Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim

Beschreibende Ergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in der Schweiz

Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS)

Bern, im November 2015

Berner Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit
Angewandte Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege

Impressum

Titel	Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim – Beschreibende Ergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in der Schweiz. Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS)
Jahr	2015
Autorinnen und Autoren	Kathrin Sommerhalder Eliane Gugler Antoinette Conca Madeleine Bernet Niklaus Bernet Christine Serdaly Sabine Hahn
Projektteam BFH	Madeleine Bernet, Wiss. Mitarbeiterin Niklaus Bernet, Wiss. Assistent Franziska Boinay, Wiss. Mitarbeiterin Antoinette Conca, Statistische Beratung Eliane Gugler, Dozentin, Co-Studienleitung Caroline Gurtner, Wiss. Assistentin Sabine Hahn, Leiterin angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, Studienverantwortung Claudia Mischke, Dozentin Karin Peter, Wiss. Mitarbeiterin Stephanie Schwarzenbach, Wiss. Assistentin, Praktikantin MScN, Transfermodul Christine Serdaly, Studienkoordinatorin Romandie Kathrin Sommerhalder, Dozentin, Studienleitung Friederike Thilo, Wiss. Mitarbeiterin Chantal Wyssen, Praktikantin BScN Zusatzmodul B Anna Ziegler, Wiss. Assistentin
Copyright	Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit Abteilung angewandte Forschung & Entwicklung, Dienstleistung Pflege Murtenstrasse 10, 3008 Bern +41 31 848 37 60 forschung.gesundheit@bfh.ch

Vorwort und Danksagung

Wir freuen uns, mit diesem Bericht die Ergebnisse der Studie RESPONS zu präsentieren. Die Studie RESPONS erfasste die Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner von Schweizer Pflegeheimen und gab ihnen eine Stimme. Die Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner auf die von ihnen wahrgenommene Qualität ist unterlässlich für die Ermittlung zentraler Faktoren zur Qualitätsverbesserung.

Wir danken allen, die dazu beigetragen haben, dass wir die Studie RESPONS erfolgreich durchführen konnten. Besonders herzlich bedanken wir uns bei den Bewohnerinnen und Bewohnern für die Teilnahme an der Studie. Nur durch ihre Bereitschaft und Offenheit war es uns möglich, die Studie durchzuführen. Ein grosser Dank geht an die Heimleitungen, Pflegedienstleitungen, Qualitätsverantwortlichen, Abteilungsleitungen und die Pflegepersonen, die uns bei der Durchführung der Studie unterstützt haben. Sie haben uns die Türen zu den Bewohnerinnen und Bewohnern geöffnet.

Wir bedanken uns bei der Stiftung Pflegewissenschaft Schweiz, der Schweizerischen Alzheimervereinigung und der Berner Fachhochschule für die grosszügige finanzielle Unterstützung des Forschungsprojekts.

Ein Dankeschön für die unterstützende und wertvolle Zusammenarbeit richten wir an unsere Kooperationspartner des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel. Sie haben im Vorfeld unserer Studie die SHURP-Studie durchgeführt und die Basis für unser Forschungsprojekt gelegt.

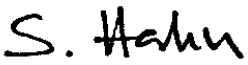
Wichtig zu erwähnen sind die Mitglieder des Projektteams der Studie RESPONS sowie alle Interviewerinnen und Interviewer, die sich für die Durchführung der Studie engagiert haben. Auch ihnen danken wir herzlich.

Schliesslich bedanken wir uns bei folgenden Organisationen, welche die Studie RESPONS ideell unterstützt haben: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, senesuisse – Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz, Dachverband Schweizerischer Patientenstellen, Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter sowie CURAVIVA Schweiz – Verband Heime und Institutionen Schweiz.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

Kathrin Sommerhalder
Studienleitung

Eliane Gugler
Co-Studienleitung



Prof. Dr. Sabine Hahn
Studienverantwortung

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 6

1 Einleitung 10

1.1 Hintergrund 10

1.1.1 Qualität in der Langzeitpflege 10

1.1.2 Bedeutung der subjektiven Perspektive für Qualität 10

1.1.3 Lebensqualität als Qualitätsindikator 11

1.2 Studienziele RESPONS 11

1.3 Aufbau des vorliegenden Berichts 11

2 Methode 12

2.1 Studiendesign 12

2.2 Stichprobe 12

2.2.1 Stichprobe Heime 12

2.2.2 Stichprobe Bewohnerinnen und Bewohner 13

2.3 Erhebungsinstrumente 14

2.3.1 Resident-Quality-of-Life-Fragebogen 14

2.3.2 Pflegeabhängigkeitsskala 16

2.3.3 Cognitive Performance Scale 16

2.4 Datenerhebung 16

2.4.1 Bewohnerbefragung 16

2.4.2 Erfassung von soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Bewohnerdaten 17

2.5 Ethische Aspekte 17

2.6 Datenanalyse 18

2.6.1 Dateneingabe, -kontrolle und -aufbereitung 18

2.6.2 Analyseverfahren 18

3 Ergebnisse 19

3.1 Teilnehmende Heime 19

3.2 Teilnehmende Bewohnerinnen und Bewohner 19

3.2.1 Soziodemografische Merkmale der Studienteilnehmenden 19

3.2.2 Gesundheitsbezogene Merkmale 22

3.2.3 Unterschiede zwischen Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden 26

3.3 Lebensqualität aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner 27

3.3.1 Dimension Komfort 27

3.3.2 Dimension Alltagsgestaltung 28

3.3.3 Dimension Privatsphäre 29

3.3.4 Dimension Autonomie 30

3.3.5 Dimension Würde 31

3.3.6 Dimension Personenzentriertheit 32

3.3.7 Dimensionen der Lebensqualität im Vergleich 33

3.3.8 Dimensionen der Lebensqualität nach Sprachregion 34

3.3.9 Dimensionen der Lebensqualität nach Heimgrösse 35

3.3.10 Dimensionen der Lebensqualität nach Rechtsform der Heime 36

3.3.11 Dimensionen der Lebensqualität nach soziodemografischen Merkmalen 37
3.3.12 Dimensionen der Lebensqualität nach gesundheitsbezogenen Merkmalen 40
3.3.13 Allgemeine Einschätzung der Lebensqualität 42
3.4 Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner 43
3.4.1 Zufriedenheit mit der Pflege 43
3.4.2 Empfehlung des Heims an Andere 43
3.4.3 Gesamtbewertung mit Schulnote 44
3.4.4 Allgemeines Wohlbefinden im Heim 44
3.4.5 Allgemeine Einschätzung der Pflegequalität 45
4 Synthese der Ergebnisse 46
4.1 Insgesamt hohe Bewertung der Lebensqualität und Zufriedenheit 46
4.2 Unterschiede in den Dimensionen der Lebensqualität 46
4.2.1 Schutz der Würde und Wahrung der Privatsphäre gewährleistet 46
4.2.2 Komfort – Schmerzen als zentrales Thema 47
4.2.3 Autonomie nicht durchwegs gegeben 47
4.2.4 Alltagsgestaltung als Herausforderung 48
4.2.5 Investition in eine personenzentrierte Pflege und Betreuung 48
4.3 Pflegeabhängigkeit, kognitive und gesundheitliche Einschränkungen als Risiko für schlechtere Lebens- und Pflegequalität 49
4.4 Zusammenfassung 50
4.5 Weiteres Vorgehen 50
5 Literatur 51
6 Anhang 53
6.1 Abbildungsverzeichnis 53
6.2 Tabellenverzeichnis 54

Zusammenfassung

Einleitung

In der Schweiz leben heute fast 10 Prozent der 80- bis 84-jährigen und 44 Prozent der über 94-jährigen Personen in Pflegeheimen. Mit der demografischen Veränderung wird sich die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in den nächsten Jahren erhöhen. Die zunehmende Multimorbidität und der steigende Fachkräftemangel tragen dazu bei, dass die Gewährleistung einer hohen Pflegequalität zukünftig zu einer grossen Herausforderung werden wird, wobei eine qualitativ hochstehende Langzeitpflege national und international an Bedeutung gewinnt.

Bis heute wird die Pflegequalität in den Pflegeheimen meist aus der Sicht von Gesundheitsfachpersonen mit objektiven Ergebniskriterien wie beispielsweise Sturz- und Dekubitusraten, freiheitseinschränkenden Massnahmen oder Mangelernährung erfasst. Um ein umfassenderes Bild der Pflegequalität zu erhalten, ist es jedoch wichtig, zusätzlich die subjektive Einschätzung der Betroffenen einzubeziehen. Die Zufriedenheit mit der Pflege ist ein verbreiteter Indikator zur Ermittlung von Informationen über die subjektiv wahrgenommene Pflegequalität. Im Bestreben, aus der Bewohnerperspektive ein umfassendes Verständnis von Pflegequalität zu erhalten, wird vermehrt die Lebensqualität in den Diskurs über die Qualität in der Langzeitpflege eingebracht. Die Lebensqualität wird als Indikator von Pflegequalität verstanden.

Die Studie RESPONS hat zum Ziel, Pflege- und Lebensqualität aus der Sicht der Heimbewohnenden in Schweizer Pflegeheimen zu untersuchen und Zusammenhänge zwischen subjektiven und objektiven Pflegequalitätsindikatoren und Charakeristika von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern zu erforschen. Die Studie RESPONS ist ein Kooperationsprojekt mit dem Swiss Nursing Homes Human Ressource Project (SHURP-Studie) des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel.

Methode

Design: Die Studie RESPONS ist eine multizentrische Querschnittstudie.

Stichprobe: Aus den Pflegeheimen der Deutschschweiz und der Romandie, die an der SHURP-Studie teilgenommen hatten, wurde eine randomisierte und nach Sprachregion und Heimgrösse stratifizierte Stichprobe gezogen. Aus den insgesamt 51 teilnehmenden Heimen wurden im zweiten Schritt die Bewohnerinnen und Bewohner für die Studie rekrutiert. In die Studie eingeschlossen wurden Bewohnerinnen und Bewohner mit bis zu mässigen kognitiven Einschränkungen (Cognitive Performance Scale <4). Diese Personen mussten zudem in der Lage sein, an einem 20-minütigen mündlichen Interview in einer Schweizer Landessprache teilzunehmen.

Erhebungsinstrumente: Für die Datenerhebung wurden drei Erhebungsinstrumente eingesetzt:

- Der Resident-Quality-of-Life-Fragebogen (RQL) erfasst die Lebensqualität als umfassendes, mehrdimensionales Konstrukt, die Zufriedenheit mit der Pflege und der Institution und das emotionale Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner. Der Fragebogen wurde für die Studie RESPONS übersetzt, validiert und durch zusätzliche Fragen ergänzt.
- Die Pflegeabhängigkeit wurde mit der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) erfasst. Die PAS bildet die aktuelle Pflegeabhängigkeit einer Person ab. Sie erfasst 15 pflegerelevante Aspekte von Abhängigkeit in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht.
- Der kognitive Zustand der Bewohnerinnen und Bewohner wurde mit der Cognitive Performance Scale (CPS) erfasst. Die CPS stellt Fragen zum Bewusstseinszustand, zur Entscheidungsfähigkeit, zur Verständlichkeit, zum Kurzzeitgedächtnis und zur Ernährung.

Datenerhebung: Die Lebensqualität, die Zufriedenheit und das emotionale Wohlbefinden wurden in strukturierten mündlichen Interviews mit den Bewohnerinnen und Bewohnern ermittelt. Durch die Berner Fachhochschule geschulte Mitarbeitende haben die Interviews zwischen November 2013 und November 2014 durchgeführt.

Die soziodemografischen Daten, die kognitive Leistungsfähigkeit und die Pflegeabhängigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner wurden bei den Heim- und Pflegeverantwortlichen erhoben.

Datenanalyse: Die Charakteristika der Bewohnerinnen und Bewohner, die Lebensqualität und die Zufriedenheit wurden deskriptiv ausgewertet. Zur Ermittlung von Zusammenhängen und Gruppenunterschieden wurden ausgewählte Variablen bivariat analysiert.

