews. Vier Wochen vor der geplanten Befragung wurde in beiden Einrichtungen durch Aushänge am Schwarzen Brett über die Befragung und den Hintergrund informiert.

Die Interviews in Haus A und Haus B wurden von den Verfasserinnen durchgeführt und fanden in den Wohnräumen der Bewohner statt. Die Interviewdauer betrug durchschnittlich 40 Minuten. Die Interviews in Haus A wurden am 20. und 21. November 2005 durchgeführt und die Interviews in Haus B am 28. und 29. November 2005.

Für die Befragung wurden die Bewohner ausgewählt, die nach Einschätzung der Wohnbereichsleitungen dazu in der Lage waren. Von den 24 Bewohnern, die in Haus A von den Wohnbereichsleitungen ausgewählt wurden, konnten 22 Bewohner befragt werden. Zwei Bewohner wurden zum Befragungszeitpunkt nicht angetroffen. Befragt wurde somit eine Stichprobe der Bewohner, die gesundheitlich dazu in der Lage waren und zum Befragungszeitpunkt angetroffen wurden. Auch in Haus B konnten von den 23 von den Wohnbereichsleitungen ausgewählten Bewohnern nur 19 Bewohner befragt werden, da zwei Bewohner nicht angetroffen wurden und zwei weitere Bewohner sich an den beiden Interviewtagen nicht in der Lage fühlten, an einem Interview teilzunehmen.

Das Durchschnittsalter der in Haus A befragten 22 Bewohner betrug 86,9 Jahre und sie lebten durchschnittlich 2,3 Jahre in der Einrichtung. Von den Befragten waren 19 weiblich und 3 männlich. Die Zuordnung zu den Pflegestufen stellte sich wie folgt dar:

- 1 Bewohner Pflegestufe 0
- 17 Bewohner Pflegestufe I
- 4 Bewohner Pflegestufe II
- 0 Bewohner Pflegestufe III.

Das Durchschnittsalter der in Haus B befragten 19 Bewohner betrug 82,1 Jahre und sie lebten durchschnittlich 2,3 Jahre in Haus B. Von den Befragten waren 14 weiblich und 5 männlich. Die Zuordnung zu den Pflegestufen stellte sich wie folgt dar:

- 1 Bewohner Pflegestufe 0
- 12 Bewohner Pflegestufe I

- 6 Bewohner Pflegestufe II
- 0 Bewohner Pflegestufe III.

Die folgende Abbildung stellt die Informationen der befragten Bewohner des Hauses A und des Hauses B im Vergleich der ersten zur zweiten Befragung gegenüber:

	1. Befragung	2. Befragung	1. Befragung	2. Befragung
	Haus A		Haus B	
Anzahl der Bewohner, die angesprochen wurden.	24	24	24	23
Anzahl der Befragten	22	22	20	19
davon: weiblich	18	19	18	14
davon: männlich	4	3	2	5
Durchschnittsalter der befragten Bewohner	86,8 Jahre	86,9 Jahre	85,1 Jahre	82,1 Jahre
Wohndauer in der Einrichtung	2,4 Jahre	2,3 Jahre	2,8 Jahre	2,3 Jahre
Einstufung der befragten Bewohner:				
Pflegestufe 0	1	1	1	1
Pflegestufe I	16	17	9	12
Pflegestufe II	3	4	9	6
Pflegestufe III	0	0	1	0
Noch nicht eingestuft	2	0	0	0

Abb. M-3: Übersicht der befragten Bewohner – Haus A und Haus B – 1. und 2. Befragung
Quelle: Eigendarstellung

Da für diese Studie ein quasi-experimentelles Design verwendet wurde, bei dem natürliche Gruppen miteinander verglichen werden, entsprechen sich die Stichproben nicht in allen Kriterien, stellen jedoch aufgrund ihrer gleichen Alters- und Geschlechtsstruktur vergleichbare Gruppen dar. Eine zusätzliche Parallelisierung der beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich ihrer Pflegestufenzuordnung war nicht möglich.

2. Angehörigenbefragung mittels eines standardisierten Fragebogens

Die zweite Angehörigenbefragung wurde analog zur ersten Befragung durchgeführt. Da die Angehörigenbefragung im November 2005 stattfand,

stand keine vergleichbare Plattform wie das Sommerfest 2004 für die Verteilung der Fragebögen zur Verfügung. Ein Aushang am Schwarzen Brett informierte über den Hintergrund der Befragung und erläuterte das gewählte Vorgehen. Die Angehörigen, die in den folgenden vier Wochen die Einrichtung besucht haben, wurden von den Wohnbereichsleitungen angesprochen und erhielten den Angehörigenfragebogen mit einem Anschreiben, der den Befragungshintergrund erläuterte sowie Anonymität zusicherte.

Die Angehörigen konnten die Fragebögen bis vier Wochen nach Erhalt in speziell dafür zur Verfügung gestellten Postkästen in der Einrichtung zurückgeben. Die Fragebögen waren mit einem Briefumschlag mit der Adresse einer der Verfasserinnen versehen, so dass auch die Möglichkeit des postalischen Versands genutzt werden konnte. Verteilt wurden 40 Fragebögen. Insgesamt wurden 27 Fragebögen ausgefüllt zurückgegeben.

In Haus B wurde für die Verteilung der Fragebögen an die Angehörigen ein identisches Vorgehen gewählt. Verteilt wurden 35 Fragebögen. Insgesamt wurden 17 Fragebögen ausgefüllt zurückgegeben.

Die folgende Abbildung stellt die Informationen der Angehörigen, die an der ersten und zweiten Befragung teilgenommen haben, gegenüber:

	1. Befragung	2. Befragung	1. Befragung	2. Befragung
	Haus A	Haus A	Haus B	Haus B
Anzahl verteilter Fragebögen	50	40	40	35
Anzahl der Fragebögen, die von Angehörigen ausgefüllt wurden	32	27	19	17
davon: weiblich	15	13	15	13
davon: männlich	16	14	4	3
davon: keine Angabe	1	0	0	1
Teilnahmequote in %	64,0	67,5	47,5	48,6
Durchschnittsalter der befragten Angehörigen	67,6 Jahre	63,0 Jahre	64,5 Jahre	62,6 Jahre
Einstufung der Bewohner:				
Pflegestufe 0	0	0	2	0
Pflegestufe I	9	8	2	3
Pflegestufe II	13	11	15	10
Pflegestufe III	8	7	0	4
Keine Angabe	2	1	0	0

Abb. M-4: Übersicht der befragten Angehörigen – Haus A und Haus B – 1. und 2. Befragung
Quelle: Eigendarstellung

Wie in der Abbildung dargestellt, war die Anzahl der zurückgegebenen Fragebögen bei der zweiten Befragung auf absoluter Basis geringer als bei der ersten Befragung. Ein möglicher Grund für den geringeren Rücklauf kann darin liegen, dass die zweite Befragung im November stattfand. Die Höhe der Teilnahmequote ist von jahreszeitlichen Effekten abhängig. In den zwei Monaten vor Weihnachten sind i. d. R. geringere Teilnahmequoten zu beobachten, da die Weihnachtsvorbereitungen einen großen Raum einnehmen (vgl. Nötzel 1972, S. 46). Die erste Befragung fand im September 2004 statt.

3. Mitarbeiterbefragung mittels eines standardisierten Fragebogens

Die zweite Mitarbeiterbefragung wurde analog zur ersten Befragung durchgeführt. Die Mitarbeiterbefragung fand im November 2005 statt.

Der Mitarbeiterfragebogen wurde ebenfalls mit einem Anschreiben versehen, der den Hintergrund der Befragung erläuterte sowie Anonymität zusicherte.

Die Fragebögen wurden von den Wohnbereichsleitungen im Rahmen der Teambesprechungen verteilt und konnten in speziell dafür aufgestellten Briefkästen bis vier Wochen nach Erhalt zurückgegeben werden. Die Mitarbeiter hatten auch die Möglichkeit, die Fragebögen an die Adresse einer der Verfasserinnen zu schicken. In beiden Häusern wurden die Fragebögen an die Mitarbeiter verteilt (Haus A 42 Mitarbeiter, Haus B 30 Mitarbeiter). In Haus A nahmen 20 Mitarbeiter an der Befragung teil, in Haus B 14.

Die folgende Abbildung stellt die Informationen über die Mitarbeiter des Hauses A und des Hauses B gegenüber, die an der Befragung teilgenommen haben.

	1. Befragung	2. Befragung	1. Befragung	2. Befragung
	Haus A	Haus A	Haus B	Haus B
Anzahl Mitarbeiter	54	54	39	39
Anzahl der Mitarbeiter, die den Fragebogen erhalten haben	47	42	32	30
Anzahl der Fragebögen, die von Mitarbeitern ausgefüllt wurden	35	20	23	14
davon: Pflegefachkräfte	9	10	9	6
davon: Pflegehilfskräfte	13	3	10	5
davon: Hauswirtschaftlicher Dienst	7	5	2	2
davon: Auszubildende	5	2	1	0
davon: keine Angabe	1	0	1	1
Teilnahmequote in %	74,5	47,6	71,9	46,7
Dauer der Beschäftigung				
davon: unter fünf Jahre	14	6	9	3
davon: über fünf Jahre	19	14	13	11
davon: keine Angabe	2	0	1	0
Beschäftigungsverhältnis				
davon: Vollzeit	10	6	14	6
davon: Teilzeit	21	11	7	6
davon: geringfügige Beschäftigung	3	0	1	0
davon: keine Angabe	1	3	1	2

Abb. M-5: Übersicht der befragten Mitarbeiter – Haus A und Haus B – 1. und 2. Befragung
Quelle: Eigendarstellung

Wie in der Abbildung dargestellt, war die Anzahl der zurückgegebenen Fragebögen in beiden Einrichtungen im Vergleich zur ersten Befragung geringer. Die Teilnahmequote in Haus A ist um 26,9 Prozentpunkte auf 47,6 % gesunken und in Haus B um 25,2 Prozentpunkte auf 46,7 %.

Der Rückgang ist sowohl in Haus A als auch in Haus B besonders auf Gruppen der Pflegehilfskräfte und die Gruppe der unter 5 Jahren Beschäftigten zurückzuführen.

Als mögliche Gründe für den Teilnehmerückgang kann die grundsätzlich geringere Attraktivität einer zweiten Befragung angenommen werden sowie die Tatsache, dass die Mitarbeiter aufgrund der positiven Ergebnisse der ersten Befragung eine geringere Motivation hatten, die Beantwortung des Fragebogens zu wiederholen. Die Teilnahmequote in Haus A und in Haus B liegt auf vergleichbarem Niveau.

IV. Analyse Teil II

1. Aufbereitung der Daten

Zu Beginn der Datenanalyse wurden die Fragebögen nummeriert, in Excel-Tabellen erfasst und diese Tabellen in das Statistikprogramm SPSS 13.0.1 exportiert. Die Daten wurden in SPSS codiert. Die Beantwortung der geschlossenen Fragen wurde anhand der ausgewählten Rating-Skala mit den folgenden Ausprägungen bewertet:

- 1 = Trifft voll zu
- 2 = Trifft überwiegend zu
- 3 = Trifft teils-teils zu
- 4 = Trifft eher nicht zu
- 5 = Trifft gar nicht zu.

Offene Fragestellungen wurden aus den Angehörigen- und Mitarbeiterfragebögen mit dem exakten Wortlauf erfasst, grafisch aufbereitet und im Rahmen der Ergebnispräsentation in den Einrichtungen vorgestellt.

Im Rahmen der zweiten Befragung der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter wurde der Fragebogen der Erstbefragung unverändert eingesetzt. Wie bereits in Kapitel J dargestellt, wurden für die Überprüfung der Wirksamkeit des Interventionsprogramms 16 Items aus den Fragebögen ausgewählt. Dabei handelte es sich um vier Fragen aus dem Bewohnerfragebogen, vier Fragen aus dem Angehörigenfragebogen und acht Fragen aus dem Mitarbeiterfragebogen.¹⁹²

Zur Auswertung und Analyse der Daten wurden das arithmetische Mittel, der Median, die Standardabweichung und die Varianz berechnet. Um eine Aussage über signifikante Veränderungen zwischen Haus A und Haus B in

¹⁹² Da Frage 27 aus dem Mitarbeiterfragebogen bereits in der Ersterhebung einen signifikanten Unterschied zwischen Haus A und Haus B ergab, wird diese Frage bei der Zweiterhebung nicht betrachtet.

der Zweitbefragung machen zu können, wurde ein Signifikanztest durchgeführt (vgl. Kapitel H, Abschnitt IV). Da die Daten nicht normalverteilt sind, wurde der U-Test nach Mann-Whitney für zwei unabhängige Stichproben verwendet.¹⁹³

2. Resultate der Befragung

Da für die Zweitbefragung lediglich 16 Items aus den Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterfragebögen für die Bewertung des Interventionsprogramms relevant sind, werden im Folgenden auch nur diese Ergebnisse dargestellt. Über die Befragungsergebnisse hinaus wurden für die Beurteilung der Wirksamkeit des Interventionsprogramms quantitative Kennzahlen festgelegt, so dass eine Bewertung auf einer breiten Basis möglich war.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Mittelwerte, die Standardabweichung, die Varianz für die Jahre 2004 und 2005 für Haus A und Haus B.

Der durchgeführte Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben ergab für die Ersterhebung in 2004 eine signifikante Abweichung (Frage 27 aus dem Mitarbeiterfragebogen). Vor diesem Hintergrund ist die Ausgangssituation als ausreichend parallel anzusehen. Für die Zweiterhebung in 2005 ergab der Mann-Whitney-U-Test eine signifikante Abweichung (Frage 42 aus dem Bewohnerfragebogen).

¹⁹³ BÜHL/ZÖFEL empfehlen bei zwei unabhängigen Stichproben, die teilweise normalverteilt sind und teilweise nicht, durchgängig den U-Test nach Mann-Whitney anzuwenden (Bühl/Zöfel 2005, S. 294).

FragebogenNr./Bezeichnung	2004				2005				Mann-Whitney-U/ Bonferroni-Korrektur S=Signifikant; NS= Nicht signifikant						
	Mittelwert	Standardabweichung	Varianz		Mittelwert	Standardabweichung	Varianz								
A n g e h ö r i g e	6	1,9	0,833	0,693	1,4	0,632	0,400	NS	1,7	0,637	0,406	1,9	0,793	0,629	NS
	40	2,1	0,970	0,942	1,8	0,775	0,600	NS	2,1	0,974	0,949	2,5	1,549	2,400	NS
	43	2,6	1,217	1,481	2,3	1,352	1,829	NS	3,1	0,899	0,807	2,8	1,168	1,364	NS
	44	3,0	5,825	33,929	1,6	0,784	0,614	NS	2,2	0,894	0,482	1,7	0,704	0,495	NS
	4	1,7	1,437	2,066	1,5	0,688	0,473	NS	1,7	0,478	0,228	1,9	0,555	0,308	NS
B e w o h n e r	41	3,6	1,499	2,248	3,5	1,541	2,374	NS	2,6	1,221	1,491	3,1	0,911	0,830	NS
	42	2,1	0,889	0,790	2,2	0,631	0,398	NS	1,7	0,550	0,303	2,4	0,597	0,357	S
	38	2,0	1,317	1,734	2,2	1,032	1,064	NS	2,0	1,024	1,048	2,5	1,200	1,441	NS
	16	3,3	1,362	1,866	2,7	1,420	2,017	NS	2,5	1,419	2,015	2,5	1,613	2,603	NS
	27	1,7	1,093	1,195	2,3	0,945	0,894	S	2,1	0,875	0,766	1,3	0,469	0,220	S
M i t a r b e i t e r	31	2,4	1,055	1,114	2,4	1,008	1,015	NS	2,1	0,911	0,830	2,9	1,207	1,456	NS
	35	2,3	1,120	1,254	2,2	1,066	1,136	NS	2,1	0,928	0,860	2,0	0,913	0,833	NS
	50	2,7	1,300	1,690	2,6	0,854	0,729	NS	1,8	0,924	0,853	2,3	1,204	1,451	NS
	52	3,2	1,302	1,696	2,9	1,119	1,253	NS	2,2	1,309	1,712	3,1	1,165	1,356	NS
	53	3,0	1,291	1,666	2,8	1,020	1,039	NS	2,4	1,243	1,546	2,8	0,937	0,879	NS
54	2,0	1,104	1,218	2,1	0,973	0,948	NS	1,4	0,616	0,379	2,1	0,738	0,544	NS	

Abb. M-6: Darstellung der Befragungsergebnisse zweite versus erste Befragung
 Quelle: Eigene Berechnungen, vgl. Anlage VI, S. 500, vgl. Anlage X, S. 509

Die Nullhypothese (H_0), die für diese Studie formuliert wurde, lautet:

Die Interventionen haben keine signifikanten Veränderungen der Mittelwerte bewirkt.

Vor dem Hintergrund, dass von den 15 betrachteten Items nur ein Item einen signifikanten Unterschied aufweist, muss die Nullhypothese angenommen werden.

Die Tatsache, dass nur eine signifikante Abweichung nachgewiesen werden konnte bedeutet jedoch nicht, dass keine Veränderung stattgefunden hat.

Die folgende Abbildung zeigt, dass eine Veränderung der Mittelwerte erreicht wurde, die eine erste positive Tendenz aufzeigen:

1. Haus A erreichte in der Ausgangssituation bei sieben Items eine schlechtere Beurteilung als Haus B.

Diese sieben Items wurden nach der Intervention besser beurteilt.

2. Haus A erreichte in der Ausgangssituation bei einem Item die gleiche Beurteilung wie Haus B.

Dieses Item wurde nach der Intervention besser beurteilt.

3. Haus A erreichte in der Ausgangssituation bei einem Item eine schlechtere Beurteilung als Haus B.

Dieses Item wurde nach der Intervention besser beurteilt.

Diese Mittelwertveränderungen sind nicht signifikant, zeigen jedoch erste positive Tendenzen auf.

		2004	2005
Haus A war in der Ausgangssituation besser als Haus B		<p>Bewohner: Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich. Mitarbeiter: Das Haus wird häufig positiv in den Medien erwähnt. Bewohner: Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.</p>	<p>Bewohner: Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich. Mitarbeiter: Das Haus wird häufig positiv in den Medien erwähnt. Bewohner: Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden. Bewohner: Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden. Bewohner: Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet. Angehörige: Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet. Angehörige: Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden. Mitarbeiter: Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses regelmäßig informiert. Mitarbeiter: Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre bekannt. Mitarbeiter: Ich werde über Veränderungen im Haus rechtzeitig informiert. Mitarbeiter: Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldungen zu der Qualität meiner Arbeitsleistung.</p>
	Haus A zeigt nach der Intervention eine Verbesserung gegenüber Haus B		
Haus A war in der Ausgangssituation mit Haus B gleich		<p>Mitarbeiter: Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldungen zu der Qualität meiner Arbeitsleistung.</p>	<p>Mitarbeiter: Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.</p>
Haus A war nach der Intervention mit Haus B gleich			
Haus A war in der Ausgangssituation schlechter als Haus B		<p>Angehörige: Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden. Angehörige: Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich. Mitarbeiter: Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein.</p>	<p>Angehörige: Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden. Angehörige: Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich. Mitarbeiter: Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein.</p>
	Haus A war nach der Intervention schlechter als Haus B		

Abb. M-7: Ergebnisvergleich 2004 und 2005 im Haus A und Haus B
Quelle: Eigendarstellung

3. Kommunikation der Befragungsergebnisse

Im Anschluss an die Auswertung der Befragungen haben die Verfasserinnen dem Vorstand der beiden Einrichtungen die Ergebnisse präsentiert. Die Mitarbeiter wurden zu einer separaten Präsentation eingeladen. Darüber hinaus wurde den Wohnbereichsleitungen jeweils eine Ergebnispräsentation ausgehändigt, um diese im Stationszimmer auszulegen. Zur Information der Angehörigen und der Bewohner wurden die Befragungsergebnisse im Eingangsbereich aufgehängt und eine Kurzversion in der Einrichtung ausgelegt. Außerdem wurden die Ergebnisse in einer Heimbeiratssitzung vorgestellt.

4. Diskussion der Hypothese

Hypothese 1)

Veränderung der Items in Haus A, deren Beeinflussung Ziel der Interventionen war.

Vor dem Hintergrund des entwickelten Interventionsprogramms wurde als Hypothese formuliert, dass sich die Items, die durch das Interventionsprogramm beeinflusst werden sollten, positiv entwickelt haben.

Die strategierelevanten Items aus den Befragungen der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter, die in die Perspektiven der BSC aufgenommen wurden, werden an dieser Stelle überprüft.

Die folgenden Abbildungen stellen die ausgewählten 16 Items für Haus A und Haus B im Jahr 2004 und 2005 dar.

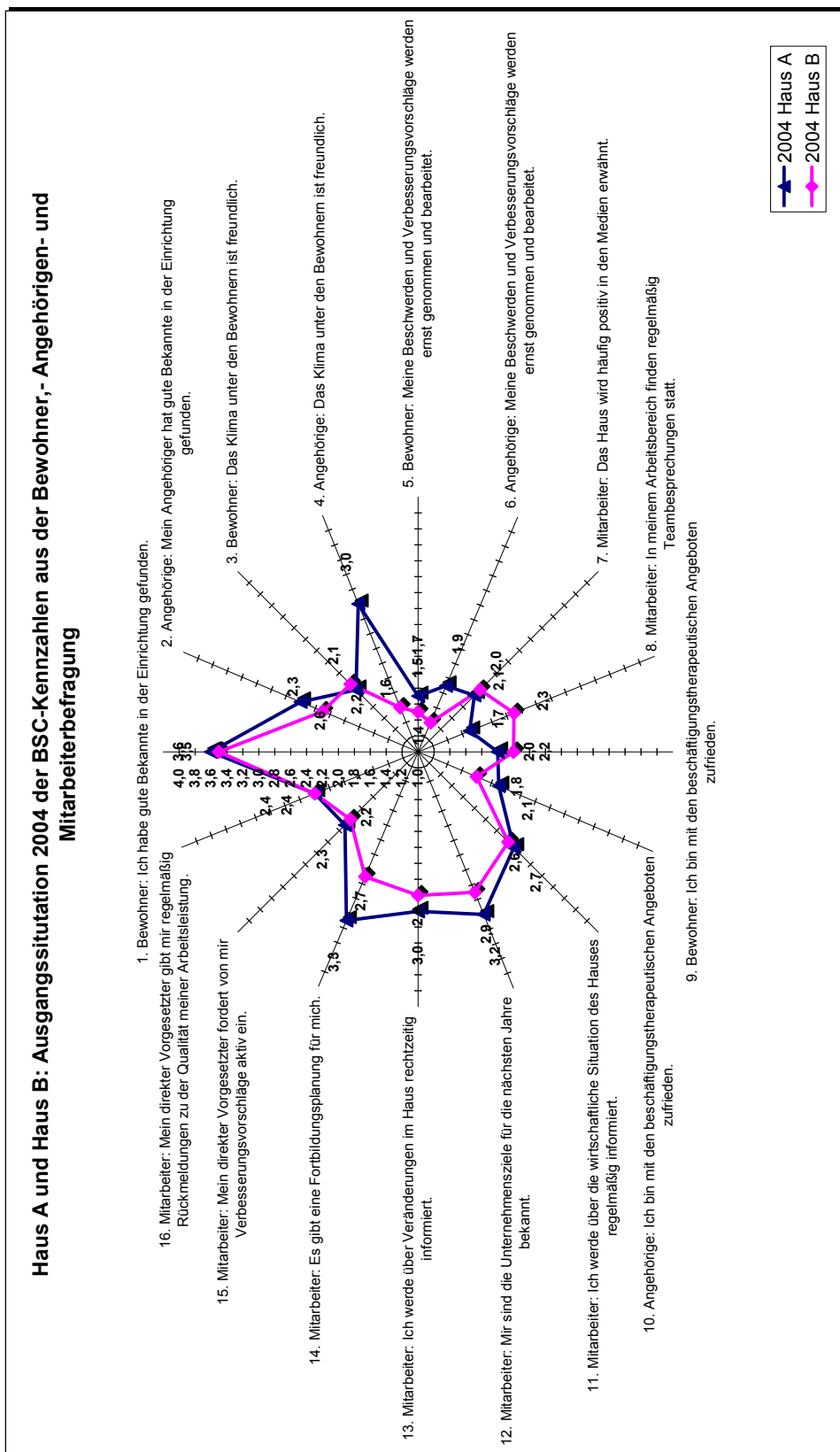


Abb. M-8: Haus A und Haus B: Status der für die BSC ausgewählten Kennzahlen aus der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung in 2004
 Quelle: Eigendarstellung

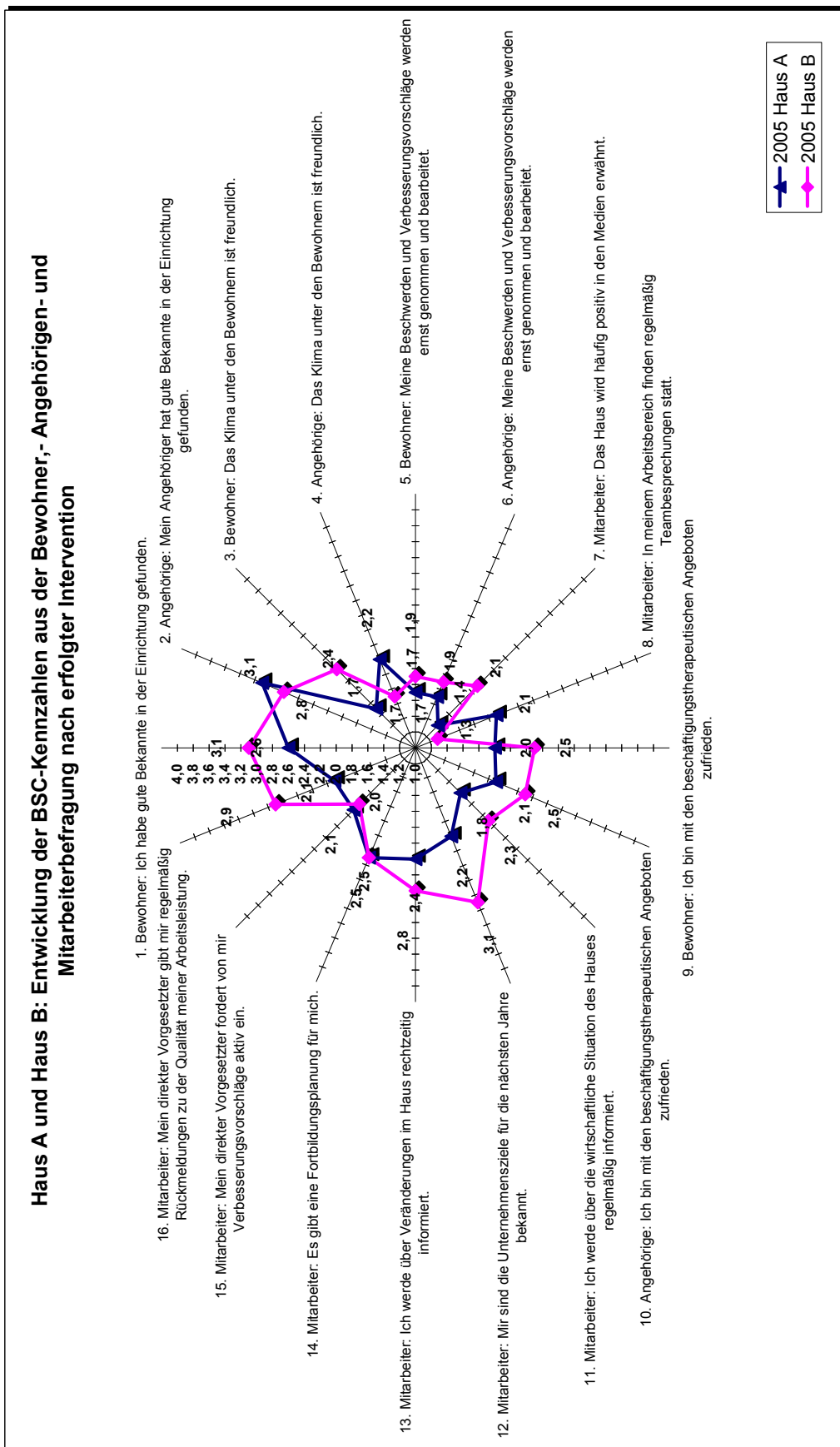


Abb. M-9: Haus A und Haus B: Vergleich der der BSC-Kennzahlen für 2005
 Quelle: Eigendarstellung

V. Resümee Teil II

Nach der Analyse der Ergebnisse der zweiten Befragung können folgende Ergebnisse zusammenfassend dargestellt werden:

- Die Gesamtentwicklung in Haus A zeigt, dass die Interventionen aus Sicht der Bewohner und Angehörigen zu Ergebnisverbesserungen der Dienstleistungsqualität und aus Sicht der Mitarbeiter zu einer Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit geführt haben und die erarbeiteten strategischen Ziele unterstützt werden. Die 16 Items, die aus den Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterfragebögen für die Überprüfung der Wirksamkeit des Interventionsprogramms ausgewählt wurden, weisen bei 14 Items keinen signifikanten Unterschied zur Ausgangssituation im Jahr 2004 auf. Allerdings konnte bei neun dieser Items eine positive Veränderung festgestellt werden. Ein Item wies einen signifikanten Unterschied zur Ausgangssituation auf.¹⁹⁴
- Die Verfasserinnen sind nach Abschluss der Studie der Meinung, dass die Befragungen aus Sicht der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter notwendig waren, um ein umfassendes Bild der Einrichtung zu erhalten. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse der Bewohner und Angehörigen, dass die Dienstleistungsqualität aus unterschiedlichen Blickwinkeln sehr ähnlich wahrgenommen wird.
- Zum Zeitpunkt der Erstbefragung im September 2004 verstärkte sich der Wettbewerb durch die Eröffnung einer weiteren Einrichtung. Eine eigene Bewertung der Dienstleistungsqualität des Hauses A und der Mitarbeiterzufriedenheit war notwendig, um eine Basis für eine strategische Neuausrichtung zu schaffen. Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen wurde die Notwendigkeit erkannt, qualitätssichernde Maßnahmen einzuleiten und die knappen

¹⁹⁴ Eines der ausgewählten 16 Items wies in der Ausgangssituation einen signifikanten Unterschied zwischen Haus A und Haus B auf, so dass dieses Item in der Zweitbefragung nicht betrachtet wird.

Ressourcen zielgerichtet einzusetzen. Gleichzeitig erkannte der Vorstand in der Entwicklung einer Balanced Scorecard eine wichtige Unterstützung zur Strategieentwicklung und strategischen Steuerung der Einrichtung. Die monatlich erstellte BSC ermöglicht es dem Vorstand und der Heimleitung, die verabredeten Entwicklungen auf einen Blick zu erfassen, zu reagieren und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

- Die Zweitbefragung hat direkt im Anschluss an die durchgeführten Interventionen in einem zeitlichen Abstand von 14 Monaten zur Erstbefragung stattgefunden. Die Ergebnisse weisen einen positiven Trend für Haus A aus.
- Die für diese Befragungen entwickelten Messinstrumente wurden bewusst so ausgewählt, dass die Fragen leicht verständlich und eindeutig zu beantworten waren, um so Missverständnissen bei der Beantwortung vorzubeugen. Die Bewohnerbefragung wurde von den Verfasserinnen durchgeführt. Es ist nicht auszuschließen, dass eine Beeinflussung der Bewohner durch die Interviewerinnen stattgefunden hat. Die Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung hat als schriftliche Befragung stattgefunden, so dass keine Verzerrung der Bewertung durch einen Interviewereinfluss vorliegen kann.
- Der Weg von der Strategieentwicklung, bis zur Auswahl der Interventionen und der Erarbeitung der Balanced Scorecard hat allen Mitwirkenden deutlich gemacht, wie wichtig jeder einzelne Arbeitsbereich und ihre Zusammenwirkung zur Erreichung der Gesamtstrategie der Einrichtung ist. Darüber hinaus haben die Mitarbeiter gezeigt, dass ihnen die regelmäßige Information über Unternehmensziele, wirtschaftliche Situation, gesetzliche Veränderungen und geplante Veränderungen in der Einrichtung sehr wichtig sind und sie auf dieser Basis die vorgegebenen Ziele unterstützen können. Dieser im Rahmen dieser Studie eingeleitete Unternehmenssteuerungsprozess muss von der Leitungsebene in regelmäßigen Abständen bewertet werden. Interne und externe

Einflussfaktoren müssen zur Reflexion der Strategie und ggfs. zur Anpassung führen.

Kapitel N

Darstellung der Balanced Scorecard für Haus A

Das folgende Kapitel ist in fünf Abschnitte gegliedert und stellt die entwickelte BSC für das Geschäftsjahr 2005 des Hauses A dar. Der erste Abschnitt stellt die Ergebnisse der Finanzperspektive, der zweite die Ergebnisse der Kundenperspektive, der dritte die Ergebnisse der Prozessperspektive und der vierte die Ergebnisse der Lern- und Entwicklungsperspektive dar. Das Kapitel schließt mit der Beantwortung der Forschungsfragen und einem Resümee des BSC-Einsatzes für Alten- und Pflegeeinrichtungen im fünften Abschnitt.

I. Finanzperspektive

Die Ergebnisse der Finanzperspektive zeigen, dass das geplante Jahresergebnis erreicht und sogar um 13 TEUR verbessert werden konnte. Der Cash-flow in Höhe von 12,9 TEUR hat sich durch die Veränderung der langfristigen Rückstellungen zum Vorjahr um 24,5 TEUR verringert. Die Personal- und Sachkosten und die Gesamterlöse liegen innerhalb der definierten Planwerte. Das Belegungscontrolling misst die Planerreichung und hat dazu geführt, dass die Bewohnereinstufung zeitnah überprüft und an den Pflegebedarf angepasst wurde. Die Instandhaltungskosten liegen unterhalb der geplanten Ausgaben. Diese Entwicklung ist darauf zurückzuführen, dass die Einrichtung eine Sanierungsmaßnahme plant und bedingt dadurch Instandhaltungsmaßnahmen zurückgestellt wurden.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die strategischen Aktionen die Ergebnisse der Finanzperspektive unterstützt haben. Trotzdem ist in 2006 an der Personalkostenstruktur zu arbeiten, damit die betrieblichen Erlöse aus Pflegeleistungen die Personalkosten auch zukünftig decken. Eine Maßnahme ist in der Verhandlung um eine tarifliche Anpassung der

Vergütung zwischen der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite zu sehen. Die folgende Abbildung zeigt die Finanzperspektive 2005.

Ziel	Aktion	Kennzahl	AKUALISIERUNG der Bewertung	Berichtszeitraum Januar-Dezember				Verantwortlicher		
				Monat: 12	Tage: 365	absolut	%ual			
			ist 2004	Plan 2005	Plan Anteil Januar-Dez.	Ist Januar-Dez.	Abweichung absolut	Abweichung %ual		
1. Erreichung des geplanten Jahresergebnisses	wie Punkt 2 und 3	Jahresfehlbetrag/-überschuss	-99.948,16 €	-102.940,00 €	-102.940,00 €	-€ 89.525	13.414,68 €	-13,03%		
		Pflegesatzergebnis	-191.881,50 €	-192.790,00 €	-192.790,00 €	-€ 189.798	2.991,75 €	-1,55%	Vorstand/Heimleitung	
		Investitionsergebnis	71.548,41 €	68.350,00 €	68.350,00 €	€ 78.189	9.838,93 €	14,39%		
		Neutrales Ergebnis	20.484,93 €	21.500,00 €	21.500,00 €	€ 22.084	584,00 €	2,72%		
		Cash-flow (überschlägig)	€ 37.339,22	€ 2.000,00	€ 2.000,00	€ 12.878	10.877,81 €	543,89%		
2. Erreichung der geplanten Belegungsstruktur	Kontinuierliches Belegungscontrolling, Permanente Überprüfung der Bewohnereinstufung	Belegung	100,13%	98,94%	98,94%	99,24%	0,30%	0,30%		
		Bewohner Stufe 0	1	0,99	0,99	1,11	0,12	11,87%		
		Bewohner Stufe 1	23	8,421	9,389	9,389	7,466	-1,933,00	-20,59%	
		Bewohner Stufe 2	28	10,190	10,112	10,112	10,251	139,00	1,37%	
		Bewohner Stufe 3	19	7,026	5,778	5,778	7,606	1,828,00	31,64%	
		Bewohner Gesamt	71	26,021	15,83	15,83	20,84	5,01	31,64%	
		davon: Selbstzahler	63	70,25	70,25	70,25	70,46	0,21	0,30%	
		davon: BSHG-Empfänger	8	8	8	8	10	2	0,30%	
		Personalkosten/Pflegetag	60,90	€ 59,32	€ 59,32	€ 60,12	€ 0,80	1,35%	Heimleitung	
		Sachkosten/Pflegetag	27,07	€ 27,46	€ 27,46	€ 28,16	€ 0,70	2,54%	Heimleitung	
3. Minimierung der Differenz von Gesamtkosten/Pflegetag versus Gesamterlöse/Pflegetag	Weiterentwicklung des bestehenden Kosten- und Erlöscontrollings/ Kostenträger wettbewerbsorientiert auf die Vergütung der Pflegekassen ausrichten	- davon ausgewählte Kostentreiber:	4,59	€ 4,01	€ 4,01	€ 4,76	€ 0,75	18,62%	HWL	
		- Lebensmittel/Beiköstigungstag	3,16	€ 3,67	€ 3,67	€ 3,37	-€ 0,30	-8,06%	Heimleitung	
		- Energiekosten/Pflegetag								
		Gesamtkosten/Pflegetag	€ 87,97	€ 86,79	€ 86,79	€ 88,28	€ 1,50	1,73%	Heimleitung	
4. Substanzsicherung	Mehrfähige Instandhaltungsplanung	Gesamterlöse/Pflegetag	84,13	€ 82,77	€ 82,77	€ 84,80	€ 2,03	2,46%	Heimleitung	
		- davon Kostenträger	78,64	€ 78,05	€ 78,05	€ 79,80	€ 1,75	2,24%	Heimleitung	
		- davon sonstige Erträge	5,49	€ 4,72	€ 4,72	€ 5,01	€ 0,28	5,98%	Heimleitung	
Über/Unterdeckung/Pflegetag	-€ 3,84	-€ 4,01	-€ 4,01	-€ 3,48	€ 0,53	-13,29%				
Instandhaltungskosten/Pflegetag	2,56 €	2,62 €	2,62 €	€ 2,43	-€ 0,19	-7,26%		Vorstand/Heimleitung		

Abb. N-1: Haus A Finanzperspektive 2005
Quelle: Eigendarstellung

II. Kundenperspektive

Die Ergebnisse der Kundenperspektive aus den Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterfragebögen wurden bereits im Kapitel M dargestellt. Die Ziele aus den Projekten, für die keine Bewertung aus den Fragebögen vorliegt, entsprechen im Wesentlichen den Planvorgaben. Insgesamt wurden die geplanten Stunden der ehrenamtlichen Helfer erreicht. Dieser Einsatz ist besonders positiv hervorzuheben, er spricht für die gute Einbindung der Einrichtung in den Stadtteil und den Kirchenkreis. Die Bewohner erhalten individuelle Unterstützung, die nicht ausschließlich von einer Beschäftigten-therapeutin geleistet werden kann. Der ehrenamtliche Einsatz führt zu einer Erhöhung der Kundenzufriedenheit. Die Anzahl der eingegangenen Beschwerden hat noch nicht den gewünschten Planwert erreicht. Eine Begründung kann darin gesehen werden, dass noch nicht alle mündlich geäußerten Beschwerden schriftlich dokumentiert werden. Der Hausprospekt ist von den Verfasserinnen in 2006 fertiggestellt worden. Der neue Hausprospekt wird die Neukundengewinnung unterstützen und helfen, die Auslastungsquote stabil zu halten. Die Einrichtung erfasst alle telefonischen und persönlichen Platzanfragen. Die Ergebnisse belegen, dass die Einrichtung eine sehr hohe Nachfrage verzeichnet und frei werdende Plätze direkt wieder belegen kann. Der Heimleiter hat die Pressearbeit in 2005 weiter ausgebaut und damit zum positiven Image der Einrichtung beigetragen. Berichte über diese Studie wurden veröffentlicht und haben eine positive Resonanz erhalten.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Kundenperspektive 2005.