Synthese der Ergebnisse

Teilnehmende Bewohnerinnen und Bewohner

An der Studie RESPONS nahmen 1035 Bewohnerinnen und Bewohner aus 51 Pflegeheimen der deutsch- und der französischsprachigen Schweiz teil (Deutschschweiz: 38 Heime; Romandie: 13 Heime). Drei Viertel der teilnehmenden Bewohnerinnen und Bewohner waren Frauen (76 %). Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 86 Jahre alt und seit rund dreieinhalb Jahren im Heim. Die Pflegeabhängigkeit der befragten Bewohnerinnen und Bewohner betrug im Durchschnitt 64 von total 75 Punkten, was einer niedrigen Pflegeabhängigkeit entspricht. 46 Prozent der Teilnehmenden hatten einen CPS-Wert von 0 und somit keine kognitive Beeinträchtigung. 54 Prozent der Teilnehmenden wiesen einen CPS-Wert zwischen 1 und 3 auf, was einer milden bis mittelschweren kognitiven Beeinträchtigung entspricht.

Lebensqualität aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner

Die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner bewerteten ihre Lebensqualität insgesamt als gut: Sieben von zehn Bewohnerinnen und Bewohnern schätzten ihre allgemeine Lebensqualität im Heim als gut (62 %) oder sehr gut (9 %) ein. Die sechs Dimensionen der Lebensqualität wurden hingegen unterschiedlich positiv bewertet: Am besten schnitten die Dimensionen Privatsphäre und Würde ab, gefolgt von den Dimensionen Autonomie, Komfort, und Alltagsgestaltung. Die Dimension Personenzentiertheit schnitt am schlechtesten ab.

- *Schutz der Würde und Wahrung der Privats- und Intimsphäre gewährleistet*

  Die Dimensionen Privatsphäre und Würde erreichten eine durchschnittliche Bewertung von 2.9 Punkten auf einer Skala zwischen 1 und 3 und wurden damit von den Bewohnerinnen und Bewohnern sehr hoch bewertet. In der Dimension Privatsphäre gaben neun von zehn Befragten an, im Heim Rückzugsmöglichkeiten zu finden, um ungestört zu telefonieren und mit Besuchern uneingeschränkt zu interagieren.

  Auch der Schutz der Würde ist gemäss den Befragten im Pflegeheim gewährleistet. So fühlen sich über 85 Prozent der Befragten mit Höflichkeit und Respekt behandelt und in ihrer Intimsphäre respektiert. Die Sicherheit im Pflegeheim – ebenfalls Bestandteil der Dimension Würde – scheint gewährleistet zu sein: Über 90 Prozent der Befragten fühlten sich in ihrem Pflegeheim sicher und geborgen. Sie äusserten, Hilfe zu erhalten, wenn diese notwendig sei. Knapp 80 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner gaben an, dass ihre persönlichen Gegenstände im Heim sicher seien.

  Der Schutz der Würde und die Wahrung der Privat- und Intimsphäre sind zentrale Rahmenbedingungen für eine gute Pflege- und Betreuungsqualität in der Langzeitpflege. Sie scheinen in den Pflegeheimen der deutsch- und französischsprachigen Schweiz generell gewährleistet zu sein.

- *Komfort – Schmerzen als zentrales Thema*

  Die Dimension Komfort wurde mit einem durchschnittlichen Wert von 2.5 auf einer Skala zwischen 1 und 3 bewertet. In der Dimension Komfort war das Erleben von Schmerzen ein zentrales Thema für die befragten Bewohnerinnen und Bewohner. 59 Prozent der Befragten litten mindestens teilweise an Schmerzen. Da Schmerzen sich auf alle Lebensbereiche negativ auswirken, ist es bedeutsam, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner ein individuell angepasstes Schmerzmanagement erfahren, das zur Schmerzlinderung beiträgt.

  Positiver als die Schmerzen wurde die Umgebungstemperatur in den Zimmern der Bewohnenden erlebt. Hier gaben 81 Prozent der Teilnehmenden an, nicht frieren zu müssen.

- *Autonomie nicht durchwegs gegeben*

  Die Lebensqualitätsdimension Autonomie wurde mit dem durchschnittlichen Wert von 2.6 auf einer Skala zwischen 1 und 3 bewertet. Die räumlichen Bedingungen, die Selbständigkeit ermöglichen, scheinen in den Pflegeheimen erfüllt zu sein. So berichteten über 80 Prozent der Befragten, dass es für sie einfach sei, sich im Zimmer zu bewegen, und dass ihre persönlichen Gegenstände so platziert seien, dass sie sie gut erreichen könnten. Um ihre persönlichen Gegenstände konnten sich vier von fünf Befragten so kümmern, wie sie dies wollten.

  Hingegen scheint die Selbstbestimmung in der Gestaltung des Alltags nicht durchwegs gegeben zu sein. So gaben zwar rund 90 Prozent der befragten Bewohnerinnen und Bewohner an, selbst wählen zu können, welche Kleider sie anziehen und wann sie zu Bett gehen wollten. Jedoch konnte der Zeitpunkt des Aufstehens nur von zwei Dritteln der Befragten selbst gewählt werden. Auch individuelle Hobbies, die Freude bereiten, konnten nur 61 Prozent der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner ausüben.

  Die Gewährleistung der Selbstbestimmung in alltäglichen Belangen ist ein zentraler Bestandteil eines würdigen Umgangs mit älteren Menschen und ihrerseits ein wichtiger Faktor für eine gute Lebensqualität der Menschen in Pflegeheimen. Die Selbstbestimmung scheint in den Pflegeheimen nicht durchwegs gegeben zu sein. Eine kritische Reflexion über die Möglichkeiten, trotz Abhängigkeiten und institutionellen Rahmenbedingungen eine Kultur der Selbstbestimmung zu gewährleisten, ist daher vonnöten.

- *Alltagsgestaltung als Herausforderung*

  Die Lebensqualitätsdimension Alltagsgestaltung wurde mit dem durchschnittlichen Wert von 2.5 auf einer Skala von 1 bis 3 bewertet. Das Essen als Element der Alltagsgestaltung wurde von drei Viertel der Befragten positiv bewertet. Für 62 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner wurden unter der Woche Aktivitäten angeboten, die Freude bereiten. Am Wochenende traf dies allerdings nur für 29 Prozent der Befragten zu. 48 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner gaben an, Dinge im Pflegeheim verändern zu können, die sie nicht mögen.

  Trotz vieler Bemühungen der Pflegeheime scheinen die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner betreffend Alltagsgestaltung nicht vollends erfüllt zu sein. Ein aktiver Einbezug der Bewohnerinnen und Bewohner in die Alltagsgestaltung scheint hier wichtig zu sein.

- *Investition in eine personenzentrierte Pflege und Betreuung*

  Die Lebensqualitätsdimension Personenzentriertheit war mit dem durchschnittlichen Wert von 2.2 auf einer Skala zwischen 1 und 3 die am schlechtesten bewertete Dimension. So gab nur ein Drittel der Befragten an, dass sich das Personal für ihre Lebensgeschichte interessiere. 57 Prozent der Befragten fühlte sich vom Personal und 37 Prozent der Befragten von den Mitbewohnenden als Person mit individuellen Vorlieben wahrgenommen. Alltägliche und vertrauensvolle Kontakte zum Personal waren gemäss den Befragten nur teilweise vorhanden. So gaben lediglich 30 Prozent der Befragten an, dass das Personal manchmal bei ihnen vorbeischaue, nur um zu reden. Weitere 60 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohnern gaben an, eine Vertrauensperson beim Personal zu haben.

  Eine personenzentrierte Behandlung, Pflege und Betreuung bilden ein zentrales Konzept für die Langzeitpflege und gelten als Leitkonzept nationaler und internationaler gesundheitspolitischer Initiativen. In der deutsch- und französischsprachigen Schweiz scheint dieses Leitkonzept in den Pflegeheimen nur teilweise umgesetzt zu sein.

Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner

Die befragten Bewohnerinnen und Bewohner waren insgesamt zufrieden mit ihrem Pflegeheim. So bejahten drei Viertel der befragten Bewohnerinnen und Bewohner die Frage, ob sie gerne im Heim leben, und 94 Prozent äusserten, dass sie ihr Heim anderen weiterempfehlen würden.

Auch mit der Pflege im Heim waren die Bewohnerinnen und Bewohner grundsätzlich zufrieden. Neun von zehn Bewohnerinnen und Bewohnern meinten, dass sie im Pflegeheim gut bis sehr gut gepflegt würden.

Die Kommunikation und Information des Pflegepersonals scheinen mehrheitlich gewährleistet zu sein: 79 Prozent der Befragten gaben an, dass das Pflegepersonal ihnen zuhöre, und 69 Prozent, dass die Pflegepersonen ihnen tägliche Pflegeverrichtungen erklären würden. Weitere 73 Prozent der Befragten bejahten die Frage, dass das Personal vor dem Betreten des Zimmers warte, bis die Bewohnerinnen

und Bewohner es ins Zimmer bitte. 79 Prozent antworteten mit einem Nein auf die Frage, ob das Pflegepersonal ihnen gegenüber schon wütend geworden sei.

Trotz dieser insgesamt hohen Bewertung der Zufriedenheit scheint die Gewährleistung einer professionellen Kommunikation und Information nach wie vor eine Herausforderung darzustellen, denn 17 bis 24 Prozent der Befragten bewerteten die Fragen zur Kommunikation und Information des Pflegepersonals negativ.

Pflegeabhängigkeit, kognitive Einschränkungen und schlechter Gesundheitszustand beeinflussen die Lebens- und Pflegequalität negativ

Die Ergebnisse der Studie RESPONS weisen darauf hin, dass mit zunehmender Pflegeabhängigkeit und kognitiven Einschränkungen sowie mit schlechterem subjektivem Gesundheitszustand die Beurteilungen der Pflege- und Lebensqualität schlechter ausfallen. Diese Tendenz zeigt sich bei mehreren Dimensionen der Lebensqualität sowie bei der Zufriedenheit. Diese Zusammenhänge sind ernst zu nehmen, zeigt sich doch die Lebens- und Pflegequalität in Pflegeheimen gerade darin, wie gut die am meisten auf Pflege angewiesenen Bewohnerinnen und Bewohner gepflegt und betreut werden. Bevor jedoch Schlussfolgerungen gezogen werden können, braucht es weitere vertiefende Analysen.

Im Unterschied zu den gesundheitsbezogenen Merkmalen zeigen sich bei den Eigenheiten der Institutionen (Sprachraum, Heimgrösse und Rechtsform der Heime) und den soziodemografischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer, Wohnform) keine klaren Tendenzen betreffend die Unterschiede in der Bewertung der Lebens- und Pflegequalität.

Schlussfolgerungen

Die Studie RESPONS liefert erstmalig für die Schweiz repräsentative Daten von Bewohnerinnen und Bewohnern zur Lebensqualität und Zufriedenheit in Pflegeheimen der deutsch- und französischsprachigen Schweiz. Insgesamt beurteilten die Bewohnerinnen und Bewohner die Qualität in Pflegeheimen dieser beiden Schweizer Sprachregionen als gut. Handlungsbedarf besteht vorwiegend im Schmerzmanagement, in der Alltagsgestaltung, der Selbstbestimmung und in der personenzentrierten Pflege und Betreuung.

Dieser Bericht präsentiert die Ergebnisse der Studie RESPONS. Die Studienresultate werden in der Folge weiteren Analysen unterzogen zur Gewinnung eines vertieften Verständnisses der Qualität aus Sicht der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Durch gemeinsame Analysen mit der SHURP-Studie sollen zusätzliche Erkenntnisse zum Verständnis der Qualität in Schweizer Pflegeheimen gewonnen werden. Die Erkenntnisse werden für die Praxis wichtige Anhaltspunkte für das Qualitätsmanagement liefern. Die teilnehmenden Heime werden zudem einen vergleichenden Bericht erhalten, in dem die eigene Institution anderen teilnehmenden Heimen gegenübergestellt wird.

Schlüsselwörter

Lebensqualität, Zufriedenheit, Pflegequalität, Pflegeheime, Bewohnerinnen und Bewohner

1 Einleitung

Die Studie RESPONS (Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland) der Berner Fachhochschule ist ein Forschungsprojekt, in dem 1035 Bewohnerinnen und Bewohner aus 51 Pflegeheimen der Schweiz zur Lebensqualität und Zufriedenheit befragt wurden. Die Studie RESPONS hat zum Ziel, die Pflegequalität aus Sicht von Bewohnerinnen und Bewohnern aus Schweizer Pflegeheimen zu beschreiben sowie Zusammenhänge zwischen subjektiven und objektiven Pflegequalitätsindikatoren und Charakeristika von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern zu erforschen.

Die Studie RESPONS ist ein Kooperationsprojekt mit der SHURP-Studie (Swiss Nursing Homes Human Ressource Project) des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel. Das Ziel der SHURP-Studie besteht darin, ein besseres Verständnis der Zusammenhänge zwischen den Merkmalen des Pflegepersonals, der Arbeitsumgebung, der Pflegequalität und den Ergebnissen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern in Schweizer Pflegeheimen zu gewinnen. Die beiden Studien RESPONS und SHURP widmen sich damit der Pflegequalität in Pflegeheimen aus unterschiedlichen Blickwinkeln.

Der vorliegende Bericht präsentiert die beschreibenden Ergebnisse der Studie RESPONS.

1.1 Hintergrund

1.1.1 Qualität in der Langzeitpflege

Eine qualitativ hochstehende Langzeitpflege ist national und international von zentraler Bedeutung. In der Schweiz fordern Gesetzgebung sowie fachliche und betriebliche Standards die Sicherung der Pflegequalität. Darüber hinaus müssen sich die Institutionen den sich verändernden Ansprüchen von Pflegeheimbewohnerinnen, -bewohnern und Angehörigen nach einer qualitativ hochstehenden Pflege stellen. Trotzdem wurde die Pflegequalität aus der Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen selten systematisch erfasst. Für die Schweiz liegen bis heute diesbezüglich keine umfassenden Ergebnisse vor.

In der Schweiz leben heute 9 Prozent der 80- bis 84-jährigen und 44 Prozent der über 94-jährigen Personen in Pflegeheimen (Bundesamt für Statistik, 2012). Mit der demografischen Veränderung wird sich die Anzahl Pflegebedürftiger in den nächsten Jahren erhöhen (Höpflinger, Bayer-Oglesby & Zumbrunn, 2011). Zunehmende Multimorbidität und steigender Fachkräftemangel tragen zusätzlich dazu bei, dass die Gewährleistung einer hohen Pflegequalität zukünftig zu einer grossen Herausforderung werden wird.

1.1.2 Bedeutung der subjektiven Perspektive für Qualität

Bis heute wird die Pflegequalität meist aus der Sicht von Gesundheitsfachpersonen mit Ergebniskriterien wie beispielsweise Sturz- und Dekubitusraten, freiheitseinschränkenden Massnahmen oder Mangelernährung erfasst. Um ein umfassenderes Bild der Pflegequalität zu erhalten, ist es wichtig, zusätzlich die subjektive Einschätzung der Betroffenen einzubeziehen.

Die Zufriedenheit mit der Pflege ist ein verbreiteter Indikator, um Informationen über die subjektiv wahrgenommene Pflegequalität zu gewinnen (Chou, Boldy & Lee, 2002; Wagner & Bear, 2009). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass die Zufriedenheit nur einen begrenzten Teil des Gesamtkonzepts Pflegequalität zu beschreiben vermag (Ryden et al., 2000). Dies kann darin begründet sein, dass Zufriedenheit auf einem Modell beruht, das die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner als Konsumierende versteht. Ausgehend davon werden die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner als Personen wahrgenommen, die in der Lage sind, zu wählen, wo und von wem sie gepflegt und behandelt werden wollen (Baron-Epel, Dushenat & Friedman, 2001). Gemäss Estermann und Kneubühler (2008) ist dieses Konsumentenmodell für die Langzeitpflege nicht geeignet. Im Gegensatz zum Akutbereich leben die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner meist bis zu ihrem Lebensende im Pflegeheim und nehmen nicht nur vorübergehend eine medizinische Dienstleistung in Anspruch. Vielmehr gleichen die Betroffenen ihr Leben und ihren Alltag dem Pflegeheim, dem „neuen Zuhause" an (Bergland & Kirkevold, 2005). Zusätzlich sind sie aufgrund von physischen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen oft von den Pflegepersonen abhängig. Demzufolge sind die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner weder unabhängig, wie dies im Konsumentenmodell postuliert wird, noch haben sie die vollständige Wahlmöglichkeit in Bezug auf ihre Pflegepersonen und das Betreuungsangebot.

Aber für ein umfassendes Verständnis von Pflegequalität aus der Bewohnerinnen- und Bewohnerperspektive reicht die Erfassung der Zufriedenheit mit der Pflege allein nicht aus.

1.1.3 Lebensqualität als Qualitätsindikator

Deshalb wird Lebensqualität in den Diskurs um die Qualität in der Langzeitpflege eingebracht (Cooney, Murphy & O'Shea, 2009; Estermann & Kneubühler, 2008; Kane et al., 2003). In welchem Ausmass Pflegequalität und Lebensqualität korrelieren, kann nicht abschliessend beantwortet werden. Unter der Annahme, dass die Lebensqualität der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner positiv mit Pflegequalität zusammenhängt, kann Lebensqualität als Indikator von Pflegequalität verstanden werden (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2010). Deshalb wird die Messung der Lebensqualität – als ein Indikator der Betroffenenperspektive – zunehmend als unabdingbarer Bestandteil von Qualitätsentwicklung anerkannt. Die Studie RESPONS hat sich daher zum Ziel gesetzt, Pflege- und Lebensqualität aus der Sicht der Heimbewohnenden in Schweizer Pflegeheimen zu untersuchen.

1.2 Studienziele RESPONS

Die Studie RESPONS verfolgt drei Ziele:

1. Beschreibung der Zufriedenheit mit der Pflege und der Lebensqualität aus der Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen (subjektive Qualitätsindikatoren).
2. Erforschung der Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der Pflege, der Lebensqualität, den Charakteristika der Bewohnerinnen und Bewohner (soziodemografische Daten, Grad der Pflegeabhängigkeit, kognitiver Status, emotionales Wohlbefinden) und Faktoren der Einrichtung (Grösse des Pflegeheims, rechtlicher Status).
3. Erforschung der Zusammenhänge zwischen subjektiven und objektiven Qualitätsindikatoren sowie den Charakteristika des Pflegepersonals (in Zusammenarbeit mit SHURP).

1.3 Aufbau des vorliegenden Berichts

Der vorliegende Bericht fasst die beschreibenden Ergebnisse der Studie RESPONS zusammen (Zielsetzung 1) und zeigt erste Tendenzen der Zusammenhänge zwischen der Lebensqualität und Zufriedenheit sowie Merkmalen der Institution und der Bewohnerinnen und Bewohner (Zielsetzung 2). Im Kapitel 2 Methode wird die Vorgehensweise der Studie dargestellt. Es wird beschrieben, wie die Heime und Bewohnerinnen und Bewohner für die Studie rekrutiert wurden und wie die Daten erhoben und ausgewertet wurden. Das Kapitel 3 Ergebnisse stellt dar, welche Heime und Bewohnerinnen und Bewohner an der Studie RESPONS teilgenommen haben und wie die Bewohnerinnen und Bewohner die Lebensqualität im Heim und die Zufriedenheit mit der Pflege eingeschätzt haben. Die Ergebnisse zur Lebensqualität und zur Zufriedenheit werden zusätzlich nach Sprachregion, Heimgrösse, Rechtsform und nach soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen dargestellt. Dem Ergebniskapitel folgt in Kapitel 4 eine Synthese der Ergebnisse.

2 Methode

2.1 Studiendesign

Die Studie RESPONS ist eine multizentrische Querschnittsstudie; das heisst, an verschiedenen Erhebungsorten wurden zu einem bestimmten Zeitpunkt Daten erhoben.

2.2 Stichprobe

2.2.1 Stichprobe Heime

In einem ersten Schritt wurde die Stichprobe der Pflegeheime gebildet. Das ursprüngliche Ziel war es, 52 Pflegeheime aus der ganzen Schweiz für die Studie zu rekrutieren. Leider war es nicht möglich, die Bewilligung des Kantons Tessin zur Durchführung der Studie in vier Tessiner Heimen zu erhalten. Somit konnten Heime der italienischsprachigen Schweiz nicht in die Studie einbezogen werden.

Für die Bildung der Stichprobe wurde aus allen Heimen der Deutschschweiz und der Romandie, die an der SHURP-Studie teilgenommen hatten (n=163), eine randomisierte und nach Sprachregion (Deutschschweiz und Romandie) und Heimgrösse (kleines Heim: 20-49 Betten, mittleres Heim: 50-99 Betten, grosses Heim: 100 und mehr Betten) stratifizierte Stichprobe von 86 Pflegeheimen gezogen. 52 Pflegeheime sagten einer Studienteilnahme zu. Ein Pflegeheim musste während der Bildung der Bewohnerstichprobe wieder von der Studienteilnahme ausgeschlossen werden, weil zu wenig Bewohnerinnen und Bewohner für die Studie rekrutiert werden konnten. Abbildung 1 zeigt die Stichprobenbildung der Heime.

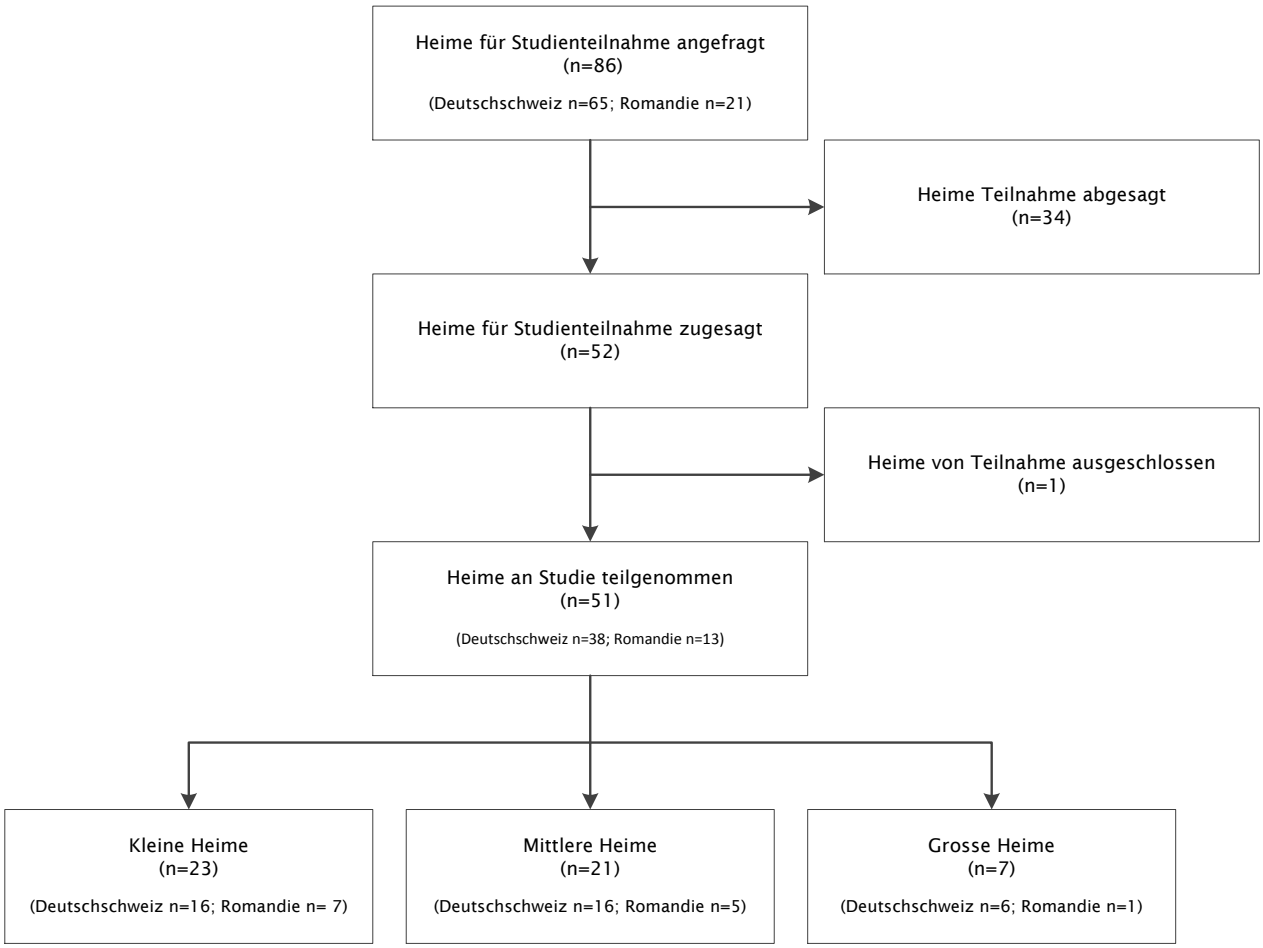


Abbildung 1: Stichprobenbildung der Heime

2.2.2 Stichprobe Bewohnerinnen und Bewohner

Aus den 51 teilnehmenden Heimen wurden in einem zweiten Schritt die Bewohnerinnen und Bewohner für die Studie rekrutiert. In die Studie eingeschlossen wurden Bewohnerinnen und Bewohner mit bis zu mässigen kognitiven Einschränkungen (Cognitive Performance Scale <4). Diese Personen mussten zudem in der Lage sein, an einem 20-minütigen mündlichen Interview in einer Schweizer Landessprache teilzunehmen. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
▸ Freiwilligkeit der Teilnahme, bekundet durch eine schriftliche Einverständniserklärung der Bewohnerinnen und Bewohner resp. deren Beistand und bestätigt durch das mündliche Einverständnis unmittelbar vor dem Interview ▸ Sprechen und verstehen der deutschen und französischen Sprache	▸ Schwere kognitive Beeinträchtigung (definiert über einen Score ≥4 auf der Cognitive Performance Scale) ▸ Schlechter physischer Zustand, der eine Teilnahme am Interview nicht zulässt, z. B. schwere Dyspnoe, Erschöpfung (gemäss Beurteilung durch eine Pflegefachperson) ▸ Schlechter psychischer Zustand, z. B. akute Angststörung, schwere Depression, akute psychotische Krise (gemäss Beurteilung durch eine Pflegefachperson)