Haus A		2005		II. Kundenperspektive		Berichtszeitraum Januar-Dezember Monat: 12 Tage: 365				
Ziel	Aktion	Kennzahl	Actualisierung der Bewertung	Ist 2004	Plan 2005 Januar-Dez.	Ist Januar- Dez.	Abweichung absolut	Abweichung %ual	Verantwortlicher	
1. Verbesserung der Kunden-zufriedenheit	Externes Kommunikations-training	Note Bewohner: Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden. ¹ Note Bewohner: Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich. ¹ Note Angehörige: Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden. ² Note Angehörige: Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich. ²	jährlich	3,60	3,00	2,50	0,50			
			jährlich	2,10	2,00	1,70	0,30			
			jährlich	2,60	2,30	3,00	-0,70			Heimleitung
			jährlich	3,00	2,50	2,20	0,30			
	Ausbau Ehrenamt	Anzahl geleistete Stunden Ehrenamt/Monat	monatlich		780	673	-107	-13,72%	Heimleitung/ Beschäftigungs- therapie	
2. Ausbau des bestehenden Beschwerde-managements	Dokumentation und Bearbeitung mündlicher und schriftlicher Beschwerden (Beschwerde-briefkasten)	Anzahl eingegangener Beschwerden Note Bewohner: Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet. ¹ Note Angehörige: Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet. ²	monatlich		24	14	-10	-41,67%	Heimleitung	
			jährlich	1,70	1,60	1,70	-0,10			
3. Neukunden-gewinnung Konstant hohe Auslastung	Hausprospekt, Flyer	Auslastungsquote Anzahl Anmeldungen, davon: - vollstationäre Dauerpflege - Kurzzeitpflege (Urlaub) - Kurzzeitpflege (Krankenhaus)	monatlich	100,13%	98,94%	99,24%	0,30%	0,30%		
			monatlich		70	85	15,00	21,43%	Heimleitung/ Verwaltung	
			monatlich		20	22	2,00	10,00%		
			monatlich		30	37	7,00	23,33%		
4. Ausbau von Image und Reputation	Jahresplanung Pressearbeit / PR-Aktivitäten Gemeindebrief	Anzahl Veröffentlichungen in Tageszeitungen Anzahl Veröffentlichungen im Gemeindebrief Note Mitarbeiter: Haus A wird häufig positiv in den Medien erwähnt. ³	monatlich		15	17	2	13,33%	Heimleitung	
			monatlich		2	0	-2	-100,00%		
			jährlich	2,00	1,50	1,40	0,10			

¹ Ergebnis der Bewohnerbefragung im September 2004 und im November 2005
² Ergebnis der Angehörigenbefragung im September 2004 und im November 2005
³ Ergebnis der Mitarbeiterbefragung im September 2004 und im November 2005

Abb. N-2: Haus A Kundenperspektive 2005
Quelle Eigendarstellung

III. Prozessperspektive

Die Ergebnisse der Prozessperspektive aus den Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterfragebögen wurden bereits im Kapitel M dargestellt. Zur Erhöhung der Effizienz der Besprechungssysteme wurden standardisierte Teamgespräche in den Wohnbereichen und 14-tägig stattfindende Abteilungsleitungsgespräche verabredet. Die Anzahl der Teamgespräche in den Wohnbereichen entspricht dem Planwert, die Abteilungsleitungsgespräche dagegen erscheinen dem Team einmal monatlich ausreichend. Von jedem Abteilungsleitungsgespräch wird ein kurzes Ergebnisprotokoll angefertigt. Zur Optimierung der Kernkompetenz Pflege wurde verabredet, bei jedem Bewohner einmal jährlich eine Pflegevisite durchzuführen. Im zweiten Halbjahr 2005 wurden basierend auf der hausinternen Verfahrensanweisung zur Durchführung einer Pflegevisite 29 Pflegevisiten von der Pflegedienstleitung und den Wohnbereichsleitungen bei den Bewohnern durchgeführt. Der vorgegebene Halbjahresplanwert wurde somit fast erreicht. Die Pflegevisite hat auch dazu beigetragen, den verantwortlichen Mitarbeitern, neben dem geplanten Jahresgespräch, ein Feedback ihrer Arbeit und Unterstützung zu geben. Im Rahmen des Kommunikationstrainings wurde das beschäftigungstherapeutische Angebot überarbeitet und auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Bewohner angepasst. Dieser Prozess ist bedingt durch eine längere Abwesenheit der Beschäftigungstherapeutin noch nicht abgeschlossen, Messwerte stehen noch nicht zur Verfügung. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Prozessperspektive 2005.

Haus A

BSC 2005 III. Prozessperspektive Berichtszeitraum Januar-Dezember

Ziel	Aktion	Kennzahl	Aktualisierung der Bewertung	Ist 2004	Plan 2005		Ist Januar-Dez.	Ist Januar-Dez.	Abweichung absolut	Abweichung %/Jal	Verantwortlicher
					Januar-Dez.	Dez.					
1. Erhöhung der Effizienz der Besprechungssysteme	Standardisierte, regelmäßige Dienstbesprechungen	Anzahl Teambesprechungen davon: Wohnbereich I davon: Wohnbereich II Anzahl Abteilungsleitungsgespräche Note: In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt. ¹	monatlich		35	34	43	34	9,00	26,47%	Hemleitung
			monatlich		17	17	22	17	5,00	29,41%	PDL
2. Kernprozess Pflege optimieren	Pflegeviste zur Überprüfung der Pflegequalität einsetzen, Pflegestandards überarbeiten Simulierte MDK-Prüfung	Anzahl Pflegevisiten davon: Wohnbereich I davon: Wohnbereich II Bewertung des Pflegeprozesses- Anzahl Eintragungen Pflegedokumentation: ² - in Ordnung - kleiner Mangel - großer Mangel - nicht relevant	monatlich		71	71	23	71	-42	-59,15%	Hemleitung
			monatlich		41	41	10	41	-31	-75,61%	WBL
3. Beschäftigungs-therapeutische Angebote auf die Bewohnerbedürfnisse abstimmen	Erarbeitung eines beschäftigungs-therapeutischen Konzeptes unter besonderer Berücksichtigung demenziell erkrankter Bewohner	Anzahl Beschäftigungstherapie ³ davon: Bingo davon: Gymnastik davon: Werken davon: Zeitungsrunde davon: Therapiehund davon: Einzeltherapie davon: Sonstiges	halbjährlich		In 2005 hat die erste MDK-Prüfung stattgefunden.						Hemleitung / OM-Berater
			halbjährlich		66	66	27	15	-11	-36,67%	WBL
Erhöhung der Teilnahmequote	Erarbeitung eines beschäftigungs-therapeutischen Konzeptes unter besonderer Berücksichtigung demenziell erkrankter Bewohner	Teilnehmer Gesamt an BT Auslastungsgrad der Angebote Note Bewohner: Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden. ¹ Note Angehörige: Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden. ¹	monatlich		0	0	0	0	0,00%		Beschäftigungs-therapie
			monatlich		2,00	2,00	2,00	2,00	0,00		Hemleitung
			jährlich	2,10	2,10	2,10	2,10	-0,10			

Abb. N-3: Haus A Prozessperspektive 2005
Quelle: Eigendarstellung

¹ Ergebnis der Mitarbeiterbefragung im September 2004 und im November 2005
² Ergebnis Bericht simulierte MDK-Prüfung im Dezember 2004 durch einen externen, OM-Beauftragten.
³ Das beschäftigungstherapeutische Konzept wird noch erarbeitet, die Kennzahlen sind noch zu vereinbaren.

IV. Lern- und Entwicklungsperspektive

Die Ergebnisse der Lern- und Entwicklungsperspektive aus der Mitarbeiterbefragung wurden bereits im Kapitel M dargestellt. Zur Erhöhung der Mitarbeitermotivation und -zufriedenheit wurde verabredet, quartalsweise ein Controllinggespräch unter der Leitung der Verfasserinnen mit dem Heimleiter und allen Bereichsleitungen durchzuführen. Gegenstand dieses Gespräches waren die aktuelle Entwicklung des Soll-Ist-Vergleiches, der Belegungsentwicklung und der BSC-Berichte sowie daraus resultierende Abweichungsanalysen. Die Wohnbereichsleitungen haben über die für die Mitarbeiter relevanten Ergebnisse in den Teamgesprächen informiert. Ein grundlegendes Ziel der Einrichtung ist es, kompetentes und motiviertes Personal zu halten und rekrutieren zu können. Die Verfasserinnen haben gemeinsam mit den Wohnbereichsleitungen eine Jahres-Fortbildungsplanung erstellt und die Mitarbeiter nach individuellem Bedarf für die jeweiligen Schulungen eingeplant. Der Planwert für Fortbildungsveranstaltungen wurde leicht überschritten. Die Fortbildungsplanung wurde von den Mitarbeitern sehr positiv aufgenommen. Aus den Erkenntnissen der Fortbildungen sollten Verbesserungsvorschläge für die Einrichtung abgeleitet werden. Die Verbesserungsvorschläge sind jedoch ähnlich wie die Beschwerden nicht systematisch erfasst worden, obwohl Mitarbeiter positive Anregungen gegeben haben und diese auch umgesetzt haben. In Haus A wurden in der Vergangenheit keine Mitarbeitergespräche geführt, dennoch hat die Leitung das Ziel formuliert, eine Mitarbeiterfeedback-Kultur zu etablieren. Im Rahmen des Kommunikationstrainings wurde das Instrument gemeinsam entwickelt und verabredet, mit jedem Mitarbeiter ein Feedbackgespräch durchzuführen und alle zwei Jahre zu wiederholen. Die Leitungen sind von dem Instrument überzeugt, die Gespräche mit den Verwaltungsmitarbeitern und den Bereichsleitungen sind durchgeführt und sehr positiv aufgenommen worden. Die Mitarbeiter sind über das Instrument informiert und stehen den bevorstehenden Gesprächen offen gegenüber. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Lern- und Entwicklungsperspektive 2005.

Haus A

BSC 2005 IV. Lern- und entwicklungsperspektive Berichtszeitraum Januar-Dezember

Monat: 12
Tage: 365

Ziel	Aktion	Kennzahl	Aktualisierung der Bewertung	Ist 2004	Plan 2005	Plan Anteil Januar-Dez.	Ist Januar-Dez.	Abweichung absolut	Abweichung %/Jahr	Verantwortlicher
1. Erhöhung der Mitarbeiter-motivation und -zufriedenheit	Regelmäßige Besprechungen: BSC, wirtschaftliche Situation, Unternehmensziele, Veränderungen etc. Note: Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses A regelmäßig informiert. ¹ Note: Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre bekannt. ¹ Note: Ich werde über Veränderungen im Haus A regelmäßig informiert. ¹	Anzahl Controllinggespräche	jährlich	2,60	2,00	1,80	0,20			Hemleitung
			jährlich	3,20	2,50	2,20	0,30			
			jährlich	3,00	2,50	2,40	0,10			
2. Kompetentes und motiviertes Personal	Mitarbeiterfortbildung auf der Grundlage einer prospektiven Fortbildungsplanung Note: Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich ¹	Anzahl Fortbildungsveranstaltungen	jährlich	3,30	2,50	2,50	0,00			Hemleitung
		Anzahl Verbesserungsvorschläge	monatlich		25	28	3	12,00%		Hemleitung/ PDL
			jährlich	2,30	2,00	2,10	-0,10			Hemleitung
3. Aufbau einer Mitarbeiter-feedback-Kultur	Einführung eines Feedback- bzw. Jahresgespräches Note: Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein. ¹	Anzahl durchgeführter Feedbackgespräche	monatlich		61	61	7	-88,52%		Hemleitung
		davon: Leitung/Verwaltung	monatlich		3	3	0	0,00%		Vorstand/ Hemleitung/ PDL
		Bereichsleitungen	monatlich		4	4	0	0,00%		Hemleitung/ PDL
	Wohnbereich I	monatlich		18	18	0	-100,00%		WBL	
	Wohnbereich II	monatlich		14	14	0	-100,00%		WBL	
	Nachwachen	monatlich		8	8	0	-100,00%		PDL	
	Hauswirtschaft	monatlich		14	14	0	-100,00%		HWL	
	Note: Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldungen zu der Qualität meiner Arbeitsleistung ¹		jährlich	2,40	2,20	2,10	0,10			Hemleitung

¹ Ergebnis der Mitarbeiterbefragung im September 2004 und im November 2005

Abb. N-4: Haus A Lern- und Entwicklungsperspektive 2005
Quelle: Eigendarstellung

V. Beantwortung der Forschungsfragen und Resümee

Das Forschungsziel dieser Studie ist die Beantwortung der folgenden Fragen:

- Ist die Balanced Scorecard ein geeignetes Instrument für die Steuerung einer Alten- und Pflegeeinrichtung?
- Welchen Beitrag leistet der Einsatz einer Balanced Scorecard zur Entwicklung der Strategie und Erreichung der strategischen Ziele einer Alten- und Pflegeeinrichtung?

Für die Beantwortung dieser Fragen wurden Kriterien festgelegt, an denen gemessen wird, ob die Balanced Scorecard als Steuerungsinstrument für eine Alten- und Pflegeeinrichtung geeignet ist. Die Beantwortung, ob bei der Bewertung der Fragen aus der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung signifikante Unterschiede erreicht wurden, war Gegenstand des Kapitels M.

Die Erreichung der festgelegten Ziele für die Projekte, für die keine Bewertung auf Basis der Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung vorgesehen war, war Gegenstand der vorangegangenen Abschnitte.

Die Studie belegt, dass die Einrichtung durch die Überprüfung der Dienstleistungsqualität und Mitarbeiterzufriedenheit eine Grundlage für die Strategiediskussion geschaffen hat. Auf Basis der Ergebnisse der Ersterhebung konnte die Strategie für das Haus formuliert und strategische Ziele abgeleitet werden. Zur Zielerreichung wurden unter der Leitung der Verfasserinnen in den Workshops Interventionen geplant, durchgeführt und deren Zielerreichung durch die Zweiterhebung gemessen. Der Verlauf dieser Studie und die Implementierung einer BSC hat das Haus A zu einer lernenden Organisation entwickelt.

Die BSC-Systematik, die eine Strategiediskussion und -entwicklung an den Anfang stellt, hat über die Auseinandersetzung mit der prognostizierten Entwicklung im Markt der Alten- und Pflegeeinrichtungen und der Bestimmung der Wettbewerbsposition im engeren Wettbewerbsumfeld dazu

geführt, dass das Haus A seine Wettbewerbsposition definiert hat. Die Strategie des Hauses A, der Qualitätsführer in der Region zu werden, stellt eine Präferenzstrategie dar, deren Realisierung eine genaue Kenntnis der Faktoren voraussetzt, die für die Kundengruppen Bewohner und Angehörige zu einer positiven Bewertung der Dienstleistungsqualität führen.

Das Haus A hat im Rahmen des Prozesses erkannt, dass nur eine undifferenzierte Kenntnis über diese Faktoren vorliegt und dass eine Befragung der Bewohner und Angehörigen notwendig ist, um diese Kenntnisse zu sammeln. Darüber hinaus wurden Kenntnisse über die Mitarbeiterzufriedenheit durch eine Befragung der Mitarbeiter erhoben. Die enge Verknüpfung der Bewohnerzufriedenheit mit der Mitarbeiterzufriedenheit basiert auf der Beteiligung der Mitarbeiter am Dienstleistungserstellungsprozess.

Die Befragungsergebnisse der drei Befragungen ermöglichte eine Standortbestimmung, auf deren Basis das Interventionsprogramm zur Realisierung der Strategie entwickelt wurde. Die für die Erfolgsmessung festgelegten Faktoren wurden in die BSC übernommen. Die BSC-Systematik führt dazu, dass der Fokus auf die Faktoren gelegt wird, die zur Realisierung der Strategie notwendig sind. Die BSC, die monatlich aktualisiert wird, ermöglicht eine zeitnahe Kontrolle der Zielerreichung für die vereinbarten Projekte und stellt sicher, dass die vereinbarten Ziele kontinuierlich verfolgt werden. Die konsequente Überprüfung der Zielerreichung ist eine wichtige Facette von Steuerungsinstrumenten, die von der BSC erfüllt wird.

Die erstellte Strategie-Map verdeutlichte die Verknüpfungen und stellte sicher, dass an den richtigen Faktoren gearbeitet wurde. Die Ergebnisse der zweiten Befragung und die zusätzlichen quantitativen Kennzahlen zeigen auf, dass die Interventionen wirksam waren und Ansätze für eine Verbesserung erkennbar sind.

Da die Interventionen mit einer definierten Zielsetzung entwickelt und durchgeführt wurden und die Ergebnisse aufzeigen, dass die intendierten Verbesserungen teilweise bereits realisiert werden und teilweise erste Veränderungen aufweisen, kann die Frage, ob die BSC als geeignetes

Steuerungsinstrument für eine Alten- und Pflegeeinrichtung geeignet ist, positiv beantwortet werden.

Kapitel O

Schlussbetrachtung und Ausblick

Der Prozess der Strategieentwicklung und BSC-Entwicklung für das Haus A, der in einem Zeitraum von zwei Jahren durchgeführt wurde, verdeutlicht den Handlungsbedarf für Alten- und Pflegeeinrichtungen. Die Ausgangssituation in Haus A war geprägt von der eigenen Wahrnehmung der angebotenen Dienstleistungsqualität und einer auf nicht fundierten Kenntnissen basierenden Einschätzung der Wettbewerbssituation und der eigenen Wettbewerbsposition. Darüber hinaus gab es keine Vision, keine Strategie und keine Überlegung dazu, welches USP das Haus A im Wettbewerbsumfeld belegt. Die Ausgangssituation des Hauses A war basierend auf der Belegungsquote sehr positiv, allerdings lagen keine Kenntnisse darüber vor, weshalb die Einrichtung von Angehörigen und Bewohnern ausgewählt wurde. Vor diesem Hintergrund war eine gezielte Entwicklung der Dienstleistungsqualität nicht möglich und es lag eine hohe Unsicherheit darüber vor, welche Maßnahmen die Einrichtung ergreifen sollte, um ihre Wettbewerbsposition zu stärken.

Der Prozess der Strategieentwicklung führte dazu, dass die eigene Position vor dem Hintergrund der Entwicklungen im Markt der Alten- und Pflegeeinrichtungen und der Prognosen für die zukünftige Entwicklung definiert werden konnte und eine Vision entwickelt wurde. Der Prozess verdeutlichte darüber hinaus, dass der Informationsbedarf zur Bestimmung der Ausgangssituation sehr umfangreich war, so dass sowohl Bewohner als auch Angehörige und Mitarbeiter befragt werden mussten, um dieses Defizit zu beheben. Im Rahmen der Strategieentwicklung wurde darüber hinaus deutlich, dass Ansatzpunkte für die Entwicklung der Besonderheit der eigenen Dienstleistungsqualität vorlagen. Die in den Vorstandsworkshops erarbeitete Besonderheit der Dienstleistungsqualität, die ihren Ausdruck in einem besonders fürsorglichen Touch findet, wurde zu einem Claim weiterentwickelt, der das USP der Dienstleistung des Hauses A für die

Kommunikation mit der Öffentlichkeit ermöglicht. Der Claim „Wir sind für Sie da! Fürsorgliche und kompetente Pflege im Alter.“ verdichtet diese Aussage.

Die durchgeführten Befragungen, an denen auf Empfehlung der Verfasserinnen sowohl Bewohner als auch Angehörige und Mitarbeiter teilnahmen, ermöglichten eine solide Standortbestimmung und führten dazu, dass ein Interventionsprogramm entwickelt werden konnte, das die Strategierealisierung unterstützt. Die Befragungsergebnisse lieferten einen Ansatzpunkt für die Identifizierung des Handlungsbedarfs in verschiedenen Facetten der Dienstleistungsqualität. Die positiven Gesamtergebnisse der Befragungen wirkten sehr motivierend auf den Vorstand, die Heimleitung und die Mitarbeiter, da ihre bisherige Arbeit überwiegend positiv bewertet wurde. Diese Motivation konnte im gesamten weiteren Prozess gehalten werden, so dass alle beteiligten Mitarbeiter begeistert an der Entwicklung und Realisierung des Interventionsprogramms mitgearbeitet haben. Die Kenntnis darüber, dass die Mitarbeiter über einen von ihnen als unzureichend empfundenen Kenntnisstand über die Unternehmensziele, den wirtschaftlichen Erfolg der Einrichtung und die Ziele des Unternehmens verfügen, führte zu einer grundsätzlichen Veränderung der Informationsweitergabe. Ausgewählte Inhalte der Controllinggespräche, die einmal pro Quartal durchgeführt wurden, wurden auf Empfehlung der Verfasserinnen auch den Mitarbeitern in den Teambesprechungen zur Verfügung gestellt.

Um die Qualität der Dienstleistungserstellung zu verbessern, ist es notwendig, die geleistete Arbeit der Mitarbeiter detailliert zu bewerten. In Haus A wurden keine Mitarbeiterfeedbackgespräche durchgeführt, die eine gezielte Weiterentwicklung der Fähigkeiten der Mitarbeiter ermöglichte. Die im Rahmen dieser Studie entwickelten Feedbackgesprächsbögen ermöglichen jetzt eine gezielte Verbesserung der Dienstleistungsqualität und können darüber hinaus zu einer Motivationssteigerung der Mitarbeiter führen, da sie gezielte Hinweise zur Verbesserung ihrer Arbeitsleistung erhalten und ihre Leistung durch eine Bewertung eine Wertschätzung erhält. Die Mitarbeiterfeedbackgespräche ermöglichen darüber hinaus eine Fortbildungsplanung, die den Mitarbeitern Kontinuität in der Entwicklung ihrer

Fähigkeiten signalisiert. Die eingeleiteten Maßnahmen zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit zeigen in der zweiten Befragung bereits erste positive Ergebnisse, die es zukünftig weiter auszubauen gilt. Aufgrund der engen Verbindung zwischen Mitarbeiter- und Bewohnerzufriedenheit erhält die gezielte Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit eine besondere Bedeutung.

Das durchgeführte Kommunikationstraining stellt eine Maßnahme dar, die zwei Ziele verfolgt: Zum einen die Vermittlung von Theorieaspekten der Kommunikation und zum anderen den konkreten Einsatz dieser Kenntnisse in der Kommunikation mit den Bewohnern. Die vermittelten Kenntnisse über die Transaktionsanalyse liefern neue Sichtweisen für die Mitarbeiter, die die Kommunikation mit den Bewohnern positiv beeinflussen können. Da die Transaktionsanalyse bei dem Verständnis der eigenen Handlungsweise ansetzt, ist sie besonders für die Verbesserung der Kommunikationsqualität geeignet. Das Training führt dazu, dass die Mitarbeiter ihren eigenen Einfluss auf das Ergebnis der Kommunikation mit Bewohnern besser einschätzen können und das Kommunikationsergebnis bewusst steuern. Das abschließend entwickelte zusätzliche Betreuungsangebot für Bewohner basierte auf einer Einschätzung der Bewohnerwünsche und ihrer Fähigkeiten. Das Betreuungsangebot stellt eine Maßnahme dar, um die Kommunikation zwischen den Bewohnern zu fördern, da ohne den unterstützenden Rahmen nur wenige Kontakte entstehen. Die Bewohnerbefragung ergab, dass der Wunsch nach Kontakt bei den Bewohnern vorhanden ist, sie aber ein Defizit empfanden.

Die zweite Befragung, die im November 2005 stattfand, zeigte bereits erste Veränderungen, die durch das Interventionsprogramm erreicht wurden. Da der Interventionszeitraum ein Jahr betrug, viele Veränderungen aber einen längeren Zeitraum benötigen, zeigen die Ergebnisse teilweise nur erste Ansätze für Veränderungen auf. Die eingeleiteten Veränderungen zeigen jedoch eindeutig positive Ergebnisse. Die Ergebnisse aus den Bewohner- und Angehörigenbefragungen zeigen eine deutlich positive Tendenz, so dass der Rückschluss möglich ist, dass die richtigen Interventionen entwickelt und

durchgeführt wurden, sie aber noch Zeit benötigen, um signifikante Verbesserungen zu erreichen.

Diese Studie belegt aus Sicht der Verfasserinnen eindeutig, dass die BSC ein geeignetes Steuerungsinstrument für eine Alten- und Pflegeeinrichtung ist, da sie basierend auf der Strategie Veränderungsprozesse in die richtige Richtung einleitet und so die Strategierealisierung unterstützt wird.

Die massiven Veränderungen, die in den nächsten Jahren und Jahrzehnten im Markt für Alten- und Pflegeeinrichtungen zu erwarten sind, führen dazu, dass der Anpassungsbedarf für Alten- und Pflegeeinrichtungen steigen wird. Nur Alten- und Pflegeeinrichtungen, die diese Veränderungen antizipieren und ihre eigene Position vor diesem Hintergrund überprüfen und ihre Strategie darauf anpassen, werden in der Lage sein, im Wettbewerb zu bestehen.

Die BSC, die eine kritische Auseinandersetzung mit der Strategie und Vision einer Alten- und Pflegeeinrichtung voraussetzt und die Veränderungsprozesse gezielt forcieren kann, stellt ein Instrument dar, das eine Anpassung an veränderte Marktbedingungen strukturiert möglich macht. Der Einsatz der BSC in einer Alten- und Pflegeeinrichtung kann dafür sorgen, dass eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Verbesserung der eigenen Dienstleistungsqualität erfolgt und somit eine kontinuierliche Verbesserung erreicht werden kann.

Die konsequente Ausrichtung einer Alten- und Pflegeeinrichtung an den Bedürfnissen ihrer Kunden – Bewohner und Angehörige – ist die Voraussetzung dafür, die eigene Wettbewerbsposition zu festigen und auszubauen. Da die BSC neben der Kundenperspektive auch die Prozess- und die Lern- und Entwicklungsperspektive beinhaltet, ist sichergestellt, dass Verbesserungen in diesen Bereichen angestrebt werden. Die Finanzperspektive, die den Erfolg der drei anderen Perspektiven misst, stellt sicher, dass die wirtschaftlichen Kennzahlen, die zur Unternehmenssteuerung benötigt werden, ebenfalls im Fokus stehen.

Die Ergebnisse dieser Studie belegen die Eignung der BSC für die Steuerung einer Alten- und Pflegeeinrichtung und machen deutlich, dass

Veränderung ein kontinuierlicher Prozess ist, den das Haus A weiter forcieren muss, um die Potenziale der durch diese Studie angeregten Veränderungen auszuschöpfen. Darüber hinaus ist es notwendig, die Vision und die Strategie des Hauses A in Abständen von zwei bis drei Jahren zu überprüfen, um sicherzustellen, dass sie bei geänderten Rahmenbedingungen für den Ausbau der Wettbewerbsposition weiterhin geeignet ist. Auch die Befragungen der Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter sollte alle zwei bis drei Jahre wiederholt werden, um die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen überprüfen zu können und um Veränderungen in den Kundenerwartungen frühzeitig zu erfassen und gegebenenfalls darauf reagieren zu können.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick der Vorteile, die mit der Implementierung einer BSC in einer Alten- und Pflegeeinrichtung verbunden sind und stellt die Situation nach Studienende dar.

Situation vor Studienbeginn	Situation nach Studienende
Keine strukturierten Strategieüberlegungen	✓
Keine Vision	✓
Keine klare Positionierung im Wettbewerbsumfeld	✓
Keine Ausrichtung der Maßnahmen auf ein einheitliches Ziel, eine Vision	✓
Keine ganzheitliche Steuerung des Hauses, da ein Managementinstrument wie die BSC bisher nicht eingesetzt wurde	✓
Keine Kenntnisse über die Bewertung der Dienstleistungsqualität durch die Bewohner und die Angehörigen	✓
Keine Kenntnisse über die Mitarbeiterzufriedenheit	✓

Abb. O-1: Vorteile der Implementierung einer BSC
Quelle: Eigendarstellung

Diese Studie zeigt weitere Forschungsmöglichkeiten auf, die im Zusammenhang mit der BSC stehen:

Zur Einschätzung der Dienstleistungsqualität wurden in dieser Studie Bewohner und Angehörige befragt. Weitere relevante Gruppen, die als Einweiser besondere Bedeutung haben, sind einweisende Ärzte, der Sozialdienst der Krankenhäuser und ambulante Pflegestationen. Die Erfassung der Anforderungen dieser Gruppen stellt weitere Forschungsmöglichkeiten dar.

In dieser Studie wurde ein erster Schritt unternommen, um die Eignung der BSC für die Steuerung einer Alten- und Pflegeeinrichtung zu belegen. Weiterer Forschungsbedarf kann darin gesehen werden, die Erkenntnisse dieser Studie auf einer breiteren Basis zu belegen.

In dieser Studie wurde die Wirksamkeit des Interventionsprogramms nach 14 Monaten überprüft. Eine Langzeitstudie, an der mehrere Alten- und Pflegeeinrichtungen teilnehmen, kann den Beweis erbringen, dass die durch den Einsatz der BSC identifizierten Verbesserungspotenziale auch nachhaltig realisiert werden können.

Da die derzeitigen Entlohnungssysteme eine leistungsbezogene Vergütung für die Erreichung von Zielen, die mit Mitarbeitern vereinbart wurden, nicht vorsehen, wurde in dieser Studie auf die Bewertung dieses Aspektes für die BSC verzichtet. Die Erreichung von Zielen, die in der BSC verankert werden, an Prämiensysteme zu binden, wird in privatwirtschaftlich geführten Unternehmen praktiziert. Die Auswirkung einer solchen Vereinbarung für die Zielerreichung in Alten- und Pflegeeinrichtungen stellt daher weitere Forschungsmöglichkeiten dar.

Anlagen

Anlage I: Bewohnerfragebogen

Haus A – Bewohnerfragebogen

Lfd. Nr.: _____ 1

I. ALLGEMEINE ANGABEN

1. Aus welchen Gründen haben Sie sich für das Haus A entschieden? (es sind mehrere Angaben möglich)

- Guter Ruf
- Räumliche Nähe zum ehemaligen Wohnort
- Empfehlung durch Freunde und Verwandte
- Empfehlung durch die Kirche
- Empfehlung vom Krankenhaus
- Empfehlung vom Hausarzt
- Mein eigener Wunsch
- Auswahl durch Angehörige
- Kirchliche Einrichtung
- Größe der Einrichtung
- Angemessene Heimkosten
- Sonstiges
- -----
- -----

2. Wofür ist das Haus A in der Stadt bekannt?

Für die Beantwortung der nachstehenden Fragen stehen folgende Antwortmöglichkeiten zur Auswahl:

Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teils-teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aus Platzgründen sind im Fragebogen die Antwortmöglichkeiten mit 1-5 gekennzeichnet.

Haus A – Bewohnerfragebogen

Lfd. Nr.: _____ 2

II. VERWALTUNG

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vor dem Einzug habe ich alle relevanten Informationen zum Leistungsangebot erhalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vor dem Einzug bin ich über die entstehenden Kosten umfassend informiert worden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich bin mit der Abwicklung meiner finanziellen Belange durch die Verwaltung zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Meine Interessen werden durch den Heimbeirat vertreten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III. WOHNQUALITÄT

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich fühle mich im Haus A wohl. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich bin mit der Ausstattung meines Zimmers zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich lebe sehr gerne im Einzelzimmer. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Ich würde gerne im Doppelzimmer wohnen. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. HAUSWIRTSCHAFT - REINIGUNG

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich bin mit der Reinigung meines Zimmers zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich bin mit der Reinigung meiner Wäsche zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V. HAUSWIRTSCHAFT - SPEISENVERSORGUNG

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich bin mit den Essenszeiten zufrieden. | | | | | |
| • Frühstück | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mittagessen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Abendbrot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Meine individuellen Essenswünsche werden berücksichtigt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Das Essen ist | | | | | |
| • schmackhaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • frisch zubereitet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VI. BETREUUNGSQUALITÄT

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für meine Bedürfnisse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Die MitarbeiterInnen sind über meinen Pflegebedarf stets informiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Die MitarbeiterInnen sind freundlich und hilfsbereit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Die MitarbeiterInnen begegnen meinen Bedürfnissen mit Offenheit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mein persönlicher Tagesablauf wird bei der Pflege berücksichtigt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich erhalte ausreichend Informationen zu meiner Pflege und dem Pflegeablauf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit mir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Die MitarbeiterInnen wahren meine Privatsphäre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten meines Zimmers an. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haus A – Bewohnerfragebogen

Lfd. Nr.: _____ 4

11. Ich werde immer so angesprochen, wie ich es wünsche.
12. Meine Eigenständigkeit wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen).

VII. PSYCHO-SOZIALES WOHLBEFINDEN

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich habe eine Vertrauensperson für meine persönlichen Belange. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Die angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen | | | | | |
| ▪ sind interessant für mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ ich nehme daran teil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich habe regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VIII. ZUSATZLEISTUNGEN

Ich nehme folgende Zusatzleistungen in Anspruch:

- Friseur
 - Fußpflege
2. Ich wünsche weitere Zusatzleistungen und bin bereit, dafür ein Entgelt zu zahlen
- nein
 - ja
3. Welche zusätzlichen Leistungen würden Sie zukünftig gerne angeboten bekommen?
- _____
 - _____
 - _____

XI. ZUFRIEDENHEIT

1. Welche der folgenden Punkte sind für Ihre Zufriedenheit wichtig?
(Drei Nennungen)
- Gute seelsorgerische Betreuung
 - Gute Pflege- und Betreuungsqualität
 - Gutes Essen
 - Gutes Zimmer und Ausstattung
 - Guter Kontakt zu anderen Mitbewohnern
 - Freundliche Behandlung durch die Mitarbeiter
 - Sonstiges
- _____
 - _____
 - _____
- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich empfehle das Haus A an Freunde und Bekannte weiter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

X. PERSÖNLICHE ANGABEN

1. Ich lebe im Haus A seit Jahren.
2. Ich bin Jahre alt.
3. Ich bin: männlich weiblich
4. Ich bin in Pflegestufe:
Geringfügige Pflege - Pflegestufe I- Pflegestufe II- Pflegestufe III
5. Ich bin Selbstzahler.
6. Ich erhalte Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz.

Gibt es darüber hinaus weitere Punkte und Verbesserungsvorschläge, die Sie uns zur Beurteilung der Leistungen des Hauses A mitteilen wollen?

VIELEN DANK FÜR IHRE TEILNAHME AN DIESER BEFRAGUNG!

Anlage II: Angehörigenfragebogen

Haus A – Angehörigenfragebogen

Lfd. Nr.: _____ 1

I. ALLGEMEINE ANGABEN

1. Aus welchen Gründen haben Sie sich für das Haus A entschieden? (es sind mehrere Angaben möglich)

- Guter Ruf
 - Räumliche Nähe zum eigenen Wohnort
 - Empfehlung durch die Kirche
 - Empfehlung durch Freunde und Verwandte
 - Empfehlung vom Krankenhaus
 - Empfehlung vom Hausarzt
 - Wunsch meines Angehörigen
 - Kirchliche Einrichtung
 - Größe der Einrichtung
 - Angemessene Heimkosten
 - Sonstiges
- -----
- -----

2. Wofür ist das Haus A in der Stadt bekannt?

3. Wie viele Alten- und Pflegeheime haben Sie in die engere Auswahl genommen? Anzahl:

Für die Beantwortung der nachstehenden Fragen stehen folgende Antwortmöglichkeiten zur Auswahl:

Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teils-teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aus Platzgründen sind im Fragebogen die Antwortmöglichkeiten mit 1-5 gekennzeichnet.

II. VERWALTUNG

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vor dem Einzug habe ich alle für mich wichtigen Informationen zum Leistungsangebot erhalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich werde rechtzeitig über Veränderungen informiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe einen festen Ansprechpartner. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich erhalte auf Anfrage kompetente Auskunft zum Pflegezustand meines Angehörigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich werde freundlich und zuvorkommend behandelt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III. WOHNQUALITÄT

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mein Angehöriger fühlt sich aus meiner Sicht im Haus A wohl. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich bin mit der Ausstattung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mein Angehöriger lebt gerne im Einzelzimmer. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Mein Angehöriger lebt gerne im Doppelzimmer. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. HAUSWIRTSCHAFT - REINIGUNG

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich bin mit der Reinigung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haus A – Angehörigenfragebogen

Lfd. Nr.: _____ 3

3. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden.
4. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche meines Angehörigen zufrieden.

V. HAUSWIRTSCHAFT - SPEISENVERSORGUNG

1 2 3 4 5

1. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zufrieden.
- Frühstück
 - Mittagessen
 - Abendbrot
2. Die individuellen Essenswünsche meines Angehörigen werden berücksichtigt.
3. Das Essen ist nach Auskunft meines Angehörigen
- schmackhaft
 - frisch zubereitet
4. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet.

VI. BETREUUNGSQUALITÄT

1 2 3 4 5

1. Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für die Bedürfnisse meines Angehörigen.
2. Die MitarbeiterInnen sind über die Pflegesituation meines Angehörigen stets informiert.
3. Die MitarbeiterInnen sind zu meinem Angehörigen freundlich und hilfsbereit.
4. Die MitarbeiterInnen begegnen den Bedürfnissen meines Angehörigen mit Offenheit.
5. Der persönliche Tagesablauf meines Angehörigen wird bei der Pflege berücksichtigt.
6. Mein Angehöriger erhält ausreichend Informationen zu der Pflege und den Pflegeabläufen.

Haus A – Angehörigenfragebogen

Lfd. Nr.: _____ 4

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Die MitarbeiterInnen sind für meinen Angehörigen innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit meinem Angehörigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Die MitarbeiterInnen wahren die Privatsphäre meines Angehörigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten des Zimmers meines Angehörigen an. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Mein Angehöriger wird immer so angesprochen, wie er es wünscht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Die Eigenständigkeit meines Angehörigen wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VII. PSYCHO-SOZIALES WOHLBEFINDEN

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch mit meinem Angehörigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung meines Angehörigen zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mein Angehöriger hat eine Vertrauensperson für seine persönlichen Belange. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Die angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen | | | | | |
| ▪ sind für meinen Angehörigen interessant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ mein Angehöriger nimmt daran | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haus A – Angehörigenfragebogen

Lfd. Nr.: _____ 5

10. Mein Angehöriger hat regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc.
11. Die Beschwerden und Verbesserungsvorschläge meines Angehörigen werden ernst genommen und bearbeitet.

VIII. ZUSATZLEISTUNGEN

1. Mein Angehöriger nimmt folgende Zusatzleistungen in Anspruch:
- Friseur
 - Fußpflege
2. Ich wünsche weitere Zusatzleistungen und bin bereit, dafür ein Entgelt zu zahlen
- Nein
 - Ja
3. Welche zusätzlichen Leistungen wünschen Sie sich?
- _____
 - _____
 - _____

IX. ZUFRIEDENHEIT

1. Welche der folgenden Punkte sind aus ihrer Sicht für die Zufriedenheit Ihres Angehörigen wichtig? (Drei Nennungen)
- Gute seelsorgerische Betreuung
 - Gute Pflege- und Betreuungsqualität
 - Gutes Essen
 - Gutes Zimmer und Ausstattung
 - Guter Kontakt zu anderen Mitbewohnern
 - Freundliche Behandlung durch die Mitarbeiter
 - Sonstiges
- _____
 - _____
 - _____

Haus A – Angehörigenfragebogen

Lfd. Nr.: _____ 6

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich empfehle das Haus A an Freunde und Bekannte weiter. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

X. PERSÖNLICHE ANGABEN

1. Mein Angehöriger lebt seit Jahren im Haus A.
2. Ich bin Jahre alt.
3. Ich bin: männlich weiblich
4. Mein Angehöriger ist in Pflegestufe:
 Geringfügige Pflege - Pflegestufe I- Pflegestufe II- Pflegestufe III
5. Mein Angehöriger ist Selbstzahler.
6. Mein Angehöriger erhält Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz.