Insgesamt wurde bei 2955 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern geprüft, ob sie den Ein- und Ausschlusskriterien bezüglich Studienteilnahme entsprächen. Zusätzlich zu den Daten, die für die Prüfung des Ein- und Ausschlusses in die Studie benötigt wurden, wurden das Alter und Geschlecht der Bewohnerinnen und Bewohner erfasst. Die Bewohnerdaten wurden in Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Heimen bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern erhoben, ausser bei Bewohnerinnen und Bewohnern aus demenzspezifischen Abteilungen. Bezogen auf die Bettenzahl der teilnehmenden Pflegeheime repräsentieren die 2955 Bewohnerinnen und Bewohner 89 Prozent der Pflegeheimplätze der teilnehmenden Heime[1].

1763 Bewohnerinnen und Bewohner kamen für eine Studienteilnahme in Frage. 106 davon wurden durch Randomisierung ausgeschlossen, weil sonst die Zielgrösse der Anzahl geplanter Interviews pro Heim überschritten worden wäre. Als Zielgrösse wurde folgende Anzahl Interviews angestrebt: in den kleinen Heimen Interviews mit 15, in den mittleren Heimen Interviews mit 30 und in den grossen Heimen Interviews mit 45 Bewohnerinnen und Bewohnern.

1657 Bewohnerinnen und Bewohner wurden in Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Pflegeheimen für eine Studienteilnahme angefragt und um ihr schriftliches Einverständnis gebeten. 528 Bewohnerinnen und Bewohner lehnten eine Studienteilnahme ab und 71 Bewohnerinnen und Bewohner nahmen aus gesundheitlichen oder anderen Gründen nicht an der Studie teil. 1035 Bewohnerinnen und Bewohner konnten vollständig interviewt und in die Studie einbezogen werden. Bei 23 Bewohnerinnen und Bewohnern musste das Interview vorzeitig abgebrochen werden, weil sich herausstellte, dass die Teilnehmenden nicht auf Fragen antworten konnten (n=14), weil sie im Verlauf des Gesprächs sehr müde wurden (n=6), weil die Fortsetzung des Interviews abgelehnt wurde (n=1) oder aus einem nicht genannten Grund (n=1). Diese 23 Bewohnerinnen und Bewohner wurden aus der Studie ausgeschlossen.

[1] Die an der Studie RESPONS teilnehmenden Heime verfügten insgesamt über 3329 Pflegeheimbetten. Die Anzahl Pflegeheimbetten wurde im Januar 2015 im Rahmen der Studie RESPONS bei den teilnehmenden Pflegeheimen erhoben.

Abbildung 2 zeigt, wie die Bewohnerinnen und Bewohner für die Studie ausgewählt und rekrutiert wurden.

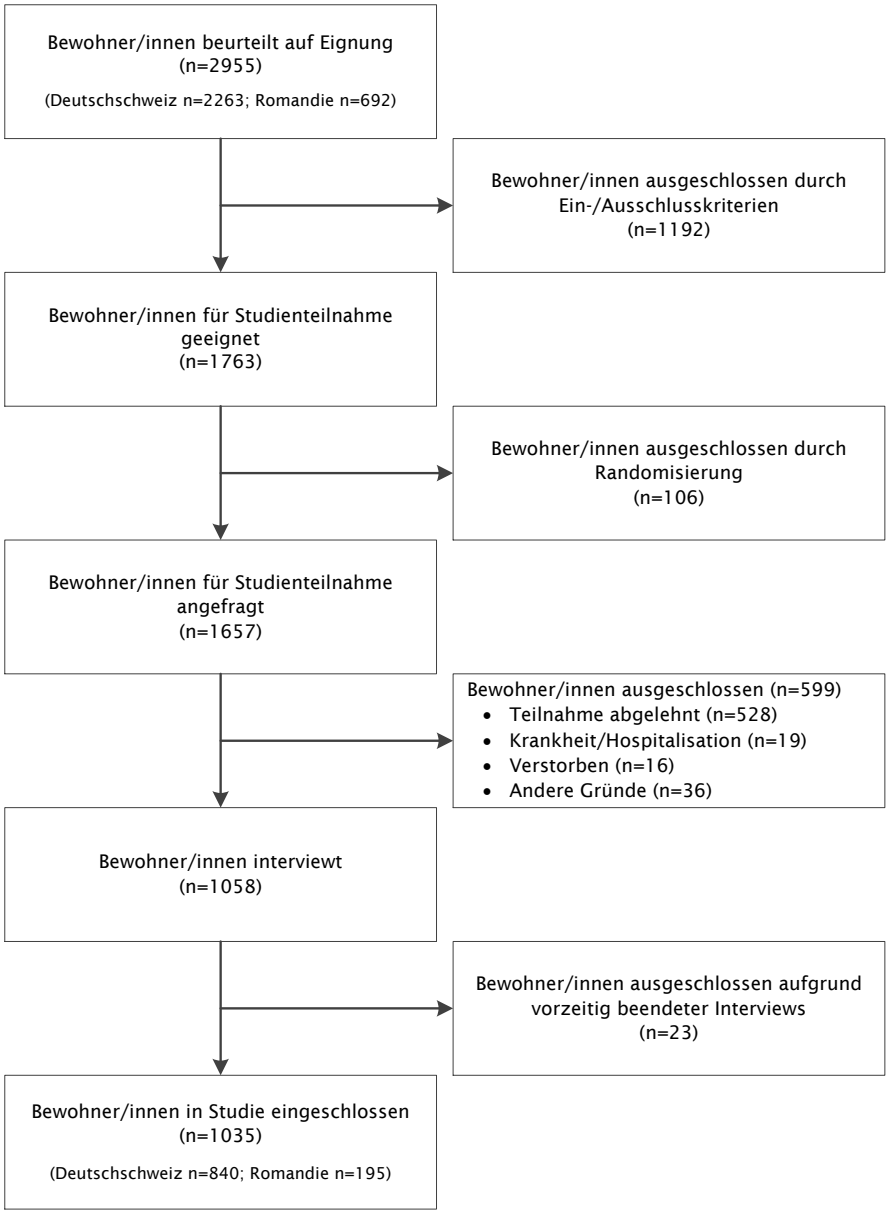


Abbildung 2: Stichprobenbildung der Bewohnerinnen und Bewohner

2.3 Erhebungsinstrumente

In der Studie RESPONS wurden drei Erhebungsinstrumente eingesetzt, die nachfolgend beschrieben werden.

2.3.1 Resident-Quality-of-Life-Fragebogen

Der Resident-Quality-of-Life-Fragebogen (RQL) erfasst die Lebensqualität als umfassendes, mehrdimensionales Konstrukt in den 10 Dimensionen Behaglichkeit, Anpassung der Umgebung, Privatsphäre, bedeutende Aktivitäten, Freude am Essen, Autonomie, Sicherheit, Würde, Individualität und Beziehungen. Zusätzlich zur Lebensqualität erfasst der Fragebogen die Zufriedenheit mit der Pflege sowie die Zufriedenheit mit der Institution und das emotionale Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner.

Der RQL-Fragebogen wurde von Kane et al. (2003) spezifisch für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner entwickelt und validiert. Für die Erfassung des emotionalen Wohlbefindens wurde ein Teil

des Dementia-Quality-of-Life-Fragebogens von Brod, Stewart, Sands und Walton (1999) adaptiert. Der RQL-Fragebogen wird in einer Version mit 52 Fragen zu Lebensqualität, Zufriedenheit und zum emotionalen Wohlbefinden durch das Minnesota Departement of Human Services für staatsweite Befragungen verwendet. Diese Version des RQL-Fragebogens wurde nach einer umfassenden Literaturrecherche und nach Genehmigung der Entwickler für die Studie RESPONS ausgewählt, sprachlich und kulturell adaptiert und auf seine Validität überprüft.

Sprachliche und kulturelle Adaption des RQL-Fragebogens: Mit dem Ziel, eine Äquivalenz zwischen der Originalversion und der Zielversion zu erreichen und so die Übereinstimmung auf der konzeptuellen Ebene in unterschiedlichen Sprach- und Kulturräumen zu erhalten, wurde der RQL-Fragebogen gemäss internationalen Standards aus dem Amerikanischen übersetzt (Martin, Vincenzi & Spirig, 2007; Wild et al., 2005). Kulturell spezifische Ausdrücke wurden nach Rücksprache mit Expertinnen angepasst.

Inhaltsvalidität: Zur Prüfung der Inhaltsvalidität wurde der Fragebogen zehn Expertinnen mit fachlicher Vertiefung in Gerontologie vorgelegt. Die Fragen wurden zudem in einem kognitiven Pretest mit 12 Heimbewohnerinnen und -bewohnern auf Verständlichkeit und Anwendbarkeit überprüft. Im Weiteren wurde ein Standardpretest mit 63 Bewohnerinnen und Bewohnern aus vier Pflegeheimen durchgeführt. Daraus folgten sprachliche Anpassungen im Fragebogen sowie eine Anpassung der Antwortkategorien bei den Fragen zur Lebensqualität und Zufriedenheit auf die drei Antwortmöglichkeiten „ja", „teilweise", „nein".

Konstruktvalidität: Zur Prüfung der dimensionalen Struktur der Konstrukte Lebensqualität, Zufriedenheit und emotionales Wohlbefinden wurde je eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt.

Die ursprünglich 10 Lebensqualitätsdimensionen des RQL-Fragebogens konnten in einer Hauptkomponentenanalyse nicht abgebildet werden. Neu wurden sechs inhaltlich konsistente Dimensionen gebildet. Die einzelnen Fragen zur Lebensqualität luden in der Hauptkomponentenanalyse neu auf den sechs Faktoren Komfort, Alltagsgestaltung, Privatsphäre, Autonomie, Würde und Personenzentriertheit mit einer jeweiligen internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) von α=0.48, 0.59, 0.64, 0.67, 0.67 und 0.68.

In die Prüfung der dimensionalen Struktur des Konstruktes Zufriedenheit konnten nur die Fragen zur Zufriedenheit mit der Pflege einbezogen werden. In der Originalversion des RQL-Fragebogens bildete die Zufriedenheit mit der Pflege einen Fragenkomplex, bestehend aus fünf Fragen. In der Hauptkomponentenanalyse ging die Zufriedenheit mit der Pflege als ein Faktor hervor, jedoch nur aus vier der fünf Fragen des RQL-Fragebogens bestehend. Nach Weglassen der Frage „Können Sie sich jemandem, der hier wohnt, anvertrauen?" betrug das Cronbachs Alpha 0.36.

Das emotionale Wohlbefinden bildete sich in der Hauptkomponentenanalyse als ein Faktor heraus, bestehend aus allen neun Fragen des RQL-Fragebogens. Die interne Konsistenz zeigte sich mit einem Cronbachs Alpha von 0.70.