Gibt es darüber hinaus weitere Punkte und Verbesserungsvorschläge, die Sie uns zur Beurteilung der Leistungen des Hausees A mitteilen wollen?

VIELEN DANK FÜR IHRE TEILNAHME AN DIESER BEFRAGUNG!

Anlage III: Mitarbeiterfragebogen

Haus A – Mitarbeiterfragebogen -

Lfd. Nr.: _____ 1

I. ALLGEMEINE ANGABEN

1. Aus welchen Gründen haben Sie sich für das Haus A als Arbeitgeber entschieden? (es sind mehrere Angaben möglich)

- Guter Ruf
- Räumliche Nähe zum Wohnort
- Kirchliche Einrichtung
- Gute Arbeitsbedingungen
- Gute technische Ausstattung
- Führung der Einrichtung
- Gehalt
- Größe der Einrichtung
- Sonstiges
- -----
- -----

2. Wofür ist das Haus A in der Stadt bekannt?

Für die Beantwortung der nachstehenden Fragen stehen folgende Antwortmöglichkeiten zur Auswahl:

Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teils-teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aus Platzgründen sind im Fragebogen die Antwortmöglichkeiten mit 1-5 gekennzeichnet.

II. ARBEITSBEDINGUNGEN

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mir stehen alle notwendigen Hilfsmittel zur Verfügung | | | | | |
| • für die optimale Versorgung der BewohnerInnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • für die optimale Erledigung der administrativen Aufgaben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich bin mit meinem Gehalt zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich kann die von mir erwartete Arbeitsleitung in meiner Dienstzeit erbringen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Meine persönlichen Wünsche werden bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich fühle mich der körperlichen Belastung gewachsen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich fühle mich der psychischen Belastung gewachsen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bei Veränderung meiner Arbeitsbedingungen könnte ich meine Arbeitsergebnisse steigern. An welche Veränderungen denken Sie dabei konkret ? | | | | | |
| • ----- | | | | | |
| • ----- | | | | | |
| • ----- | | | | | |
| 8. Ich arbeite gerne im Haus A. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III. PROZESSE, ZIELE UND AUFGABEN

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Die Qualität unserer Pflege ist hoch. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Es ist sichergestellt, dass wir unsere Leistung zu jeder Zeit mit gleicher Qualität erbringen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich fördere die Eigenständigkeit der BewohnerInnen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Die Aufgabenerfüllung, die von mir erwartet wird, entspricht meiner Stellenbeschreibung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mein Aufgabengebiet ist klar abgegrenzt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Es finden regelmäßige Besprechungen statt, in denen die Arbeit zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen (z.B. Pflege und Hauswirtschaft) aufeinander abgestimmt werden.
7. Die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen funktioniert reibungslos.

IV. FORTBILDUNG

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wenn ich Tätigkeiten in meinem Arbeitsbereich nicht optimal durchführen kann, werde ich darin geschult. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. In welchen Arbeitsbereichen sehen Sie für sich persönlich Schulungsbedarf, um Ihre Arbeitsergebnisse zu verbessern (es sind mehrere Antworten möglich) | | | | | |
| • Pflegedokumentation | | | | | <input type="checkbox"/> |
| • Pflegeplanung | | | | | <input type="checkbox"/> |
| • Psychosoziale Betreuung der Bewohner | | | | | <input type="checkbox"/> |
| • Mitarbeiterführung | | | | | <input type="checkbox"/> |
| • Teamfähigkeit | | | | | <input type="checkbox"/> |
| • Optimaler Einsatz der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel | | | | | <input type="checkbox"/> |
| • EDV | | | | | <input type="checkbox"/> |
| • Hauswirtschaft | | | | | <input type="checkbox"/> |
| • Sonstiges | | | | | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | | | | | |
| • _____ | | | | | |
| 4. Ich lese regelmäßig Fachzeitschriften (z.B. Altenheim, Altenpflege). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mein Vorgesetzter hilft mir durch gezielte Hinweise meine Arbeitsergebnisse zu verbessern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haus A – Mitarbeiterfragebogen -

Lfd. Nr.: _____

4

- | | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. | Meine Arbeit wird in regelmäßigen Abständen von meinem direkten Vorgesetzten beurteilt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern werden ernst genommen und umgesetzt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Neue Mitarbeiter werden umfangreich in ihre Tätigkeiten eingewiesen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Unsere Einrichtung arbeitet ständig daran, seine Dienstleistung aktuellen Trends und Anforderungen anzupassen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V. TEAMVERHALTEN

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--|---|---|---|---|
| 1. | Das Klima unter den MitarbeiterInnen ist freundlich, die MitarbeiterInnen gehen offen und vertrauensvoll miteinander um. | | | | |
| 2. | Meine Arbeit wird von meinen Kollegen anerkannt. | | | | |
| 3. | Der Informationsaustausch funktioniert in meinem Arbeitsbereich reibungslos. | | | | |
| 4. | In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt. | | | | |
| 5. | Ich habe in der Einrichtung eine Vertrauensperson, mit der ich berufliche Erfahrungen austauschen kann. | | | | |

VI. FÜHRUNGSVERHALTEN

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--|---|---|---|---|
| 1. | Ich bin mit dem Führungsverhalten meines direkten Vorgesetzten zufrieden. | | | | |
| 2. | Meine Arbeit wird von meinem direkten Vorgesetzten anerkannt. | | | | |
| 3. | Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldungen zu der Qualität meiner Arbeitsleistung. | | | | |

Haus A – Mitarbeiterfragebogen -

Lfd. Nr.: _____

5

- | | |
|--|--|
| 4. Mein direkter Vorgesetzter ist für mich ansprechbar, wenn ich berufliche Nachfragen oder Probleme habe. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. In Arbeitsbesprechungen erhalte ich von meinem direkten Vorgesetzten alle für meine Arbeit notwendigen Informationen. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. Mein direkter Vorgesetzter setzt sich für die Belange meines Teams ein. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

VII. KUNDENZUFRIEDENHEIT

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich bin über die Bedürfnisse der BewohnerInnen stets informiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich bin über die Bedürfnisse der Angehörigen stets informiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich frage unsere BewohnerInnen regelmäßig wie zufrieden sie mit unseren Leistungen sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bewohnerbeschwerden und Bewohnerverbesserungsvorschläge nehme ich ernst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Meiner Einschätzung nach sind die BewohnerInnen: | | | | | |
| • gerne im Haus A | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • mit der Speisenversorgung zufrieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • mit der Reinigung der Einrichtung zufrieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • mit der Reinigung der Bewohnerwäsche zufrieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • mit der Reinigung der Einrichtungswäsche zufrieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • mit der Pflegequalität zufrieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • mit der psychosozialen Betreuung zufrieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Ich glaube, dass die folgenden Punkte für die Bewohnerzufriedenheit wichtig sind. (3 Nennungen)

- Gute seelsorgerische Betreuung
- Gute Pflege- und Betreuungsqualität
- Gutes Essen
- Gutes Zimmer und Ausstattung
- Guter Kontakt zu anderen Mitbewohnern
- Freundliche Behandlung durch die MitarbeiterInnen
- Sonstiges
 - _____
 - _____

7. Ich glaube, dass die BewohnerInnen das Haus A weiterempfehlen.

8. Ich glaube, dass die BewohnerInnen insgesamt mit dem Haus A zufrieden sind.

VIII. UNTERNEHMENSFÜHRUNG, FINANZEN UND INFORMATION

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Das Einrichtungsleitbild des Hauses A gibt mir konkrete Orientierung für meine Arbeit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses A regelmäßig informiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. In meinem Arbeitsbereich gibt es noch Möglichkeiten zur Kosteneinsparung.
An welche Möglichkeiten denken Sie konkret ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ _____ ○ _____ | | | | | |
| 4. Ich werde über gesetzliche Veränderungen, die für meinen Arbeitsbereich relevant sind, regelmäßig informiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 5. Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre (z.B. Einführung neuer Dienstleistungen, Veränderungen in der Einrichtung) bekannt.
- 6. Ich werde über Veränderungen im Haus A rechtzeitig informiert (z.B. Personal, Organisation, Lieferanten).
- 7. Das Haus A wird häufig positiv in den Medien erwähnt.

IX. MITARBEITERZUFRIEDENHEIT

1. Welche der folgenden Punkte sind für Ihre Zufriedenheit wichtig?
(Drei Nennungen)

- Spaß an der Arbeit
- Zufriedenheit mit der eigenen Leistung
- Gehalt
- Arbeitsplatzsicherheit
- Gutes Betriebsklima
- Anerkennung der Leistung
- Qualität der Arbeit
- Direkter Vorgesetzter
- Zufriedenheit der Bewohner
- Guter Kontakt zu den BewohnerInnen
- Fort- und Weiterbildung
- Sonstiges

- _____
- _____
- _____

X. PERSÖNLICHE ANGABEN

1. Ich bin in dieser Einrichtung
- 1-5 Jahre beschäftigt
 - über 5 Jahre beschäftigt
1. Ich bin
- 20-40 Jahre alt
 - über 40
3. Ich bin:
- Pflegefachkraft
 - Pflegehilfskraft
 - Hauswirtschaftlicher Dienst
 - Auszubildene
4. Ich bin:
- Vollzeitbeschäftigt
 - Teilzeitbeschäftigt
 - Geringfügig beschäftigt

Gibt es darüber hinaus weitere Punkte und Verbesserungsvorschläge, die Sie uns zur Beurteilung der Leistungen des Hauses A mitteilen wollen?

VIELEN DANK FÜR IHRE TEILNAHME AN DIESER BEFRAGUNG!

Anlage IV: Haus A
Statistische Auswertung der Befragungsergebnisse 2004
Häufigkeiten, Mittelwert, Median, Standardabweichung,
Varianz, Korrelationsanalyse

Haus A Auswertung des Bewohnerfragebogens								
Fragenkatalog	Trifft voll zu	Trifft über- wiegend zu	Trifft teils-teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	N	Mittelwert	Vorstand und Heimleitung
Verwaltung								
1. Vor dem Einzug habe ich alle relevanten Informationen zum Leistungsangebot erhalten.	14,00	3,00	3,00	0,00	1,00	21	1,6	3,0
2. Vor dem Einzug bin ich über die entstehenden Kosten umfassend informiert worden.	13,00	5,00	1,00	0,00	2,00	21	1,7	2,0
3. Ich bin mit der Abwicklung meiner finanziellen Belange durch die Verwaltung zufrieden. Meine finanziellen Belange werden durch meine Angehörigen abgewickelt.	11,00	4,00	0,00	0,00	0,00	15	1,3	2,0
4. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet. Bislang hatte ich keine Beschwerden.	11,00	0,00	0,00	2,00	1,00	14	1,7	3,0
5. Meine Interessen werden durch den Heimbeirat vertreten.	8,00	4,00	1,00	0,00	0,00	13	1,5	3,0
Ich habe keinen Kontakt zum Heimbeirat. Einschätzung der Verwaltung						9		
	11,40	3,20	1,00	0,40	0,80	17	1,6	2,6
Wohnqualität								
1. Ich fühle mich im Haus A wohl.	11,00	10,00	1,00	0,00	0,00	22	1,5	2,0
2. Ich bin mit der Ausstattung meines Zimmers zufrieden.	14,00	5,00	3,00	0,00	0,00	22	1,5	3,0
3. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden.	12,00	8,00	2,00	0,00	0,00	22	1,5	3,0
4. Ich lebe sehr gerne im Einzelzimmer.						22		
5. Ich möchte nicht im Doppelzimmer wohnen.						22		
6. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand.	11,00	9,00	2,00	0,00	0,00	22	1,6	4,0
7. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt	8,00	11,00	0,00	2,00	0,00	21	1,8	2,0
Einschätzung der Wohnqualität	11,20	8,60	1,60	0,40	0,00	22	1,6	2,8
Hauswirtschaft - Reinigung								
1. Ich bin mit der Reinigung meines Zimmers zufrieden.	9,00	7,00	4,00	0,00	2,00	22	2,0	3,0
2. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden.	8,00	12,00	1,00	0,00	1,00	22	1,8	3,0
3. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden.	12,00	9,00	0,00	0,00	1,00	22	1,6	3,0
4. Ich bin mit der Reinigung meiner Wäsche zufrieden.	9,00	7,00	0,00	0,00	2,00	18	1,8	3,0
Einschätzung der Hauswirtschaft - Reinigung	9,50	8,75	1,25	0,00	1,50	21	1,8	3,0
Hauswirtschaft - Speisenversorgung								
1. Ich bin mit den Essenszeiten zum - Frühstück - zufrieden.	17,00	3,00	1,00	1,00	0,00	22	1,4	2,0
2. Ich bin mit den Essenszeiten zum - Mittagessen - zufrieden.	16,00	4,00	1,00	1,00	0,00	22	1,4	2,0
3. Ich bin mit den Essenszeiten zum - Abendbrot - zufrieden.	17,00	3,00	1,00	1,00	0,00	22	1,4	2,0
4. Meine individuellen Essenswünsche werden berücksichtigt.	5,00	7,00	2,00	1,00	2,00	17	2,3	2,0
5. Das Essen ist schmackhaft.	10,00	7,00	3,00	1,00	1,00	22	1,9	2,0
6. Das Essen ist frisch zubereitet.	14,00	6,00	1,00	1,00	0,00	22	1,5	2,0
7. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet.	10,00	6,00	2,00	3,00	1,00	22	2,0	2,0
Einschätzung der Hauswirtschaft - Speisenversorgung	12,71	5,14	1,57	1,29	0,57	21	1,7	2,0

Fragenkatalog	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teils-teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	N	Mittelwert	Vorstand und Heimleitung
Betreuungsqualität								
1. Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für meine Bedürfnisse.	7,00	7,00	4,00	2,00	2,00	22	2,3	4,0
2. Die MitarbeiterInnen sind über meine Pflegesituation stets informiert.	8,00	10,00	2,00	1,00	0,00	21	1,8	2,0
3. Die MitarbeiterInnen sind freundlich und hilfsbereit.	21,00	1,00	0,00	0,00	0,00	22	1,0	2,0
4. Die MitarbeiterInnen begegnen meinen Bedürfnissen mit Offenheit.	18,00	4,00	0,00	0,00	0,00	22	1,2	2,0
5. Mein persönlicher Tagesablauf wird bei der Pflege berücksichtigt.	6,00	10,00	4,00	1,00	0,00	21	2,0	3,0
6. Ich erhalte ausreichend Informationen zu meiner Pflege und dem Pflegeablauf.	9,00	9,00	1,00	1,00	1,00	21	1,9	2,0
7. Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	15,00	5,00	1,00	0,00	0,00	21	1,3	4,0
8. Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit mir.	7,00	13,00	1,00	1,00	0,00	22	1,8	2,0
9. Die MitarbeiterInnen wahren meine Privatsphäre.	15,00	7,00	0,00	0,00	0,00	22	1,3	2,0
10. Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten meines Zimmers an.	20,00	2,00	0,00	0,00	0,00	22	1,1	2,0
11. Ich werde immer so angesprochen, wie ich es wünsche.	20,00	2,00	0,00	0,00	0,00	22	1,1	2,0
12. Meine Eigenständigkeit wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen).	15,00	3,00	3,00	0,00	0,00	21	1,4	3,0
Einschätzung der Betreuungsqualität	13,42	6,08	1,33	0,50	0,25	22	1,5	2,5
Psycho-Soziales Wohlbefinden								
1. Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch.	3,00	9,00	4,00	5,00	1,00	22	2,6	4,0
2. Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung zufrieden. Ich habe kein Interesse an seelsorgerischer Betreuung.	2,00	5,00	2,00	0,00	1,00	10 9	2,3	4,0
3. Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe.	5,00	9,00	6,00	0,00	0,00	20	2,1	3,0
4. Ich habe eine Vertrauensperson für meine persönlichen Belange.	12,00	4,00	4,00	0,00	2,00	22	1,9	3,0
5. Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	11,00	3,00	4,00	0,00	2,00	20	2,0	3,0
6. Die angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen sind interessant für mich	11,00	5,00	1,00	1,00	3,00	21	2,0	3,0
7. Ich nehme an den angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen teil.	11,00	4,00	1,00	0,00	5,00	21	2,2	3,0
8. Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	1,00	7,00	1,00	2,00	10,00	21	3,6	4,0
9. Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	5,00	11,00	3,00	2,00	0,00	21	2,1	3,0
10. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich.	7,00	12,00	3,00	0,00	0,00	22	1,8	2,0
11. Ich habe regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc.	12,00	4,00	4,00	0,00	2,00	22	1,9	3,0
Einschätzung des Psycho-Soziales Wohlbefindens	7,27	6,64	3,00	0,91	2,36	20	2,2	3,2
Zufriedenheit								
1. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden.	13,00	7,00	2,00	0,00	0,00	22	1,5	2,0
2. Ich empfehle das Haus A an Freunde und Bekannte weiter.	15,00	5,00	0,00	0,00	1,00	21	1,4	2,0
Einschätzung der Gesamtzufriedenheit	14,00	6,00	1,00	0,00	0,50	22	1,5	2,0

Haus A
Bewohnerbefragung 2004
Häufigkeiten

	N		Mittelwert	Median	Standard- abweichung	Varianz
	Gültig	Fehlend				
1. Vor dem Einzug habe ich alle relevanten Informationen zum Leistungsangebot erhalten.	21	1	1,62	1,00	1,071	1,148
2. Vor dem Einzug bin ich über die entstehenden Kosten umfassend informiert worden.	21	1	1,71	1,00	1,231	1,514
3. Ich bin mit der Abwicklung meiner finanziellen Belange durch die Verwaltung zufrieden.	15	7	1,27	1,00	0,458	0,210
4. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	14	8	1,71	1,00	1,437	2,066
5. Meine Interessen werden durch den Heimbeirat vertreten.	13	9	1,46	1,00	0,660	0,436
6. Ich fühle mich im Haus A wohl.	22	0	1,55	1,50	0,596	0,355
7. Ich bin mit der Ausstattung meines Zimmers zufrieden.	22	0	1,50	1,00	0,740	0,548
8. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden.	22	0	1,55	1,00	0,671	0,450
9. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand.	22	0	1,59	1,50	0,666	0,444
10. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt	21	1	1,81	2,00	0,873	0,762
11. Ich bin mit der Reinigung meines Zimmers zufrieden.	22	0	2,05	2,00	1,214	1,474
12. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden.	22	0	1,82	2,00	0,907	0,823
13. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden.	22	0	1,59	1,00	0,908	0,825
14. Ich bin mit der Reinigung meiner Wäsche zufrieden.	18	4	1,83	1,50	1,249	1,559
15. Ich bin mit den Essenszeiten zufrieden: Frühstück	22	0	1,36	1,00	0,790	0,623
16. Ich bin mit den Essenszeiten zufrieden: Mittagessen	22	0	1,41	1,00	0,796	0,634
17. Ich bin mit den Essenszeiten zufrieden: Abendbrot	22	0	1,36	1,00	0,790	0,623
18. Meine individuellen Essenswünsche werden berücksichtigt.	17	5	2,29	2,00	1,312	1,721
19. Das Essen ist schmackhaft.	22	0	1,91	2,00	1,109	1,229
20. Das Essen ist frisch zubereitet.	22	0	1,50	1,00	0,802	0,643
21. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet.	22	0	2,05	2,00	1,253	1,569
22. Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für meine Bedürfnisse.	22	0	2,32	2,00	1,287	1,656
23. Die MitarbeiterInnen sind über meine Pflegesituation stets informiert.	21	1	1,81	2,00	0,814	0,662
24. Die MitarbeiterInnen sind freundlich und hilfsbereit.	22	0	1,05	1,00	0,213	0,045
25. Die MitarbeiterInnen begegnen meinen Bedürfnissen mit Offenheit.	22	0	1,18	1,00	0,395	0,156
26. Mein persönlicher Tagesablauf wird bei der Pflege berücksichtigt.	21	1	2,00	2,00	0,837	0,700
27. Ich erhalte ausreichend Informationen zu meiner Pflege und dem Pflegeablauf.	21	1	1,86	2,00	1,062	1,129
28. Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	21	1	1,33	1,00	0,577	0,333
29. Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit mir.	22	0	1,82	2,00	0,733	0,537
30. Die MitarbeiterInnen wahren meine Privatsphäre.	22	0	1,32	1,00	0,477	0,227

	N		Mittelwert	Median	Standard- abweichung	Varianz
	Gültig	Fehlend				
31. Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten meines Zimmers an.	22	0	1,09	1,00	0,294	0,087
32. Ich werde immer so angesprochen, wie ich es wünsche.	22	0	1,09	1,00	0,294	0,087
33. Meine Eigenständigkeit wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen).	21	1	1,43	1,00	0,746	0,557
34. Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch.	22	0	2,64	2,00	1,136	1,290
35. Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung zufrieden.	10	12	2,30	2,00	1,160	1,344
36. Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe.	20	2	2,05	2,00	0,759	0,576
37. Ich habe eine Vertrauensperson für meine persönlichen Belange.	22	0	1,91	1,00	1,269	1,610
38. Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	20	2	1,95	1,00	1,317	1,734
39. Die angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen sind interessant für mich.	21	1	2,05	1,00	1,465	2,148
40. An den angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen nehme ich teil.	21	1	2,24	1,00	1,670	2,790
41. Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	21	1	3,62	4,00	1,499	2,248
42. Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	21	1	2,10	2,00	0,889	0,790
43. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich.	22	0	1,82	2,00	0,664	0,442
44. Ich habe regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc.	22	0	1,91	1,00	1,269	1,610
45. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden.	22	0	1,50	1,00	0,673	0,452
46. Ich empfehle das Haus A an Freunde und Bekannte weiter.	21	1	1,43	1,00	0,926	0,857

Spearman-Rho
Bewohnerbefragung 2004
Haus A

		45. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden.
1. Vor dem Einzug habe ich alle relevanten Informationen zum Leistungsangebot erhalten.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,262 0,252 21
2. Vor dem Einzug bin ich über die entstehenden Kosten umfassend informiert worden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,134 0,563 21
3. Ich bin mit der Abwicklung meiner finanziellen Belange durch die Verwaltung zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,168 0,549 15
4. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,588(*) 0,027 14
5. Meine Interessen werden durch den Heimbeirat vertreten.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,444 0,129 13
6. Ich fühle mich im Haus A wohl.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,428(*) 0,047 22
7. Ich bin mit der Ausstattung meines Zimmers zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,333 0,130 22
8. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,396 0,068 22
9. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,483(*) 0,023 22
10. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,569(**) 0,007 21
11. Ich bin mit der Reinigung meines Zimmers zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,620(**) 0,002 22
12. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,533(*) 0,011 22
13. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,257 0,248 22
14. Ich bin mit der Reinigung meiner Wäsche zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,266 0,286 18
15. Ich bin mit den Essenszeiten zufrieden: Frühstück	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,276 0,213 22

		45. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden.
16. Ich bin mit den Essenszeiten zufrieden: Mittagessen	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,197 0,378 22
17. Ich bin mit den Essenszeiten zufrieden: Abendbrot	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,276 0,213 22
18. Meine individuellen Essenswünsche werden berücksichtigt.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,319 0,212 17
19. Das Essen ist schmackhaft.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,839(**) 0,000 22
20. Das Essen ist frisch zubereitet.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,524(*) 0,012 22
21. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,496(*) 0,019 22
22. Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für meine Bedürfnisse.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,631(**) 0,002 22
23. Die MitarbeiterInnen sind über meine Pflegesituation stets informiert.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,449(*) 0,041 21
24. Die MitarbeiterInnen sind freundlich und hilfsbereit.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,177 0,430 22
25. Die MitarbeiterInnen begegnen meinen Bedürfnissen mit Offenheit.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,043 0,851 22
26. Mein persönlicher Tagesablauf wird bei der Pflege berücksichtigt.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,385 0,085 21
27. Ich erhalte ausreichend Informationen zu meiner Pflege und dem Pflegeablauf.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,507(*) 0,019 21
28. Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,118 0,612 21
29. Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit mir.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,093 0,682 22
30. Die MitarbeiterInnen wahren meine Privatsphäre.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,203 0,366 22
31. Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten meines Zimmers an.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,257 0,248 22
32. Ich werde immer so angesprochen, wie ich es wünsche.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,257 0,248 22

		45. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden.
33. Meine Eigenständigkeit wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen).	Korrelationskoeffizient	,472(*)
	Sig. (2-seitig)	0,031
	N	21
34. Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch.	Korrelationskoeffizient	0,363
	Sig. (2-seitig)	0,096
	N	22
35. Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung zufrieden.	Korrelationskoeffizient	0,286
	Sig. (2-seitig)	0,424
	N	10
36. Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe.	Korrelationskoeffizient	,482(*)
	Sig. (2-seitig)	0,031
	N	20
37. Ich habe eine Vertrauensperson für meine persönlichen Belange.	Korrelationskoeffizient	0,181
	Sig. (2-seitig)	0,421
	N	22
38. Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	Korrelationskoeffizient	,611(**)
	Sig. (2-seitig)	0,004
	N	20
39. Die angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen sind interessant für mich.	Korrelationskoeffizient	,757(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	21
40. An den angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen nehme ich teil.	Korrelationskoeffizient	0,319
	Sig. (2-seitig)	0,158
	N	21
41. Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	Korrelationskoeffizient	-0,357
	Sig. (2-seitig)	0,112
	N	21
42. Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	Korrelationskoeffizient	0,000
	Sig. (2-seitig)	1,000
	N	21
43. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich.	Korrelationskoeffizient	,550(**)
	Sig. (2-seitig)	0,008
	N	22
44. Ich habe regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc.	Korrelationskoeffizient	0,181
	Sig. (2-seitig)	0,421
	N	22
45. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden.	Korrelationskoeffizient	1,000
	Sig. (2-seitig)	.
	N	22
46. Ich empfehle das Haus A an Freunde und Bekannte weiter.	Korrelationskoeffizient	,697(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	21

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Haus A Auswertung des Angehörigenfragebogens								
Fragenkatalog	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	N	Mittelwert	Vorstand und Heimleitung
Verwaltung								
1. Vor dem Einzug habe ich alle für mich wichtigen Informationen zum Leistungsangebot erhalten.	21,00	5,00	1,00	1,00	1,00	29	1,5	3,0
2. Ich werde rechtzeitig über Veränderungen informiert.	18,00	7,00	4,00	0,00	0,00	29	1,5	3,0
3. Ich habe einen festen Ansprechpartner.	15,00	8,00	5,00	2,00	0,00	30	1,8	2,0
4. Ich erhalte auf Anfrage kompetente Auskunft zum Pflegezustand meines Angehörigen.	16,00	8,00	4,00	0,00	0,00	28	1,6	3,0
5. Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	16,00	9,00	2,00	0,00	1,00	28	1,6	3,0
6. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	10,00	8,00	7,00	0,00	0,00	25	1,9	2,0
7. Ich werde freundlich und zuvorkommend behandelt.	21,00	8,00	0,00	0,00	0,00	29	1,3	2,0
Einschätzung Verwaltung	16,71	7,57	3,29	0,43	0,29	28	1,6	2,6
Wohnqualität								
1. Mein Angehöriger fühlt sich aus meiner Sicht im Haus A wohl.	19,00	7,00	4,00	0,00	0,00	30	1,5	2,0
2. Ich bin mit der Ausstattung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden.	15,00	10,00	2,00	2,00	0,00	29	1,7	3,0
3. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden.	19,00	8,00	1,00	2,00	0,00	30	1,5	3,0
4. Mein Angehöriger lebt gerne im Einzelzimmer.						32		
5. Mein Angehöriger würde nicht gerne im Doppelzimmer leben.						31		
6. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand.	13,00	13,00	3,00	0,00	0,00	29	1,7	3,0
7. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt.	10,00	14,00	4,00	1,00	0,00	29	1,9	2,0
Einschätzung Wohnqualität	15,20	10,40	2,80	1,00	0,00	29	1,6	2,6
Hauswirtschaft - Reinigung								
1. Ich bin mit der Reinigung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden.	7,00	12,00	5,00	2,00	2,00	28	2,3	3,0
2. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden.	9,00	13,00	6,00	1,00	0,00	29	2,0	3,0
3. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden.	11,00	15,00	4,00	0,00	0,00	30	1,8	3,0
4. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche meines Angehörigen zufrieden.	6,00	14,00	4,00	3,00	0,00	27	2,1	3,0
Einschätzung Hauswirtschaft - Reinigung	8,25	13,50	4,75	1,50	0,50	29	2,0	3,0
Hauswirtschaft - Speisenversorgung								
1. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zum Frühstück - zufrieden.	18,00	12,00	1,00	0,00	0,00	31	1,5	2,0
2. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zum Mittagessen - zufrieden.	19,00	9,00	2,00	1,00	0,00	31	1,5	2,0
3. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zum Abendbrot - zufrieden.	19,00	7,00	1,00	2,00	1,00	30	1,6	2,0
4. Die individuellen Essenswünsche meines Angehörigen werden berücksichtigt.	15,00	7,00	3,00	0,00	1,00	26	1,7	2,0
5. Das Essen ist nach Auskunft meines Angehörigen schmackhaft.	7,00	15,00	8,00	0,00	0,00	30	2,0	2,0
6. Das Essen ist nach Auskunft meines Angehörigen frisch zubereitet.	11,00	12,00	4,00	1,00	0,00	28	1,8	2,0
7. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet.	9,00	14,00	6,00	0,00	0,00	29	1,9	2,0
Einschätzung Hauswirtschaft - Speisenversorgung	14,00	10,86	3,57	0,57	0,29	29	1,7	2,0

Fragenkatalog	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	N	Mittelwert	Vorstand und Heimleitung
Betreuungsqualität								
1. Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für die Bedürfnisse meines Angehörigen.	9,00	13,00	6,00	2,00	1,00	31	2,1	4,0
2. Die MitarbeiterInnen sind über die Pflegesituation meines Angehörigen stets informiert.	13,00	12,00	4,00	1,00	0,00	30	1,8	3,0
3. Die MitarbeiterInnen sind zu meinem Angehörigen freundlich und hilfsbereit.	23,00	7,00	2,00	0,00	0,00	32	1,3	2,0
4. Die MitarbeiterInnen begegnen den Bedürfnissen meines Angehörigen mit Offenheit.	19,00	10,00	1,00	0,00	1,00	31	1,5	2,0
5. Der persönliche Tagesablauf meines Angehörigen wird bei der Pflege berücksichtigt.	9,00	14,00	4,00	0,00	1,00	28	1,9	3,0
6. Mein Angehöriger erhält ausreichend Informationen zu der Pflege und den Pflegeabläufen.	7,00	16,00	4,00	0,00	0,00	27	1,9	3,0
7. Die MitarbeiterInnen sind für meinen Angehörigen innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	10,00	16,00	3,00	0,00	0,00	29	1,8	4,0
8. Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit meinem Angehörigen.	15,00	14,00	1,00	0,00	0,00	30	1,5	2,0
9. Die MitarbeiterInnen wahren die Privatsphäre meines Angehörigen.	19,00	8,00	1,00	1,00	0,00	29	1,4	2,0
10. Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten des Zimmers meines Angehörigen an.	24,00	4,00	1,00	1,00	0,00	30	1,3	2,0
11. Mein Angehöriger wird immer so angesprochen, wie er es wünscht.	21,00	5,00	1,00	0,00	0,00	27	1,3	2,0
12. Die Eigenständigkeit meines Angehörigen wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen).	18,00	10,00	0,00	1,00	0,00	29	1,4	2,0
Einschätzung Betreuungsqualität	15,58	10,75	2,33	0,50	0,25	29	1,6	2,6
Psycho-Soziales Wohlbefinden								
1. Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch mit meinem Angehörigen.	12,00	9,00	6,00	1,00	0,00	28	1,9	4,0
2. Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung meines Angehörigen zufrieden.	14,00	8,00	2,00	0,00	0,00	24	1,5	4,0
3. Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe.	13,00	12,00	1,00	0,00	0,00	26	1,5	3,0
4. Mein Angehöriger hat eine Vertrauensperson für seine persönlichen Belange.	7,00	10,00	6,00	2,00	0,00	25	2,1	3,0
5. Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	8,00	11,00	6,00	3,00	0,00	28	2,1	3,0
6. Die angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen sind für meinen Angehörigen interessant	9,00	8,00	3,00	2,00	1,00	23	2,0	3,0
7. Mein Angehöriger nimmt an den Gemeinschaftsveranstaltungen teil.	8,00	9,00	6,00	1,00	1,00	25	2,1	3,0
8. Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	6,00	8,00	5,00	7,00	1,00	27	2,6	4,0
9. Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	10,00	10,00	8,00	0,00	0,00	29	3,0	2,0
10. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich.	17,00	13,00	1,00	1,00	0,00	32	1,6	2,0
11. Mein Angehöriger hat regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc.	14,00	5,00	2,00	3,00	3,00	27	2,1	3,0
12. Die Beschwerden und Verbesserungsvorschläge meines Angehörigen werden ernst genommen und bearbeitet.	11,00	10,00	2,00	2,00	2,00	27	2,0	2,0
Einschätzung Psycho-Soziales Wohlbefinden	10,75	9,42	4,00	1,83	0,67	27	2,1	3,0
Zufriedenheit								
1. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden.	17,00	12,00	2,00	0,00	0,00	31	1,5	2,0
2. Ich empfehle das Haus A an Freunde und Bekannte weiter.	21,00	8,00	2,00	0,00	0,00	31	1,4	2,0
Einschätzung der Gesamtzufriedenheit	19,00	10,00	2,00	0,00	0,00	31	1,5	2,0

Haus A
Angehörigenbefragung 2004
Häufigkeiten

	N		Mittelwert	Median	Standard- abweichung	Varianz
	Gültig	Fehlend				
1. Vor dem Einzug habe ich alle für mich wichtigen Informationen zum Leistungsangebot erhalten.	29	3	1,48	1,00	0,986	0,973
2. Ich werde rechtzeitig über Veränderungen informiert.	29	3	1,52	1,00	0,738	0,544
3. Ich habe einen festen Ansprechpartner.	30	2	1,80	1,50	0,961	0,924
4. Ich erhalte auf Anfrage kompetente Auskunft zum Pflegezustand meines Angehörigen.	28	4	1,57	1,00	0,742	0,550
5. Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	28	4	1,61	1,00	0,916	0,840
6. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	25	7	1,88	2,00	0,833	0,693
7. Ich werde freundlich und zuvorkommend behandelt.	29	3	1,28	1,00	0,455	0,207
8. Mein Angehöriger fühlt sich aus meiner Sicht im Haus A wohl.	30	2	1,50	1,00	0,731	0,534
9. Ich bin mit der Ausstattung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden.	29	3	1,69	1,00	0,891	0,793
10. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden.	30	2	1,53	1,00	0,860	0,740
11. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand.	29	3	1,66	2,00	0,670	0,448
12. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt.	29	3	1,86	2,00	0,789	0,623
13. Ich bin mit der Reinigung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden.	28	4	2,29	2,00	1,150	1,323
14. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden.	29	3	1,97	2,00	0,823	0,677
15. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden.	30	2	1,77	2,00	0,679	0,461
16. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche meines Angehörigen zufrieden.	27	5	2,15	2,00	0,907	0,823
17. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zufrieden: Frühstück	31	1	1,45	1,00	0,568	0,323
18. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zufrieden: Mittagessen	31	1	1,52	1,00	0,769	0,591
19. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zufrieden: Abendbrot	30	2	1,63	1,00	1,066	1,137
20. Die individuellen Essenswünsche meines Angehörigen werden berücksichtigt.	26	6	1,65	1,00	0,977	0,955
21. Das Essen ist nach Auskunft meines Angehörigen: schmackhaft	30	2	2,03	2,00	0,718	0,516
22. Das Essen ist nach Auskunft meines Angehörigen: frisch zubereitet	28	4	1,82	2,00	0,819	0,671
23. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet.	29	3	1,90	2,00	0,724	0,525
24. Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für die Bedürfnisse meines Angehörigen.	31	1	2,13	2,00	1,024	1,049
25. Die MitarbeiterInnen sind über die Pflegesituation meines Angehörigen stets informiert.	30	2	1,77	2,00	0,817	0,668
26. Die MitarbeiterInnen sind zu meinem Angehörigen freundlich und hilfsbereit.	32	0	1,34	1,00	0,602	0,362
27. Die MitarbeiterInnen begegnen den Bedürfnissen meines Angehörigen mit Offenheit.	31	1	1,52	1,00	0,851	0,725
28. Der persönliche Tagesablauf meines Angehörigen wird bei der Pflege berücksichtigt.	28	4	1,93	2,00	0,900	0,810
29. Mein Angehöriger erhält ausreichend Informationen zu der Pflege und den Pflegeabläufen.	27	5	1,89	2,00	0,641	0,410

	N		Mittelwert	Median	Standard- abweichung	Varianz
	Gültig	Fehlend				
30. Die MitarbeiterInnen sind für meinen Angehörigen innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	29	3	1,76	2,00	0,636	0,404
31. Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit meinem Angehörigen.	30	2	1,53	1,50	0,571	0,326
32. Die MitarbeiterInnen wahren die Privatsphäre meines Angehörigen.	29	3	1,45	1,00	0,736	0,542
33. Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten des Zimmers meines Angehörigen an.	30	2	1,30	1,00	0,702	0,493
34. Mein Angehöriger wird immer so angesprochen, wie er es wünscht.	27	5	1,26	1,00	0,526	0,276
35. Die Eigenständigkeit meines Angehörigen wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen).	29	3	1,45	1,00	0,686	0,470
36. Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch mit meinem Angehörigen.	28	4	1,86	2,00	0,891	0,794
37. Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung meines Angehörigen zufrieden.	24	8	1,50	1,00	0,659	0,435
38. Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe.	26	6	1,54	1,50	0,582	0,338
39. Mein Angehöriger hat eine Vertrauensperson für seine persönlichen Belange.	25	7	2,12	2,00	0,927	0,860
40. Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	28	4	2,14	2,00	0,970	0,942
41. Angebotene Gemeinschaftsveranstaltungen sind für meinen Angehörigen interessant	23	9	2,04	2,00	1,147	1,316
42. Mein Angehöriger nimmt an den Gemeinschaftsveranstaltungen teil.	25	7	2,12	2,00	1,054	1,110
43. Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	27	5	2,59	2,00	1,217	1,481
44. Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	29	3	3,00	2,00	5,825	33,929
45. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich.	32	0	1,56	1,00	0,716	0,512
46. Mein Angehöriger hat regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc.	27	5	2,11	1,00	1,450	2,103
47. Die Beschwerden und Verbesserungsvorschläge meines Angehörigen werden ernst genommen und bearbeitet.	27	5	2,04	2,00	1,224	1,499
48. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden.	31	1	1,52	1,00	0,626	0,391
49. Ich empfehle das Haus A an Freunde und Bekannte weiter.	31	1	1,39	1,00	0,615	0,378

Spearman-Rho
Angehörigenbefragung 2004
Haus A

		48. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden.
1. Vor dem Einzug habe ich alle für mich wichtigen Informationen zum Leistungsangebot erhalten.	Korrelationskoeffizient	0,245
	Sig. (2-seitig)	0,201
	N	29
2. Ich werde rechtzeitig über Veränderungen informiert.	Korrelationskoeffizient	,405(*)
	Sig. (2-seitig)	0,029
	N	29
3. Ich habe einen festen Ansprechpartner.	Korrelationskoeffizient	0,345
	Sig. (2-seitig)	0,062
	N	30
4. Ich erhalte auf Anfrage kompetente Auskunft zum Pflegezustand meines Angehörigen.	Korrelationskoeffizient	,515(**)
	Sig. (2-seitig)	0,005
	N	28
5. Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	Korrelationskoeffizient	,486(**)
	Sig. (2-seitig)	0,009
	N	28
6. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	Korrelationskoeffizient	,669(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	25
7. Ich werde freundlich und zuvorkommend behandelt.	Korrelationskoeffizient	,653(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	29
8. Mein Angehöriger fühlt sich aus meiner Sicht im Haus A wohl.	Korrelationskoeffizient	,616(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	30
9. Ich bin mit der Ausstattung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden.	Korrelationskoeffizient	0,329
	Sig. (2-seitig)	0,082
	N	29
10. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden.	Korrelationskoeffizient	,482(**)
	Sig. (2-seitig)	0,007
	N	30
11. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand.	Korrelationskoeffizient	,639(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	29
12. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt.	Korrelationskoeffizient	,486(**)
	Sig. (2-seitig)	0,008
	N	29
13. Ich bin mit der Reinigung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden.	Korrelationskoeffizient	0,353
	Sig. (2-seitig)	0,065
	N	28
14. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden.	Korrelationskoeffizient	,469(*)
	Sig. (2-seitig)	0,012
	N	28
15. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden.	Korrelationskoeffizient	0,317
	Sig. (2-seitig)	0,094
	N	29

		48. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden.
16. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche meines Angehörigen zufrieden.	Korrelationskoeffizient	0,312
	Sig. (2-seitig)	0,120
	N	26
17. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zufrieden: Frühstück	Korrelationskoeffizient	,515(**)
	Sig. (2-seitig)	0,004
	N	30
18. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zufrieden: Mittagessen	Korrelationskoeffizient	,386(*)
	Sig. (2-seitig)	0,035
	N	30
19. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zufrieden: Abendbrot	Korrelationskoeffizient	,488(**)
	Sig. (2-seitig)	0,007
	N	29
20. Die individuellen Essenswünsche meines Angehörigen werden berücksichtigt.	Korrelationskoeffizient	,571(**)
	Sig. (2-seitig)	0,003
	N	25
21. Das Essen ist nach Auskunft meines Angehörigen: schmackhaft	Korrelationskoeffizient	0,358
	Sig. (2-seitig)	0,057
	N	29
22. Das Essen ist nach Auskunft meines Angehörigen: frisch zubereitet	Korrelationskoeffizient	,483(*)
	Sig. (2-seitig)	0,011
	N	27
23. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet.	Korrelationskoeffizient	0,254
	Sig. (2-seitig)	0,192
	N	28
24. Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für die Bedürfnisse meines Angehörigen.	Korrelationskoeffizient	,368(*)
	Sig. (2-seitig)	0,045
	N	30
25. Die MitarbeiterInnen sind über die Pflegesituation meines Angehörigen stets informiert.	Korrelationskoeffizient	,623(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	29
26. Die MitarbeiterInnen sind zu meinem Angehörigen freundlich und hilfsbereit.	Korrelationskoeffizient	,679(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	31
27. Die MitarbeiterInnen begegnen den Bedürfnissen meines Angehörigen mit Offenheit.	Korrelationskoeffizient	,636(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	30
28. Der persönliche Tagesablauf meines Angehörigen wird bei der Pflege berücksichtigt.	Korrelationskoeffizient	,639(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	28
29. Mein Angehöriger erhält ausreichend Informationen zu der Pflege und den Pflegeabläufen.	Korrelationskoeffizient	,519(**)
	Sig. (2-seitig)	0,006
	N	27
30. Die MitarbeiterInnen sind für meinen Angehörigen innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	Korrelationskoeffizient	0,316
	Sig. (2-seitig)	0,095
	N	29
31. Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit meinem Angehörigen.	Korrelationskoeffizient	,581(**)
	Sig. (2-seitig)	0,001
	N	30
32. Die MitarbeiterInnen wahren die Privatsphäre meines Angehörigen.	Korrelationskoeffizient	,517(**)
	Sig. (2-seitig)	0,004
	N	29

		48. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden.
33. Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten des Zimmers meines Angehörigen an.	Korrelationskoeffizient	0,260
	Sig. (2-seitig)	0,166
	N	30
34. Mein Angehöriger wird immer so angesprochen, wie er es wünscht.	Korrelationskoeffizient	0,284
	Sig. (2-seitig)	0,150
	N	27
35. Die Eigenständigkeit meines Angehörigen wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen).	Korrelationskoeffizient	0,196
	Sig. (2-seitig)	0,308
	N	29
36. Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch mit meinem Angehörigen.	Korrelationskoeffizient	,509(**)
	Sig. (2-seitig)	0,006
	N	28
37. Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung meines Angehörigen zufrieden.	Korrelationskoeffizient	0,363
	Sig. (2-seitig)	0,081
	N	24
38. Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe.	Korrelationskoeffizient	,557(**)
	Sig. (2-seitig)	0,003
	N	26
39. Mein Angehöriger hat eine Vertrauensperson für seine persönlichen Belange.	Korrelationskoeffizient	0,183
	Sig. (2-seitig)	0,381
	N	25
40. Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	Korrelationskoeffizient	,724(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	28
41. Angebotene Gemeinschaftsveranstaltungen sind für meinen Angehörigen interessant	Korrelationskoeffizient	,547(**)
	Sig. (2-seitig)	0,007
	N	23
42. Mein Angehöriger nimmt an den Gemeinschaftsveranstaltungen teil.	Korrelationskoeffizient	,465(*)
	Sig. (2-seitig)	0,019
	N	25
43. Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	Korrelationskoeffizient	,395(*)
	Sig. (2-seitig)	0,046
	N	26
44. Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	Korrelationskoeffizient	,476(*)
	Sig. (2-seitig)	0,010
	N	28
45. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich.	Korrelationskoeffizient	,623(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	31
46. Mein Angehöriger hat regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc.	Korrelationskoeffizient	0,255
	Sig. (2-seitig)	0,209
	N	26
47. Die Beschwerden und Verbesserungsvorschläge meines Angehörigen werden ernst genommen und bearbeitet.	Korrelationskoeffizient	,609(**)
	Sig. (2-seitig)	0,001
	N	26
48. Insgesamt bin ich mit dem Haus A zufrieden.	Korrelationskoeffizient	1,000
	Sig. (2-seitig)	.
	N	31
49. Ich empfehle das Haus A an Freunde und Bekannte weiter.	Korrelationskoeffizient	,664(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	31

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

**.. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Haus A Auswertung des Mitarbeiterfragebogens								
Fragenkatalog	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	N	Mittelwert	Vorstand und Heimleitung
Arbeitsbedingungen								
1. Mir stehen alle notwendigen Hilfsmittel für die optimale Versorgung der Bewohner zur Verfügung.	12,00	16,00	2,00	1,00	0,00	31	1,7	3,0
2. Mir stehen alle notwendigen Hilfsmittel für die optimale Erledigung der administrativen Aufgaben zur Verfügung.	9,00	12,00	7,00	0,00	0,00	28	1,9	3,0
3. Ich bin mit meinem Gehalt zufrieden.	7,00	11,00	9,00	2,00	2,00	31	2,4	3,0
4. Ich kann die von mir erwartete Arbeitsleistung in meiner Dienstzeit erbringen.	12,00	13,00	6,00	1,00	0,00	32	1,9	4,0
5. Meine persönliche Wünsche werden bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt.	21,00	10,00	2,00	1,00	0,00	34	1,5	2,0
6. Ich fühle mich der körperlichen Belastung gewachsen.	17,00	7,00	9,00	1,00	0,00	34	1,8	3,0
7. Ich fühle mich der psychischen Belastung gewachsen.	18,00	10,00	5,00	1,00	0,00	34	1,7	3,0
8. Ich arbeite gerne im Haus A.	26,00	5,00	1,00	0,00	0,00	32	1,2	2,0
Einschätzung der Arbeitsbedingungen	15,25	10,50	5,13	0,88	0,25	32	1,8	2,9
Prozesse, Ziele und Aufgaben								
1. Die Qualität unserer Pflege ist hoch.	17,00	12,00	5,00	0,00	0,00	34	1,6	2,0
2. Es ist sichergestellt, dass wir unsere Leistung zu jeder Zeit mit gleicher Qualität erbringen.	9,00	22,00	2,00	0,00	0,00	33	1,8	2,0
3. Ich fördere die Eigenständigkeit der BewohnerInnen.	14,00	14,00	4,00	0,00	0,00	32	1,7	3,0
4. Die Aufgabenerfüllung, die von mir erwartet wird, entspricht meiner Stellenbeschreibung.	17,00	10,00	5,00	2,00	0,00	34	1,8	3,0
5. Mein Aufgabengebiet ist klar abgegrenzt.	17,00	6,00	7,00	3,00	0,00	33	1,9	3,0
6. Es finden regelmäßige Besprechungen statt, in denen die Arbeit zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen (z.B. Pflege und Hauswirtschaft) aufeinander abgestimmt werden.	12,00	13,00	6,00	2,00	0,00	33	1,9	3,0
7. Die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen funktioniert reibungslos.	9,00	19,00	4,00	3,00	0,00	35	2,0	3,0
Einschätzung der Prozesse, Ziele und Aufgaben	13,57	13,71	4,71	1,43	0,00	33	1,8	2,7
Fortbildung								
1. Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.	2,00	8,00	5,00	5,00	8,00	28	3,3	3,0
2. Wenn ich Tätigkeiten in meinem Arbeitsbereich nicht optimal durchführen kann, werde ich darin geschult.	9,00	7,00	10,00	2,00	5,00	33	2,6	3,0
3. Ich lese regelmäßig Fachzeitschriften (z.B. Altenheim, Altenpflege).	5,00	4,00	17,00	4,00	3,00	33	2,9	3,0
4. Mein Vorgesetzter hilft mir durch gezielte Hinweise meine Arbeitsergebnisse zu verbessern.	9,00	14,00	7,00	1,00	2,00	33	2,2	3,0
5. Meine Arbeit wird in regelmäßigen Abständen von meinem Vorgesetzten beurteilt.	9,00	8,00	10,00	1,00	5,00	33	2,5	3,0
6. Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern werden ernst genommen und umgesetzt.	9,00	17,00	9,00	0,00	0,00	35	2,0	2,0
7. Neue Mitarbeiter werden umfangreich in ihre Tätigkeiten eingewiesen.	15,00	13,00	7,00	0,00	0,00	35	1,8	3,0
8. Unsere Einrichtung arbeitet ständig daran, seine Dienstleistung aktuellen Trends und Anforderungen anzupassen.	17,00	12,00	6,00	0,00	0,00	35	1,7	2,0
Einschätzung Fortbildung	9,38	10,38	8,88	1,63	2,88	33	2,4	2,8
Teamverhalten								
1. Das Klima unter den MitarbeiterInnen ist freundlich, die MitarbeiterInnen gehen offen und vertrauensvoll miteinander um.	13,00	17,00	5,00	0,00	0,00	35	1,8	2,0
2. Meine Arbeit wird von meinen Kollegen anerkannt.	13,00	16,00	6,00	0,00	0,00	35	1,8	2,0
3. Der Informationsaustausch funktioniert in meinem Arbeitsbereich reibungslos.	9,00	19,00	6,00	1,00	0,00	35	2,0	3,0
4. In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt.	23,00	2,00	7,00	1,00	1,00	34	1,7	2,0
5. Ich habe in der Einrichtung eine Vertrauensperson, mit der ich berufliche Erfahrungen austauschen kann.	18,00	7,00	5,00	2,00	2,00	34	1,9	3,0
Einschätzung Teamverhalten	15,20	12,20	5,80	0,80	0,60	35	1,8	2,4

Fragenkatalog	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	N	Mittelwert	Vorstand und Heimleitung
Führungsverhalten								
1. Ich bin mit dem Führungsverhalten meines direkten Vorgesetzten zufrieden.	14,00	16,00	4,00	0,00	1,00	35	1,8	3,0
2. Meine Arbeit wird von meinem direkten Vorgesetzten anerkannt.	15,00	18,00	1,00	0,00	1,00	35	1,7	3,0
3. Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldungen zu der Qualität meiner Arbeitsleistung.	7,00	12,00	11,00	1,00	2,00	33	2,4	3,0
4. Mein direkter Vorgesetzter ist für mich ansprechbar, wenn ich berufliche Nachfragen oder Probleme habe.	26,00	6,00	1,00	2,00	0,00	35	1,4	2,0
5. In Arbeitsbesprechungen erhalte ich von meinem direkten Vorgesetzten alle für meine Arbeit notwendigen Informationen.	18,00	11,00	4,00	1,00	0,00	34	1,6	2,0
6. Mein direkter Vorgesetzter setzt sich für die Belange meines Teams ein.	23,00	8,00	2,00	1,00	0,00	34	1,4	2,0
7. Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein.	7,00	15,00	5,00	3,00	2,00	32	2,3	4,0
Einschätzung Führungsverhalten	15,71	12,29	4,00	1,14	0,86	34	1,8	2,7
Kundenzufriedenheit								
1. Ich bin über die Bedürfnisse der BewohnerInnen stets informiert.	14,00	13,00	3,00	3,00	0,00	33	1,8	2,0
2. Ich bin über die Bedürfnisse der Angehörigen stets informiert.	5,00	10,00	9,00	3,00	4,00	31	2,7	3,0
3. Ich frage unsere BewohnerInnen regelmäßig wie zufrieden sie mit unseren Leistungen sind.	12,00	13,00	4,00	2,00	1,00	32	2,0	4,0
4. Bewohnerbeschwerden und Bewohnerverbesserungsvorschläge nehme ich ernst	22,00	11,00	0,00	0,00	0,00	33	1,3	2,0
5. Ich glaube, dass die BewohnerInnen: gerne im Haus A sind.	17,00	15,00	3,00	0,00	0,00	35	1,6	2,0
mit der Speiserversorgung zufrieden sind.	15,00	15,00	5,00	0,00	0,00	35	1,7	3,0
mit der Reinigung der Einrichtung zufrieden sind.	9,00	6,00	18,00	1,00	1,00	35	2,4	4,0
mit der Reinigung der Bewohnerwäsche zufrieden sind.	9,00	12,00	11,00	2,00	1,00	35	2,3	4,0
mit der Reinigung der Einrichtungswäsche zufrieden sind.	10,00	15,00	8,00	0,00	1,00	34	2,0	4,0
mit der Pflegequalität zufrieden sind.	12,00	19,00	4,00	0,00	0,00	35	1,8	2,0
mit der psychosozialen Betreuung zufrieden sind.	9,00	18,00	7,00	1,00	0,00	35	2,0	3,0
6. Ich glaube, dass die BewohnerInnen das Haus A weiterempfehlen.	18,00	10,00	5,00	1,00	0,00	34	1,7	2,0
7. Ich glaube, dass die BewohnerInnen insgesamt mit dem Haus A zufrieden sind.	20,00	12,00	2,00	1,00	0,00	35	1,5	2,0
Einschätzung Kundenzufriedenheit	13,23	13,00	6,08	1,08	0,62	34	1,9	2,8
Unternehmensführung, Finanzen, Information								
1. Das Einrichtungsleitbild des Hauses A gibt mir konkrete Orientierung für meine Arbeit.	13,00	15,00	4,00	1,00	0,00	33	1,8	3,0
2. Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses A regelmäßig informiert.	8,00	9,00	7,00	7,00	3,00	34	2,6	4,0
3. Ich werde über gesetzliche Veränderungen, die für meinen Arbeitsbereich relevant sind, regelmäßig informiert.	9,00	8,00	6,00	9,00	1,00	33	2,5	3,0
4. Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre (z.B. Einführung neuer Dienstleistungen, Veränderungen in der Einrichtung) bekannt.	4,00	7,00	8,00	8,00	6,00	33	3,2	2,0
5. Ich werde über Veränderungen im Haus A rechtzeitig informiert (z.B. Personal, Organisation, Lieferanten).	5,00	7,00	9,00	8,00	5,00	34	3,0	3,0
6. Das Haus A wird häufig positiv in den Medien erwähnt.	13,00	11,00	5,00	3,00	1,00	33	2,0	4,0
Einschätzung Unternehmensführung, Finanzen, Information	8,67	9,50	6,50	6,00	2,67	33	2,5	3,2

Haus A
Mitarbeiterbefragung 2004
Häufigkeiten

	N		Mittelwert	Median	Standard- abweichung	Varianz
	Gültig	Fehlend				
1. Hilfsmittel:für die optimale Versorgung der BewohnerInnen	31	4	1,74	2,00	0,729	0,531
2. Hilfsmittel:für die optimale Erledigung der administrativen Aufgaben	28	7	1,93	2,00	0,766	0,587
3. Ich bin mit meinem Gehalt zufrieden.	31	4	2,39	2,00	1,116	1,245
4. Ich kann die von mir erwartete Arbeitsleistung in meiner Dienstzeit erbringen.	32	3	1,88	2,00	0,833	0,694
5. Meine persönliche Wünsche werden bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt.	34	1	1,50	1,00	0,749	0,561
6. Ich fühle mich der körperlichen Belastung gewachsen	34	1	1,82	1,50	0,936	0,877
7. Ich fühle mich der psychischen Belastung gewachsen	34	1	1,68	1,00	0,843	0,710
8. Ich arbeite gerne im Haus A.	32	3	1,22	1,00	0,491	0,241
9. Die Qualität unserer Pflege ist hoch.	34	1	1,65	1,50	0,734	0,538
10. Es ist sichergestellt, dass wir unsere Leistung zu jeder Zeit mit gleicher Qualität erbringen.	33	2	1,79	2,00	0,545	0,297
11. Ich fördere die Eigenständigkeit der BewohnerInnen.	32	3	1,69	2,00	0,693	0,480
12. Die Aufgabenerfüllung, die von mir erwartet wird, entspricht meiner Stellenbeschreibung.	34	1	1,76	1,50	0,923	0,852
13. Mein Aufgabengebiet ist klar abgegrenzt.	33	2	1,88	1,00	1,053	1,110
14. Es finden regelmäßige Besprechungen statt, in denen die Arbeit zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen (z.B. Pflege und Hauswirtschaft) aufeinander abgestimmt werden.	33	2	1,94	2,00	0,899	0,809
15. Die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen funktioniert reibungslos.	35	0	2,03	2,00	0,857	0,734
16. Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.	28	7	3,32	3,00	1,362	1,856
17. Wenn ich Tätigkeiten in meinem Arbeitsbereich nicht optimal durchführen kann, werde ich darin geschult.	33	2	2,61	3,00	1,368	1,871
18. Ich lese regelmäßig Fachzeitschriften (z.B. Altenheim, Altenpflege).	33	2	2,88	3,00	1,111	1,235
19. Mein Vorgesetzter hilft mir durch gezielte Hinweise meine Arbeitsergebnisse zu verbessern.	33	2	2,18	2,00	1,074	1,153
20. Meine Arbeit wird in regelmäßigen Abständen von meinem Vorgesetzten beurteilt.	33	2	2,55	2,00	1,348	1,818
21. Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern werden ernst genommen und umgesetzt.	35	0	2,00	2,00	0,728	0,529
22. Neue Mitarbeiter werden umfangreich in ihre Tätigkeiten eingewiesen.	35	0	1,77	2,00	0,770	0,593
23. Unsere Einrichtung arbeitet ständig daran, seine Dienstleistung aktuellen Trends und Anforderungen anzupassen.	35	0	1,69	2,00	0,758	0,575
24. Das Klima unter den MitarbeiterInnen ist freundlich, die MitarbeiterInnen gehen offen und vertrauensvoll miteinander um.	35	0	1,77	2,00	0,690	0,476
25. Meine Arbeit wird von meinen Kollegen anerkannt.	35	0	1,80	2,00	0,719	0,518
26. Der Informationsaustausch funktioniert in meinem Arbeitsbereich reibungslos.	35	0	1,97	2,00	0,747	0,558
27. In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt.	34	1	1,68	1,00	1,093	1,195
28. Ich habe in der Einrichtung eine Vertrauensperson, mit der ich berufliche Erfahrungen austauschen kann.	34	1	1,91	1,00	1,215	1,477
29. Ich bin mit dem Führungsverhalten meines direkten Vorgesetzten zufrieden.	35	0	1,80	2,00	0,868	0,753

	N		Mittelwert	Median	Standard- abweichung	Varianz
	Gültig	Fehlend				
30. Meine Arbeit wird von meinem direkten Vorgesetzten anerkannt.	35	0	1,69	2,00	0,796	0,634
31. Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldungen zu der Qualität meiner Arbeitsleistung.	33	2	2,36	2,00	1,055	1,114
32. Mein direkter Vorgesetzter ist für mich ansprechbar, wenn ich berufliche Nachfragen oder Probleme habe.	35	0	1,40	1,00	0,812	0,659
33. In Arbeitsbesprechungen erhalte ich von meinem direkten Vorgesetzten alle für meine Arbeit notwendigen Informationen.	34	1	1,65	1,00	0,812	0,660
34. Mein direkter Vorgesetzter setzt sich für die Belange meines Teams ein.	34	1	1,44	1,00	0,746	0,557
35. Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein.	32	3	2,31	2,00	1,120	1,254
36. Ich bin über die Bedürfnisse der BewohnerInnen stets informiert.	33	2	1,85	2,00	0,939	0,883
37. Ich bin über die Bedürfnisse der Angehörigen stets informiert.	31	4	2,71	3,00	1,243	1,546
38. Ich frage unsere BewohnerInnen regelmäßig wie zufrieden sie mit unseren Leistungen sind.	32	3	1,97	2,00	1,031	1,064
39. Bewohnerbeschwerden und Bewohnerverbesserungsvorschläge nehme ich ernst	33	2	1,33	1,00	0,479	0,229
40. B. sind: gerne im Haus A.	35	0	1,60	2,00	0,651	0,424
41. B. sind: mit der Speisenversorgung zufrieden.	35	0	1,71	2,00	0,710	0,504
42. B. sind: mit der Reinigung der Einrichtung zufrieden.	35	0	2,40	3,00	1,006	1,012
43. B. sind: mit der Reinigung der Bewohnerwäsche zufrieden.	35	0	2,26	2,00	1,010	1,020
44. B. sind: mit der Reinigung der Einrichtungswäsche zufrieden.	34	1	2,03	2,00	0,904	0,817
45. B. sind: mit der Pflegequalität zufrieden.	35	0	1,77	2,00	0,646	0,417
46. B. sind: mit der psychosozialen Betreuung zufrieden.	35	0	2,00	2,00	0,767	0,588
47. Ich glaube, dass die BewohnerInnen das Haus A weiterempfehlen.	34	1	1,68	1,00	0,843	0,710
48. Ich glaube, dass die BewohnerInnen insgesamt mit dem Haus A zufrieden sind.	35	0	1,54	1,00	0,741	0,550
49. Das Einrichtungsleitbild des Hauses A gibt mir konkrete Orientierung für meine Arbeit.	33	2	1,79	2,00	0,781	0,610
50. Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses A regelmäßig informiert.	34	1	2,65	2,50	1,300	1,690
51. Ich werde über gesetzliche Veränderungen, die für meinen Arbeitsbereich relevant sind, regelmäßig informiert.	33	2	2,55	2,00	1,252	1,568
52. Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre (z.B. Einführung neuer Dienstleistungen, Veränderungen in der Einrichtung) bekannt.	33	2	3,15	3,00	1,302	1,695
53. Ich werde über Veränderungen im Haus A rechtzeitig informiert (z.B. Personal, Organisation, Lieferanten).	34	1	3,03	3,00	1,291	1,666
54. Das Haus A wird häufig positiv in den Medien erwähnt.	33	2	2,03	2,00	1,104	1,218

Spearman-Rho
Mitarbeiterbefragung 2004
Haus A

		8. Ich arbeite gerne im Haus A.
1. Hilfsmittel:für die optimale Versorgung der BewohnerInnen	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,354 0,060 29
2. Hilfsmittel:für die optimale Erledigung der administrativen Aufgaben	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,037 0,852 28
3. Ich bin mit meinem Gehalt zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,439(*) 0,017 29
4. Ich kann die von mir erwartete Arbeitsleistung in meiner Dienstzeit erbringen.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,366(*) 0,047 30
5. Meine persönliche Wünsche werden bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,562(**) 0,001 32
6. Ich fühle mich der körperlichen Belastung gewachsen	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,473(**) 0,006 32
7. Ich fühle mich der psychischen Belastung gewachsen	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,420(*) 0,017 32
8. Ich arbeite gerne im Haus A.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	1,000 . 32
9. Die Qualität unserer Pflege ist hoch.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,566(**) 0,001 32
10. Es ist sichergestellt, dass wir unsere Leistung zu jeder Zeit mit gleicher Qualität erbringen.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,305 0,096 31
11. Ich fördere die Eigenständigkeit der BewohnerInnen.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,431(*) 0,015 31
12. Die Aufgabenerfüllung, die von mir erwartet wird, entspricht meiner Stellenbeschreibung.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,578(**) 0,001 32
13. Mein Aufgabengebiet ist klar abgegrenzt.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,438(*) 0,014 31
14. Es finden regelmäßige Besprechungen statt, in denen die Arbeit zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen (z.B. Pflege und Hauswirtschaft) aufeinander abgestimmt werden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,313 0,093 30
15. Die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen funktioniert reibungslos.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,360(*) 0,043 32
16. Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,083 0,688 26
17. Wenn ich Tätigkeiten in meinem Arbeitsbereich nicht optimal durchführen kann, werde ich darin geschult.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,294 0,108 31

		8. Ich arbeite gerne im Haus A.
18. Ich lese regelmäßig Fachzeitschriften (z.B. Altenheim, Altenpflege).	Korrelationskoeffizient	0,065
	Sig. (2-seitig)	0,729
	N	31
19. Mein Vorgesetzter hilft mir durch gezielte Hinweise meine Arbeitsergebnisse zu verbessern.	Korrelationskoeffizient	,547(**)
	Sig. (2-seitig)	0,001
	N	31
20. Meine Arbeit wird in regelmäßigen Abständen von meinem Vorgesetzten beurteilt.	Korrelationskoeffizient	0,060
	Sig. (2-seitig)	0,755
	N	30
21. Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern werden ernst genommen und umgesetzt.	Korrelationskoeffizient	,536(**)
	Sig. (2-seitig)	0,002
	N	32
22. Neue Mitarbeiter werden umfangreich in ihre Tätigkeiten eingewiesen.	Korrelationskoeffizient	,408(*)
	Sig. (2-seitig)	0,020
	N	32
23. Unsere Einrichtung arbeitet ständig daran, seine Dienstleistung aktuellen Trends und Anforderungen anzupassen.	Korrelationskoeffizient	,531(**)
	Sig. (2-seitig)	0,002
	N	32
24. Das Klima unter den MitarbeiterInnen ist freundlich, die MitarbeiterInnen gehen offen und vertrauensvoll miteinander um.	Korrelationskoeffizient	,502(**)
	Sig. (2-seitig)	0,003
	N	32
25. Meine Arbeit wird von meinen Kollegen anerkannt.	Korrelationskoeffizient	,445(*)
	Sig. (2-seitig)	0,011
	N	32
26. Der Informationsaustausch funktioniert in meinem Arbeitsbereich reibungslos.	Korrelationskoeffizient	,405(*)
	Sig. (2-seitig)	0,022
	N	32
27. In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt.	Korrelationskoeffizient	,372(*)
	Sig. (2-seitig)	0,036
	N	32
28. Ich habe in der Einrichtung eine Vertrauensperson, mit der ich berufliche Erfahrungen austauschen kann.	Korrelationskoeffizient	,401(*)
	Sig. (2-seitig)	0,025
	N	31
29. Ich bin mit dem Führungsverhalten meines direkten Vorgesetzten zufrieden.	Korrelationskoeffizient	,502(**)
	Sig. (2-seitig)	0,003
	N	32
30. Meine Arbeit wird von meinem direkten Vorgesetzten anerkannt.	Korrelationskoeffizient	,520(**)
	Sig. (2-seitig)	0,002
	N	32
31. Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldungen zu der Qualität meiner Arbeitsleistung.	Korrelationskoeffizient	0,216
	Sig. (2-seitig)	0,252
	N	30
32. Mein direkter Vorgesetzter ist für mich ansprechbar, wenn ich berufliche Nachfragen oder Probleme habe.	Korrelationskoeffizient	,758(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	32
33. In Arbeitsbesprechungen erhalte ich von meinem direkten Vorgesetzten alle für meine Arbeit notwendigen Informationen.	Korrelationskoeffizient	,557(**)
	Sig. (2-seitig)	0,001
	N	31
34. Mein direkter Vorgesetzter setzt sich für die Belange meines Teams ein.	Korrelationskoeffizient	,701(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	31
35. Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein.	Korrelationskoeffizient	,477(**)
	Sig. (2-seitig)	0,009
	N	29
36. Ich bin über die Bedürfnisse der BewohnerInnen stets informiert.	Korrelationskoeffizient	0,289
	Sig. (2-seitig)	0,121
	N	30

		8. Ich arbeite gerne im Haus A.
37. Ich bin über die Bedürfnisse der Angehörigen stets informiert.	Korrelationskoeffizient	0,031
	Sig. (2-seitig)	0,875
	N	28
38. Ich frage unsere BewohnerInnen regelmäßig wie zufrieden sie mit unseren Leistungen sind.	Korrelationskoeffizient	0,281
	Sig. (2-seitig)	0,132
	N	30
39. Bewohnerbeschwerden und Bewohnerverbesserungsvorschläge nehme ich ernst	Korrelationskoeffizient	,705(**)
	Sig. (2-seitig)	0,000
	N	30
40. B. sind: gerne im Haus A	Korrelationskoeffizient	,463(**)
	Sig. (2-seitig)	0,008
	N	32
41. B. sind: mit der Speiserversorgung zufrieden	Korrelationskoeffizient	,502(**)
	Sig. (2-seitig)	0,003
	N	32
42. B. sind: mit der Reinigung der Einrichtung zufrieden	Korrelationskoeffizient	0,313
	Sig. (2-seitig)	0,081
	N	32
43. B. sind: mit der Reinigung der Bewohnerwäsche zufrieden	Korrelationskoeffizient	0,342
	Sig. (2-seitig)	0,055
	N	32
44. B. sind: mit der Reinigung der Einrichtungswäsche zufrieden	Korrelationskoeffizient	,445(*)
	Sig. (2-seitig)	0,012
	N	31
45. B. sind: mit der Pflegequalität zufrieden	Korrelationskoeffizient	,417(*)
	Sig. (2-seitig)	0,018
	N	32
46. B. sind: mit der psychosozialen Betreuung zufrieden	Korrelationskoeffizient	0,344
	Sig. (2-seitig)	0,054
	N	32
47. Ich glaube, dass die BewohnerInnen das Haus A weiterempfehlen.	Korrelationskoeffizient	,361(*)
	Sig. (2-seitig)	0,046
	N	31
48. Ich glaube, dass die BewohnerInnen insgesamt mit dem Haus A zufrieden sind.	Korrelationskoeffizient	,497(**)
	Sig. (2-seitig)	0,004
	N	32
49. Das Einrichtungsleitbild des Haus Aes gibt mir konkrete Orientierung für meine Arbeit.	Korrelationskoeffizient	,449(*)
	Sig. (2-seitig)	0,013
	N	30
50. Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses A regelmäßig informiert.	Korrelationskoeffizient	0,161
	Sig. (2-seitig)	0,385
	N	31
51. Ich werde über gesetzliche Veränderungen, die für meinen Arbeitsbereich relevant sind, regelmäßig informiert.	Korrelationskoeffizient	0,259
	Sig. (2-seitig)	0,168
	N	30
52. Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre (z.B. Einführung neuer Dienstleistungen, Veränderungen in der Einrichtung) bekannt.	Korrelationskoeffizient	-0,067
	Sig. (2-seitig)	0,726
	N	30
53. Ich werde über Veränderungen im Haus A rechtzeitig informiert (z.B. Personal, Organisation, Lieferanten).	Korrelationskoeffizient	0,084
	Sig. (2-seitig)	0,654
	N	31
54. Das Haus A wird häufig positiv in den Medien erwähnt.	Korrelationskoeffizient	0,017
	Sig. (2-seitig)	0,929
	N	30

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Anlage V: Haus B
Statistische Auswertung der Befragungsergebnisse 2004
Häufigkeiten, Mittelwert, Median, Standardabweichung,
Varianz, Korrelationsanalyse

Haus B Auswertung des Bewohnerfragebogens								
Fragenkatalog	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teils-teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	N	Mittelwert	Vorstand und Heimleitung
Verwaltung								
1. Vor dem Einzug habe ich alle relevanten Informationen zum Leistungsangebot erhalten.	10,00	9,00	0,00	0,00	0,00	19	1,5	2,0
2. Vor dem Einzug bin ich über die entstehenden Kosten umfassend informiert worden.	10,00	9,00	0,00	0,00	0,00	19	1,5	2,0
3. Ich bin mit der Abwicklung meiner finanziellen Belange durch die Verwaltung zufrieden. Meine finanziellen Belange werden durch meine Angehörigen abgewickelt.	5,00	6,00	0,00	0,00	0,00	11	1,5	1,0
4. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet. Bislang hatte ich keine Beschwerden.	7,00	3,00	1,00	0,00	0,00	11	1,5	2,0
5. Meine Interessen werden durch den Heimbeirat vertreten.	5,00	3,00	0,00	1,00	0,00	9	1,7	3,0
Ich habe keinen Kontakt zum Heimbeirat. Einschätzung der Verwaltung						11		
	7,40	6,00	0,20	0,20	0,00	14	1,5	2,0
Wohnqualität								
1. Ich fühle mich im Haus B wohl.	14,00	6,00	0,00	0,00	0,00	20	1,3	2,0
2. Ich bin mit der Ausstattung meines Zimmers zufrieden.	12,00	7,00	1,00	0,00	0,00	20	1,5	2,0
3. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden.	9,00	9,00	1,00	0,00	0,00	19	1,6	2,0
4. Ich lebe sehr gerne im Einzelzimmer.						19		
5. Ich möchte nicht im Doppelzimmer wohnen.						19		
6. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand.	15,00	4,00	0,00	0,00	0,00	19	1,2	1,0
7. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt Einschätzung der Wohnqualität	14,00	4,00	1,00	0,00	0,00	19	1,3	1,0
	12,80	6,00	0,60	0,00	0,00	19	1,4	1,6
Hauswirtschaft - Reinigung								
1. Ich bin mit der Reinigung meines Zimmers zufrieden.	8,00	5,00	7,00	0,00	0,00	20	2,0	2,0
2. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden.	7,00	6,00	7,00	0,00	0,00	20	2,0	2,0
3. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden.	14,00	6,00	0,00	0,00	0,00	20	1,3	2,0
4. Ich bin mit der Reinigung meiner Wäsche zufrieden. Einschätzung der Hauswirtschaft - Reinigung	14,00	6,00	0,00	0,00	0,00	20	1,3	2,0
	10,75	5,75	3,50	0,00	0,00	20	1,6	2,0
Hauswirtschaft - Speisenversorgung								
1. Ich bin mit den Essenszeiten zum - Frühstück - zufrieden.	15,00	4,00	1,00	0,00	0,00	20	1,3	2,0
2. Ich bin mit den Essenszeiten zum - Mittagessen - zufrieden.	17,00	3,00	0,00	0,00	0,00	20	1,2	2,0
3. Ich bin mit den Essenszeiten zum - Abendbrot - zufrieden.	14,00	4,00	2,00	0,00	0,00	20	1,4	3,0
4. Meine individuellen Essenswünsche werden berücksichtigt.	11,00	6,00	2,00	0,00	0,00	19	1,5	2,0
5. Das Essen ist schmackhaft.	13,00	4,00	3,00	0,00	0,00	20	1,5	1,0
6. Das Essen ist frisch zubereitet.	16,00	4,00	0,00	0,00	0,00	20	1,2	2,0
7. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet. Einschätzung der Hauswirtschaft - Speisenversorgung	11,00	9,00	0,00	0,00	0,00	20	1,5	2,0
	13,86	4,86	1,14	0,00	0,00	20	1,4	2,0

Fragenkatalog		Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teils-teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	N	Mittelwert	Vorstand und Heimleitung
Betreuungsqualität									
1.	Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für meine Bedürfnisse.	1,00	11,00	6,00	1,00	1,00	20	2,5	2,0
2.	Die MitarbeiterInnen sind über meine Pflegesituation stets informiert.	8,00	12,00	0,00	0,00	0,00	20	1,6	2,0
3.	Die MitarbeiterInnen sind freundlich und hilfsbereit.	15,00	2,00	3,00	0,00	0,00	20	1,4	2,0
4.	Die MitarbeiterInnen begegnen meinen Bedürfnissen mit Offenheit.	12,00	7,00	0,00	0,00	0,00	19	1,4	2,0
5.	Mein persönlicher Tagesablauf wird bei der Pflege berücksichtigt.	5,00	14,00	0,00	0,00	0,00	19	1,7	3,0
6.	Ich erhalte ausreichend Informationen zu meiner Pflege und dem Pflegeablauf.	8,00	11,00	0,00	1,00	0,00	20	1,7	2,0
7.	Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	9,00	10,00	0,00	1,00	0,00	20	1,7	2,0
8.	Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit mir.	11,00	9,00	0,00	0,00	0,00	20	1,5	2,0
9.	Die MitarbeiterInnen wahren meine Privatsphäre.	18,00	2,00	0,00	0,00	0,00	20	1,1	2,0
10.	Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten meines Zimmers an.	19,00	1,00	0,00	0,00	0,00	20	1,1	2,0
11.	Ich werde immer so angesprochen, wie ich es wünsche.	16,00	4,00	0,00	0,00	0,00	20	1,2	2,0
12.	Meine Eigenständigkeit wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen).	11,00	7,00	1,00	0,00	0,00	19	1,5	2,0
Einschätzung der Betreuungsqualität		11,08	7,50	0,83	0,25	0,08	20	1,5	2,1
Psycho-Soziales Wohlbefinden									
1.	Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch.	1,00	11,00	5,00	1,00	2,00	20	2,6	3,0
2.	Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung zufrieden. Ich habe kein Interesse an seelsorgerischer Betreuung.	2,00	13,00	1,00	1,00	0,00	17 3	2,1	2,0
3.	Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe.	6,00	12,00	2,00	0,00	0,00	20	1,8	2,0
4.	Ich habe eine Vertrauensperson für meine persönlichen Belange.	16,00	1,00	0,00	0,00	3,00	20	1,7	3,0
5.	Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	5,00	7,00	6,00	0,00	1,00	19	2,2	3,0
6.	Die angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen sind interessant für mich	12,00	3,00	3,00	0,00	2,00	20	1,9	3,0
7.	Ich nehme an den angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen teil.	12,00	1,00	1,00	0,00	6,00	20	2,4	3,0
8.	Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	2,00	4,00	4,00	0,00	9,00	19	3,5	3,0
9.	Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	2,00	11,00	6,00	0,00	0,00	19	2,2	3,0
10.	Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich.	2,00	18,00	0,00	0,00	0,00	20	1,9	3,0
11.	Ich habe regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc.	15,00	1,00	0,00	1,00	3,00	20	1,8	2,0
Einschätzung des Psycho-Soziales Wohlbefindens		6,82	7,45	2,55	0,27	2,36	19	2,2	2,7
Zufriedenheit									
1.	Insgesamt bin ich mit dem Haus B zufrieden.	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	20	1,5	2,0
2.	Ich empfehle das Haus B an Freunde und Bekannte weiter.	16,00	4,00	0,00	0,00	0,00	20	1,2	2,0
Einschätzung der Gesamtzufriedenheit		13,00	7,00	0,00	0,00	0,00	20	1,4	2,0