Deutsche Version des RQL-Fragebogens: Für die Studie RESPONS wurde der RQL-Fragebogen in der Originalversion um folgende fünf Fragen ergänzt: Eine Frage zur Lebensqualität (allgemeine Einschätzung), zwei Fragen zur Zufriedenheit mit der Pflege und der Institution (allgemeine Einschätzung der Pflegequalität, allgemeines Wohlbefinden im Heim), eine Frage zum selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand und eine Frage zur Heimwahl.

Die in der Studie RESPONS adaptierte, ergänzte und validierte deutsche Version des RQL-Fragebogens erfasst somit die Lebensqualität in sechs Dimensionen mit 38 Fragen, die Zufriedenheit mit der Pflege und der Institution mit acht Fragen und das emotionale Wohlbefinden mit neun Fragen. Die Antwortformate bestehen aus drei- bis sechsstufigen Ratingskalen; in einem Fall ist es ein dichotomes Antwortformat. Zusätzlich bestehen die Antwortmöglichkeiten „weiss nicht", „keine Antwort" und „nicht relevant".

2.3.2 Pflegeabhängigkeitsskala

Die Pflegeabhängigkeit wurde mit der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) erfasst. Die PAS bildet die aktuelle Pflegeabhängigkeit einer Person ab. Sie erfasst 15 pflegerelevante Aspekte von Abhängigkeit in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht. In der PAS können maximal 75 Punkte erreicht werden. Je höher die Punktezahl ausfällt, desto geringer ist die Pflegeabhängigkeit einer Person. Die Pflegeabhängigkeitsskala kann nach Mertens, Tannen, Lohrmann und Dassen (2002) in drei Pflegeabhängigkeitsstufen kategorisiert werden. Die drei Pflegeabhängigkeitsstufen sind in Tabelle 2 beschrieben.

Tabelle 2: Kategorisierung der Pflegeabhängigkeit nach Anzahl erreichter Punkte

hohe Pflegeabhängigkeit	mittlere Pflegeabhängigkeit	niedrige Pflegeabhängigkeit
15–44	45–59	60–75

Die Pflegeabhängigkeitsskala wurde von Dijkstra, Buist und Dassen (1996) entwickelt und von Lohrmann, Balzer, Dijkstra und Dassen (2003) in die deutsche Sprache übersetzt. Das Instrument erzielte gute Werte bezüglich Validität und Reliabilität: Interne Konsistenz: Cronbachs Alpha von 0.94 und 0.98; Intra- und Interrater-Reliabilität: mässige bis substantielle Übereinstimmung; Kriteriumsvalidität: Die Pflegeabhängigkeitsskala korrelierte mit den Werten zweier anderer Skalen (Lohrmann et al., 2003).

2.3.3 Cognitive Performance Scale

Der kognitive Zustand der Bewohnerinnen und Bewohner wurde mit der Cognitive Performance Scale (CPS) erfasst. Die CPS stellt Fragen zum Bewusstseinszustand, zur Entscheidungsfähigkeit, zur Verständlichkeit, zum Kurzzeitgedächtnis und zur Ernährung. Der kognitive Zustand einer Person wird in Werten von 0 bis 6 abgebildet:

0=intakte kognitive Leistungsfähigkeit

1=grenzwertige kognitive Leistungsfähigkeit

2=leichte kognitive Beeinträchtigung

3=mässige kognitive Beeinträchtigung

4=mittelstarke bis starke kognitive Beeinträchtigung

5=schwere kognitive Beeinträchtigung

6=sehr schwere kognitive Beeinträchtigung

Die CPS erwies sich in mehreren Studien als reliabel und valide: Morris et al. (1994) beschreiben die Interraterreliabilität mit r=0.85, die Sensitivität mit 0.95 und die Spezifität mit 0.92. Mehrere Studien beschreiben eine gute Korrelation mit dem Mini-Mental-State-Exam (Paquay et al., 2007; Smart, Herrmann & Lanctot, 2011).

2.4 Datenerhebung

2.4.1 Bewohnerbefragung

Die Lebensqualität, die Zufriedenheit mit der Pflege und der Institution, das emotionale Wohlbefinden und der subjektive Gesundheitszustand wurden in strukturierten mündlichen Interviews mit den Bewohnerinnen und Bewohnern erfasst. In den Interviews wurde die Wohnform der Bewohnerinnen und Bewohner (Einzel- oder Mehrbettzimmer) dokumentiert. Zudem wurde festgehalten, ob die Bewohnerinnen und Bewohner das Heim selbst ausgewählt hatten.

Die Interviews wurden zwischen November 2013 und November 2014 in Pflegeheimen der Deutschschweiz und der Romandie geführt. Die Interviews dauerten durchschnittlich 31.2 Minuten (SD 12.18 Minuten).

Organisation: Die Organisation der Datenerhebung erfolgte im Vorfeld der Befragung mit den Heim- bzw. Pflegedienstverantwortlichen. In jedem Pflegeheim wurde eine Kontaktperson bestimmt, die das Interviewerteam in organisatorischen Fragen unterstützte und den Zugang zu den Bewohnerinnen und Bewohnern ermöglichte. Die Pflegedienstverantwortlichen und Pflegefachpersonen informierten

wenige Wochen bis Tage vor der Datenerhebung die potenziell befragbaren Bewohnerinnen und Bewohner mündlich und schriftlich über die Studie und holten das schriftliche Einverständnis ein. Für die Datenerhebung in einem kleinen Heim wurde ein Erhebungstag, in den mittleren Heimen wurden zwei Tage und in den grossen Heimen drei Tage mit jeweils drei Interviewenden geplant. Innerhalb einer Woche nach der Datenerhebung wurde telefonisch bei der Kontaktperson eine Rückmeldung zum Verlauf der Datenerhebung eingeholt. Dies konnten Rückmeldungen zur Organisation der Erhebung oder zum Erleben des Interviews von Befragten beinhalten. Diese Rückmeldungen wurden zur Optimierung des Datenerhebungsprozesses genutzt.

Durchführung der Interviews: Geschulte Mitarbeitende der Berner Fachhochschule führten die Interviews durch. Ihre Schulung umfasste Informationen zur Studie, zur Einverständniserklärung, zum Fragebogen und zur Interviewführung. Zusätzlich fanden während der Schulung Übungen zur Interviewführung statt. Alle Interviewenden waren Pflegefachpersonen (mehrheitlich mit wissenschaftlicher Weiterbildung) oder fortgeschrittene Studierende des Bachelor of Science in Pflege.

Die Interviews fanden in der vertrauten Umgebung der Bewohnerinnen und Bewohner statt. Zumeist wurde von den Bewohnerinnen und Bewohnern das eigene Zimmer gewählt. Für die Interviews mit Personen in Mehrbettzimmern wurden von den Pflegedienstverantwortlichen zusätzliche Räume zur Verfügung gestellt.

Zur Erleichterung der Interviews für die Teilnehmenden wurden die Antwortoptionen zusätzlich zur mündlichen Aufzählung in grosser Schrift auf Karten gedruckt und während der Interviews gezeigt. Die Antworten der Teilnehmenden wurden laufend schriftlich auf ausgedruckten Fragebogen dokumentiert.

2.4.2 Erfassung von soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Bewohnerdaten

Die soziodemografischen Daten, die kognitive Leistungsfähigkeit und die Pflegeabhängigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner wurden vor der Befragung bei den Heim- und Pflegeverantwortlichen erhoben.

Soziodemografische Daten: Zur Erhebung von Alter, Geschlecht und Eintrittsdatum wurde den Heimen je eine Tabelle zur Verfügung gestellt. Die Kontaktpersonen der Heime trugen die kodierten Daten der Bewohnerinnen und Bewohner in die Tabellen ein (siehe Kapitel 2.4.1 Bewohnerbefragung).

Kognitive Leistungsfähigkeit: Die kognitiven Fähigkeiten wurden mit der CPS erhoben. Für Heime, die mit dem Resident-Assessment-Instrument (RAI) arbeiteten, war es möglich, die Werte zu exportieren, da die CPS Teil des RAI darstellt. Die anderen Heime wurden gebeten, die CPS für jede Bewohnerin beziehungsweise für jeden Bewohner elektronisch oder in Papierform durch die zuständige Pflegefachperson ausfüllen zu lassen.

Pflegeabhängigkeit: Die Pflegeabhängigkeitsskala wurde wenige Tage vor der Befragung bis am Befragungstag von den zuständigen Pflegefachpersonen elektronisch oder in Papierform ausgefüllt.

2.5 Ethische Aspekte

Die Studie wurde den kantonalen Ethikkommissionen zur Prüfung vorgelegt und bewilligt (Ref-Nr. KEK-BE 097/13). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Heimbewohnerinnen und -bewohner wurden schriftlich und mündlich über den Inhalt und die Ziele der Studie informiert. Das mündliche und schriftliche Einverständnis zur Teilnahme wurden eingeholt. Bei Bewohnerinnen und Bewohnern, die nicht in der Lage waren, selbständig zu entscheiden, sich jedoch an der Studie beteiligen wollten, wurden die gesetzliche Vertretung oder die Angehörigen um die schriftliche Zustimmung gebeten. Die Befragungen konnten jederzeit ohne Angaben von Gründen unterbrochen oder beendet werden. Die Aussagen der Bewohnerinnen und Bewohner wurden in verschlüsselter Form weiterverarbeitet.

2.6 Datenanalyse

2.6.1 Dateneingabe, -kontrolle und -aufbereitung

Alle Daten wurden doppelt ins Datenerfassungsprogramm EpiData 3.1 eingegeben, verifiziert und korrigiert. Alle Daten wurden auf Plausibilität überprüft und entsprechend bereinigt. Der Bewohnercode wurde auf Eindeutigkeit geprüft. Anschliessend wurden die Daten aus den verschiedenen Quelldateien zusammengeführt, kontrolliert und ins Statistikprogramm SPSS importiert. Die Daten wurden für die deskriptiven und bivariaten Analysen aufbereitet. Dazu wurden Antwortkategorien angepasst und Dimensionsscores gebildet.

Anpassung von Antwortkategorien: Für die Häufigkeitsanalysen wurden die Antwortkategorien „keine Antwort" und „nicht relevant" als fehlende Werte definiert. Sie flossen somit nicht in die Analyse ein. Falls mehr als 10 Prozent der Antworten in diesen Antwortkategorien lagen, wurde dies im Bericht vermerkt. Für die Bildung von Dimensionenscores wurde zusätzlich zu den Antwortkategorien „keine Antwort" und „nicht relevant" die Antwortkategorie „weiss nicht" als fehlender Wert definiert.

Bildung von Dimensionsscores: Für die Bildung von Dimensionsscores wurden die dazugehörigen Items für jede der sechs Lebensqualitätsdimensionen und für den Zufriedenheitsscore zusammengefasst. Die Zusammenfassung der Variablen basierte auf den Ergebnissen der Faktoranalyse (siehe Kapitel 2.3.1 Resident-Quality-of-Life-Fragebogen). Für die Bildung der Dimensionsscores wurde der Durchschnittswert pro Dimension nach folgender Regel berechnet: Ein Durchschnitt wurde gebildet bei 66 Prozent der vorhandenen Werte in einer Dimension, die aus fünf oder mehr Items bestand, bei 75 Prozent der vorhandenen Werte bei einer Dimension, die aus 4 Items bestand und bei Dimensionen mit 3 Items mussten alle Werte vorhanden sein. Diese Regel basierte auf der Empfehlung von Kane et al. (2003, p. 243). Für alle zusammenfassenden Scores wurde dieselbe Regel angewandt.

2.6.2 Analyseverfahren

Die Charakteristika der Bewohnerinnen und Bewohner, die Lebensqualität und die Zufriedenheit mit der Pflege wurden für den vorliegenden Bericht deskriptiv (Häufigkeiten absolut und in Prozent, Mittelwerte, Standardabweichung, Minimum-Maximum) ausgewertet und werden im nachfolgenden Kapitel in Tabellen und Grafiken dargestellt. Zur Ermittlung von Zusammenhängen und Gruppenunterschieden wurden ausgewählte Variablen bivariat analysiert. Die Prüfung von Gruppenunterschieden wurde mit den statistischen, non-parametrischen Tests Mann-Whitney-U-Test (2 Gruppen) und Kruskal-Wallis-Test (mehrere Gruppen) durchgeführt. Zusammenhänge wurden mit der Spearmans-Rangkorrelation berechnet. Bei nominalen Daten wurde Pearsons-Chi^2 verwendet.