Haus B
Bewohnerbefragung 2004
Häufigkeiten

	N		Mittelwert	Median	Standard- abweichung	Varianz
	Gültig	Fehlend				
1. Vor dem Einzug habe ich alle relevanten Informationen zum Leistungsangebot erhalten.	19	1	1,47	1,00	0,513	0,263
2. Vor dem Einzug bin ich über die entstehenden Kosten umfassend informiert worden.	19	1	1,47	1,00	0,513	0,263
3. Ich bin mit der Abwicklung meiner finanziellen Belange durch die Verwaltung zufrieden.	11	9	1,55	2,00	0,522	0,273
4. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	11	9	1,45	1,00	0,688	0,473
5. Meine Interessen werden durch den Heimbeirat vertreten.	9	11	1,67	1,00	1,000	1,000
6. Ich fühle mich im Haus B wohl.	20	0	1,30	1,00	0,470	0,221
7. Ich bin mit der Ausstattung meines Zimmers zufrieden.	20	0	1,45	1,00	0,605	0,366
8. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden.	19	1	1,58	2,00	0,607	0,368
9. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand.	19	1	1,21	1,00	0,419	0,175
10. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt	19	1	1,32	1,00	0,582	0,339
11. Ich bin mit der Reinigung meines Zimmers zufrieden.	20	0	1,95	2,00	0,887	0,787
12. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden.	20	0	2,00	2,00	0,858	0,737
13. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden.	20	0	1,30	1,00	0,470	0,221
14. Ich bin mit der Reinigung meiner Wäsche zufrieden.	20	0	1,30	1,00	0,470	0,221
15. Ich bin mit den Essenzeiten zufrieden: Frühstück	20	0	1,30	1,00	0,571	0,326
16. Ich bin mit den Essenzeiten zufrieden: Mittagessen	20	0	1,15	1,00	0,366	0,134
17. Ich bin mit den Essenzeiten zufrieden: Abendbrot	20	0	1,40	1,00	0,681	0,463
18. Meine individuellen Essenswünsche werden berücksichtigt.	19	1	1,53	1,00	0,697	0,485
19. Das Essen ist schmackhaft.	20	0	1,50	1,00	0,761	0,579
20. Das Essen ist frisch zubereitet.	20	0	1,20	1,00	0,410	0,168
21. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet.	20	0	1,45	1,00	0,510	0,261
22. Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für meine Bedürfnisse.	20	0	2,50	2,00	0,889	0,789
23. Die MitarbeiterInnen sind über meine Pflegesituation stets informiert.	20	0	1,60	2,00	0,503	0,253
24. Die MitarbeiterInnen sind freundlich und hilfsbereit.	20	0	1,40	1,00	0,754	0,568
25. Die MitarbeiterInnen begegnen meinen Bedürfnissen mit Offenheit.	19	1	1,37	1,00	0,496	0,246
26. Mein persönlicher Tagesablauf wird bei der Pflege berücksichtigt.	19	1	1,74	2,00	0,452	0,205
27. Ich erhalte ausreichend Informationen zu meiner Pflege und dem Pflegeablauf.	20	0	1,70	2,00	0,733	0,537
28. Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	20	0	1,65	2,00	0,745	0,555
29. Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit mir.	20	0	1,45	1,00	0,510	0,261
30. Die MitarbeiterInnen wahren meine Privatsphäre.	20	0	1,10	1,00	0,308	0,095

	N		Mittelwert	Median	Standard- abweichung	Varianz
	Gültig	Fehlend				
31. Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten meines Zimmers an.	20	0	1,05	1,00	0,224	0,050
32. Ich werde immer so angesprochen, wie ich es wünsche.	20	0	1,20	1,00	0,410	0,168
33. Meine Eigenständigkeit wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen).	19	1	1,47	1,00	0,612	0,374
34. Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch.	20	0	2,60	2,00	1,046	1,095
35. Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung zufrieden.	17	3	2,06	2,00	0,659	0,434
36. Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe.	20	0	1,80	2,00	0,616	0,379
37. Ich habe eine Vertrauensperson für meine persönlichen Belange.	20	0	1,65	1,00	1,461	2,134
38. Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	19	1	2,21	2,00	1,032	1,064
39. Die angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen sind interessant für mich.	20	0	1,85	1,00	1,309	1,713
40. An den angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen nehme ich teil.	20	0	2,35	1,00	1,843	3,397
41. Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	19	1	3,53	3,00	1,541	2,374
42. Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	19	1	2,21	2,00	0,631	0,398
43. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich.	20	0	1,90	2,00	0,308	0,095
44. Ich habe regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc.	20	0	1,80	1,00	1,542	2,379
45. Insgesamt bin ich mit dem Haus B zufrieden.	20	0	1,50	1,50	0,513	0,263
46. Ich empfehle das Haus B an Freunde und Bekannte weiter.	20	0	1,20	1,00	0,410	0,168

Spearman-Rho
Bewohnerbefragung 2004
Haus B

		45. Insgesamt bin ich mit dem Haus B zufrieden.
1. Vor dem Einzug habe ich alle relevanten Informationen zum Leistungsangebot erhalten.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,156 0,525 19
2. Vor dem Einzug bin ich über die entstehenden Kosten umfassend informiert worden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,056 0,821 19
3. Ich bin mit der Abwicklung meiner finanziellen Belange durch die Verwaltung zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,467 0,148 11
4. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,210 0,535 11
5. Meine Interessen werden durch den Heimbeirat vertreten.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,775(*) 0,014 9
6. Ich fühle mich im Haus B wohl.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,218 0,355 20
7. Ich bin mit der Ausstattung meines Zimmers zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,423 0,063 20
8. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,303 0,207 19
9. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,544(*) 0,016 19
10. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,625(**) 0,004 19
11. Ich bin mit der Reinigung meines Zimmers zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,287 0,221 20
12. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,359 0,121 20
13. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,218 0,355 20
14. Ich bin mit der Reinigung meiner Wäsche zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,218 0,355 20
15. Ich bin mit den Essenszeiten zufrieden: Frühstück	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,138 0,563 20

		45. Insgesamt bin ich mit dem Haus B zufrieden.
16. Ich bin mit den Essenszeiten zufrieden: Mittagessen	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,140 0,556 20
17. Ich bin mit den Essenszeiten zufrieden: Abendbrot	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,258 0,272 20
18. Meine individuellen Essenswünsche werden berücksichtigt.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,503(*) 0,028 19
19. Das Essen ist schmackhaft.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,020 0,932 20
20. Das Essen ist frisch zubereitet.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,000 1,000 20
21. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,101 0,673 20
22. Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für meine Bedürfnisse.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,212 0,369 20
23. Die MitarbeiterInnen sind über meine Pflegesituation stets informiert.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,204 0,388 20
24. Die MitarbeiterInnen sind freundlich und hilfsbereit.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,377 0,101 20
25. Die MitarbeiterInnen begegnen meinen Bedürfnissen mit Offenheit.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,150 0,541 19
26. Mein persönlicher Tagesablauf wird bei der Pflege berücksichtigt.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,328 0,171 19
27. Ich erhalte ausreichend Informationen zu meiner Pflege und dem Pflegeablauf.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,434 0,056 20
28. Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,704(**) 0,001 20
29. Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit mir.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,503(*) 0,024 20
30. Die MitarbeiterInnen wahren meine Privatsphäre.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,333 0,151 20
31. Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten meines Zimmers an.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,229 0,331 20
32. Ich werde immer so angesprochen, wie ich es wünsche.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,000 1,000 20

		45. Insgesamt bin ich mit dem Haus B zufrieden.
33. Meine Eigenständigkeit wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen).	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,486(*) 0,035 19
34. Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,029 0,904 20
35. Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,485(*) 0,048 17
36. Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,498(*) 0,025 20
37. Ich habe eine Vertrauensperson für meine persönlichen Belange.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,025 0,917 20
38. Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,304 0,206 19
39. Die angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen sind interessant für mich.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,491(*) 0,028 20
40. An den angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen nehme ich teil.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,448(*) 0,048 20
41. Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,411 0,080 19
42. Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,164 0,503 19
43. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,000 1,000 20
44. Ich habe regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,114 0,631 20
45. Insgesamt bin ich mit dem Haus B zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	1,000 . . 20
46. Ich empfehle das Haus B an Freunde und Bekannte weiter.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,500(*) 0,025 20

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Haus B Auswertung des Angehörigenfragebogens								
Fragenkatalog	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	N	Mittelwert	Vorstand und Heimleitung
Verwaltung								
1. Vor dem Einzugs habe ich alle für mich wichtigen Informationen zum Leistungsangebot erhalten.	11,00	5,00	0,00	1,00	1,00	18	1,7	2,0
2. Ich werde rechtzeitig über Veränderungen informiert.	12,00	2,00	3,00	0,00	0,00	17	1,5	2,0
3. Ich habe einen festen Ansprechpartner.	10,00	6,00	0,00	1,00	1,00	18	1,7	2,0
4. Ich erhalte auf Anfrage kompetente Auskunft zum Pflegezustand meines Angehörigen.	12,00	5,00	1,00	0,00	0,00	18	1,4	2,0
5. Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	12,00	5,00	0,00	1,00	0,00	18	1,4	2,0
6. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	10,00	4,00	1,00	0,00	0,00	15	1,4	2,0
7. Ich werde freundlich und zuvorkommend behandelt.	15,00	2,00	1,00	0,00	0,00	18	1,2	2,0
Einschätzung Verwaltung	11,71	4,14	0,86	0,43	0,29	17	1,5	2,0
Wohnqualität								
1. Mein Angehöriger fühlt sich aus meiner Sicht im Haus B wohl.	12,00	4,00	2,00	0,00	0,00	18	1,4	2,0
2. Ich bin mit der Ausstattung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden.	10,00	5,00	2,00	1,00	0,00	18	1,7	2,0
3. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden.	13,00	5,00	0,00	0,00	0,00	18	1,3	2,0
4. Mein Angehöriger lebt gerne im Einzelzimmer.						15		
5. Mein Angehöriger würde nicht gerne im Doppelzimmer leben.						14		
6. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand.	12,00	5,00	0,00	0,00	0,00	17	1,3	2,0
7. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt.	10,00	7,00	0,00	0,00	1,00	18	1,6	2,0
Einschätzung Wohnqualität	11,40	5,20	0,80	0,20	0,20	18	1,5	2,0
Hauswirtschaft - Reinigung								
1. Ich bin mit der Reinigung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden.	10,00	5,00	1,00	2,00	0,00	18	1,7	2,0
2. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden.	12,00	5,00	1,00	0,00	0,00	18	1,4	2,0
3. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden.	15,00	3,00	0,00	0,00	0,00	18	1,2	2,0
4. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche meines Angehörigen zufrieden.	14,00	4,00	0,00	0,00	0,00	18	1,2	2,0
Einschätzung Hauswirtschaft - Reinigung	12,75	4,25	0,50	0,50	0,00	18	1,4	2,0
Hauswirtschaft - Speiserversorgung								
1. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zum Frühstück - zufrieden.	15,00	4,00	0,00	0,00	0,00	19	1,2	2,0
2. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zum Mittagessen - zufrieden.	16,00	3,00	0,00	0,00	0,00	19	1,2	2,0
3. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zum Abendbrot - zufrieden.	14,00	5,00	0,00	0,00	0,00	19	1,3	2,0
4. Die individuellen Essenswünsche meines Angehörigen werden berücksichtigt.	8,00	5,00	1,00	0,00	0,00	14	1,5	2,0
5. Das Essen ist nach Auskunft meines Angehörigen schmackhaft.	15,00	2,00	1,00	0,00	0,00	18	1,2	1,0
6. Das Essen ist nach Auskunft meines Angehörigen frisch zubereitet.	16,00	3,00	0,00	0,00	0,00	19	1,2	2,0
7. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet.	13,00	6,00	0,00	0,00	0,00	19	1,3	1,0
Einschätzung Hauswirtschaft - Speiserversorgung	13,86	4,00	0,29	0,00	0,00	18	1,3	1,7

Fragenkatalog	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	N	Mittelwert	Vorstand und Heimleitung
Betreuungsqualität								
1. Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für die Bedürfnisse meines Angehörigen.	4,00	8,00	5,00	1,00	0,00	18	2,2	3,0
2. Die MitarbeiterInnen sind über die Pflegesituation meines Angehörigen stets informiert.	10,00	6,00	2,00	0,00	0,00	18	1,6	2,0
3. Die MitarbeiterInnen sind zu meinem Angehörigen freundlich und hilfsbereit.	16,00	2,00	0,00	0,00	0,00	18	1,1	2,0
4. Die MitarbeiterInnen begegnen den Bedürfnissen meines Angehörigen mit Offenheit.	14,00	4,00	0,00	0,00	0,00	18	1,2	2,0
5. Der persönliche Tagesablauf meines Angehörigen wird bei der Pflege berücksichtigt.	8,00	9,00	0,00	0,00	0,00	17	1,5	2,0
6. Mein Angehöriger erhält ausreichend Informationen zu der Pflege und den Pflegeabläufen.	9,00	7,00	1,00	0,00	0,00	17	1,5	2,0
7. Die MitarbeiterInnen sind für meinen Angehörigen innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	10,00	8,00	0,00	0,00	0,00	18	1,4	1,0
8. Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit meinem Angehörigen.	15,00	4,00	0,00	0,00	0,00	19	1,2	1,0
9. Die MitarbeiterInnen wahren die Privatsphäre meines Angehörigen.	15,00	4,00	0,00	0,00	0,00	19	1,2	2,0
10. Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten des Zimmers meines Angehörigen an.	10,00	5,00	0,00	1,00	0,00	16	1,5	2,0
11. Mein Angehöriger wird immer so angesprochen, wie er es wünscht.	15,00	2,00	0,00	0,00	0,00	17	1,1	1,0
12. Die Eigenständigkeit meines Angehörigen wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen).	12,00	5,00	1,00	0,00	0,00	18	1,4	2,0
Einschätzung Betreuungsqualität	11,50	5,33	0,75	0,17	0,00	18	1,4	1,8
Psycho-Soziales Wohlbefinden								
1. Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch mit meinem Angehörigen.	7,00	8,00	3,00	0,00	0,00	18	1,8	2,0
2. Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung meines Angehörigen zufrieden.	9,00	6,00	1,00	0,00	0,00	16	1,5	1,0
3. Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe.	11,00	4,00	0,00	0,00	0,00	15	1,3	2,0
4. Mein Angehöriger hat eine Vertrauensperson für seine persönlichen Belange.	8,00	4,00	2,00	1,00	0,00	15	1,7	2,0
5. Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	5,00	9,00	0,00	1,00	0,00	15	1,8	2,0
6. Die angebotenen Gemeinschaftsveranstaltungen sind für meinen Angehörigen interessant	9,00	2,00	4,00	0,00	0,00	15	1,7	1,0
7. Mein Angehöriger nimmt an den Gemeinschaftsveranstaltungen teil.	8,00	1,00	4,00	1,00	1,00	15	2,1	2,0
8. Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	5,00	6,00	2,00	1,00	2,00	16	2,3	2,0
9. Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	11,00	4,00	3,00	0,00	0,00	18	1,6	2,0
10. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich.	12,00	4,00	0,00	0,00	0,00	16	1,3	2,0
11. Mein Angehöriger hat regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc.	11,00	3,00	1,00	0,00	1,00	16	1,6	2,0
12. Die Beschwerden und Verbesserungsvorschläge meines Angehörigen werden ernst genommen und bearbeitet.	9,00	7,00	0,00	0,00	0,00	16	1,4	2,0
Einschätzung Psycho-Soziales Wohlbefinden	8,75	4,83	1,67	0,33	0,33	16	1,7	1,8
Zufriedenheit								
1. Insgesamt bin ich mit dem Haus B zufrieden.	15,00	3,00	0,00	0,00	0,00	18	1,2	2,0
2. Ich empfehle das Haus B an Freunde und Bekannte weiter.	14,00	3,00	0,00	0,00	0,00	17	1,2	2,0
Einschätzung der Gesamtzufriedenheit	14,50	3,00	0,00	0,00	0,00	18	1,2	2,0

Haus B
Angehörigenbefragung 2004
Häufigkeiten

	N		Mittelwert	Median	Standard- abweichung	Varianz
	Gültig	Fehlend				
1. Vor dem Einzug habe ich alle für mich wichtigen Informationen zum Leistungsangebot erhalten.	18	1	1,67	1,00	1,138	1,294
2. Ich werde rechtzeitig über Veränderungen informiert.	17	2	1,47	1,00	0,800	0,640
3. Ich habe einen festen Ansprechpartner.	18	1	1,72	1,00	1,127	1,271
4. Ich erhalte auf Anfrage kompetente Auskunft zum Pflegezustand meines Angehörigen.	18	1	1,39	1,00	0,608	0,369
5. Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	18	1	1,44	1,00	0,784	0,614
6. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	15	4	1,40	1,00	0,632	0,400
7. Ich werde freundlich und zuvorkommend behandelt.	18	1	1,22	1,00	0,548	0,301
8. Mein Angehöriger fühlt sich aus meiner Sicht im Haus B wohl.	18	1	1,44	1,00	0,705	0,497
9. Ich bin mit der Ausstattung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden.	18	1	1,67	1,00	0,907	0,824
10. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden.	18	1	1,28	1,00	0,461	0,212
11. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand.	17	2	1,29	1,00	0,470	0,221
12. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt.	18	1	1,61	1,00	0,979	0,958
13. Ich bin mit der Reinigung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden.	18	1	1,72	1,00	1,018	1,036
14. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden.	18	1	1,39	1,00	0,608	0,369
15. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden.	18	1	1,17	1,00	0,383	0,147
16. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche meines Angehörigen zufrieden.	18	1	1,22	1,00	0,428	0,183
17. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zufrieden: Frühstück	19	0	1,21	1,00	0,419	0,175
18. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zufrieden: Mittagessen	19	0	1,16	1,00	0,375	0,140
19. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zufrieden: Abendbrot	19	0	1,26	1,00	0,452	0,205
20. Die individuellen Essenswünsche meines Angehörigen werden berücksichtigt.	14	5	1,50	1,00	0,650	0,423
21. Das Essen ist nach Auskunft meines Angehörigen: schmackhaft	18	1	1,22	1,00	0,548	0,301
22. Das Essen ist nach Auskunft meines Angehörigen: frisch zubereitet	19	0	1,16	1,00	0,375	0,140
23. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet.	19	0	1,32	1,00	0,478	0,228
24. Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für die Bedürfnisse meines Angehörigen.	18	1	2,17	2,00	0,857	0,735
25. Die MitarbeiterInnen sind über die Pflegesituation meines Angehörigen stets informiert.	18	1	1,56	1,00	0,705	0,497
26. Die MitarbeiterInnen sind zu meinem Angehörigen freundlich und hilfsbereit.	18	1	1,11	1,00	0,323	0,105
27. Die MitarbeiterInnen begegnen den Bedürfnissen meines Angehörigen mit Offenheit.	18	1	1,22	1,00	0,428	0,183
28. Der persönliche Tagesablauf meines Angehörigen wird bei der Pflege berücksichtigt.	17	2	1,53	2,00	0,514	0,265
29. Mein Angehöriger erhält ausreichend Informationen zu der Pflege und den Pflegeabläufen.	17	2	1,53	1,00	0,624	0,390

	N		Mittelwert	Median	Standard- abweichung	Varianz
	Gültig	Fehlend				
30. Die MitarbeiterInnen sind für meinen Angehörigen innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	18	1	1,44	1,00	0,511	0,261
31. Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit meinem Angehörigen.	19	0	1,21	1,00	0,419	0,175
32. Die MitarbeiterInnen wahren die Privatsphäre meines Angehörigen.	19	0	1,21	1,00	0,419	0,175
33. Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten des Zimmers meines Angehörigen an.	16	3	1,50	1,00	0,816	0,667
34. Mein Angehöriger wird immer so angesprochen, wie er es wünscht.	17	2	1,12	1,00	0,332	0,110
35. Die Eigenständigkeit meines Angehörigen wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen).	18	1	1,39	1,00	0,608	0,369
36. Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch mit meinem Angehörigen.	18	1	1,78	2,00	0,732	0,536
37. Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung meines Angehörigen zufrieden.	16	3	1,50	1,00	0,632	0,400
38. Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe.	15	4	1,27	1,00	0,458	0,210
39. Mein Angehöriger hat eine Vertrauensperson für seine persönlichen Belange.	15	4	1,73	1,00	0,961	0,924
40. Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	15	4	1,80	2,00	0,775	0,600
41. Angebotene Gemeinschaftsveranstaltungen sind für meinen Angehörigen interessant	15	4	1,67	1,00	0,900	0,810
42. Mein Angehöriger nimmt an den Gemeinschaftsveranstaltungen teil.	15	4	2,07	1,00	1,335	1,781
43. Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	16	3	2,31	2,00	1,352	1,829
44. Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	18	1	1,56	1,00	0,784	0,614
45. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich.	16	3	1,25	1,00	0,447	0,200
46. Mein Angehöriger hat regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc.	16	3	1,56	1,00	1,094	1,196
47. Die Beschwerden und Verbesserungsvorschläge meines Angehörigen werden ernst genommen und bearbeitet.	16	3	1,44	1,00	0,512	0,263
48. Insgesamt bin ich mit dem Haus B zufrieden.	18	1	1,17	1,00	0,383	0,147
49. Ich empfehle das Haus B an Freunde und Bekannte weiter.	17	2	1,18	1,00	0,393	0,154

Spearman-Rho
Angehörigenbefragung 2004
Haus B

		48. Insgesamt bin ich mit dem Haus B zufrieden.
1. Vor dem Einzug habe ich alle für mich wichtigen Informationen zum Leistungsangebot erhalten.	Korrelationskoeffizient	0,269
	Sig. (2-seitig)	0,297
	N	17
2. Ich werde rechtzeitig über Veränderungen informiert.	Korrelationskoeffizient	0,340
	Sig. (2-seitig)	0,198
	N	16
3. Ich habe einen festen Ansprechpartner.	Korrelationskoeffizient	-0,157
	Sig. (2-seitig)	0,546
	N	17
4. Ich erhalte auf Anfrage kompetente Auskunft zum Pflegezustand meines Angehörigen.	Korrelationskoeffizient	-0,037
	Sig. (2-seitig)	0,886
	N	17
5. Die MitarbeiterInnen sind für mich innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	Korrelationskoeffizient	-0,037
	Sig. (2-seitig)	0,886
	N	17
6. Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	Korrelationskoeffizient	0,281
	Sig. (2-seitig)	0,330
	N	14
7. Ich werde freundlich und zuvorkommend behandelt.	Korrelationskoeffizient	0,166
	Sig. (2-seitig)	0,524
	N	17
8. Mein Angehöriger fühlt sich aus meiner Sicht im Haus B wohl.	Korrelationskoeffizient	0,335
	Sig. (2-seitig)	0,189
	N	17
9. Ich bin mit der Ausstattung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden.	Korrelationskoeffizient	-0,052
	Sig. (2-seitig)	0,843
	N	17
10. Ich bin mit der Ausstattung der Gemeinschaftsräume zufrieden.	Korrelationskoeffizient	0,378
	Sig. (2-seitig)	0,134
	N	17
11. Das Gebäude ist in einem gepflegten Zustand.	Korrelationskoeffizient	0,022
	Sig. (2-seitig)	0,937
	N	16
12. Die Außenanlagen der Einrichtung sind sehr gepflegt.	Korrelationskoeffizient	-0,142
	Sig. (2-seitig)	0,586
	N	17
13. Ich bin mit der Reinigung des Zimmers meines Angehörigen zufrieden.	Korrelationskoeffizient	0,409
	Sig. (2-seitig)	0,103
	N	17
14. Ich bin mit der Reinigung der gesamten Einrichtung zufrieden.	Korrelationskoeffizient	0,375
	Sig. (2-seitig)	0,138
	N	17
15. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche der Einrichtung (Bettwäsche, Tischwäsche) zufrieden.	Korrelationskoeffizient	0,190
	Sig. (2-seitig)	0,464
	N	17

		48. Insgesamt bin ich mit dem Haus B zufrieden.
16. Ich bin mit der Reinigung der Wäsche meines Angehörigen zufrieden.	Korrelationskoeffizient	0,107
	Sig. (2-seitig)	0,683
	N	17
17. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zufrieden: Frühstück	Korrelationskoeffizient	0,120
	Sig. (2-seitig)	0,637
	N	18
18. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zufrieden: Mittagessen	Korrelationskoeffizient	0,200
	Sig. (2-seitig)	0,426
	N	18
19. Ich bin mit den Essenszeiten meines Angehörigen zufrieden: Abendbrot	Korrelationskoeffizient	0,388
	Sig. (2-seitig)	0,111
	N	18
20. Die individuellen Essenswünsche meines Angehörigen werden berücksichtigt.	Korrelationskoeffizient	,577(*)
	Sig. (2-seitig)	0,039
	N	13
21. Das Essen ist nach Auskunft meines Angehörigen: schmackhaft	Korrelationskoeffizient	0,365
	Sig. (2-seitig)	0,150
	N	17
22. Das Essen ist nach Auskunft meines Angehörigen: frisch zubereitet	Korrelationskoeffizient	0,200
	Sig. (2-seitig)	0,426
	N	18
23. Der Speiseplan wird abwechslungsreich gestaltet.	Korrelationskoeffizient	0,388
	Sig. (2-seitig)	0,111
	N	18
24. Die MitarbeiterInnen haben ausreichend Zeit für die Bedürfnisse meines Angehörigen.	Korrelationskoeffizient	,599(*)
	Sig. (2-seitig)	0,011
	N	17
25. Die MitarbeiterInnen sind über die Pflegesituation meines Angehörigen stets informiert.	Korrelationskoeffizient	0,245
	Sig. (2-seitig)	0,343
	N	17
26. Die MitarbeiterInnen sind zu meinem Angehörigen freundlich und hilfsbereit.	Korrelationskoeffizient	,540(*)
	Sig. (2-seitig)	0,025
	N	17
27. Die MitarbeiterInnen begegnen den Bedürfnissen meines Angehörigen mit Offenheit.	Korrelationskoeffizient	0,107
	Sig. (2-seitig)	0,683
	N	17
28. Der persönliche Tagesablauf meines Angehörigen wird bei der Pflege berücksichtigt.	Korrelationskoeffizient	0,424
	Sig. (2-seitig)	0,102
	N	16
29. Mein Angehöriger erhält ausreichend Informationen zu der Pflege und den Pflegeabläufen.	Korrelationskoeffizient	0,178
	Sig. (2-seitig)	0,510
	N	16
30. Die MitarbeiterInnen sind für meinen Angehörigen innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar.	Korrelationskoeffizient	-0,127
	Sig. (2-seitig)	0,626
	N	17
31. Die MitarbeiterInnen pflegen einen partnerschaftlichen Umgang mit meinem Angehörigen.	Korrelationskoeffizient	0,120
	Sig. (2-seitig)	0,637
	N	18
32. Die MitarbeiterInnen wahren die Privatsphäre meines Angehörigen.	Korrelationskoeffizient	0,120
	Sig. (2-seitig)	0,637
	N	18

		48. Insgesamt bin ich mit dem Haus B zufrieden.
33. Die MitarbeiterInnen klopfen vor dem Betreten des Zimmers meines Angehörigen an.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,274 0,324 15
34. Mein Angehöriger wird immer so angesprochen, wie er es wünscht.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,429 0,098 16
35. Die Eigenständigkeit meines Angehörigen wird gefördert (z. B. Körperpflege, Anziehen).	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,335 0,188 17
36. Die MitarbeiterInnen haben Zeit für ein persönliches Gespräch mit meinem Angehörigen.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,080 0,759 17
37. Ich bin mit der seelsorgerischen Betreuung meines Angehörigen zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,210 0,453 15
38. Ich spüre ein hohes Maß an Menschlichkeit und christlicher Nächstenliebe.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,440 0,115 14
39. Mein Angehöriger hat eine Vertrauensperson für seine persönlichen Belange.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,384 0,175 14
40. Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,180 0,539 14
41. Angebotene Gemeinschaftsveranstaltungen sind für meinen Angehörigen interessant	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,569(*) 0,034 14
42. Mein Angehöriger nimmt an den Gemeinschaftsveranstaltungen teil.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,409 0,146 14
43. Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,000 1,000 15
44. Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,125 0,633 17
45. Das Klima unter den Mitarbeitern ist freundlich.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,237 0,396 15
46. Mein Angehöriger hat regelmäßige Kontakte zu Angehörigen, ehemaligen Nachbarn etc.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,234 0,400 15
47. Die Beschwerden und Verbesserungsvorschläge meines Angehörigen werden ernst genommen und bearbeitet.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,080 0,777 15
48. Insgesamt bin ich mit dem Haus B zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	1,000 18
49. Ich empfehle das Haus B an Freunde und Bekannte weiter.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,787(**) 0,000 16

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Haus B Auswertung des Mitarbeiterfragebogens								
Fragenkatalog	Trifft voll zu	Trifft über- wiegend zu	Trifft teils- teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	N	Mittelwert	Vorstand und Heimleitung
Arbeitsbedingungen								
1. Mir stehen alle notwendigen Hilfsmittel für die optimale Versorgung der Bewohner zur Verfügung.	5,00	11,00	6,00	0,00	0,00	22	2,0	3,0
2. Mir stehen alle notwendigen Hilfsmittel für die optimale Erledigung der administrativen Aufgaben zur Verfügung.	4,00	10,00	6,00	1,00	0,00	21	2,2	3,0
3. Ich bin mit meinem Gehalt zufrieden.	5,00	9,00	8,00	1,00	0,00	23	2,2	2,0
4. Ich kann die von mir erwartete Arbeitsleistung in meiner Dienstzeit erbringen.	3,00	12,00	6,00	1,00	1,00	23	2,3	3,0
5. Meine persönliche Wünsche werden bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt.	8,00	10,00	4,00	1,00	0,00	23	1,9	3,0
6. Ich fühle mich der körperlichen Belastung gewachsen.	9,00	9,00	4,00	1,00	0,00	23	1,9	3,0
7. Ich fühle mich der psychischen Belastung gewachsen.	6,00	13,00	3,00	1,00	0,00	23	2,0	3,0
8. Ich arbeite gerne im Haus B.	13,00	10,00	0,00	0,00	0,00	23	1,4	2,0
Einschätzung der Arbeitsbedingungen	6,63	10,50	4,63	0,75	0,13	23	2,0	2,8
Prozesse, Ziele und Aufgaben								
1. Die Qualität unserer Pflege ist hoch.	8,00	13,00	1,00	0,00	0,00	22	1,7	2,0
2. Es ist sichergestellt, dass wir unsere Leistung zu jeder Zeit mit gleicher Qualität erbringen.	4,00	13,00	4,00	0,00	0,00	21	2,0	3,0
3. Ich fördere die Eigenständigkeit der BewohnerInnen.	6,00	11,00	3,00	1,00	1,00	22	2,1	2,0
4. Die Aufgabenerfüllung, die von mir erwartet wird, entspricht meiner Stellenbeschreibung.	6,00	11,00	2,00	1,00	0,00	20	1,9	3,0
5. Mein Aufgabengebiet ist klar abgegrenzt.	4,00	11,00	7,00	1,00	0,00	23	2,2	3,0
6. Es finden regelmäßige Besprechungen statt, in denen die Arbeit zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen (z.B. Pflege und Hauswirtschaft) aufeinander abgestimmt werden.	1,00	6,00	10,00	4,00	1,00	22	2,9	3,0
7. Die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen funktioniert reibungslos.	1,00	7,00	10,00	5,00	0,00	23	2,8	3,0
Einschätzung der Prozesse, Ziele und Aufgaben	4,29	10,29	5,29	1,71	0,29	22	2,2	2,7
Fortbildung								
1. Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.	5,00	7,00	2,00	5,00	3,00	22	2,7	4,0
2. Wenn ich Tätigkeiten in meinem Arbeitsbereich nicht optimal durchführen kann, werde ich darin geschult.	4,00	9,00	2,00	5,00	1,00	21	2,5	3,0
3. Ich lese regelmäßig Fachzeitschriften (z.B. Altenheim, Altenpflege).	9,00	2,00	8,00	3,00	0,00	22	2,2	4,0
4. Mein Vorgesetzter hilft mir durch gezielte Hinweise meine Arbeitsergebnisse zu verbessern.	5,00	9,00	7,00	0,00	1,00	22	2,2	3,0
5. Meine Arbeit wird in regelmäßigen Abständen von meinem Vorgesetzten beurteilt.	4,00	10,00	4,00	3,00	1,00	22	2,4	3,0
6. Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern werden ernst genommen und umgesetzt.	4,00	13,00	4,00	1,00	0,00	22	2,1	3,0
7. Neue Mitarbeiter werden umfangreich in ihre Tätigkeiten eingewiesen.	6,00	9,00	6,00	1,00	0,00	22	2,1	3,0
8. Unsere Einrichtung arbeitet ständig daran, seine Dienstleistung aktuellen Trends und Anforderungen anzupassen.	5,00	13,00	3,00	1,00	0,00	22	2,0	3,0
Einschätzung Fortbildung	5,25	9,00	4,50	2,38	0,75	22	2,3	3,3
Teamverhalten								
1. Das Klima unter den MitarbeiterInnen ist freundlich, die MitarbeiterInnen gehen offen und vertrauensvoll miteinander um.	5,00	11,00	7,00	0,00	0,00	23	2,1	3,0
2. Meine Arbeit wird von meinen Kollegen anerkannt.	6,00	11,00	4,00	1,00	0,00	22	2,0	3,0
3. Der Informationsaustausch funktioniert in meinem Arbeitsbereich reibungslos.	4,00	10,00	7,00	1,00	0,00	22	2,2	3,0
4. In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt.	4,00	10,00	5,00	3,00	0,00	22	2,3	3,0
5. Ich habe in der Einrichtung eine Vertrauensperson, mit der ich berufliche Erfahrungen austauschen kann.	3,00	11,00	3,00	4,00	1,00	22	2,5	3,0
Einschätzung Teamverhalten	4,40	10,60	5,20	1,80	0,20	22	2,2	3,0

Fragenkatalog	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft teils zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	N	Mittelwert	Vorstand und Heimleitung
Führungsverhalten								
1. Ich bin mit dem Führungsverhalten meines direkten Vorgesetzten zufrieden.	4,00	13,00	4,00	0,00	1,00	22	2,1	3,0
2. Meine Arbeit wird von meinem direkten Vorgesetzten anerkannt.	5,00	14,00	1,00	1,00	1,00	22	2,0	3,0
3. Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldungen zu der Qualität meiner Arbeitsleistung.	3,00	11,00	5,00	2,00	1,00	22	2,4	3,0
4. Mein direkter Vorgesetzter ist für mich ansprechbar, wenn ich berufliche Nachfragen oder Probleme habe.	13,00	5,00	3,00	0,00	1,00	22	1,7	3,0
5. In Arbeitsbesprechungen erhalte ich von meinem direkten Vorgesetzten alle für meine Arbeit notwendigen Informationen.	6,00	11,00	2,00	1,00	2,00	22	2,2	3,0
6. Mein direkter Vorgesetzter setzt sich für die Belange meines Teams ein.	7,00	9,00	4,00	0,00	2,00	22	2,1	3,0
7. Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein.	5,00	11,00	3,00	2,00	1,00	22	2,2	3,0
Einschätzung Führungsverhalten	6,14	10,57	3,14	0,86	1,29	22	2,1	3,0
Kundenzufriedenheit								
1. Ich bin über die Bedürfnisse der BewohnerInnen stets informiert.	9,00	9,00	5,00	0,00	0,00	23	1,8	3,0
2. Ich bin über die Bedürfnisse der Angehörigen stets informiert.	2,00	8,00	9,00	3,00	0,00	22	2,6	3,0
3. Ich frage unsere BewohnerInnen regelmäßig wie zufrieden sie mit unseren Leistungen sind.	8,00	11,00	3,00	0,00	1,00	23	1,9	2,0
4. Bewohnerbeschwerden und Bewohnerverbesserungsvorschläge nehme ich ernst	17,00	5,00	0,00	0,00	1,00	23	1,4	2,0
5. Ich glaube, dass die BewohnerInnen: gerne im Haus B sind.	10,00	11,00	2,00	0,00	0,00	23	1,7	2,0
mit der Speiserversorgung zufrieden sind.	8,00	11,00	4,00	0,00	0,00	23	1,8	2,0
mit der Reinigung der Einrichtung zufrieden sind.	6,00	13,00	3,00	1,00	0,00	23	2,0	2,0
mit der Reinigung der Bewohnerwäsche zufrieden sind.	8,00	11,00	2,00	1,00	0,00	22	1,8	2,0
mit der Reinigung der Einrichtungswäsche zufrieden sind.	8,00	13,00	0,00	1,00	0,00	22	1,7	2,0
mit der Pflegequalität zufrieden sind.	8,00	11,00	3,00	0,00	0,00	22	1,8	2,0
mit der psychosozialen Betreuung zufrieden sind.	4,00	13,00	5,00	0,00	0,00	22	2,0	2,0
6. Ich glaube, dass die BewohnerInnen das Haus B weiterempfehlen.	7,00	14,00	1,00	0,00	0,00	22	1,7	2,0
7. Ich glaube, dass die BewohnerInnen insgesamt mit dem Haus B zufrieden sind.	9,00	13,00	0,00	0,00	0,00	22	1,6	2,0
Einschätzung Kundenzufriedenheit	8,00	11,00	2,85	0,46	0,15	22	1,8	2,2
Unternehmensführung, Finanzen, Information								
1. Das Einrichtungsleitbild des Hauses B gibt mir konkrete Orientierung für meine Arbeit.	6,00	12,00	3,00	0,00	0,00	21	1,9	3,0
2. Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses B regelmäßig informiert.	2,00	8,00	9,00	3,00	0,00	22	2,6	4,0
3. Ich werde über gesetzliche Veränderungen, die für meinen Arbeitsbereich relevant sind, regelmäßig informiert.	3,00	11,00	5,00	1,00	1,00	21	2,3	4,0
4. Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre (z.B. Einführung neuer Dienstleistungen, Veränderungen in der Einrichtung) bekannt.	2,00	5,00	8,00	3,00	2,00	20	2,9	4,0
5. Ich werde über Veränderungen im Haus B rechtzeitig informiert (z.B. Personal, Organisation, Lieferanten).	2,00	6,00	8,00	3,00	1,00	20	2,8	3,0
6. Das Haus B wird häufig positiv in den Medien erwähnt.	6,00	10,00	4,00	0,00	1,00	21	2,0	2,0
Einschätzung Unternehmensführung, Finanzen, Information	3,50	8,67	6,17	1,67	0,83	21	2,4	3,3