Die Analyse erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 21 (IBM SPSS Inc. Chicago, IL, USA). Ein p-Wert von <0.05 wurde als signifikant betrachtet.

3 Ergebnisse

3.1 Teilnehmende Heime

An der Studie RESPONS nahmen 51 Pflegeheime aus 19 Kantonen der Schweiz teil (AG, BE, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, SG, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG, ZH). Aus der Deutschschweiz waren 38 Heime beteiligt, 16 davon waren kleine, 16 waren mittlere und 6 grosse Heime. Aus der französischen Schweiz beteiligten sich insgesamt 13 Heime: 7 kleine, 5 mittlere Heime sowie ein grosses Heim. Bezüglich Rechtsform[2] waren 21 Heime öffentlich, 12 privat-subventioniert und 18 privat (Tabelle 3).

Tabelle 3: Anzahl teilnehmende Heime nach Heimgrösse, Sprachregion und Rechtsform

		Heimgrösse		
	alle (n=51)	**klein** (n=23)	**mittel** (n=21)	**gross** (n=7)
Sprachregion	n	n	n	n
Deutschschweiz (d)	38	16	16	6
Romandie (f)	13	7	5	1
Rechtsform				
öffentlich (ö)	21	8	9	4
privat-subventioniert (ps)	12	7	4	1
privat (p)	18	8	8	2

3.2 Teilnehmende Bewohnerinnen und Bewohner

An der Studie RESPONS nahmen 1035 Bewohnerinnen und Bewohner teil.

3.2.1 Soziodemografische Merkmale der Studienteilnehmenden

Alter: Das Alter der Studienteilnehmenden betrug zum Befragungzeitpunkt im Mittel 85.5 Jahre (SD 7.84, Min. 48, Max. 103, Median 87 Jahre) (Tabelle 4).
Die befragten Bewohnerinnen und Bewohner waren in der Deutschschweiz und in der Romandie ähnlich alt, jedoch unterschied sich das Alter signifikant zwischen den Heimgrössen: In den mittelgrossen Heimen waren die Studienteilnehmenden durchschnittlich am ältesten, gefolgt von den grossen und kleinen Heimen (Kruskal-Wallis p 0.003). Ebenso waren in den privaten Heimen die Studienteilnehmenden älter als in den öffentlichen und privat-subventionierten Heimen (Kruskal-Wallis p 0.002).

[2] Die drei Rechtsformen sind in Anlehnung an die SOMED-Statistik vom Bundesamt für Statistik (2013) beschrieben:
- *Öffentlich* bedeutet: Es handelt sich um eine öffentlich-rechtliche Institution.
- *Privat-subventioniert* bedeutet: Es handelt sich um eine privatrechtliche Institution mit einer Betriebsbeitrags- oder Investitionsbeitragsgarantie und/oder mit einer Defizitgarantie eines Gemeinwesens.
- *Privat* bedeutet: Es handelt sich um eine privatrechtliche Institution ohne eine Betriebsbeitrags- oder Investitionsbeitragsgarantie oder ohne eine Defizitgarantie eines Gemeinwesens.

Tabelle 4: Das Alter der Studienteilnehmenden nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform

		Sprachregion		Heimgrösse			Rechtsform		
	alle (n=1035)	**d** (n=841)	**f** (n=194)	**klein** (n=296)	**mittel** (n=522)	**gross** (n=217)	**ö** (n=449)	**ps** (n=184)	**p** (n=402)
Alter der Studienteilnehmenden in Jahren	MW[3] (SD[4])	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)
	85.5 (7.84)	85.7 (7.63)	84.5 (8.66)	84.2 (8.85)	86.3 (7.31)	85.4 (7.41)	84.8 (8.09)	84.6 (8.52)	86.7 (7.08)

Geschlecht: Drei Viertel der Befragten waren Frauen (76.0 %). Dies widerspiegelte sich auch bei der Heimgrösse, der Sprachregion und der Rechtsform (Tabelle 5).
In den grossen Heimen waren mehr Frauen unter den Studienteilnehmenden als in den mittleren und kleinen Heimen (Chi² p 0.037).

Tabelle 5: Das Geschlecht der Studienteilnehmenden nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform

		Sprachregion		Heimgrösse			Rechtsform		
	alle (n=1035)	**d** (n=841)	**f** (n=194)	**klein** (n=296)	**mittel** (n=522)	**gross** (n=217)	**ö** (n=449)	**ps** (n=184)	**p** (n=402)
Geschlecht weiblich	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	787 (76.0)	644 (76.6)	143 (73.7)	214 (72.3)	395 (75.7)	178 (82.0)	334 (74.4)	134 (72.8)	319 (79.4)

Aufenthaltsdauer: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Heim betrug zum Zeitpunkt der Befragung 40.5 Monate (SD 53.90, Min. 0, Max. 912) oder 3.4 Jahre (Tabelle 6).
Die Aufenthaltsdauer unterschied sich nach Heimgrösse: die längste durchschnittliche Aufenthaltsdauer hatten die Studienteilnehmenden in den kleinen Heimen, gefolgt von den mittleren und grossen Heimen. Diese Unterschiede waren statistisch jedoch nicht signifikant. Zwischen den Sprachregionen zeigten sich keine Unterschiede. Nach Rechtsform der Heime unterschied sich die Aufenthaltsdauer (Kruskal-Wallis p 0.005): In den privat-subventionierten Heimen war am kürzesten.

Tabelle 6: Die Aufenthaltsdauer der Studienteilnehmenden nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform

		Sprachregion		Heimgrösse			Rechtsform		
	alle (n=1035)	**d** (n=841)	**f** (n=194)	**klein** (n=296)	**mittel** (n=522)	**gross** (n=217)	**ö** (n=449)	**ps** (n=184)	**p** (n=402)
Aufenthaltsdauer im Heim in Monaten	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)
	40.5 (53.90)	40.9 (57.21)	38.4 (36.29)	46.1 (77.33)	39.2 (42.00)	35.9 (37.83)	40.6 (62.51)	34.8 (36.31)	42.9 (50.06)

[3] MW steht für Mittelwert.

[4] SD steht für Standardabweichung (engl. standard deviation).

Wohnform: Bei der Wohnform wurden Einbett-, Zweibett- und Mehrbettzimmer unterschieden. Die Mehrheit (77.9 %) der befragten Bewohnerinnen und Bewohner lebten in einem Einbettzimmer. 20.4 Prozent lebten in einem Zweibettzimmer und 1.7 Prozent in einem Mehrbettzimmer (Tabelle 7). Die Teilnehmenden, die in einem Zwei- und Mehrbettzimmer wohnten, lebten mehrheitlich in den grossen Heimen (Kruskal Wallis p<0.001). Die Wohnformen unterschieden sich nach Sprachregion statistisch signifikant voneinander (Mann-Whitney-U p 0.001): In der Romandie lebten weniger Studienteilnehmende in Einzelzimmern als in der Deutschschweiz. Es zeigte sich zudem ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den öffentlichen und privaten Heimen (Kruskal-Wallis p<0.001): In den privaten Heimen lebten mehr Studienteilnehmende in Einzelzimmern als in den öffentlichen und privat-subventionierten Heimen.

Tabelle 7: Wohnform nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform

		Sprachregion		**Heimgrösse**			**Rechtsform**		
	alle (n=1028)	**d** (n=835)	**f** (n=193)	**klein** (n=295)	**mittel** (n=516)	**gross** (n=217)	**ö** (n=448)	**ps** (n=179)	**p** (n=401)
Wohnform	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Einzelzimmer	801 (77.9)	669 (80.1)	132 (68.4)	225 (76.3)	438 (84.9)	138 (63.6)	326 (72.8)	138 (77.1)	337 (84.0)
Zweibettzimmer	210 (20.4)	149 (17.8)	61 (31.6)	70 (23.7)	77 (14.9)	63 (29.0)	106 (23.7)	41 (22.9)	63 (15.7)
Mehrbettzimmer	17 (1.7)	17 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	16 (7.4)	16 (3.6)	0 (0.0)	1 (0.2)

Heimwahl: Über die Hälfte (58.5 %) der Bewohnerinnen und Bewohner gaben an, das Heim, in dem sie wohnten, selbst gewählt zu haben. Demgegenüber hatte knapp ein Drittel (29.7 %) der befragten Personen keinen Einfluss auf die Heimwahl gehabt (Tabelle 8).

Tabelle 8: Heimwahl nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform

		Sprachregion		**Heimgrösse**			**Rechtsform**		
	alle (n=1026)	**d** (n=836)	**f** (n=190)	**klein** (n=292)	**mittel** (n=518)	**gross** (n=216)	**ö** (n=445)	**ps** (n=181)	**p** (n=400)
Heim selbst gewählt	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
ja	600 (58.5)	484 (57.9)	116 (61.1)	178 (61.0)	303 (58.5)	119 (55.1)	244 (54.8)	116 (64.1)	240 (60.0)
teilweise	91 (8.9)	90 (10.8)	1 (0.5)	18 (6.2)	58 (11.2)	15 (6.9)	46 (10.3)	9 (5.0)	36 (9.0)
nein	305 (29.7)	236 (28.2)	69 (36.3)	84 (28.8)	147 (28.4)	74 (34.3)	141 (31.7)	51 (28.3)	113 (28.2)
weiss nicht	30 (2.9)	26 (3.1)	4 (2.1)	12 (4.1)	10 (1.9)	8 (3.7)	14 (3.1)	5 (2.8)	11 (2.8)

3.2.2 Gesundheitsbezogene Merkmale

Pflegeabhängigkeit: Die durchschnittliche Pflegeabhängigkeit der befragten Bewohnerinnen und Bewohner betrug 64 von total 75 Punkten (SD 10.39, Min. 29, Max. 75). Dieser Wert entspricht einer niedrigen Pflegeabhängigkeit. 73.6 Prozent der Befragten waren zum Zeitpunkt der Befragung leicht pflegeabhängig, 19.8 Prozent wiesen eine mittlere Pflegeabhängigkeit auf und 6.7 Prozent eine hohe Pflegeabhängigkeit (Tabelle 9).
In der Deutschschweiz hatten die Studienteilnehmenden eine geringere durchschnittliche Pflegeabhängigkeit als in der Romandie (Mann-Whitney-U p<0.001). Unterschieden nach Heimgrössen, zeigte sich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner kleiner Heime eine höhere durchschnittliche Pflegeabhängigkeit aufwiesen als jene in mittleren und grossen Heimen (Kruskal-Wallis p 0.017). Nach Rechtsform zeigten sich ebenfalls Unterschiede (Kruskal-Wallis p 0.001): In den privat-subventionierten Heimen lebten die Befragten mit einer höheren durchschnittlichen Pflegeabhängigkeit als in Heimen mit anderer Rechtsform.

Tabelle 9: Pflegeabhängigkeit nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform

		Sprachregion		**Heimgrösse**			**Rechtsform**		
	alle (n=1002)	**d** (n=812)	**f** (n=190)	**klein** (n=282)	**mittel** (n=513)	**gross** (n=207)	**ö** (n=427)	**ps** (n=183)	**p** (n=392)
PAS Gesamtscore	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)
	64.0 (10.39)	64.6 (10.29)	61.5 (10.48)	62.8 (10.35)	64. 3 (10.64)	64.9 (9.68)	64.4 (10.04)	61.1 (11.75)	64.8 (9.86)
PAS Kategorien	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
niedrige Pflegeabhängigkeit	737 (73.6)	608 (74.9)	129 (67.9)	198 (70.2)	377 (73.5)	162 (78.3)	320 (74.9)	118 (64.5)	299 (76.3)
mittlere Pflegeabhängigkeit	198 (19.8)	151 (18.6)	47 (24.7)	65 (23.0)	100 (19.5)	33 (15.9)	83 (19.4)	44 (24.0)	71 (18.1)
hohe Pflegeabhängigkeit	67 (6.7)	53 (6.5)	14 (7.4)	19 (6.7)	36 (7.0)	12 (5.8)	24 (5.6)	21 (11.5)	22 (5.6)

Kognitive Fähigkeiten: Die Mehrheit der Teilnehmenden (54.2 %) hatten eine milde bis mittelschwere kognitive Beeinträchtigung, was einem CPS-Wert von 1 bis 3 entspricht. Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmenden (45.8 %) hatte einen CPS-Wert von 0 und somit keine kognitive Beeinträchtigung (Tabelle 10).
Die Verteilung der CPS-Werte unterschied sich nach Sprachregion: Der Anteil der Befragten mit einer kognitiven Beeinträchtigung (CPS-Werte 1-3) war in der Romandie höher als in der Deutschschweiz (Mann-Whitney-U p 0.038). Ebenfalls zeigten sich Unterschiede nach Rechtsform der Heime: Der Anteil der Befragten mit einer kognitiven Beeinträchtigung war in privat-subventionierten Heimen höher als in öffentlichen und privaten Heimen (Kruskal-Wallis p 0.011).

Tabelle 10: Kognitive Fähigkeiten nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform

		Sprachregion		**Heimgrösse**			**Rechtsform**		
	alle (n=1035)	**d** (n=841)	**f** (n=194)	**klein** (n=296)	**mittel** (n=522)	**gross** (n=217)	**ö** (n=449)	**ps** (n=184)	**p** (n=402)
CPS	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
CPS 0	474 (45.8)	397 (47.2)	77 (39.7)	142 (48.0)	240 (46.0)	92 (42.4)	212 (47.2)	68 (37.0)	194 (48.3)
CPS 1	225 (21.7)	182 (21.6)	43 (22.2)	66 (22.3)	108 (20.7)	51 (23.5)	96 (21.4)	42 (22.8)	87 (21.6)
CPS 2	193 (18.6)	151 (18.0)	42 (21.6)	44 (14.9)	103 (19.7)	46 (21.2)	81 (18.0)	39 (21.2)	73 (18.2)
CPS 3	143 (13.8)	111 (13.2)	32 (16.5)	44 (14.9)	71 (13.6)	28 (12.9)	60 (13.4)	35 (19.0)	48 (11.9)

Subjektiver Gesundheitszustand: Auf die Frage, wie die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Gesundheit im Allgemeinen einschätzen, antworteten 58.0 Prozent mit sehr gut bis gut und 34.7 Prozent mit mittelmässig. 7.3 Prozent der Befragten bezeichneten ihren Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht (Tabelle 11).
Die Einschätzung des Gesundheitszustandes durch die Teilnehmenden unterschied sich nicht zwischen den Sprachregionen und der Rechtsform der Heime. Hingegen zeigten sich Unterschiede in der Heimgrösse: In den mittleren und kleinen Heimen schätzten die Befragten ihren Gesundheitszustand als weniger gut ein als in den grossen Heimen (Kruskal-Wallis p 0.021).

Tabelle 11: Subjektiver Gesundheitszustand nach Sprachregion, Grösse der Heime und Rechtsform

		Sprachregion		**Heimgrösse**			**Rechtsform**		
	alle (n=1020)	**d** (n=830)	**f** (n=190)	**klein** (n=288)	**mittel** (n=515)	**gross** (n=217)	**ö** (n=443)	**ps** (n=182)	**p** (n=395)
Gesundheits-zustand	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
sehr gut	92 (9.0)	80 (9.6)	12 (6.3)	19 (6.6)	46 (8.9)	27 (12.4)	40 (9.0)	11 (6.0)	41 (10.4)
gut	500 (49.0)	408 (49.2)	92 (48.4)	151 (52.4)	232 (45.0)	117 (53.9)	219 (49.4)	91 (50.0)	190 (48.1)
mittelmässig	354 (34.7)	286 (34.5)	68 (35.8)	98 (34.0)	201 (39.0)	55 (25.3)	151 (34.1)	62 (34.1)	141 (35.7)
schlecht	68 (6.7)	53 (6.4)	15 (7.9)	19 (6.6)	32 (6.2)	17 (7.8)	32 (7.2)	16 (8.8)	20 (5.1)
sehr schlecht	6 (0.6)	3 (0.4)	3 (1.6)	1 (0.3)	4 (0.8)	1 (0.5)	1 (0.2)	2 (1.1)	3 (0.8)

Emotionales Wohlbefinden: 42.7 Prozent der befragten Bewohnerinnen und Bewohner gaben an, häufig glücklich, 64.5 Prozent, häufig interessiert an Dingen und 57.6 Prozent, häufig ruhig oder entspannt zu sein. Selten oder nie erlebten 10 bis 16 Prozent der Befragen diese positiven Gefühlszustände. Die negativen Gefühlszustände ängstlich, einsam, gelangweilt und wütend wurden von gut der Hälfte der Befragten nie erlebt, die negativen Gefühlszustände besorgt und traurig hingegen wurden von rund einem Drittel der Befragten erlebt. Rund 40 Prozent gaben an, häufig oder manchmal besorgt und/oder traurig zu sein. Häufig oder manchmal ängstlich, einsam oder gelangweilt waren hingegen etwa ein Viertel der Befragten (Abbildung 3).
Das emotionale Wohlbefinden der befragten Bewohnerinnen und Bewohner unterschied sich nach Sprachregion: Die Teilnehmenden der Deutschschweiz gaben an, sich emotional wohler zu fühlen (Mann-Whitney-U p 0.037). Nach Heimgrösse und Rechtsform zeigten sich keine Unterschiede.

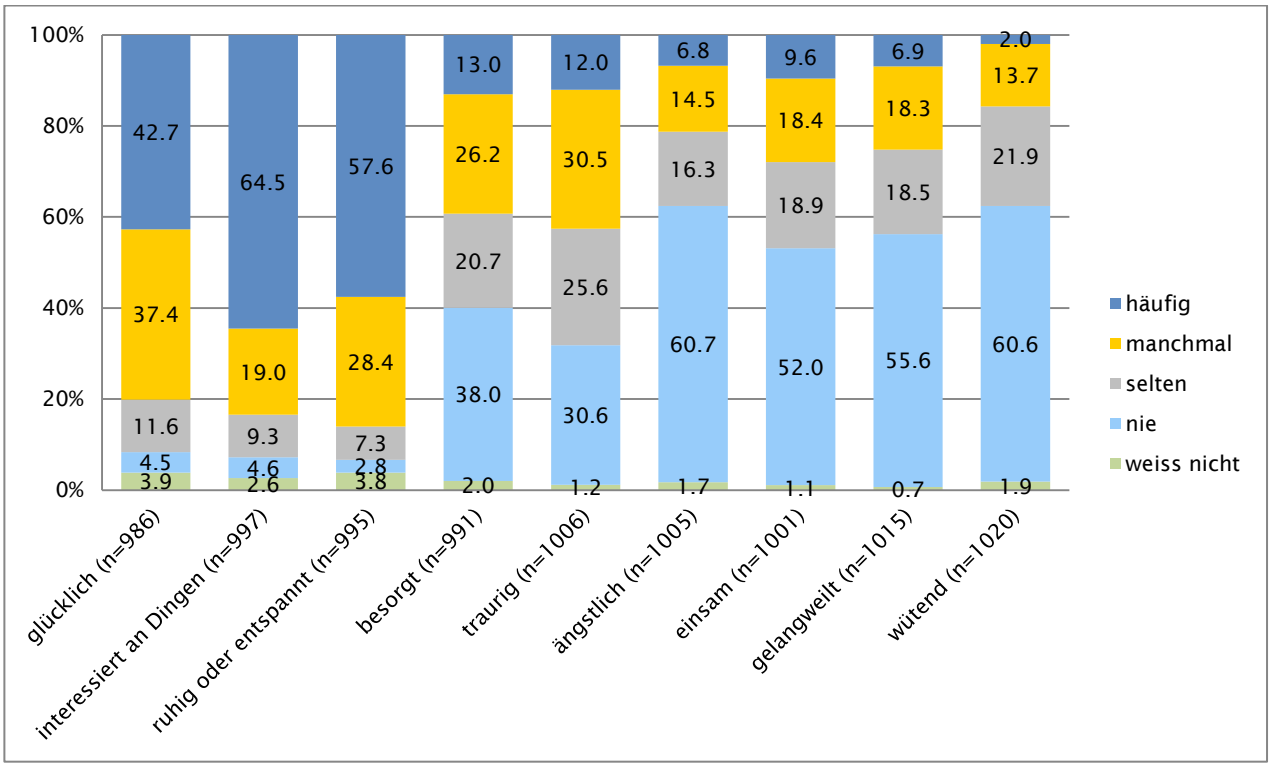


Abbildung 3: Emotionales Wohlbefinden

3.2.3 Unterschiede zwischen Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden

Die Bewohnerinnen und Bewohner, die in die Studie RESPONS eingeschlossen werden konnten (Teilnehmende), unterschieden sich nicht wesentlich bezüglich Alter und Geschlecht von den Bewohnerinnen und Bewohnern, die für die Studie angefragt wurden, aber nicht an der Studie teilnehmen konnten oder wollten (Nichtteilnehmende) (Tabelle 12). Bei den Nichtteilnehmenden zeigte sich ein etwas höheres Alter von 86.7 Jahren als bei den Teilnehmenden mit 85.5 Jahren (Mann-Whitney-U p.001).

Die Verteilung der CPS-Werte unterschied sich zwischen den Teilnehmenden und den Nichtteilnehmenden: In der Gruppe der Teilnehmenden waren 45.8 Prozent kognitiv nicht beeinträchtigt, bei den Nichtteilnehmenden waren es 30.1 Prozent (Mann-Whitney-U p< 0.001).

Tabelle 12: Charakteristika der Studienteilnehmenden und der Nichtteilnehmenden

	Teilnehmende (n=1035)	**Nichtteilnehmende** (n=622)
Alter in Jahren	MW (SD)	MW (SD)
	85.5 (7.8)	86.7 (7.6)
Geschlecht weiblich	n (%)	n (%)
	787 (76.0)	458 (73.6)
CPS-Score	n (%)	n (%)
CPS 0	474 (45.8)	187 (30.1)
CPS 1	225 (21.7)	115 (18.5)
CPS 2	193 (18.6)	150 (24.1)
CPS 3	143 (13.8)	170 (27.3)

3.3 Lebensqualität aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner

Die Ergebnisse zur Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner werden nach den sechs Dimensionen Komfort, Alltagsgestaltung, Privatsphäre, Autonomie, Würde und Personenzentriertheit beschrieben und verglichen.

3.3.1 Dimension Komfort

Die Dimension Komfort beschreibt, ob sich die Bewohnerinnen und Bewohner in Bezug auf Schmerzen und Umgebungstemperatur wohl fühlen und ob sie einen sorgfältigen Umgang mit persönlichen Gegenständen wie Kleidung erfahren. Die Ergebnisse der Dimension Komfort sind in Abbildung 4 dargestellt.

Das Erleben von Schmerzen war Thema für die befragten Bewohnerinnen und Bewohner: Ein Drittel der Befragten bejahte die Frage nach körperlichen Schmerzen und ein Viertel der Befragten gab an, teilweise Schmerzen zu haben. Weitere 41.0 Prozent der Befragten äusserten, keine Schmerzen zu haben.

Die Frage nach Schmerzen aufgrund fehlender Positionswechsel war für 621 der befragten Bewohnerinnen und Bewohner nicht relevant, da sie sich mehrheitlich selbständig bewegen konnten. Daher weist diese Frage lediglich 397 gültige Antworten auf. Von den 397 Bewohnerinnen und Bewohnern, welche die Frage nach Schmerzen aufgrund fehlender Positionswechsel beantwortet hatten, verneinten 76.1 Prozent die Frage, 11.3 Prozent antworteten in der Kategorie teilweise und 10.1 Prozent bejahten die Frage.

Die Umgebungstemperatur erlebten 80.9 Prozent der Teilnehmenden als angenehm, so dass sie nicht frieren mussten.

Der Umgang mit den persönlichen Kleidern wurde von den Befragten mehrheitlich als sorgfältig erlebt: 62.0 Prozent der Befragten verneinten die Frage, dass Kleider in der Wäscherei verloren gehen würden, und 79.4 Prozent der Teilnehmenden antworteten nein auf die Frage, ob Kleider in der Wäscherei beschädigt würden.