Haus B
Mitarbeiterbefragung 2004
Häufigkeiten

	N		Mittelwert	Median	Standard- abweichung	Varianz
	Gültig	Fehlend				
1. Hilfsmittel: für die optimale Versorgung der BewohnerInnen	22	1	2,05	2,00	0,722	0,522
2. Hilfsmittel: für die optimale Erledigung der administrativen Aufgaben	21	2	2,19	2,00	0,814	0,662
3. Ich bin mit meinem Gehalt zufrieden.	23	0	2,22	2,00	0,850	0,723
4. Ich kann die von mir erwartete Arbeitsleistung in meiner Dienstzeit erbringen.	23	0	2,35	2,00	0,935	0,874
5. Meine persönliche Wünsche werden bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt.	23	0	1,91	2,00	0,848	0,719
6. Ich fühle mich der körperlichen Belastung gewachsen	23	0	1,87	2,00	0,869	0,755
7. Ich fühle mich der psychischen Belastung gewachsen	23	0	1,96	2,00	0,767	0,589
8. Ich arbeite gerne im Haus B.	23	0	1,43	1,00	0,507	0,257
9. Die Qualität unserer Pflege ist hoch.	22	1	1,68	2,00	0,568	0,323
10. Es ist sichergestellt, dass wir unsere Leistung zu jeder Zeit mit gleicher Qualität erbringen.	21	2	2,00	2,00	0,632	0,400
11. Ich fördere die Eigenständigkeit der BewohnerInnen.	22	1	2,09	2,00	1,019	1,039
12. Die Aufgabenerfüllung, die von mir erwartet wird, entspricht meiner Stellenbeschreibung.	20	3	1,90	2,00	0,788	0,621
13. Mein Aufgabengebiet ist klar abgegrenzt.	23	0	2,22	2,00	0,795	0,632
14. Es finden regelmäßige Besprechungen statt, in denen die Arbeit zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen (z.B. Pflege und Hauswirtschaft) aufeinander abgestimmt werden.	22	1	2,91	3,00	0,921	0,848
15. Die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen funktioniert reibungslos.	23	0	2,83	3,00	0,834	0,696
16. Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.	22	1	2,73	2,00	1,420	2,017
17. Wenn ich Tätigkeiten in meinem Arbeitsbereich nicht optimal durchführen kann, werde ich darin geschult.	21	2	2,52	2,00	1,209	1,462
18. Ich lese regelmäßig Fachzeitschriften (z.B. Altenheim, Altenpflege).	22	1	2,23	2,50	1,152	1,327
19. Mein Vorgesetzter hilft mir durch gezielte Hinweise meine Arbeitsergebnisse zu verbessern.	22	1	2,23	2,00	0,973	0,946
20. Meine Arbeit wird in regelmäßigen Abständen von meinem Vorgesetzten beurteilt.	22	1	2,41	2,00	1,098	1,206
21. Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern werden ernst genommen und umgesetzt.	22	1	2,09	2,00	0,750	0,563
22. Neue Mitarbeiter werden umfangreich in ihre Tätigkeiten eingewiesen.	22	1	2,09	2,00	0,868	0,753
23. Unsere Einrichtung arbeitet ständig daran, seine Dienstleistung aktuellen Trends und Anforderungen anzupassen.	22	1	2,00	2,00	0,756	0,571
24. Das Klima unter den MitarbeiterInnen ist freundlich, die MitarbeiterInnen gehen offen und vertrauensvoll miteinander um.	23	0	2,09	2,00	0,733	0,538
25. Meine Arbeit wird von meinen Kollegen anerkannt.	22	1	2,00	2,00	0,816	0,667
26. Der Informationsaustausch funktioniert in meinem Arbeitsbereich reibungslos.	22	1	2,23	2,00	0,813	0,660
27. In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt.	22	1	2,32	2,00	0,945	0,894
28. Ich habe in der Einrichtung eine Vertrauensperson, mit der ich berufliche Erfahrungen austauschen kann.	22	1	2,50	2,00	1,102	1,214
29. Ich bin mit dem Führungsverhalten meines direkten Vorgesetzten zufrieden.	22	1	2,14	2,00	0,889	0,790

	N		Mittelwert	Median	Standard- abweichung	Varianz
	Gültig	Fehlend				
30. Meine Arbeit wird von meinem direkten Vorgesetzten anerkannt.	22	1	2,05	2,00	0,950	0,903
31. Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldungen zu der Qualität meiner Arbeitsleistung.	22	1	2,41	2,00	1,008	1,015
32. Mein direkter Vorgesetzter ist für mich ansprechbar, wenn ich berufliche Nachfragen oder Probleme habe.	22	1	1,68	1,00	1,041	1,084
33. In Arbeitsbesprechungen erhalte ich von meinem direkten Vorgesetzten alle für meine Arbeit notwendigen Informationen.	22	1	2,18	2,00	1,181	1,394
34. Mein direkter Vorgesetzter setzt sich für die Belange meines Teams ein.	22	1	2,14	2,00	1,167	1,361
35. Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein.	22	1	2,23	2,00	1,066	1,136
36. Ich bin über die Bedürfnisse der BewohnerInnen stets informiert.	23	0	1,83	2,00	0,778	0,605
37. Ich bin über die Bedürfnisse der Angehörigen stets informiert.	22	1	2,59	3,00	0,854	0,729
38. Ich frage unsere BewohnerInnen regelmäßig wie zufrieden sie mit unseren Leistungen sind.	23	0	1,91	2,00	0,949	0,901
39. Bewohnerbeschwerden und Bewohnerverbesserungsvorschläge nehme ich ernst.	23	0	1,39	1,00	0,891	0,794
40. B. sind: gerne im Haus B.	23	0	1,65	2,00	0,647	0,419
41. B. sind: mit der Speisenversorgung zufrieden.	23	0	1,83	2,00	0,717	0,514
42. B. sind: mit der Reinigung der Einrichtung zufrieden.	23	0	1,96	2,00	0,767	0,589
43. B. sind: mit der Reinigung der Bewohnerwäsche zufrieden.	22	1	1,82	2,00	0,795	0,632
44. B. sind: mit der Reinigung der Einrichtungswäsche zufrieden.	22	1	1,73	2,00	0,703	0,494
45. B. sind: mit der Pflegequalität zufrieden.	22	1	1,77	2,00	0,685	0,470
46. B. sind: mit der psychosozialen Betreuung zufrieden.	22	1	2,05	2,00	0,653	0,426
47. Ich glaube, dass die BewohnerInnen das Haus B weiterempfehlen.	22	1	1,73	2,00	0,550	0,303
48. Ich glaube, dass die BewohnerInnen insgesamt mit dem Haus B zufrieden sind.	22	1	1,59	2,00	0,503	0,253
49. Das Einrichtungsleitbild des Hauses B gibt mir konkrete Orientierung für meine Arbeit.	21	2	1,86	2,00	0,655	0,429
50. Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses B regelmäßig informiert.	22	1	2,59	3,00	0,854	0,729
51. Ich werde über gesetzliche Veränderungen, die für meinen Arbeitsbereich relevant sind, regelmäßig informiert.	21	2	2,33	2,00	0,966	0,933
52. Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre (z.B. Einführung neuer Dienstleistungen, Veränderungen in der Einrichtung) bekannt.	20	3	2,90	3,00	1,119	1,253
53. Ich werde über Veränderungen im Haus B rechtzeitig informiert (z.B. Personal, Organisation, Lieferanten).	20	3	2,75	3,00	1,020	1,039
54. Das Haus B wird häufig positiv in den Medien erwähnt.	21	2	2,05	2,00	0,973	0,948

Spearman-Rho Mitarbeiterbefragung 2004 Haus B		
		8. Ich arbeite gerne im Haus B.
1. Hilfsmittel:für die optimale Versorgung der BewohnerInnen	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,329 0,135 22
2. Hilfsmittel:für die optimale Erledigung der administrativen Aufgaben	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,364 0,104 21
3. Ich bin mit meinem Gehalt zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,336 0,116 23
4. Ich kann die von mir erwartete Arbeitsleitung in meiner Dienstzeit erbringen.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,404 0,056 23
5. Meine persönliche Wünsche werden bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,262 0,227 23
6. Ich fühle mich der körperlichen Belastung gewachsen	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,431(*) 0,040 23
7. Ich fühle mich der psychischen Belastung gewachsen	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,392 0,065 23
8. Ich arbeite gerne im Haus B.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	1,000 23
9. Die Qualität unserer Pflege ist hoch.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,350 0,111 22
10. Es ist sichergestellt, dass wir unsere Leistung zu jeder Zeit mit gleicher Qualität erbringen.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,463(*) 0,034 21
11. Ich fördere die Eigenständigkeit der BewohnerInnen.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,055 0,810 22
12. Die Aufgabenerfüllung, die von mir erwartet wird, entspricht meiner Stellenbeschreibung.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,087 0,716 20
13. Mein Aufgabengebiet ist klar abgegrenzt.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,014 0,948 23
14. Es finden regelmäßige Besprechungen statt, in denen die Arbeit zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen (z.B. Pflege und Hauswirtschaft) aufeinander abgestimmt werden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,161 0,474 22
15. Die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen funktioniert reibungslos.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,289 0,181 23
16. Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,407 0,060 22
17. Wenn ich Tätigkeiten in meinem Arbeitsbereich nicht optimal durchführen kann, werde ich darin geschult.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,393 0,078 21

		8. Ich arbeite gerne im Haus B.
18. Ich lese regelmäßig Fachzeitschriften (z.B. Altenheim, Altenpflege).	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,061 0,786 22
19. Mein Vorgesetzter hilft mir durch gezielte Hinweise meine Arbeitsergebnisse zu verbessern.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,153 0,498 22
20. Meine Arbeit wird in regelmäßigen Abständen von meinem Vorgesetzten beurteilt.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,069 0,762 22
21. Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern werden ernst genommen und umgesetzt.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,333 0,130 22
22. Neue Mitarbeiter werden umfangreich in ihre Tätigkeiten eingewiesen.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,381 0,080 22
23. Unsere Einrichtung arbeitet ständig daran, seine Dienstleistung aktuellen Trends und Anforderungen anzupassen.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,326 0,139 22
24. Das Klima unter den MitarbeiterInnen ist freundlich, die MitarbeiterInnen gehen offen und vertrauensvoll miteinander um.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,372 0,080 23
25. Meine Arbeit wird von meinen Kollegen anerkannt.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,429(*) 0,046 22
26. Der Informationsaustausch funktioniert in meinem Arbeitsbereich reibungslos.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,370 0,090 22
27. In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,451(*) 0,035 22
28. Ich habe in der Einrichtung eine Vertrauensperson, mit der ich berufliche Erfahrungen austauschen kann.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,263 0,237 22
29. Ich bin mit dem Führungsverhalten meines direkten Vorgesetzten zufrieden.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,472(*) 0,027 22
30. Meine Arbeit wird von meinem direkten Vorgesetzten anerkannt.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,278 0,211 22
31. Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldungen zu der Qualität meiner Arbeitsleistung.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,233 0,298 22
32. Mein direkter Vorgesetzter ist für mich ansprechbar, wenn ich berufliche Nachfragen oder Probleme habe.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,342 0,119 22
33. In Arbeitsbesprechungen erhalte ich von meinem direkten Vorgesetzten alle für meine Arbeit notwendigen Informationen.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,187 0,405 22
34. Mein direkter Vorgesetzter setzt sich für die Belange meines Teams ein.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,274 0,217 22
35. Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,271 0,222 22
36. Ich bin über die Bedürfnisse der BewohnerInnen stets informiert.	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	0,198 0,364 23

		8. Ich arbeite gerne im Haus B.
37. Ich bin über die Bedürfnisse der Angehörigen stets informiert.	Korrelationskoeffizient	0,329
	Sig. (2-seitig)	0,134
	N	22
38. Ich frage unsere BewohnerInnen regelmäßig wie zufrieden sie mit unseren Leistungen sind.	Korrelationskoeffizient	0,345
	Sig. (2-seitig)	0,107
	N	23
39. Bewohnerbeschwerden und Bewohnerverbesserungsvorschläge nehme ich ernst	Korrelationskoeffizient	0,293
	Sig. (2-seitig)	0,174
	N	23
40. B. sind: gerne im Haus B	Korrelationskoeffizient	0,316
	Sig. (2-seitig)	0,142
	N	23
41. B. sind: mit der Speiserversorgung zufrieden	Korrelationskoeffizient	0,201
	Sig. (2-seitig)	0,357
	N	23
42. B. sind: mit der Reinigung der Einrichtung zufrieden	Korrelationskoeffizient	0,133
	Sig. (2-seitig)	0,545
	N	23
43. B. sind: mit der Reinigung der Bewohnerwäsche zufrieden	Korrelationskoeffizient	0,136
	Sig. (2-seitig)	0,546
	N	22
44. B. sind: mit der Reinigung der Einrichtungswäsche zufrieden	Korrelationskoeffizient	0,118
	Sig. (2-seitig)	0,601
	N	22
45. B. sind: mit der Pflegequalität zufrieden	Korrelationskoeffizient	0,016
	Sig. (2-seitig)	0,944
	N	22
46. B. sind: mit der psychosozialen Betreuung zufrieden	Korrelationskoeffizient	0,223
	Sig. (2-seitig)	0,318
	N	22
47. Ich glaube, dass die BewohnerInnen das Haus B weiterempfehlen.	Korrelationskoeffizient	0,233
	Sig. (2-seitig)	0,296
	N	22
48. Ich glaube, dass die BewohnerInnen insgesamt mit dem Haus B zufrieden sind.	Korrelationskoeffizient	0,128
	Sig. (2-seitig)	0,570
	N	22
49. Das Einrichtungsleitbild des Hauses B gibt mir konkrete Orientierung für meine Arbeit.	Korrelationskoeffizient	0,346
	Sig. (2-seitig)	0,125
	N	21
50. Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses B regelmäßig informiert.	Korrelationskoeffizient	0,421
	Sig. (2-seitig)	0,051
	N	22
51. Ich werde über gesetzliche Veränderungen, die für meinen Arbeitsbereich relevant sind, regelmäßig informiert.	Korrelationskoeffizient	0,395
	Sig. (2-seitig)	0,077
	N	21
52. Mir sind die Unternehmensziele für die nächsten Jahre (z.B. Einführung neuer Dienstleistungen, Veränderungen in der Einrichtung) bekannt.	Korrelationskoeffizient	0,073
	Sig. (2-seitig)	0,760
	N	20
53. Ich werde über Veränderungen im Haus B rechtzeitig informiert (z.B. Personal, Organisation, Lieferanten).	Korrelationskoeffizient	0,174
	Sig. (2-seitig)	0,463
	N	20
54. Das Haus B wird häufig positiv in den Medien erwähnt.	Korrelationskoeffizient	0,068
	Sig. (2-seitig)	0,768
	N	21

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Anlage VI: Statistische Auswertung Haus A und Haus B 2004 der ausgewählten Items der Balanced Scorecard

Fragebogen/Nr./Bezeichnung	Haus A			Haus B			Mann-Whitney-U/Bonferroni-Korrektur				S=Signifikant NS= Nicht signifikant		
	Mittelwert	Standardabweichung	Varianz	Mittelwert	Standardabweichung	Varianz	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		Exakte Signifikanz [Z*(1-seitig Sig.)]	Signifikanzwert Bonferroni-Korrektur
A 6 Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	1,9	0,833	0,693	1,4	0,632	0,400	127,500	247,500	-1,828	0,067	,094(e)	0,0125	NS
g 40 Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	2,1	0,970	0,942	1,8	0,775	0,600	168,000	288,000	-1,148	0,251		0,0125	NS
h 43 Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	2,6	1,217	1,481	2,3	1,352	1,829	183,500	319,500	-0,843	0,389		0,0125	NS
r 44 Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	3,0	5,825	33,929	1,6	0,764	0,614	187,000	358,000	-1,734	0,083		0,0125	NS
i 4 Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	1,7	1,437	2,066	1,5	0,688	0,473	71,500	176,500	-0,381	0,703	,767(e)	0,0125	NS
e 41 Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	3,6	1,499	2,248	3,5	1,541	2,374	197,000	387,000	-0,073	0,942	,957(e)	0,0125	NS
w 42 Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	2,1	0,889	0,790	2,2	0,631	0,398	173,500	404,500	-0,779	0,436	,486(e)	0,0125	NS
o 38 Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	2,0	1,317	1,734	2,2	1,032	1,064	150,000	360,000	-1,186	0,235	,270(e)	0,0125	NS
h 16 Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.	3,3	1,362	1,856	2,7	1,420	2,017	231,500	484,500	-1,535	0,125		0,0063	NS
n 27 In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt.	1,7	1,093	1,195	2,3	0,945	0,894	222,000	817,000	-2,737	0,006		0,0063	S
e 31 Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldung zu der Qualität meiner Arbeitsleistung.	2,4	1,055	1,114	2,4	1,008	1,015	357,000	918,000	-0,109	0,913		0,0063	NS
r 35 Mein direkter Vorgesetzter fördert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein.	2,3	1,120	1,254	2,2	1,066	1,136	338,500	591,500	-0,254	0,799		0,0063	NS
i 50 Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses regelmäßig informiert.	2,7	1,300	1,690	2,6	0,854	0,729	373,000	968,000	-0,017	0,986		0,0063	NS
t 52 Mir sind die Unternehmensziele (z.B. Einführung neuer Dienstleistungen, Veränderungen in der Einrichtung) bekannt.	3,2	1,302	1,695	2,9	1,119	1,253	290,500	500,500	-0,745	0,456		0,0063	NS
e 53 Ich werde über Veränderungen im Haus rechtzeitig informiert (z.B. Personal, Organisation, Lieferanten).	3,0	1,291	1,666	2,8	1,020	1,039	294,500	504,500	-0,839	0,401		0,0063	NS
r 54 Das Haus wird häufig positiv in den Medien erwähnt.	2,0	1,104	1,218	2,1	0,973	0,948	330,500	891,500	-0,300	0,764		0,0063	NS

Anlage VII: Konzept des Kommunikationstrainings im Haus A unter der Leitung von Frau Grieger-Langer vom 23. Mai 2005 – 25. Mai 2005

23. Mai 2005

Zeitraum	Thema
9.00 bis 10.30 Uhr	Theoretische Grundlagen der Transaktionsanalyse Ich-Zustände
10.30 bis 10.45 Uhr	Kaffeepause
10.45 bis 12.00 Uhr	Übertragung der theoretischen Grundlagen auf die Bewohner und die eigene Person
12.00 bis 12.45 Uhr	Mittagspause
12.45 bis 14.45 Uhr	Theoretische Grundlagen der Transaktionsanalyse Fragebogen zur Ermittlung der eigenen Energieverteilung auf die Ich-Zustände
14.45 bis 15.15 Uhr	Kaffeepause
15.15 bis 17.00 Uhr	Theoretische Grundlagen der Transaktionsanalyse Die vier Grundeinstellungen

24. Mai 2005

Zeitraum	Thema
9.00 bis 10.30 Uhr	Feedbackrunde zum ersten Tag und Vertiefung der theoretischen Kenntnisse zur Transaktionsanalyse
10.30 bis 10.45 Uhr	Kaffeepause
10.45 bis 12.00 Uhr	Theoretische Grundlagen der Transaktionsanalyse Drei Arten von Hunger Entwicklung einer Übersicht der Aufteilung der Bewohner auf die vier Grundeinstellungen
12.00 bis 12.45 Uhr	Mittagspause
12.45 bis 14.45 Uhr	Erfahrungsaustausch zu den Erscheinungsformen der drei Arten von Hunger im Umgang mit den Bewohnern Theoretische Grundlagen der Transaktionsanalyse Fragebogen zur Ermittlung der eigenen Energieverteilung auf die Ich-Zustände
14.45 bis 15.15 Uhr	Kaffeepause
15.15 bis 17.00 Uhr	Theoretische Grundlagen der Transaktionsanalyse Zuwendung

25. Mai 2005

Zeitraum	Thema
9.00 bis 10.30 Uhr	Feedbackrunde zum zweiten Tag und Vertiefung der theoretischen Kenntnisse zur Transaktionsanalyse
10.30 bis 10.45 Uhr	Kaffeepause
10.45 bis 12.00 Uhr	Entwicklung einer Übersicht der Aufteilung der Bewohner auf die vier Grundeinstellungen
12.00 bis 12.45 Uhr	Mittagspause
12.45 bis 14.45 Uhr	Entwicklung von zusätzlichen Betreuungsangeboten für die Bewohner
14.45 bis 15.15 Uhr	Kaffeepause
15.15 bis 17.00 Uhr	Fortsetzung der Arbeit an zusätzlichen Betreuungsangeboten Feedbackrunde

**Anlage VIII: Trainingskonzept zur Erarbeitung von Mitarbeiterfeedbackgesprächsbögen unter der Leitung von Frau Grieger-Langer im Haus A
vom 20. Juni 2005 – 21. Juni 2005**

20. Juni 2005

Zeitraum	Thema
9.00 bis 10.30 Uhr	Theoretische Grundlagen Mitarbeiterfeedbackgespräch
10.30 bis 10.45 Uhr	Kaffeepause
10.45 bis 12.00 Uhr	Theoretische Grundlagen Mitarbeiterfeedbackgespräch
12.00 bis 12.45 Uhr	Mittagspause
12.45 bis 14.45 Uhr	Entwicklung eines Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogens für das Haus A
14.45 bis 15.15 Uhr	Kaffeepause
15.15 bis 17.00 Uhr	Fortsetzung der Arbeit an dem Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogen

21. Juni 2005

Zeitraum	Thema
9.00 bis 10.30 Uhr	Feedbackrunde zum ersten Tag Übungen zum Einsatz des Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogen
10.30 bis 10.45 Uhr	Kaffeepause
10.45 bis 12.00 Uhr	Übungen zum Einsatz des Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogen
12.00 bis 12.45 Uhr	Mittagspause
12.45 bis 14.45 Uhr	Übungen zum Einsatz des Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogen
14.45 bis 15.15 Uhr	Kaffeepause
15.15 bis 17.00 Uhr	Übungen zum Einsatz des Mitarbeiterfeedbackgesprächsbogen Feedbackrunde

Anlage IX: Haus A Entwicklung der Mitarbeiterfeedbackgesprächsbögen

Haus A

MITARBEITERFEEDBACK GESPRÄCH ZUR STANDORTBESTIMMUNG

I. ALLGEMEINE ANGABEN

MitarbeiterIn

Name, Vorname _____
 Funktion _____
 Abteilung _____
 Eintritt in das Unternehmen _____

Anlass des Gespräches

Jahresgespräch
 Probezeitende
 Wunsch des Mitarbeiters
 Außerordentliche Leistungsveränderung
 Austritt (Arbeitszeugnis)
 Sonstiger Anlass

Vorgesetzte/r

Name, Vorname _____
 Funktion _____

Einschätzungszeitraum

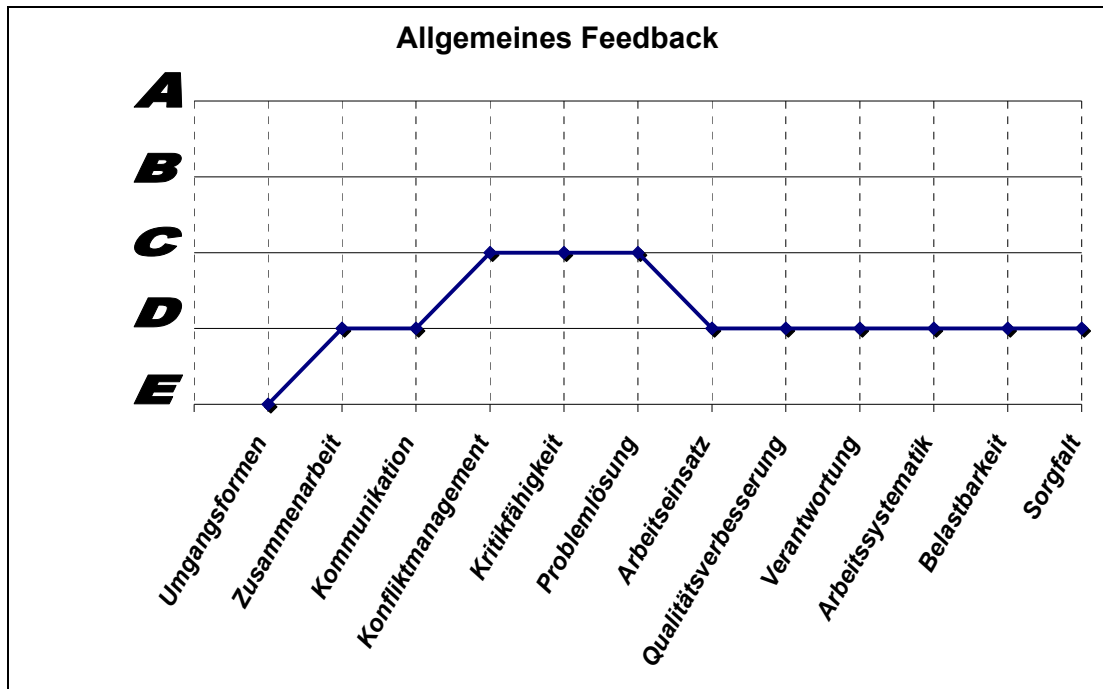
Von: _____
 Bis: _____

Datum des letzten Feedbackgespräches

II. ALLGEMEINES FEEDBACK

Kriterien	A Anforderungen sehr gut erfüllt	B Anforderungen gut erfüllt	C Anforderungen voll erfüllt	D Anforderungen teilweise erfüllt	E Anforderungen nicht erfüllt
1. Umgangsformen	Natürliche Offenheit, stellt eigene Befindlichkeiten zurück. Beispielhafte Umgangsformen.	Das Verhalten ist geprägt von Offenheit, wahrt professionelle Distanz.	Anforderungsgerecht, wahrt Disziplin und Form.	Situations- und personenabhängig, ist abhängig von Gefühlen (launisch), teilweise distanzlos.	Unfreundlich, übergriffig, frech, ohne Wertschätzung und selbstgerecht.
2. Zusammenarbeit	Fördert aktiv die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen Kollegen und Berufsgruppen.	Aufgeschlossen, hilfsbereit, fördert die kollegiale und interdisziplinäre Zusammenarbeit.	Kann sich im Team einordnen, ist umgänglich und zur kollegialen und interdisziplinären Kooperation bereit.	Bemüht sich wenig um Kooperation, eine Zusammenarbeit gestaltet sich schwierig.	Fügt sich nicht ins Team ein, grenzt sich aus, hält andere von der Arbeit ab, Berufsgruppeneinzelkämpfer.
3. Kommunikation	Hat mit der Kommunikationskompetenz außergewöhnlichen Erfolg; schafft gegenseitige Vertrauensatmosphäre; fördert Informationsaustausch; hat Meinungsbildnerfunktion.	Die Kommunikationskompetenz ist überdurchschnittlich ausgeprägt; arbeitet harmonisch mit anderen zusammen; geht stark auf andere zu.	Die Kommunikationskompetenz ist ausgeprägt; arbeitet aktiv im Team; kommt gut mit anderen aus.	Die Kommunikationskompetenz ist vorhanden; hat manchmal Schwierigkeiten mit anderen zusammenzuarbeiten.	Die Kommunikationskompetenz ist ausbaufähig; kann oft nicht mit anderen zusammenarbeiten; wenig Verständnis für andere.
4. Konfliktmanagement	Regelt konfliktreiche Situationen durch diplomatisches Geschick; schafft einen allseits akzeptierten Interessenausgleich.	Wirkt ausgleichend in angespannten Situationen; kommt auch mit schwierigen Menschen zurecht.	Versucht, Konflikte zu regeln; kommt meistens auch mit schwierigen Personen und Situationen zurecht.	Verhält sich in Konfliktsituationen nicht immer ausgleichend.	Weicht Konflikten aus und unternimmt keine Versuche zur Regelung.

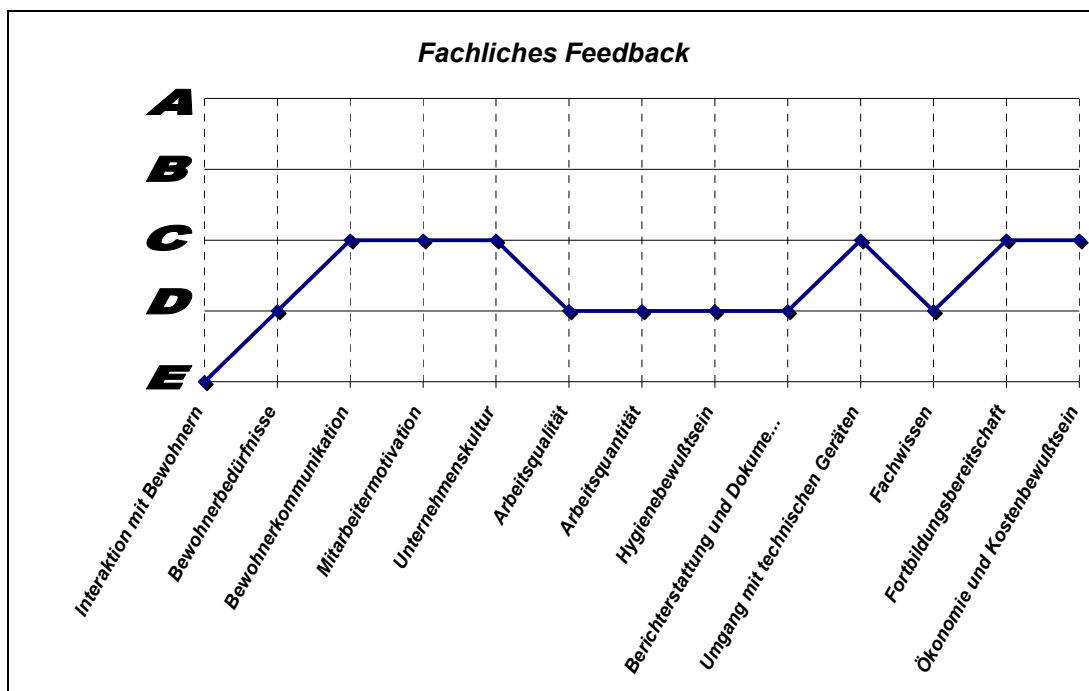
Kriterien	A Anforderungen sehr gut erfüllt	B Anforderungen gut erfüllt	C Anforderungen voll erfüllt	D Anforderungen teilweise erfüllt	E Anforderungen nicht erfüllt
5. Kritikfähigkeit	Fordert Kritik ein und setzt diese konstruktiv um. Kann eigene Kritik sachlich formulieren und empathisch vortragen.	Setzt sich mit Kritik auseinander, zeigt Einsicht und Verhaltensänderung.	Nimmt Kritik an und nutzt diese als Orientierungshilfe zur persönlichen Weiterentwicklung.	Kann sachliche Kritik akzeptieren, reagiert zuweilen empfindlich.	Verhält sich bei Kritik uneinsichtig, gibt Rechtfertigungen und Gegenvorwürfe.
6. Problemlösung	Geht ein Problem grundsätzlich vom Ziel her an und generiert äußert erfolgreiche Lösungen.	Geht ein Problem strukturiert und zielorientiert an und erzielt gute Lösungen.	Geht ein Problem strukturiert an und erzielt im allgemeinen akzeptierte Lösungen.	Geht ein Problem nur selten strukturiert an, erzielt aber auf anderem Weg Lösungen.	Geht ein Problem unstrukturiert an.
7. Arbeitseinsatz	Große Weiterentwicklungsbereitschaft. Überragender Arbeitseinsatz. Zeichnet sich stets durch außerordentliche Ausdauer und Flexibilität aus. Vielfältige Einsatzmöglichkeiten.	Ausgesprochen einsatzbereit und einsatzfähig, besitzt einen hohen Grad an Eigeninitiative. Ergreift selbständig Massnahmen. Zeigt große Ausdauer.	Entwickelt durchschnittliche Initiative, ist mit Anleitung anderweitig einsetzbar.	Ist normalen Arbeitsanforderungen nicht immer gewachsen. Ist ohne wesentlichen Arbeitsantrieb, bedarf der Unterstützung. Muss auf vorhandene Strukturen hingewiesen werden. Kaum weitere Einsatzmöglichkeiten.	Desinteressiert, unflexibel, arbeitet selbst auf Anweisung widerwillig. Ständige Kontrollen sind erforderlich. Keine Einsatzmöglichkeiten erkennbar.
8. Qualitätsverbesserung	Ist Neuerungen gegenüber äußert positiv aufgeschlossen; prüft deren Nutzen für eine ständige Verbesserung und bringt überdurchschnittlich häufig eigene Ideen zur Qualitätsverbesserung ein.	Ist Neuerungen gegenüber positiv aufgeschlossen und prüft deren Nutzen für eine ständige Verbesserung; bringt häufig eigene Ideen zur Qualitätsverbesserung ein.	Steht Neuerungen neutral gegenüber und prüft bei Bedarf deren Nutzen für eine ständige Verbesserung; bringt eigene Ideen zur Qualitätsverbesserung ein.	Sieht Neuerungen manchmal negativ, ohne deren Nutzen für eine ständige Verbesserung zu prüfen; bringt selten eigene Ideen zur Qualitätsverbesserung ein.	Steht Neuerungen grundsätzlich kritisch gegenüber; bringt keine eigenen Ideen zur Qualitätsverbesserung ein.
9. Verantwortung	Ausgeprägtes Pflichtbewusstsein, übernimmt auch bei schwierigen Aufgabenstellungen Verantwortung. Steht auch für nichterkennbare Fehler.	Fehlerquote niedrig. Fehler werden selbst erkannt und zeitnah bearbeitet. Handelt verantwortungsbewusst, hält stets Betriebsvorschriften, Termine und Absprachen ein.	Nachweisbare Fehler werden erkannt und ist sich meistens den Folgen des eigenen Handelns bewusst. Hält Betriebsvorschriften ein. Termine und Absprachen werden wahrgenommen.	Fehler werden bagatellisiert, wird sich den Folgen seines Handelns nicht zeitnah bewusst. Teilweise Missachtung und Nichteinhaltung von Betriebsvorschriften. Hält Termine und Absprachen oft nicht ein.	Fehler werden verschwiegen, sieht die Folgen des Handelns nicht. Nichteinhaltung von Betriebsvorschriften, Absprachen und Termine werden nicht eingehalten.
10. Arbeitssystematik	Besitzt hervorragendes Organisationstalent, plant weit und klar voraus. Findet unter Verwendung neuer Methoden optimale Lösungen und arbeitet rational. Unter optimaler Ausnutzung eigener Ressourcen.	Gute Organisationsfähigkeit, findet stets richtige Lösungen und führt Arbeit umsichtig und zweckmäßig aus. Übersieht nichts wesentliches.	Zweckmäßige Organisationsfähigkeit findet brauchbare Lösungen. Führt Arbeit zweckmäßig durch.	Unbrauchbare Lösungen, führt Arbeit unzuverlässig durch. Mangelnde Organisationsfähigkeit.	Planungsunfähigkeit, Nichtvorhandensein von Organisation und Effizienz.
11. Belastbarkeit	Zeichnet sich stets durch außerordentliche Belastbarkeit aus. Behält selbst in schwierigen Situationen die persönliche Sicherheit und Ausgeglichenheit.	Ist auch in Ausnahmesituationen belastungsfähig ohne Wichtiges zu übersehen und ohne Unruhe zu verbreiten.	Ist grundsätzlich belastungsfähig, bewältigt Schwierigkeiten ohne erkennbaren Stress.	Ist in Belastungssituationen unsicher und wird mit Schwierigkeiten nur schwer fertig.	Ist Belastungssituationen nicht gewachsen, wird mit Widrigkeiten allein nicht fertig.
12. Sorgfalt	Arbeitet außergewöhnlich sorgfältig, stets gewissenhaft. Rationelles verwenden von Arbeitsgerät und -mittel. Umweltbewusstes Denken.	Arbeitet sehr sorgfältig, erkennt Fehler und Mängel und beachtet Regeln und Richtlinien.	Arbeit sorgfältig, kennt und beachtet Regeln und Richtlinien.	Hat wenig Verständnis für Sorgfalt, Regeln und Richtlinien.	Völlige Missachtung von Sorgfalt, Regeln und Richtlinien.



III. FACHLICHES FEEDBACK

Kriterien	A Anforderungen sehr gut erfüllt	B Anforderungen gut erfüllt	C Anforderungen voll erfüllt	D Anforderungen teilweise erfüllt	E Anforderungen nicht erfüllt
1. Interaktion mit Bewohnern	Der Umgang mit Bewohnern ist vorbildlich und stets von deutlicher Zuwendung geprägt.	Der Umgang mit Bewohnern ist gut und von deutlicher Zuwendung geprägt.	Der Umgang mit Bewohnern ist zufrieden stellend und von positiver Zuwendung geprägt.	Der Umgang mit Bewohnern ist teilweise nicht zufrieden stellend; positive Zuwendung ist nicht immer erkennbar.	Der Umgang mit Bewohnern ist nicht zufrieden stellend; Zuwendung ist nur in Ansätzen erkennbar, teils sogar negativ.
2. Bewohnerbedürfnisse	Sehr hohe Bereitschaft auf Bewohnerbedürfnisse einzugehen.	Hohe Bereitschaft auf Bewohnerbedürfnisse einzugehen.	Zufriedenstellende Bereitschaft auf Bewohnerbedürfnisse einzugehen.	Die Bereitschaft auf Bewohnerbedürfnisse einzugehen ist nicht immer erkennbar.	Die Bereitschaft auf Bewohnerbedürfnisse einzugehen ist nur in Ansätzen erkennbar.
3. Bewohnerkommunikation	Trägt zur Förderung der Bewohnerkommunikation stets aktiv bei.	Trägt zur Förderung der Bewohnerkommunikation aktiv bei.	Trägt zur Förderung der Bewohnerkommunikation bei.	Trägt zur Förderung der Bewohnerkommunikation nur teilweise bei.	Trägt zur Förderung der Bewohnerkommunikation nur in Ansätzen bei.
4. Mitarbeitermotivation	Motiviert und lobt Mitarbeiter immer; bringt Kritik zum passenden Zeitpunkt auf taktvolle Weise an.	Motiviert und lobt Mitarbeiter häufig; bringt Kritik zum passenden Zeitpunkt auf taktvolle Weise an.	Äußert Lob und Kritik angemessen und in klarer und verständlicher Weise.	Setzt Lob und Kritik entweder zu häufig oder zu selten ein.	Setzt Lob und Kritik nicht ein.
5. Unternehmenskultur	Ist aktiv an der Schaffung einer positiven Unternehmenskultur beteiligt.	Trägt aktiv mit seinem Verhalten zu einer positiven Unternehmenskultur bei.	Nimmt die Unternehmenskultur passiv hin.	Die Beiträge zur Unternehmenskultur sind nicht immer positiv ausgerichtet.	Die Beiträge zur Unternehmenskultur sind nur wenig positiv ausgerichtet.

Kriterien	A Anforderungen sehr gut erfüllt	B Anforderungen gut erfüllt	C Anforderungen voll erfüllt	D Anforderungen teilweise erfüllt	E Anforderungen nicht erfüllt
6. Arbeitsqualität	Arbeitet überdurchschnittlich gründlich; Arbeiten sind sehr gut.	Arbeitet sehr gründlich; Arbeiten sind gut.	Arbeitet gründlich; Arbeiten sind zufrieden stellend.	Arbeitet überwiegend gründlich; Arbeiten sind hin und wieder fehlerhaft.	Arbeitet häufig nicht mit der erforderlichen Sorgfalt und Gründlichkeit; Arbeiten sind oft fehlerhaft.
7. Arbeitsquantität	Erheblich über dem Durchschnitt liegendes Arbeitspensum.	Gleichmäßig hohes Arbeitspensum.	Zufriedenstellendes Arbeitspensum.	Ist trotz Bemühungen teilweise nicht in der Lage das Arbeitsaufkommen zu bewältigen.	Unzureichendes Arbeitspensum.
8. Hygienebewußtsein	Vorbildliche Einhaltung und Umsetzung der Richtlinien.	Sach- und fachgerechte Durchführung.	Richtlinien werden beachtet.	Richtlinien werden nicht konsequent beachtet.	Bewohner- und Eigengefährdung.
9. Berichterstattung und Dokumentation	Vorbildliche fachinhaltliche Berichterstattung und Dokumentation.	Berichterstattung und Dokumentation erfolgen sicher und inhaltlich korrekt.	Gibt Informationen ihrer Bedeutung entsprechend weiter, Dokumentation wird durchgeführt.	Unvollständige oder ausschweifende Berichterstattung und Dokumentation.	Keine Dokumentation, keine Informationsweitergabe.
10. Umgang mit technischen Geräten	Vorschriftsmäßige und sichere Bedienung, kann Kollegen in die Geräte einweisen.	Sach- und fachgerechter Umgang.	Zweckmäßiger Umgang; Bedienungsrichtlinien sind bekannt.	Unsicherer Umgang.	Gefährdet Bewohner und/oder Gerät.
11. Fachwissen	Besitzt umfassendes Fachwissen, Einzelheiten und Randgebiete werden beherrscht. Setzt theoretisches Wissen sicher und planvoll in die Praxis um, kann Kollegen anleiten und eigene Bezüge herstellen.	Verfügt über gute und umfangreiche Fachkenntnisse. Kann Fachwissen selbständig praktisch umsetzen und Kollegen darin unterstützen.	Verfügt über angemessene Fachkenntnisse. Kann Fachwissen nur teilweise selbständig umsetzen.	Vorhandene Fachkenntnisse reichen nicht immer aus, um die pflegerischen Anforderungen zu erfüllen. Unvollständige Umsetzung.	Die fachlichen Kenntnisse sind unzureichend, es bestehen große Lücken. Kann neu erworbenes Fachwissen nicht in die Praxis umsetzen.
12. Fortbildungsbereitschaft	Von sich aus, ohne Abhängigkeit zu Dienstbefreiung und/oder Kostenübernahme.	Von sich aus, in Abhängigkeit zu Dienstbefreiung und/oder Kostenübernahme.	Nur auf Wunsch des Arbeitgebers, ohne Abhängigkeit zu Dienstbefreiung und/oder Kostenübernahme.	Nur auf Wunsch des Arbeitgebers, in Abhängigkeit zu Dienstbefreiung und/oder Kostenübernahme.	Keine Bereitschaft, selbst bei Aufforderung des Arbeitgebers.
13. Ökonomie und Kostenbewußtsein	Ist außerordentlich kostenbewußt.	Zeigt in hohem Maße Kostenbewußtsein.	Zeigt stets Kostenbewußtsein.	Zeigt häufig Kostenbewußtsein.	Lässt oft die Kosten im eigenen Handeln unberücksichtigt.



IV. ZIELVEREINBARUNGEN

Rang Priorität	Aufgabe Welche Ziele sollen erreicht werden?	Erwartetes Ergebnis Woran ist konkret zu erkennen, dass das Ziel erreicht wurde?	Zeitraum bis wann?
1.
2.

V. FÖRDERMASSNAHMEN AUSSERHALB DES HAUSES

- Zusätzliche schulische Weiterbildung Interne Veröffentlichungen, Dokumente
- Seminare, Kurse, Tagungen usw. Fachbücher, Fachzeitschriften
- Praxis in anderen Abteilungen Sonstiges
- Supervision, Mediation, Coaching

VI. FÖRDERMASSNAHMEN INNERHALB DES HAUSES

	Geplante Fördermaßnahme	Erwartetes Ergebnis
1.
2.

VII. STELLUNGNAHME DES MITARBEITERS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Anlage X: Statistische Auswertung 2005 der ausgewählten Items der Balanced Scorecard

Fragebogen/Nr./Bezeichnung	Haus A			Haus B			Mann-Whitney-U/Bonferroni-Korrektur				S=Signifikant; NS= Nicht signifikant		
	Mittelwert	Standardabweichung	Varianz	Mittelwert	Standardabweichung	Varianz	Mann-Whitney-U	Wilcoxon-W	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	Signifikanzwert Bonferroni-Korrektur
A													
6 Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	1,7	0,637	0,406	1,9	0,783	0,629	119.000	419.000	-0,919	0,358	,416(a)	0,0125	NS
40 Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	2,1	0,974	0,949	2,5	1,549	2,400	171.500	471.500	-0,569	0,556	,576(a)	0,0125	NS
43 Mein Angehöriger hat gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	3,1	0,899	0,807	2,8	1,168	1,364	114.500	180.500	-0,262	0,794	,807(a)	0,0125	NS
44 Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	2,2	0,694	0,482	1,7	0,704	0,495	128.500	248.500	-1,952	0,051	,072(a)	0,0125	NS
B													
4 Meine Beschwerden und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und bearbeitet.	1,7	0,478	0,228	1,9	0,555	0,308	106.500	296.500	-0,807	0,420	,520(a)	0,0125	NS
41 Ich habe gute Bekannte in der Einrichtung gefunden.	2,6	1,221	1,491	3,1	0,911	0,830	139.000	392.000	-1,917	0,055		0,0125	NS
42 Das Klima unter den Bewohnern ist freundlich.	1,7	0,550	0,303	2,4	0,597	0,357	106.500	359.500	-3,168	0,001		0,0125	S
38 Ich bin mit den beschäftigungstherapeutischen Angeboten zufrieden.	2,0	1,024	1,048	2,5	1,200	1,441	147.500	400.500	-1,438	0,151	,172(a)	0,0125	NS
C													
16 Es gibt eine Fortbildungsplanung für mich.	2,5	1,419	2,015	2,5	1,613	2,603	107.500	198.500	-0,130	0,896	,902(a)	0,0071	NS
27 In meinem Arbeitsbereich finden regelmäßig Teambesprechungen statt.	2,1	0,875	0,766	1,3	0,469	0,220	64.000	169.000	-2,723	0,006	,011(a)	0,0071	S
31 Mein direkter Vorgesetzter gibt mir regelmäßig Rückmeldung zu der Qualität meiner Arbeitsleistung.	2,1	0,911	0,830	2,9	1,207	1,456	81.500	271.500	-1,958	0,050	,060(a)	0,0071	NS
35 Mein direkter Vorgesetzter fordert von mir Verbesserungsvorschläge aktiv ein.	2,1	0,928	0,860	2,0	0,913	0,833	103.000	194.000	-0,340	0,734	,773(a)	0,0071	NS
50 Ich werde über die wirtschaftliche Situation des Hauses regelmäßig informiert.	1,8	0,924	0,853	2,3	1,204	1,451	100.000	271.000	-1,039	0,299	,338(a)	0,0071	NS
M													
52 Mir sind die Unternehmensziele (z.B. Einführung neuer Dienstleistungen, Veränderungen in der Einrichtung) bekannt.	2,2	1,309	1,712	3,1	1,165	1,356	63.500	234.500	-1,942	0,052	,059(a)	0,0071	NS
53 Ich werde über Veränderungen im Haus rechtzeitig informiert (z.B. Personal, Organisation, Lieferanten).	2,4	1,243	1,546	2,8	0,937	0,879	76.000	247.000	-1,408	0,159	,185(a)	0,0071	NS
54 Das Haus wird häufig positiv in den Medien erwähnt.	1,4	0,616	0,379	2,1	0,738	0,544	46.500	217.500	-2,279	0,023	,035(a)	0,0071	NS

Literaturverzeichnis

Monographien/Sammelwerke

Abraham, I. et al. (2001). Pflegestandards für die Versorgung alter Menschen. Bern. Huber.

Ahlert, D./Kenning, P./Petermann, F. (2001). Die Bedeutung von Vertrauen für die Interaktionsbeziehung zwischen Dienstleistungsanbietern und -nachfragern. In: Bruhn, M./Stauss, B. (Hrsg.) Dienstleistungsmanagement Jahrbuch 2001. Wiesbaden. Gabler. S. 281 - 298.

Anscheid, H. J. (2003). Von der Struktur- zur Ergebnisqualität. Das EFQM-Modell als Kompass in der Altenhilfe: Ein Praxisbericht. In: Blonski, H./Stausberg, M. (Hrsg.). Prozessmanagement in Pflegeorganisationen, Grundlagen – Erfahrungen – Perspektiven. Hannover. Schlütersche. S. 51 - 66.

Ansoff, I./McDonnell, E.J. (1990). Implanting Strategic Management. New York et al. Prentice Hall.

Argyle, M. (2002). Körpersprache/Kommunikation. Paderborn. Junfermann.

Armborst, C. et al. (2003). Bundessozialhilfegesetz. Lehr- und Praxiskommentar (LPK-BSHG). Baden-Baden. Nomos.

Backes, G. M./Clemens, W. (1998). Lebensphase Alter – Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim. Juventa.

Badelt, C. (2002, Hrsg.). Handbuch der Nonprofit Organisation. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.

Badura, B. (2004). Mathematische und soziologische Theorie der Kommunikation. In: Burkart, R./Hömberg, W. (Hrsg.). Kommunikationstheorien. Wien. Braumüller.

Baltes, P. B./Baltes, M. M. (1989). Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In: Baltes, M.M./Kohli, M./Sames, K. (Hrsg.). Erfolgreiches Altern. Bern. Huber. S. 5 - 10.

Baltes, P.B./Mittelstraß, J. (1992, Hrsg.). Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin. De Gruyter.

Bamberg, G./Baur, F. (1996). Statistik. München, Wien. R. Oldenbourg Verlag.

- Bartsch, H.-J.** (2001). Mathematische Formeln. München, Wien. Fachbuchverlag Leipzig im Carl Hanser Verlag.
- Bäuerle, T./Schubert, H.J.** (2003). Das EFQM-Modell für Excellence. In: Schubert, H.J. (Hrsg.). Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Handlungsfelder – Methoden – Lösungen. Neuwied, Köln, München. Luchterhand.
- Becker, F. G./Günther, S.** (2001). Personalentwicklung als Führungsaufgabe in Dienstleistungsunternehmen. In: Bruhn, M./Meffert, H. (Hrsg.). Handbuch Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden. Gabler. S. 751-780.
- Bengtson, V. L./Schütze, Y.** (1992). Altern und Generationenbeziehungen: Aussichten für das kommende Jahrhundert. In: Baltes, P. B./Mittelstraß, J. (Hrsg.). Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin. De Gruyter. S. 492 - 517.
- Benkenstein, M.** (1997). Strategisches Marketing. Stuttgart, Berlin, Köln. Kohlhammer.
- Benölken, H./Greipel, P.** (1990). Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden. Gabler.
- Berekoven, L.** (1974). Der Dienstleistungsbetrieb. Wesen – Struktur – Bedeutung. Wiesbaden. Gabler.
- Berekoven, L.** (1983). Der Dienstleistungsmarkt der BRD, Bd. 1 und 2. Wiesbaden. Gabler.
- Berekoven, L./Eckert, W./Ellenrieder, P.** (2004). Marktforschung. Wiesbaden. Gabler.
- Berne, E.** (1983). Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben? Frankfurt. Fischer.
- Berne, E.** (2004). Spiele der Erwachsenen. Reinbek. Rowohlt.
- Berne, E.** (2005). Transaktionsanalyse der Intuition. Paderborn. Junfermann.
- Beyer, R./Horneber, M.** (2002). Einführung der Balanced Scorecard in einer großen diakonischen Wohlfahrtseinrichtung. In: Scherer, A. G./Alt, J. M. (Hrsg.). Balanced Scorecard in Verwaltung und Non-Profit-Organisationen. Stuttgart. Schäffer-Poeschel. S. 191 - 210.

- Bieback, K.-J.** (2004). Qualitätssicherung der Pflege im Sozialrecht. Rechtliche Möglichkeiten einer Institutionalisierung der Qualitätssicherung. Heidelberg. Müller.
- Bleymüller, J./Gehlert, G./Gülicher, H.** (2004). Statistik für Wirtschaftswissenschaftler. München. Vahlen.
- Blonski, H.** (1997, Hrsg.). Wohnformen im Alter. Weinheim. Beltz.
- Blonski, H.** (2003). >Von Burgen zu Flüssen< Prozessmanagement in Dienstleistungsorganisationen für Seniorinnen. In: Blonski, H./Stausberg, M. (Hrsg.). Prozessmanagement in Pflegeorganisationen, Grundlagen – Erfahrungen – Perspektiven. Hannover. Schlütersche. S. 11 - 33.
- Blumer, H.** (2004). Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In: Burkart, R./Hömborg, W.(Hrsg.). Wien. Braumüller. S. 24 - 41.
- Böhler, H.** (1972). Marktforschung. Stuttgart. Kohlhammer.
- Bortz, J.** (2005). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg. Springer Medizin Verlag.
- Bortz, J./Döring, N.** (2002). Forschungsmethoden und Evaluation. Heidelberg. Springer Medizin Verlag.
- Brandenburg, H.** (2004, Hrsg.). Altern in der modernen Gesellschaft. Hannover. Schlütersche.
- Breisig, T.** (2005). Personalbeurteilung. Frankfurt. Bund-Verlag.
- Bruhn, M.** (1995). Integrierte Unternehmenskommunikation. Wiesbaden. Gabler.
- Bruhn, M.** (2000a). Qualitätssicherung im Dienstleistungsmarketing . Eine Einführung in die theoretischen und praktischen Probleme. In: Bruhn, M./Strauss, B. (Hrsg.). Dienstleistungsqualität. Grundlagen, Konzepte, Methoden, Wiesbaden. Gabler. S. 21 - 48.
- Bruhn, M.** (2000b). Sicherstellung der Dienstleistungsqualität durch integrierte Kommunikation. In: Bruhn, M./Stauss,B.(Hrsg.) Dienstleistungsqualität. Wiesbaden. Gabler. S. 405 - 431.
- Bruhn, M.** (2001a). Kommunikationspolitik von Dienstleistungsunternehmen. In: Bruhn, M./Meffert, H. (Hrsg.). Handbuch Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden. Gabler. S. 573 - 605.

- Bruhn, M.** (2001b). Notwendigkeit eines Internen Marketings für Dienstleistungsunternehmen. In: Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden. Gabler. S. 705 - 731.
- Bruhn, M.** (2004). Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, Grundlagen – Konzepte – Methoden. Berlin. Heidelberg. Springer.
- Bruhn, M./Meffert, H.** (2001). Dienstleistungsmanagement als unternehmerische Herausforderung. Eine Einführung in das Handbuch. In: Bruhn, M./Meffert, H. (Hrsg.). Handbuch Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden. Gabler.
- Bühl, A./Zöfel, P.** (2005). SPSS 12. München. Pearson Studium.
- Bühner, R.** (2001). Mitarbeiterführung im Dienstleistungsunternehmen. In: Bruhn, M./Meffert, H. (Hrsg.). Handbuch Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden. Gabler. S. 733-750.
- Bungard, W./Holling, H./Schultz-Gambard J.** (1996). Methoden der Arbeits- und Organisationspsychologie. Weinheim. Psychologie Verlags Union.
- Burkart, R./Hömborg, W.** (2004, Hrsg.). Kommunikationstheorien. Wien. Braumüller.
- Burkart, R./Lang, A.** (2004). Die Theorie des kommunikativen Handelns von Jürgen Habermas – Eine kommentierte Textcollage. In: Burkart, R./Hömborg, W.(Hrsg.). Wien. Braumüller.S. 42 - 71.
- Busch, H.- J.** (1984). Sozialisation. In: Kerber, H./Schmieder, A. (Hrsg.). Handbuch Soziologie. Reinbek. Rowohlt. S. 528 - 534.
- Caritas Verband für die Diözese Münster e.V.** (1996, Hrsg.). Wir schaffen Raum. Rahmenkonzeption für Unternehmen der stationären Altenhilfe in der Diözese Münster, 2. Auflage. Gelsenkirchen Rehrmann.
- Comelli, G./Von Rosenstiel, L.** (1995). Führung durch Motivation. München. Beck.
- Comelli, G./von Rosenstiel, L.** (2001). Führung durch Motivation. München. Vahlen.
- Conrad, H.J.** (2001). Balanced Scorecard als modernes Managementinstrument im Krankenhaus. Kulmbach. Baumann.

- Corsten, H.** (1985). Die Produktion von Dienstleistungen. Grundzüge einer Produktionswirtschaftslehre des tertiären Sektors. Berlin. Schmidt.
- Corsten, H.** (2001). Dienstleistungsmanagement. Einführung. München.
- Cramer, Doris** (1998). Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung. München. Beck.
- Cumming, E./Henry, W. E.** (1961). Growing old – the process of disengagement. New York.
- Damkowski, W./Precht, C.** (1995). Public Management. Stuttgart, Berlin, Köln. Kohlhammer.
- Demuth, A.** (1994). Erfolgsfaktor Image. Düsseldorf et al. Econ.
- Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V.** (1993). Begriffe zum Qualitätsmanagement. DGQ-Schrift, Nr. 11, 04. Berlin. Beuth.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege** (2004). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück. Fachhochschule Osnabrück. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerkes für Qualitätssicherung in der Pflege.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege** (2006a). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück. Fachhochschule Osnabrück. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerkes für Qualitätssicherung in der Pflege.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege** (2006b). Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück. Fachhochschule Osnabrück. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerkes für Qualitätssicherung in der Pflege.
- DIN Deutsches Institut für Normung e.V.** (2000a). DIN EN ISO 9000:2000-12. Qualitätsmanagementsysteme. Grundlagen und Begriffe.
- DIN Deutsches Institut für Normung e.V.** (2000b). DIN EN ISO 9001:2000-12. Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen.
- DIN Deutsches Institut für Normung e.V.** (2000c). DIN EN ISO 9004:2000-12. Qualitätsmanagementsysteme – Leitfaden zur Leistungsverbesserung.

- Domizlaff, H.** (1992). Die Gewinnung des öffentlichen Vertrauens. Hamburg. Marketing Journal.
- Donabedian, A.** (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. Volume I. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor. Health administration Press.
- Drumm, H. J.** (2000). Personalwirtschaft. Berlin et al. Springer.
- Eichhorn, S.** (1997). Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagements. Stuttgart, Berlin, Köln. Kohlhammer.
- Erikson, E. H.** (1982). Kindheit und Gesellschaft. J.G. Stuttgart. Cotta.
- Erikson, E.H.** (1998). Der vollständige Lebenszyklus. Frankfurt. Suhrkamp.
- Eschenbach, R./Horak, C.** (2003, Hrsg.). Führung der Nonprofit Organisation. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.
- Esslinger, A. S.** (2002). Einsatz strategischer Steuerungssysteme für stationäre Pflegedienste. In: Scherer, A. G./Alt, J. M. (Hrsg.) Balanced Scorecard in Verwaltung und Non-Profit-Organisationen. Stuttgart. Schäffer-Poeschel. S. 211 - 238.
- Fahrmeir, L. et al.** (2004). Statistik. Berlin, Heidelberg, New York. Springer-Verlag.
- Fawcett, J.** (1996). Pflegemodelle im Überblick. Bern. Huber.
- Fiechter, V./Meier, M.** (1981). Pflegeplanung. Basel. Rocom.
- Filipp, S.-H.** (1990, Hrsg.). Kritische Lebensereignisse. München. Psychologie Verlags Union.
- Flade, A.** (1987). Wohnen psychologisch betrachtet. Bern. Huber.
- Francis, D./Bottrell, M. M.** (2001). Die Umsetzung klinischer Pflegerichtlinien: Vom Wissen zur Praxis. In: Abraham, I. et al. Pflegestandards für die Versorgung alter Menschen. Bern. Huber. S. 199-219.
- Franz, S.** (1994). Informations-Management als Basis für Prozeßmanagement. In: Gaintanides, M. et al. (Hrsg.): Prozessmanagement – Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering. München, Wien. Hanser. S. 225-244.

- Freud, S.** (1977). Gesammelte Werke. 13. Band. Frankfurt. Fischer.
- Friedag, H.R./Schmidt, W.** (2001). My Balanced Scorecard, das Praxishandbuch für Ihre individuelle Lösung. Freiburg i.Br.. Haufe.
- Friedag, H.R./Schmidt, W.** (2002a). Balanced Scorecard – mehr als ein Kennzahlensystem. Freiburg i.Br. Haufe.
- Friedag, H.R./Schmidt, W.** (2002b). Balanced Scorecard – Taschenguide. Freiburg i. Br.. Haufe.
- Friedag, H.R./Schmidt, W.** (2003). Balanced Scorecard at work, strategisch, taktisch, operativ. Freiburg i.Br.. Haufe.
- Friedan, B.** (1997). Mythos Alter. Reinbek. Rowohlt.
- Friedrichs, J.** (1990). Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen. Westdeutscher Verlag.
- Gabler-Wirtschafts-Lexikon** (1984). Wiesbaden. Gabler.
- Gaitanides, M.** (1983). Prozeßorganisation. Entwicklung, Ansätze und Programme prozeßorientierter Organisationsgestaltung. München. Vahlen.
- Gaitanides, M./Scholz, R./Vrohlings, A.** (1994). Prozeßmanagement – Grundlagen und Zielsetzungen. In: Gaintanides, M. et al. (Hrsg.): Prozessmanagement – Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering. München, Wien. Carl Hanser. S. 1 - 19.
- Ganter, H.-D./Schienstock, G.** (1993, Hrsg.). Management aus soziologischer Sicht. Wiesbaden. Gabler.
- Garvin, D.A.** (1984). What Does "Product Quality" Really Mean? In: Sloan Management Review, Vol. 25, Fall, S. 25 - 43.
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 7. März 1996.** In: Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung - Textausgabe, 6. Auflage 2001. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Gerhold, D.** (2005). Das Kommunikationsmodell der Transaktionsanalyse. Paderborn. Junfermann.

- Gerste, B.** (2002). Initiativen zur Qualitätsentwicklung: Forderungen, Maßnahmen und Projekte ausgewählter Akteure. In: Igl, G. et al. (Hrsg.). Qualität in der Pflege. Stuttgart. Schattauer. S. 117 - 128.
- Giernalczyk, T.** (2002, Hrsg.): Supervision und Organisationsberatung, Institutionen bewahren durch Veränderung. Göttingen. Vandenhoeck/Ruprecht.
- Gladen, W.** (2003). Kennzahlen und Berichtssysteme. Grundlagen zum Performance Measurement. Wiesbaden. Gabler.
- Gottschalch, W.** (1984). Stereotyp. In: Kerber, H./Schmieder, A. (Hrsg.). Handbuch Soziologie. Reinbek. Rowohlt. S. 580 - 582.
- Greiling, M./Hofstetter, J.** (2002). Patientenbehandlungspfade optimieren – Prozessmanagement im Krankenhaus. Kulmbach. Baumann.
- Greiling, M./Mormann, J./Westerfeld, R.** (2003). Klinische Pfade steuern. Kulmbach. Baumann.
- Grieger-Langer, S.** (2006). Die 7 Säulen der Macht. Paderborn. Junfermann.
- Grönroos, C.** (1990). Service Management and marketing. Lexington. Lexington Books.
- Grube, C./Wahrendorf, V.** (2005). SGB XII Sozialhilfe. Kommentar. München. Beck.
- Gummesson, E.** (2001). Productivity, Quality and Relationship Marketing in Service Operations. In: Bruhn, M./Meffert, H. (Hrsg.). Handbuch Dienstleistungsmangement. Wiesbaden. Gabler. S. 851 - 872.
- Gurkenbiel, L.H.** (1992). Alter. In: Schafers, B. (Hrsg.). Grundbegriffe der Soziologie. Opladen. Leske + Budrich. S. 15.
- Habermas, J.** (1993). Theorie und Praxis: sozialphilosophische Studien. Frankfurt. Suhrkamp.
- Habermas, J.** (1999). Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt. Suhrkamp.
- Haddad, T.** (1998). Stakeholder-Analyse. In: Eschenbach, R. (Hrsg.). Führungsinstrumente für die Nonprofit Organisation. Stuttgart. Schäffer-Poeschel. S. 22-29.

- Hagehülsmann, U.** (2002). Transaktionsanalyse – Wie geht das?
Paderborn. Junfermann.
- Hammer, M.** (1996). Das prozesszentrierte Unternehmen. Die Arbeitswelt nach dem Reengineering. Frankfurt, New York. Campus.
- Hammer, M./Champy, J.** (1994). Business Reengineering. Die Radikalkur für das Unternehmen. Frankfurt, New York. Campus
- Harris, T. A.** (2004). Ich bin o.K. Du bist o.K. Reinbek. Rowohlt.
- Hart, E./Bond, M.** (2001). Aktionsforschung. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern. Huber.
- Hartley, E.L./Hartley, R.E.** (1955). Die Grundlagen der Sozialpsychologie. Berlin. Rembrandt.
- Havighurst, R.J.** (1968). Ansichten über ein erfolgreiches Altern. In: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.). Altern – Probleme und Tatsachen. Frankfurt. Akademische Verlagsgesellschaft. S. 567 - 571.
- Havighurst, R.J.** (1972). Development Tasks and Education. New York. Longman.
- Heimgesetz (HeimG)** vom 7. August 1974 (BGBl. I. S. 1873) in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. November 2001 (BGBl. I. S. 2970), geändert durch Artikel 31 des Gesetzes zur Änderung des Rechts der Vertretung durch Rechtsanwälte vor den Oberlandesgerichten vom 23. Juli 2002 (BGBl. I. S. 2850). Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Heimgesetz Textausgabe, 6. Auflage 2001. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV) vom 27. Januar 1978** (BGBl. I. S. 189) in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. Mai 1983 (BGBl. I. S. 551). Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Heimgesetz Textausgabe, 6. Auflage 2001. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Heimmitwirkungsverordnung (HeimwV).** Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Heimgesetz Textausgabe, 6. Auflage 2001. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Heimpersonalverordnung (HeimPersV) vom 19. Juli 1983** (BGBl. I. S. 1205), geändert durch die erste Verordnung zur Änderung der Verordnung über personelle Anforderungen für Heime vom 22. Juni 1998

(BGBl. I. S. 1506). Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Heimgesetz Textausgabe, 6. Auflage 2001. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Heinen, E. (1991). Industriebetriebslehre. Entscheidungen im Industriebetrieb. Wiesbaden. Gabler.

Hentschel, B. (2000). Multiattributive Messung von Dienstleistungsqualität. In : Bruhn, M./Strauss, B. (Hrsg.). Dienstleistungsqualität. Grundlagen, Konzepte, Methoden, Wiesbaden. Gabler. S. 289 - 320.

Herbst, D. (1998). Corporate Identity. Berlin. Cornelsen.

Herde, H. (2002). Von der Balanced Scorecard zur Business-Excellence-Scorecard. Erfahrungen mit Methoden und Werkzeugen zur systematischen Strategieentwicklung und -umsetzung auf Basis des EFQM-Modells. Aachen. FIR.

Herzberg, F. (1968). Work and the Nature of Man. London. Staples Press.

Hoffmann-Gabel, B. (1999). Besser verstehen lernen. Kommunikation in helfenden Berufen. Hannover. Vincentz.

Horak, C. (1995). Besonderheiten des Controlling in Non-Profit-Organisationen (NPO). In: Eschenbach, R. (Hrsg.). Controlling. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.

Horak, C./Heimerl, P. (2002). Management von NPOs – Eine Einführung. In: Badelt, C. (Hrsg.). Handbuch der Nonprofit Organisationen. Stuttgart. Schäffer-Poeschel. S. 181 - 196.

Horak, S./Matul, C./Scheuch, F. (2002). Ziele und Strategien von NPOs. In: Badelt, C. (Hrsg.). Handbuch der Nonprofit Organisationen. Stuttgart. Schäffer-Poeschel. S. 197 - 224.

Horváth & Partner (1995): Das Controllingkonzept. Der Weg zu einem wirkungsvollen Controllingsystem. München. Beck.

Horváth & Partners (2004, Hrsg.): Balanced Scorecard umsetzen. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.

Horváth, P. (1994). Controlling. München. Vahlen.

Horváth, P. (2002, Hrsg.). Performance Controlling. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.

- Horváth, P.** (2006). Controlling. München. Vahlen.
- Hübsch, M./Meindl, A.** (2002). Leistungen der Pflegeversicherung. Voraussetzungen und Leistungsansprüche. Berlin. Schmidt.
- Hug, H.** (1992). Die Alten kommen. Zürich. Orell Füssli.
- Hüttner, M.** (1979). Informationen für Marketing-Entscheidungen. München. Vahlen.
- Hüttner, M.** (1997). Grundzüge der Marktforschung. München, Wien. Oldenbourg Verlag.
- Ishikawa, K.** (1983). Qualität und Qualitätsmanagement in Japan. In: Probst, G.J.B. (Hrsg.). Qualitätsmanagement ein Erfolgspotential. Bern. Verlag Paul Haupt. S. 85 - 93.
- Juchli, L.** (1983). Krankenpflege. Thieme. Stuttgart.
- Kähler, W.-J.** (2004). Statistische Datenanalyse. Wiesbaden. Vieweg.
- Kälin, K./Müri, P.** (1989). Sich und andere führen. Psychologie für Führungskräfte und Mitarbeiter. Thun. Ott Verlag.
- Kaltenbach, T.** (1991). Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total-quality-Management. Melsungen. Bibliomed.
- Kamiske, G.F./Brauer, J.-P.** (1995). Qualitätsmanagement von A bis Z – Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. München, Wien. Hanser.
- Kaplan, R. S./Norton, D. P.** (1997). Balanced Scorecard, Strategien erfolgreich umsetzen. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.
- Kaplan, R. S./Norton, D. P.** (2001). Die strategiefokussierte Organisation. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.
- Kaplan, R. S./Norton, D. P.** (2004). Strategy Maps. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.
- Kleiber, A.** (2003). Kleine Datensammlung Altenhilfe. Köln. Kuratorium Deutsche Altershilfe.

- Klie, T.** (2002). Recht und Qualitätssicherung in der Pflege alter Menschen. Gesetzliche Rahmenbedingungen und Rechtswirklichkeit. In: Igl, G. et al. (Hrsg.). Qualität in der Pflege. Stuttgart. Schattauer. S. 19-34.
- Klie, T./Krahmer, U.** (2003, Hrsg.). Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB XI). Baden-Baden. Nomos.
- Klingebiel, N.** (1999). Performance Measurement. Wiesbaden. Gabler.
- Koch-Straube, U.** (1997). Fremde Welt Pflegeheim. Bern. Huber.
- Kohli, M.** (1992). Altern in soziologischer Perspektive. In: Baltes, P.B./Mittelstraß, J. (Hrsg.). Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin. De Gruyter. S. 231 - 259.
- Kotler, P.** (1986). Principles of Marketing. Englewood Cliffs. Prentice-Hall.
- Krallmann, D./Ziemann, A.** (2001). Grundkurs Kommunikationswissenschaft. München. Wilhelm Fink.
- Kroeber-Riel, W.**(1992). Konsumentenverhalten. München. Vahlen.
- Krohwinkel, M.** (1993). Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexikranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege. Baden-Baden. Nomos.
- Kruse, A./Wahl, H.- W.** (1994, Hrsg.). Altern und Wohnen im Heim. Bern. Huber.
- Lasett, P.** (1995). Das Dritte Alter. Weinheim. Juventa.
- Lazarus, R. S./Launier, R.** (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J.R. (Hrsg.). Stress. Bern. Huber. S. 213 - 259.
- Lehmann, A.** (1995). Dienstleistungsmanagement. Strategien und Ansatzpunkte zur Schaffung von Servicequalität. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.
- Lehr, U.** (1968). Sozialpsychologische Aspekte der Heimübersiedlung älterer Mitbürger. In: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.). Altern – Probleme und Tatsachen. Frankfurt. Akademische Verlagsgesellschaft. S. 439 - 457.
- Lehr, U.** (2000). Psychologie des Alterns. Heidelberg. Quelle und Meyer.

- Lehr, U./Thomae, H.** (1987, Hrsg.). Formen seelischen Alterns. Stuttgart. Enke.
- Löser, A. P.** (2003). Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. Hannover. Schlüter.
- Luthe, D.** (1995). Öffentlichkeitsarbeit für Nonprofit-Organisationen. Augsburg. Moro.
- Maddox, G./Eisdorfer, E.** (1968). Zusammenhänge zwischen Aktivität und Stimmung bei älteren Menschen. In: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.). Altern – Probleme und Tatsachen. Frankfurt. Akademische Verlagsgesellschaft. S. 235 - 249.
- Mader, W.** (1995, Hrsg.). Altwerden in einer alternden Gesellschaft. Opladen. Leske + Budrich.
- Maletzke, G.** (1980). Kommunikationsforschung als empirische Sozialwissenschaft. Berlin. Spiess.
- Maletzke, G.** (1984). Bausteine zur Kommunikationswissenschaft 1949-1984. Berlin. Spiess.
- Marhold, D.** (2003). EDV-Unterstützung des Qualitätsmanagements: Die Rolle von Prozessmanagement-Tools. In: Blonski, H./Stausberg, M. (Hrsg.). Prozessmanagement in Pflegeorganisationen, Grundlagen – Erfahrungen – Perspektiven. Hannover Schlüter. S. 124 - 156.
- Matul, C.** (2003). Besonderheiten der Implementierung von Managementinstrumenten in NPOs. In: Eschenbach, R./Horak, C. (Hrsg.). Führung der Non Profit Organisation. Stuttgart. Schäffer-Poeschel. S. 503–514.
- Maus, H./Fürstenberg, F.** (1972, Hrsg.). Untersuchungsmethoden der Sozialforschung Teil I. Neuwied, Darmstadt. Luchterhand.
- Mayntz, R./Holm, K./Hübner, P.** (1972). Einführung in die Methoden der empirischen Soziologie. Opladen. Westdeutscher Verlag.
- Mayring, P./Saup, W.** (1990, Hrsg.). Entwicklungsprozesse im Alter. Stuttgart. Kohlhammer.
- Meffert, H.** (1986). Marktforschung. Wiesbaden. Gabler.
- Meffert, H.** (2000). Marketing. Wiesbaden. Gabler.

- Meffert, H.** (2001). Markencontrolling, theoretische Grundlagen und konzeptionelle Ausgestaltung auf Basis der Balanced Scorecard. Münster. Wiss. Ges. für Marketing und Unternehmensführung.
- Meffert, H./Bruhn, M.** (2000). Dienstleistungsmarketing. Grundlagen, Konzepte, Methoden. Wiesbaden. Gabler.
- Menges, G.** (1982). Die Statistik. Wiesbaden. Gabler.
- Mentzel, W./Grotzfeld, S./Dürr, C.** (1998). Mitarbeitergespräche. Planegg. WRS Verlag.
- Merk, R.** (1992). Weiterbildungsmanagement. Neuwied, Kriftel, Berlin. Luchterhand.
- Merten, K.** (1977). Kommunikation. Eine Begriffs- und Prozessanalyse. Münster. Westdeutscher Verlag.
- Merten, K.** (1999). Einführung in die Kommunikationswissenschaft. Band 1/1: Grundlagen der Kommunikationswissenschaft. Münster. Westdeutscher Verlag.
- Merten, K./Teipen, P.** (1991). Empirische Kommunikationsforschung. Darstellung, Kritik, Evaluation. München. Ölschläger.
- Meyer, A./Blümelhuber, C.** (2001). Wettbewerbsorientierte Strategien im Dienstleistungsbereich. In: Bruhn, M./Meffert, H. (Hrsg.). Handbuch Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden. Gabler. S. 369 - 398.
- Meyer, P.W./Mattmüller, R.** (1993, Hrsg.). Strategische Marketingoptionen. Stuttgart, Berlin, Köln. Kohlhammer.
- Meyer, P.W./Mattmüller, R.** (1993). Bedeutung und Problematik von Strategien im Marketing. In: Meyer, P.W./Mattmüller, R. (Hrsg.). Strategische Marketingoptionen. Stuttgart, Berlin, Köln. Kohlhammer. S. 13 - 29.
- Mohl, H.** (1993). Die Altersexplosion. Stuttgart. Kreuz-Verlag.
- Mühlen, zur M./Hansmann, H.** (2005). Workflowmanagement. In: Becker, J./Kugeler, M./Rosemann, M. (Hrsg.). Prozessmanagement. Ein Leitfaden zur prozessorientierten Organisationsgestaltung. Berlin, Heidelberg, New York. Springer.
- Muijsers, P.** (2001). „Wir verstehen uns...oder?“ Gesprächskultur für Gesundheitsberufe. Bern. Huber.

- Müller, A.** (2000). Strategisches Management mit der Balanced Scorecard. Stuttgart. Kohlhammer.
- Müller, A.** (2002). Controlling-Konzepte. Kompetenz zur Bewältigung komplexer Problemstellungen. Stuttgart, Berlin, Köln. Kohlhammer.
- Nagera, H.** (1978, Hrsg.). Psychoanalytische Grundbegriffe. Frankfurt. Fischer.
- Narr, H.** (1976). Soziale Probleme des Alters. Stuttgart. Kohlhammer.
- Nedler, M.** (2003). Von der Personalentwicklung zur Lernenden Organisation. In: Hangebrauck, U.-M. et al. (Hrsg.). Handbuch Betriebsklima. München, Mering. Hampp. S. 167 - 178.
- Nerdinger, F. W.** (2001). Psychologische Aspekte der Tätigkeit im Dienstleistungsbereich. In: Bruhn, M./Meffert, H. (Hrsg.). Handbuch Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden. Gabler. S. 243 - 262.
- Neuberger, O.** (1980). Das Mitarbeitergespräch. Goch. Bratt-Institut.
- Neugarten, B. L./Tobin, S. S.** (1968). Zufriedenheit und soziale Interaktion im Alter. In: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.). Altern – Probleme und Tatsachen. Frankfurt. Akademische Verlagsgesellschaft. S. 572 - 578.
- Nieschlag, R./Dichtl, E./Hörschgen, H.** (1997). Marketing. Berlin. Duncker & Humblot.
- Nitsch, J. R.** (1991). Stresstheoretische Modellvorstellungen. In: Nitsch, J. R. (Hrsg.). Stress. Bern. Huber. S. 52 - 141.
- Niven, P.R.** (2003). Balanced Scorecard – Schritt für Schritt. Weinheim. Wiley-VCH.
- Oess, A.** (1989). Total-Quality-Management. Die Praxis des Qualitätsmanagements. Wiesbaden. Gabler.
- Oess, A.** (1993). Total-Quality-Management. Die ganzheitliche Qualitätsstrategie. Wiesbaden. Gabler.
- Olbrich, E.** (1987). Kompetenz im Alter: Ergebnisse gerontologischer Forschung zur Begründung von Intervention. In: Kruse, A./Lehr, U./Rott, Chr. (Hrsg.). Gerontologie. München. Pfeiffer. S. 54 - 76.
- Opp, K.-D.** (1973). Methoden der Sozialwissenschaften. Reinbek. Rowohlt.

- Ostermann, R.** (2005). Statistik. München, Wien. Oldenbourg.
- Peck, R.** (1968). Psychologische Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte.
In: Thomae, H./Lehr, U. (1968) (Hrsg.). Altern – Probleme und Tatsachen.
Frankfurt. Akademische Verlagsgesellschaft. S. 530 - 544.
- Pepels, W.** (1998). Marketing. München, Wien. Oldenbourg.
- Pepels, W.** (1999). Das Marketing-Konzept. München, Wien. Oldenbourg.
- Porter, M.E.** (1992). Wettbewerbsstrategie. Frankfurt/Main, New York.
Campus.
- Poser, M./Ortmann, M./Pilz, T.** (2004). Personalmarketing in der Pflege.
Bern. Huber.
- Prahl, H. - W.** (1996). Soziologie des Alterns. Paderborn. Schöningh.
- Regenthal, G.** (2003). Ganzheitliche Corporate Identity. Wiesbaden. Gabler.
- Reichmann, T.** (2001). Controlling mit Kennzahlen und
Managementberichten. München. Vahlen.
- Richter, M.** (1999). Personalführung im Qualitätsmanagement. München,
Wien. Hanser.
- Riley M.W./Riley, J. W. Jr.** (1992). Individuelles und gesellschaftliches
Potential des Alterns. In: Baltes, P.B./Mittelstraß, J. (Hrsg.). Zukunft des
Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin. De Gruyter.
S. 437 - 460.
- Rischar, K.** (1990). Schwierige Mitarbeitergespräche. München. Moderne
Verlagsgesellschaft.
- Rogge, H.-J.** (1992). Marktforschung. München, Wien. Hanser.
- Rosenmayr, L.** (1989). Wandlungen der gesellschaftlichen Sicht und
Bewertung des Alters. In: Baltes, M.M./Kohli, M./Sames, K. (Hrsg.).
Erfolgreiches Altern. Bern. Huber. S. 96 - 101.
- Rosenmayr, L.** (1992). Sexualität, Partnerschaft und Familie älterer
Menschen. In: Baltes, P.B./Mittelstraß, J. (Hrsg.). Zukunft des Alterns und
gesellschaftliche Entwicklung. Berlin. De Gruyter. S. 461 - 491.

- Rosenmayr, L.** (2003). Soziologische Theorien des Alterns und der Entwicklung im späten Leben. In: Karl, F. (Hrsg.). Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie. Weinheim. Juventa.
- Rosenmayr, L./Köckeis, E.** (1968). Sozialbeziehungen im höheren Lebensalter. In: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.). Altern – Probleme und Tatsachen. Frankfurt. Akademische Verlagsgesellschaft. S. 415 - 433.
- Rüdenauer, M.** (1980). Durchsetzungsvermögen in Besprechungen und Konferenzen – Technik, Taktik, Psychologie. Kissing. WEKA-Verlag.
- Rudhart-Dyczynski, A.** (2003). Die Prozesse folgen dem Patienten. Prozessorientiertes Qualitätsmanagement im Krankenhaus und in Pflegeorganisationen. In: Blonski, H./Stausberg, M. (Hrsg.). Prozessmanagement in Pflegeorganisationen, Grundlagen – Erfahrungen – Perspektiven. Hannover. Schlütersche. S. 67-93.
- Sachs, L.** (1992). Angewandte Statistik. Berlin. Springer.
- Sachweh, S.** (2002). "Noch ein Löffelchen ?". Bern. Huber.
- Salcher, E. F.** (1995). Psychologische Marktforschung. Berlin, New York. de Gruyter.
- Samariter Stiftung** (1999, Hrsg.). Mehr Qualität im Dienst am Nächsten. Das EFQM-Modell in der Altenhilfe erfolgreich umgesetzt. Dokumentation des Projekts „Anwendung des EFQM-Modells im Samariterstift Gärtringen“. Nürtingen. Colorpress.
- Saul, S.** (1999). Führen durch Kommunikation. Weinheim, Basel. Beltz.
- Saup, W.** (1984). Übersiedlung ins Altenheim. Weinheim. Beltz.
- Saup, W.** (1994), Altenheime als „Umwelten“ In: Kruse, A./Wahl, H.-W. (Hrsg.). Altern und Wohnen im Heim. Endstation oder Lebensort? Bern. Huber. S. 49 - 66.
- Schäfers, B.** (1992). Gesellschaft. In: Schäfers, B. (Hrsg.). Grundbegriffe der Soziologie. Opladen. Leske und Budrich. S. 110 - 114.
- Scharf, A./Schubert, B.** (2001). Marketing. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.
- Schenk, H.** (1975). Die Kontinuität der Lebenssituation als Determinante erfolgreichen Alterns. Köln. Hanstein.

- Scherer, A. G.** (2002). Besonderheiten der strategischen Steuerung in Öffentlichen Institutionen und der Beitrag der Balanced Scorecard. In: Scherer, A. G./Alt, J. M. (Hrsg.). Balanced Scorecard in Verwaltung und Non-Profit-Organisationen. Stuttgart. Schäffer-Poeschel. S. 3 - 25.
- Scherer, A. G./Alt, J. M.** (2002). Balanced Scorecard in Verwaltung und Non-Profit-Organisationen. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.
- Scheuch, F.** (2002). Dienstleistungsmarketing. München. Vahlen.
- Schlegel, L.** (1979). Grundriß der Tiefenpsychologie Band V : Die Transaktionale Analyse nach Eric Berne und seinen Schülern. München. Francke.
- Schlittgen, R.** (1997). Einführung in die Statistik. München. Oldenbourg
- Schmidt, J.** (2003). Möglichkeiten und Grenzen der Operationalisierung von Ursache-Wirkungszusammenhängen in der Balanced Scorecard. Frankfurt am Main. Knapp.
- Schmitz-Scherzer R./Tokarski, W.** (1987). Freizeit im Alter. In: Kruse, A./Lehr, U./Rott, Chr. (Hrsg.). Gerontologie – eine interdisziplinäre Wissenschaft. München. Pfeiffer. S. 315 - 323.
- Schneider, W. L.** (2002). Grundlagen der soziologischen Theorie, Band 1. Wiesbaden. Westdeutscher.
- Scholz, C.** (1993), Personalmanagement. München. Vahlen.
- Scholz, R./Vrohlings, A.** (1994). Prozeß-Redesign und kontinuierliche Prozeßverbesserung. In: Gaintanides, M. et al. (Hrsg.): Prozessmanagement – Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering. München, Wien. Hanser. S. 99 - 122.
- Schrader, A.** (1973). Einführung in die empirische Sozialforschung. Stuttgart et al. . Kohlhammer.
- Schramm, W.** (1971). Kommunikationsforschung in den Vereinigten Staaten. In: Schramm, W. (Hrsg.). Grundfragen der Kommunikationsforschung. München. S. 9 - 26.
- Schubert, H.J.** (2003). Prinzipien und Methoden des Change Managements. In: Schubert, H.J. (Hrsg.). Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Handlungsfelder – Methoden – Lösungen. Neuwied, Köln, München. Luchterhand.

- Schulz von Thun, F.** (1994). Miteinander reden 1, Störungen und Klärungen, Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek. Rowohlt.
- Schulz von Thun, F.** (2003). Miteinander reden 2, Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Reinbek. Rowohlt.
- Schwarze, J.** (1998). Grundlagen der Statistik I. Herne, Berlin. Verlag Neue Wirtschafts-Briefe.
- Schwarze, J.** (2001). Grundlagen der Statistik II. Herne, Berlin. Verlag Neue Wirtschafts-Briefe.
- Seghezzi, H.D.** (1993). Konzepte, Strategien und Systeme qualitätsorientierter Unternehmen. In: Seghezzi, H.D./Hansen, J.R. (Hrsg.). Qualitätsstrategien. Anforderungen an das Management der Zukunft. München, Wien. Hanser.
- Seghezzi, H.D.** (1994). Qualitätsmanagement: Ansatz eines St. Galler Konzepts- Integriertes Qualitätsmanagement. Stuttgart. Schäffer-Poeschel.
- Sehlbach, O.** (1999). Marketing am Kunden orientieren – Die Belegung sichern. Hannover. Vincentz.
- Shannon, E. S./Weaver, W.** (1976). Mathematische Grundlagen der Informationstheorie. München. Oldenbourg.
- Siegrist, J.** (1978). Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart. Enke.
- Siegwart, H./Seghezzi, D.** (1983). Management und Qualitätssicherung. In: Probst, G.J.B. (Hrsg.). Qualitätsmanagement ein Erfolgspotential. Bern Verlag Paul Haupt, S. 10 - 71.
- Six, B./Eckes, A.** (1991). Der Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung – Resultate einer metaanalytischen Studie. In: Fischer, L. (Hrsg.). Arbeitszufriedenheit. Stuttgart. Verlag für Angewandte Psychologie. S. 21 - 46.
- Sommerlatte, T./Wedekind, E.** (1990). Leistungsprozesse und Organisationsstruktur. In: Little, A.D. (Hrsg.). Management der Hochleistungsorganisation. Wiesbaden. Gabler. S. 23 – 41.
- Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung – (SGB XI)**
Artikel 1 des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014) mit Änderungen, zuletzt geändert durch das

Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I. S. 3728). Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung - Textausgabe, 6. Auflage 2001. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

- Staehe, W.** (1991). Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. München. Vahlen.
- Staudinger, U.M./Dittmann-Kohli, F.** (1992). Lebenserfahrung und Lebenssinn. In: Baltes, P.B./Mittelstraß, J. (Hrsg.). Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin. De Gruyter. S. 408 - 436.
- Stausberg, M.** (2003). Prozesscontrolling mit Kennzahlen. In: Blonski, H./Stausberg, M. (Hrsg.). Prozessmanagement in Pflegeorganisationen, Grundlagen – Erfahrungen – Perspektiven. Hannover Schlütersche. S. 34 - 50.
- Stauss, B.** (2000). Internes Marketing als personalorientierte Qualitätspolitik. In: Bruhn, M./Stauss, B.(Hrsg.) Dienstleistungsqualität. Wiesbaden. Gabler. S. 205 - 222.
- Stauss, B.** (2001). Markierungspolitik bei Dienstleistungen – Die „Dienstleistungsmarke“. In: Bruhn, M./Meffert, H. (Hrsg.). Handbuch Dienstleistungsmanagement. Wiesbaden. Gabler. S. 549 - 571.
- Steckler, H.** (2004). Altern. Eine philosophische Besinnung auf naturwissenschaftlichem Hintergrund mit einem theologischen Ausblick. In: Brandenburg, H. (Hrsg.). Altern in der modernen Gesellschaft. Hannover. Schlüter. S. 11 - 44.
- Stewart, I./Joines, V.** (2003). Die Transaktionsanalyse. Freiburg. Heider.
- Stoll, B.** (2003). Die Balanced Scorecard für soziale Organisationen, mehr Qualität durch strategisches Management. Handbuch für die Praxis sozialer Arbeit. Regensburg, Berlin. Walhalla.
- Tartler, R.** (1968). Innere Nähe durch äußere Distanz. In: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.). Altern – Probleme und Tatsachen. Frankfurt. Akademische Verlagsgesellschaft. S. 410 - 419.
- Tews, H. P.** (1979). Soziologie des Alterns. Heidelberg. Quelle/Meyer.
- Tews, H. P.** (1987). Gerontologie: Soziologische Aspekte. In: Kruse, A./Lehr, U./Rott, Chr. (Hrsg.). Gerontologie – eine interdisziplinäre Wissenschaft. München. Pfeiffer. S. 113 - 134.

- Tews, H.P.** (1971). Soziologie des Alterns. Erster Teil. Heidelberg. Quelle/Meyer.
- Tews, H.P.** (1991). Altersbilder. Köln. Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Thomae, H.** (1968). Zur Entwicklungs- und Sozialpsychologie des alternden Menschen. In: Thomae, H./Lehr, U. (Hrsg.). Altern – Probleme und Tatsachen. Frankfurt. Akademische Verlagsgesellschaft. S. 3 - 17.
- Thomae, H.** (1987). Alternsstile und Altersschicksale. In: Kruse, A./Lehr, U./Rott, Chr. (Hrsg.). Gerontologie – eine interdisziplinäre Wissenschaft. München. Pfeiffer. S. 19 - 32.
- Thomas, A.** (1991). Grundriß der Sozialpsychologie. Band 1. Grundlegende Begriffe und Prozesse. Göttingen. Hogrefe.
- Thomas, A.** (1992). Grundriß der Sozialpsychologie. Band 2. Individuum – Gruppe - Gesellschaft. Göttingen. Hogrefe.
- Thürkow, K.** (1985). Altersbilder in massenmedialen, massenkulturellen und künstlerischen Werken. Berlin. DZA.
- Till, K.D.** (1996). Ideenhandbuch für erfolgreiches Krankenhaus-Marketing. Kulmbach. Baumann.
- Töpfer, A.** (1999). Qualitätsmanagement von Dienstleistungen. In: Corsten, H./Schneider, H. (Hrsg.). Wettbewerbsfaktor Dienstleistung. Produktion von Dienstleistungen – Produktion als Dienstleistung. München. Vahlen. S. 189 - 211.
- Tschan Brändli, E.** (1993). Aktivierung im Heim. Zürich. Edition Agere.
- Unger, F.** (1989). Marktforschung. Heidelberg. Sauer.
- Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Pflegeeinrichtungen (Pflege-Buchführungsverordnung - PBV) vom 22. November 1995** (BGBl. I. S. 1528), zuletzt geändert durch Artikel 32 des Gesetzes zur Umstellung von Gesetzen und anderen Vorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Euro (Achstes Euro-Einführungsgesetz vom 23 Oktober 2001 (BGBl. I. S. 2702). Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Heimgesetz Textausgabe, 6. Auflage 2003. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Vogel, G.** (2005, Hrsg.). Handwörterbuch. Pflegeversicherungs- und Heimrecht. SGB XI – HeimG. Baden-Baden. Nomos.

- Voges, W.** (1994). Soziologie des höheren Lebensalters. Augsburg. Maro.
- Vomberg, E./Wallraffen-Dreisow, H.** (2002). Qualitätsmanagement mit dem EFQM-Modell für Excellence als partizipativer Ansatz – auch in der Pflege? In: Igl, G. et al. (Hrsg.). Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart, New York. Schattauer. S. 257 - 273.
- Von Eckardstein, D.** (2002). Personalmanagement in NPOs. In: Badelt, C. (Hrsg.). Handbuch der Nonprofit Organisation. Stuttgart. Schäffer-Poeschel. S. 309 - 336.
- Von Eckardstein, D.** (2003). Instrumente für das Personalmanagement in NPOs. In: Eschenbach, R./Horak, C. (Hrsg.). Führung der Nonprofit Organisation. Stuttgart. Schäffer-Poeschel. S. 141 - 174.
- Von Oetinger, B.** (1993). Vision: Fernbild einer neuen Logik. In: von Oetinger (Hrsg.). Das Boston Consulting Group Strategie Buch. Düsseldorf. Econ. S. 244 - 265.
- Von Rosenstiel, L.** (2003). Betriebsklima und Leistung – eine wissenschaftlich Standortbestimmung. In: Hangebrauck, U.-M. et al. (Hrsg.). Handbuch Betriebsklima. München, Mering. Rainer Hampp. S. 23 - 38.
- Wahl, H. - W./Reichert, M.** (1994). Übersiedlung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe. In: Kruse, A./Wahl, H.-W. (Hrsg.). Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Bern. Huber. S. 15 - 46.
- Walsh, M./Ford, P.** (2000). Pflegerituale. Bern. Huber.
- Watzlawick, P./Beavin, J. H./Jackson, D.D.** (2003). Menschliche Kommunikation. Formen Störungen Paradoxien. Bern. Huber.
- Weber, J./Schäffer, U.** (2000). Balanced Scorecard/Controlling. Implementierung – Nutzen für Manager und Controller – Erfahrungen in deutschen Unternehmen. Wiesbaden. Gabler.
- Weinhold, C.** (1997). Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal. Bern. Huber.
- Welge, M. K./Al-Laham, A.** (2003). Strategisches Management. Wiesbaden. Gabler.
- Wiese, U. E.** (2004). Pflegeversicherung und Pflegepraxis. Auswirkungen rechtlicher Regularien auf die Pflege, Pflegequalität und Qualitätssicherung. Baden-Baden. Nomos.

- Wiese, U. E.** (2005). Rechtliche Qualitätsvorgaben in der stationären Altenpflege. München. Jena. Urban/Fischer.
- Wöhe, G.** (1990). Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre, München. Vahlen.
- Wottawa, H./Thierau, H.** (1998). Lehrbuch Evaluation. Bern. Huber.
- Zander, E./Femppel, K.** (2002). Praxis der Mitarbeiterinformation. München. Deutscher Taschenbuchverlag.
- Zeithaml, V. A./Parasuraman, A./Berry, L.L.** (1992). Qualitätsservice. Was Ihre Kunden erwarten – was Sie leisten müssen. Frankfurt am Main. Campus.
- Zink, K.J./Schick, G.** (1984). Quality Circles (Problemlösungsgruppen). Qualitätsförderung durch Mitarbeitermotivation. München Wien. Hanser.
- Zink, K.J./Schildknecht, R.** (1989). Total Quality Konzepte – Entwicklungslinien und Überblick. In: Zink, K.J. (Hrsg.). Qualität als Managementaufgabe. Landsberg/Lech. Moderne Industrie. S. 67 - 100.

Internetquellen/Sonstige Quellen

BAGFW (2004). Die Qualitätsmanagement-Politik der Freien Wohlfahrtspflege – verabschiedet vom Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Berlin, 16.04.2004. In: <http://www.bagfw-qualität.de/index.php?id=1000>, Stand 26.07.2005.

BFS (2003). Auswertung zum BFS-Betriebsvergleich stationäre Altenhilfe 2003.

BUKO (2005). 3. Berliner Memorandum der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen. Februar 2004. In: http://www.buko-qs.de/memorandum/3_berliner_memorandum.htm, Stand 1.08.2005.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004). Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin. In: <http://www.vincentz.net/download/DritterBerichtPflegeversicherung.pdf>, Stand 16.08.2005.

Bundessozialgericht, Urteil vom 14.12.2000 (Az.: B 3P 19/00 R).

Bundessozialhilfegesetz in der Fassung vom 23. März 1994 (BGBl. I. S. 646, 2975), zuletzt geändert durch Artikel 51 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304). In: <http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze/sozialhilfe/sozialhilfegesetz.pdf>, Stand 11.11.2005.

Deutsches Zentrum für Altersfragen . Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege. Arbeitsgruppe II (2005 a). Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität in der Stationären Betreuung und Pflege. In: <http://www.dza.de/download/ErgebnisserunderTisch/Arbeitsgruppell.pdf>, Stand 16.10.2005.

Deutsches Zentrum für Altersfragen . Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege. Arbeitsgruppe IV (2005 b). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. In: <http://www.dza.de/download/ErgebnisserunderTisch/ArbeitsgruppeIV.pdf>, Stand 16.10.2005.

Deutsches Zentrum für Altersfragen . Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege. Arbeitsgruppe III (2005 c). Entbürokratisierung. In: <http://www.dza.de/download/ErgebnisserunderTisch/Arbeitsgruppelll.pdf>, Stand 16.10.2005.

DNQP (2005). Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). In: <http://www.dnqp.de>, Stand 1.08.2005.

EFQM (2005a). EFQM. Excellence einführen. In: <http://www.deutsche-efqm.de/inhseiten/250.htm>, Stand 25.07.2005.

EFQM (2005b). EFQM – Die Grundkonzepte der Excellence. In: <http://www.deutsche-efqm.de/inhseiten/250.htm>, Stand 25.07.2005.

Empfehlungen der Pflegesatzkommission – stationär – gemäß § 86 SGB XI im Lande Niedersachsen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gemäß § 80a SGB XI in der Fassung des ersten Teilbeschlusses vom 13.12.2002, des zweiten Teilbeschlusses vom 23.06.2003 und des dritten Teilbeschlusses vom 03.11.2003. In: <http://www.vdab.de/web/ahs-niedersachsen-bremen-vw/>, Stand 4.10.2005.

Gemeinsame Empfehlungen gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege vom 25. November 1996. In: [http://www.vdab.de/vdabweb/infos_frei/Gem.%20Empf.%2075 %20vollstationaer.pdf](http://www.vdab.de/vdabweb/infos_frei/Gem.%20Empf.%2075%20vollstationaer.pdf), Stand 4.10.2005.

Greiling/Epple (2004). Kurzbericht. Kennzahlensysteme und Erfolgsoperationalisierung . Ergebnisse einer empirischen Umfrage bei Einrichtungen und Einrichtungsträgern der Freien Wohlfahrtspflege. Unveröffentlichte Unterlagen.

Horak, C. (2001). Der NPO-Navigator: Die Verknüpfung von EFQM-Branchenversionen, der BSC und dem operativen Controlling anhand eines konkreten Beispiels. In: Seminarunterlagen Balanced Scorecard – Wie geht das? DGCS-Congress vom 27.-29. November 2001 in Berlin. S. 3 - 9.

Horváth & Partners (2005). Balanced-Scorecard-Studie 2005. In:<http://www.horvath-partners.com/hp3/1709153/2336048.html>, Stand 9.01.2006.

KDA (2005). Kuratorium Deutsche Altershilfe – Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V. – Für mehr Selbstbestimmung und Lebensqualität im Alter. In: <http://www.kda.de/german/showarticles> gemäß § 75 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege vom 1.02.2005 zwischen [den.php?id_art=94](http://www.kda.de/german/showarticles), Stand 1.08.2005.

Lockermann, K./Mirus, J. (2004). Starke Marke gefragt. In: http://www.icon-added-value.com/deutsch/presse/pdf/starke_marke.pdf. Stand 20.10.2004.

- MDKN** (2003). Qualität in der ambulanten und stationären Pflege – 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. In: <http://www.mdkn.de/datei/berichtgspflege.pdf>, Stand 5.02.2006.
- MDS** (2000, Hrsg.). MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege. 2. Ausgabe. Essen.
- MDS** (2005a, Hrsg.) Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien QPR) vom 10. November 2005. In: http://www.vincentz.net/download/051110_QRP_Endfassung.pdf, Stand 27.12.2005.
- MDS** (2005b, Hrsg.). MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege -10. November 2005 -. In: http://www.vincentz.net/download/MDK_QP_Anleitung_stat_10112005.pdf, Stand 27.12.2005.
- Nötzel, R.** (1972). Zur Theorie und Technik der schriftlichen Umfrage. In: GFM Mitteilungen zur Markt- und Absatzforschung, 18. Jg., 2. Vierteljahr. Hamburg. GFM-Verlag. S. 41-55
- Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege** vom 01.02.2005 zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, dem Land Niedersachsen, den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger und den Vereinigungen der Träger der stationären kommunalen Pflegeeinrichtungen. In: http://www.vdab.de/vdabweb/infos_frei/RV75SGBXIstatNS.pdf, Stand 4.10.2005.
- Roth, G.** (2002). Qualität in Pflegeheimen. In: <http://www.bmfsfj.de/redaktionBMFSFJ/Abteilung3/pdf-Anlagen/PRM24077-Expertise-Qualität-in-Pflegeh,property=pdf>, Stand 5.10.2005.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe**. Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I. S. 3022) Artikel 1 In: http://www.bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_12/index.html, Stand 4.10.2005.
- Statistisches Bundesamt** (2003a). Pressemitteilung vom 06. Juni 2003. Im Jahr 2050 wird jeder Dritte in Deutschland 60 Jahre oder älter sein. In: <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p2300022.htm>, Stand 19.10.2005.

- Statistisches Bundesamt** (2003b). Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. In:
http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2003/Bevoelkerung_2050.pdf,
Stand 21.10.2005.
- Statistisches Bundesamt** (2005a). Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse –. In:
<http://www.destatis.de/download/d/solei/bericht03deutschl.pdf>, Stand
4.10.2005.
- Statistisches Bundesamt** (2005b). 4. Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich Pflegeheime –. In:
<http://www.destatis.de/download/d/solei/bericht04pflstat2003.pdf>, Stand
4.10.2005.
- Statistisches Bundesamt** (2005c). Lange Reihen - Bevölkerung nach Altersgruppen Deutschland. In:
<http://www.destatis.de/indicators/d/lrbev01ad.htm>, Stand 21.10.2005.
- Statistisches Bundesamt** (2005d). Bevölkerung – Haushaltstypen. In:
<http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab11.php>, Stand 21.10.2005.
- Statistisches Bundesamt** (2005e). Bevölkerung – Haushalte und Bevölkerungsbewegung. In:
<http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab3.php>, Stand 21.10.2005.
- Statistisches Bundesamt** (2005 f). Bevölkerung – Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit. In:
<http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab5.php>, Stand 21.10.2005.

Zeitschriftenartikel

- Ahmadi, I./Richter, R.** (2005). Expertenstandards. Leitlinie oder Haftungsfalle? *Altenheim*, 44. Jg., 7, S. 18-21.
- Albers, F./Meiners, N.** (1997a). Öffentlichkeitsarbeit gibt neue Impulse. *Heim und Pflege*, 28. Jg., 3, S. 354 - 362.
- Albers, F./Meiners, N.** (1997b). Schwachstellenanalyse und Frühwarnsystem für sinkende Motivation. *Heim und Pflege*, 28. Jg., 5, S. 199 - 200.
- Albers, F./Meiners, N.** (1997c). Kundenzufriedenheit: Das Heim im Spiegelbild seiner Bewohner. *Heim und Pflege*, 28. Jg., 6, S. 225 - 227.
- Althammer, T./Noßbach, P.** (2004). Pflegevisite. Ein wichtiges Instrument für die Pflegequalität. *Altenheim*, 43. Jg., 5, S. 39 - 41.
- Ament-Rambow, C.** (2001). Prozessmanagement – Herzstück der Bewertung. *Krankenhaus umschau Sonderheft Qualitätsmanagement*, 6, 2001, S. 31 - 35.
- Ament-Rambow, C.** (2005). Alles wird anders. *Krankenhaus umschau (ku)*, 74. Jg., 7, S. 566 - 569.
- Arend, S.** (2004). Großes Haus mit überschaubaren Strukturen. *Altenheim*, 43. Jg., 2, S. 26 - 28.
- Bartholomeyczik, S./Schrems, B.** (2004). Bewohner wünschen sich mehr Selbstbestimmung. *Altenheim*, 43. Jg., 5. S. 14 - 18.
- Becker, F.** (2002). Ringen um faire Entgelte. *Altenheim*, 41. Jg., 5, S. 20 - 25.
- Becker, W./Schwertner, K./Seubert, C.M.** (2005). Strategieumsetzung mit BSC-basierten Anreizsystemen. *Controlling*, 17. Jg., 1, S. 33 - 39.
- Berger, G./Schweitzer, P.** (2004a). Was Mitarbeitern besonders wichtig ist. *Altenheim*, 43. Jg., 8, S. 14 - 17.
- Berger, G./Schweitzer, P.** (2004b). Schritte zur besseren Arbeitssituation. *Altenheim*, 43. Jg., 8, S. 18 - 21.
- Binder, R.** (1998). Bewohner geben die Richtung an. *Altenheim*, 37. Jg., 6, S. 8 - 14.

Büchner, A.B. (2003). Zielvereinbarungen erfolgreich gestalten. *Altenheim*, 42. Jg., 11, S. 26 - 29.

Burk, R./Roskosch, A. (2004). Die richtige Kennzahl ermitteln. *Altenheim*, 43. Jg., 11, S. 36 - 38.

Cruse, N. (2004). Kundenzufriedenheit und wirtschaftlicher Erfolg korrelieren. *f/w*, 21. Jg., 5, S. 488 - 490.

Dähler, G. (2002). Quotentreffer. *Altenheim* 41. Jg., 2, S. 16 - 21.

Dane, T. (2004). Neue Datenbank für Heime. *Altenheim*, 43. Jg., 4, S. 32 - 36.

Daneke, S. (2003). Verführen mit modernen Mitteln. *Altenheim*, 42. Jg., 9, S. 38 - 41.

Gaier, M. (2004a). Kleine Einheiten schaffen. *Altenheim*, 43. Jg., 2, S. 24 - 25.

Gaier, M. (2004b). Wir müssen das Image der Altenpflege verbessern. *Altenheim*, 43. Jg., 10, S. 20 - 21.

Gaier, M. (2005a). Heime können von der Hospizbewegung lernen. *Altenheim*, 44. Jg., 4, S. 24 - 25.

Gaier, M. (2005b). Sechs Köpfe – sechs Thesen. *Altenheim*, 44. Jg., 4, S. 38 - 41.

Grabbe, Y./Hagemann, C./Nolting, H. D./Küfner, S./Winterstein, S. (2005). Den Wandel erfolgreich gestalten. *Krankenhaus umschau (ku)*, 74. Jg., 8, S. 646 - 648.

Gregor, B. (2005). Wohlbefinden messen, Qualität verbessern. *Altenheim*, 44. Jg., 3, S. 14 - 18.

Griep, H. (2001). Pflege nach Marktpreisen. Anmerkungen zum Urteil des BSG vom 14.12.2000 – B3 P 19/00 R – zur Kalkulation der SGB-XI-Entgelte. *Sozialrecht aktuell*, 10, S. 195 - 202.

Havers, A. (2000). Fakten, Fakten, Fakten. *Altenheim*, 39. Jg., 5, S. 20-23.

Hollenstein, G. G./Amblank, O. (2003). Welche Potenziale zu stärken sind. *Altenheim*, 42. Jg., 10, S. 22 - 26.

- Hons, C.** (2004). Die wichtigsten Schritte zur LQV . Altenheim, 43. Jg., 11, S. 22 - 24.
- Hörmann, F.** (2005). Der Mystery Patient. Krankenhaus umschau (ku), 74. Jg., 4, S. 314 - 316.
- Hothum, H.** (2004). Zuhören, Ziele stecken, Pläne machen. Altenheim, 43. Jg., 9, S. 32 - 34.
- Hung, N.** (2005). Nachhaltigkeit. Krankenhaus umschau (ku), 74. Jg., 5, S. 413 - 415.
- Iffland, S.** (2003). Wirtschaftlichkeit. Mit offenen Forderungen professionell umgehen. Altenheim, 42. Jg., 12, S. 36 - 39.
- Iggesen, S.** (2005). Privates Kapital wird immer wichtiger. Altenheim, 44. Jg., 2, S. 20 - 22.
- Kamm, J.** (2002). Allzeit bereit? Altenheim, 41. Jg., 2, S. 22 - 23.
- Kettler, D.** (2004). Den verbleibenden Tagen mehr Leben geben. f/w , 21. Jg., 5, S. 496 - 497.
- Kirchner, H.** (2005). Mitarbeitergespräche. Wissen, wo es langgeht. Altenheim, 44. Jg., 7, S. 37-39.
- Klas, M./Paratsch, F.** (2005). Kleine Heime wirtschaftlich führen. In: Altenheim, 44. Jg., 12, S. 36 - 38.
- Kleinow, M./Güse, C.** (2005). Balanced Scorecard für die Pflege. Krankenhaus umschau (ku), 74. Jg., 8, S. 650 - 653.
- Klie, T.** (2003). Ein Zugewinn für Heim und Bewohner. Altenheim, 42. Jg., 9, S.31 - 33.
- Klie, T.** (2005). Altenhilfe im Umbruch. Die Institution geht - das Netzwerk kommt. Altenheim, 44. Jg., 12, S. 32-35.
- Knäpple, A./Hiniger-Riesterer, G.** (2004). Am wichtigsten ist der Kontakt mit Bewohnern. Altenheim, 43. Jg., 4, S. 38 - 41.
- Koeder, K.W./May, S.** (2004). Mitarbeitergespräch als Beratungs- und Fördergespräch. f/w , 21. Jg., 3, S. 260 - 264.
- Kröpke, P.** (2005). Der Weg zur Zertifizierung. Altenheim, 44. Jg., 2, S. 43 - 45.

- Kühl, J.** (2004). Prozesse verbessern - in sieben Schritten. *Altenheim*, 43. Jg., 5. S. 32 - 35.
- Kulenkampff, R.** (2004). Wichtige Neuerungen im Sozialhilferecht. *Altenheim*, 43. Jg., 10, S. 32 - 34.
- Lanz, C.** (2004). Patientenbefragungen: aber welche? *f/w* , 21. Jg., 6, S. 596 - 602.
- Loffing, C.** (2004). Aus Beschwerden lernen. *Altenheim*, 43. Jg., 3, S. 40 - 43.
- Maetzel, J.** (2003). Heime brauchen zukunftsfähige Strategien. *Altenheim*, 42. Jg., 9, S. 35 - 37.
- Maier, D.** (2004). Mitarbeiter möchten gut informiert werden. *Altenheim*, 43. Jg., 2, S. 58 - 61.
- Marchant, D.** (2002). Weiter auf Wachstum. *Altenheim*, 41. Jg., 8, S. 24 - 25.
- Mauel, H./Stegemann, O.** (2005). Regelleistungen sind tabu. *Altenheim*, 44. Jg., 2, S. 32 - 34.
- Michel-Fabian, R.** (2002). Heime können mehr. *Altenheim*, 41. Jg., 12, S. 38 - 40.
- Möller, J./Heinzl, H.** (2002). Neu: EFQM Zertifikat im Gesundheitswesen. *Krankenhaus umschau (ku)*, 71. Jg., 3, S. 194 - 198.
- Neumann, S.** (2003) Heute wissen, was morgen zu tun ist. *Altenheim*, 42. Jg., 1, S. 24 - 26.
- Neumann, S.** (2004). Agieren heißt die Devise. *Altenheim*, 43. Jg., 1, S. 36 - 39.
- o.V.** (2005a). Medizinischer Dienst entwickelt neue Prüfkriterien für Heime. *Altenheim*, 44. Jg., 3, S. 22 - 23.
- o.V.** (2005b). Deutschland hat Nachholbedarf in palliativer Geriatrie. *Altenheim*, 44. Jg., 4, S. 26 - 27.
- Paeger, M.D.A./Möller, J.** (1997). Interne Qualitätssicherung im Krankenhaus. Erste abgeschlossene Selbstbewertung einer deutschen Klinik nach dem Europäischen Modell für Qualität. *f/w* , 14. Jg., 3, S. 242 - 245.

- Pick, P.** (2003). Der Medizinische Dienst bleibt am Ball. *Altenheim*, 42. Jg., 3, S. 22 - 26.
- Plümpe, J.** (2002). Verzicht auf Heime? *Altenheim*, 41. Jg., 5, S. 48 - 52.
- Poniewaz, E.** (2003). Das Unternehmen gezielt steuern. *Altenheim*, 42. Jg., 7, S. 20 - 26.
- Poser, M./Gesell, A.** (2004). Gemeinsamkeit schaffen - Synergie nutzen. *Altenheim*, 43. Jg., 3, S. 18 - 21.
- Röber, M.** (2002). Chancen und Hürden. *Altenheim*, 41. Jg., 5, S. 39 - 44.
- Roth, T.** (2005). Gleiche Leistung – unterschiedliche Entgelte. *Altenheim*, 44. Jg., 4, S. 43 - 47.
- Roth, T./Koh, M.** (2003). Denn aller Anfang ist schwer. *Altenheim*, 42. Jg., 7, S. 30 - 33.
- Roth, T./Koh, M.** (2004). Rechte und Pflichten zum Personalabgleich. *Altenheim*, 43. Jg., 7, S. 30 - 33.
- Saenger, U.** (2002a). Wer richtig fragt erfährt mehr. *Altenheim*, 41. Jg., 2, S. 34 - 37.
- Saenger, U.** (2002b). Wer richtig fragt erfährt mehr. *Altenheim*, 41. Jg., 3, S. 34 - 36.
- Saenger, U.** (2003). Bewohner gestalten den Qualitätsprozess mit. *Altenheim*, 42. Jg., 10, S. 36 - 38.
- Schäfer, H./Langer, G.** (2005). Managementsystem im Kontext des Nachhaltigkeits-Ansatzes. *Controlling*, 17. Jg., 1, S. 5 - 13.
- Scheu, C.** (2002a). Qualitätsmanagement erleichtern. In: Hellmann, W. (Hrsg.): *Qualität meistern – KTQ im EFQM-Kontext*. Krankenhaus umschau Sonderheft Qualitätsmanagement, 9, 2002, S. 35 - 37.
- Scheu, C.** (2002b). Modell eines krankenhausspezifischen Fragenkatalogs nach EFQM-Kriterien. In: Hellmann, W. (Hrsg.): *Qualität meistern – KTQ im EFQM-Kontext*. Krankenhaus umschau Sonderheft Qualitätsmanagement, 9, 2002, S. 38 - 49.
- Schröders von, N.** (2005). Qualität. *Krankenhaus umschau (ku)*, 74. Jg., 5, S. 436.

Schubert, H.-J./Bäuerle, T. (2005). Damit Veränderungsprozess gelingen. Krankenhaus umschau (ku), 74. Jg., 5, S. 402 - 406.

Schwing, C. (2005). Empathisch um die Patienten kümmern. Krankenhaus umschau (ku), 74. Jg., 7, S. 570 - 573.

Seelos, H.J. (2004). Kulturbewusstes Management im Krankenhaus. f/w , 21. Jg., 6, S. 620 - 623.

Sehlbach, O. (2002). Projekt Kundenbefragung. Altenheim, 41. Jg., 3, S. 37 - 39.

Sowinski, C./Fillibeck, H. (2005). Expertenstandard Sturzprophylaxe. Professionelle Rahmenbedingungen schaffen. Altenheim, 44. Jg., 7, S. 14-17.

Springfeld, H./Uhl, A. (2004). Der Aufwand ist hoch – der Nutzen gering. Altenheim, 43. Jg., 11, S. 16 - 20.

Supe, V. (2002). Systematisch vorgehen. Altenheim, 41. Jg. 9, S. 25 - 27.

Tarnow, J./Grabiak, R./Drauschke, S./Bischoff-Everding, C. (2005). Wo bitte geht's zur Vision. Krankenhaus umschau (ku), 74. Jg., 5, S. 398 - 401.

Thiele, A. (2004). Was die Bewohner von morgen erwarten. Altenpflegemonitor 2004. Altenheim, 43. Jg., 10, S. 16 - 19.

Thomae, H. (1971). Die Bedeutung der kognitiven Persönlichkeitstheorie für die Theorie des Alterns. In: Zeitschrift für Gerontologie 4, S. 8 - 18.

Tiebel, C. (2003). Gemeinsame Sache. Altenheim, 42. Jg., 2, S. 18 - 21.

Tölke, C. (2003). Kostenausreißer entdecken. Altenheim, 42. Jg., 11, S. 34 - 37.

Trautwein, I. (2005a). Wissen, wohin die Reise geht. Altenheim, 44. Jg., 4, S. 62 - 65.

Trautwein, I. (2005b). Die richtigen Weichen stellen. Altenheim, 44. Jg., 3, S. 39 - 41.

Twenhöfel, R. (2003). Mit den Mitarbeitern steht und fällt die Sache. Altenheim, 42. Jg., 3, S. 54 - 57.

- Viethen, G./Hoffmann, E./Reeg, M.** (2005). Qualitätsmanagement ist Realität. Krankenhaus umschau Sonderheft Qualitätsmanagement, 6, 2001, S. 9 - 12.
- Wallrafen-Dreisow, H./Weigel, R.** (2002). EFQM wissen, wo man steht. Altenheim, 41. Jg., 9, S. 18 - 22.
- Wanning, D.W.** (2003). Ein klares Profil stärkt die Position. Altenheim, 42. Jg., 3, S. 49 - 52.
- Wernert, G.** (2005). Strategie als Unternehmensmotor. Krankenhaus umschau (ku), 74. Jg., 5, S. 394 - 396.
- Wilkening, K.** (2005). Eine gute Abschiedskultur gestalten. Altenheim, 44. Jg., 4, S. 20 - 23.
- Wittmann, F.** (2002). Stunden der Wahrheit. Altenheim, 41, Jg., 12, S. 22 - 26.
- Wittmann, F.** (2004). Im Dickicht der Paragraphen. Altenheim, 43. Jg., 2, S. 62 - 66.
- Wolff, S.** (2004). Bessere Noten für die Kleinen. Altenheim, 43. Jg., 2, S. 18 - 22.
- Zapp, W.** (2003). Steuern mit Kostenstellen. Altenheim, 42. Jg., 2, S. 28 - 32.
- Ziegler, H.** (1997). Mit Controlling auf der Schiene höherer Wirtschaftlichkeit fahren. Heim und Pflege, 28. Jg., 7, S. 267 - 273.

Erklärung, Teil I

Wir versichern, dass wir die Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer, als der angegebenen Hilfsmittel erstellt haben.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen sind, sind als solche kenntlich gemacht.

Osnabrück, 6. Oktober 2006

Claudia Schröder

Gabriele Schröder-Siefker

Erklärung, Teil II

Die vorliegende Arbeit ist gemeinschaftlich von Claudia Schröder aus Osnabrück und Gabriele Schröder-Siefker aus Wardenburg angefertigt worden. Der unten stehenden Liste kann entnommen werden, wer welchen Teil verfasst hat.

Kapitel	Gabriele Schröder-Siefker	Claudia Schröder	Gabriele Schröder-Siefker und Claudia Schröder
Kapitel A			X
Kapitel B		X	
Kapitel C		X	
Kapitel D	X		
Kapitel E	X		
Kapitel F	Abschnitt I;II; IV; VI; VII	Abschnitt III; V	
Kapitel G	X		
Kapitel H		X	
Kapitel I		X	
Kapitel J	Abschnitt VI	Abschnitt I; II; III; IV; V;VII	Abschnitt VIII
Kapitel K	Abschnitt II 1; II.2; II.4	Abschnitt I; II.3; II. 5	
Kapitel L	Abschnitt I; III; IV; V	Abschnitt II, IV	
Kapitel M	Abschnitt IV	Abschnitt I; II; III	Abschnitt V
Kapitel N	X		
Kapitel O			X

Osnabrück, 6. Oktober 2006

Claudia Schröder

Gabriele Schröder-Siefker