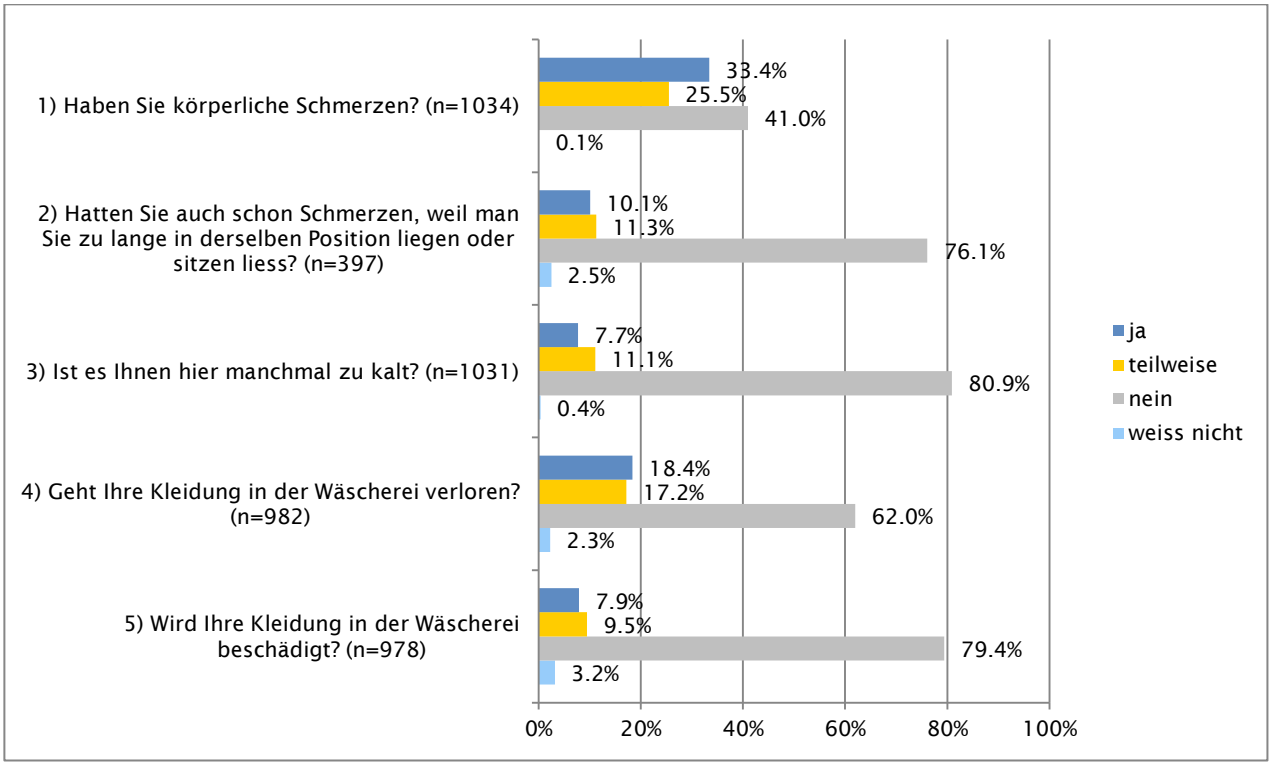


Abbildung 4: Einschätzung der Lebensqualität in der Dimension Komfort

3.3.2 Dimension Alltagsgestaltung

Die Dimension Alltagsgestaltung beschreibt, ob die Bewohnerinnen und Bewohner die Möglichkeit haben, für sie bedeutsame Angebote des Heims zur Alltagsgestaltung zu nutzen und Veränderungen zu initiieren sowie ob die Bewohnerinnen und Bewohner das Essen positiv erleben und ob sie durch Lärm gestört werden. Die Ergebnisse der Dimension Alltagsgestaltung sind in Abbildung 5 dargestellt.

61.5 Prozent der Befragten meinten, dass im Pflegeheim im Allgemeinen Aktivitäten angeboten würden, die Freude bereiten würden. Lediglich für 29.3 Prozent der Befragten traf dies auch am Wochenende zu.

Knapp die Hälfte der Teilnehmenden (47.6 %) gab an, Dinge verändern zu können, die sie nicht mochte. Rund je 18 Prozent meinten, dies sei nicht oder nur teilweise möglich.

Drei Viertel der Teilnehmenden (73.9 %) mochten die angebotenen Speisen und 57.8 Prozent berichteten, dass auch ab und zu ihr Lieblingsessen serviert werde. Für 13.2 Prozent der Befragten war diese Frage jedoch nicht relevant. Dementsprechend hat diese Frage lediglich 868 gültige Antworten.
75.1 Prozent beurteilten die Atmosphäre beim Essen positiv.

Die meisten Befragten (81.4 %) gaben an, in ihren Zimmern nicht durch Lärm gestört zu sein.

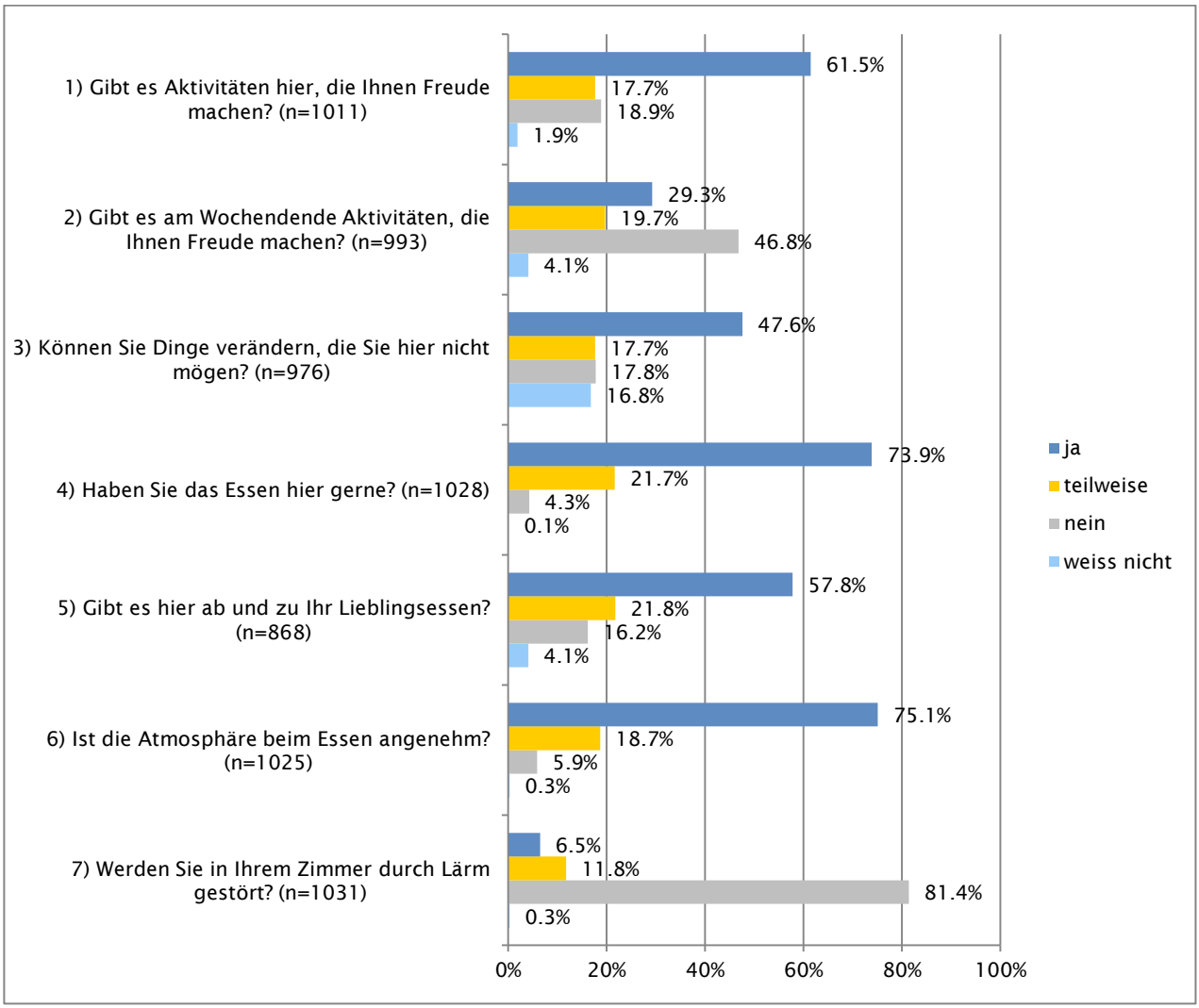


Abbildung 5: Einschätzung der Lebensqualität in der Dimension Alltagsgestaltung

3.3.3 Dimension Privatsphäre

Die Dimension Privatsphäre beschreibt, ob die Bewohnerinnen und Bewohner genügend Möglichkeiten haben, sich zurückzuziehen und ungestört mit anderen zu kommunizieren und zu interagieren. Die Ergebnisse der Dimension Privatsphäre sind in Abbildung 6 dargestellt.

Die Privatsphäre wurde insgesamt sehr positiv bewertet. Neun von zehn Befragten gaben an, im Heim Rückzugsmöglichkeiten zu finden, ungestört telefonieren zu können und mit Besuchern ungestört interagieren zu können.

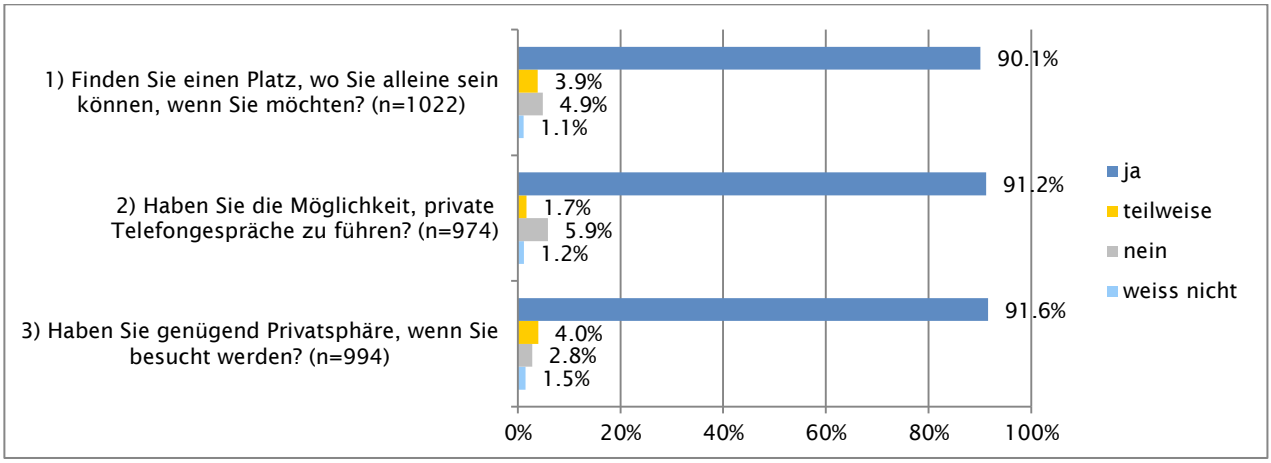


Abbildung 6: Einschätzung der Lebensqualität in der Dimension Privatsphäre

3.3.4 Dimension Autonomie

Die Dimension Autonomie beschreibt, ob die Umgebungsbedingungen und die Wahlmöglichkeiten im Heim vorhanden sind, sodass die Befragten selbständig und selbstbestimmt entscheiden und handeln handeln können. Die Ergebnisse der Dimension Autonomie sind in Abbildung 7 dargestellt.

Die Fragen zu den Umgebungsbedingungen wurden positiv beantwortet: 81.2 Prozent der Teilnehmenden berichteten, dass es für sie einfach sei, sich im Zimmer zu bewegen. Zudem seien die persönlichen Gegenstände im Zimmer (84.1 %) und im Badezimmer (84.8 %) so platziert, dass sie die Bewohnerinnen und Bewohner gut erreichen könnten. Im Weiteren gab die Mehrheit der Befragten (79.9 %) an, sich so um die persönlichen Dinge kümmern zu können, wie sie möchte.

Die Wahlmöglichkeiten wurden unterschiedlich bewertet: 89.9 Prozent gaben an, die Zeit des Zu-Bett-Gehens wählen zu können. Den Zeitpunkt des Aufstehens konnten hingegen nur 68.0 Prozent selbst bestimmen. Die Kleiderwahl war bei 90.8 Prozent der Befragten selbstbestimmt.

Hobbies, die den Teilnehmenden Freude bereiteten, konnten von 61.1 Prozent der Befragten auch im Pflegeheim ausgeübt werden. 15.8 Prozent stimmten dieser Frage nur teilweise zu und jede fünfte befragte Person gab an, die Hobbies nicht pflegen zu können.

Die Frage, ob die Teilnehmenden manchmal auch anderen Leuten helfen würden, wurde heterogen beantwortet: 33.6 Prozent bejahten diese Frage, 47.5 Prozent bekundeten, dies nicht zu tun.

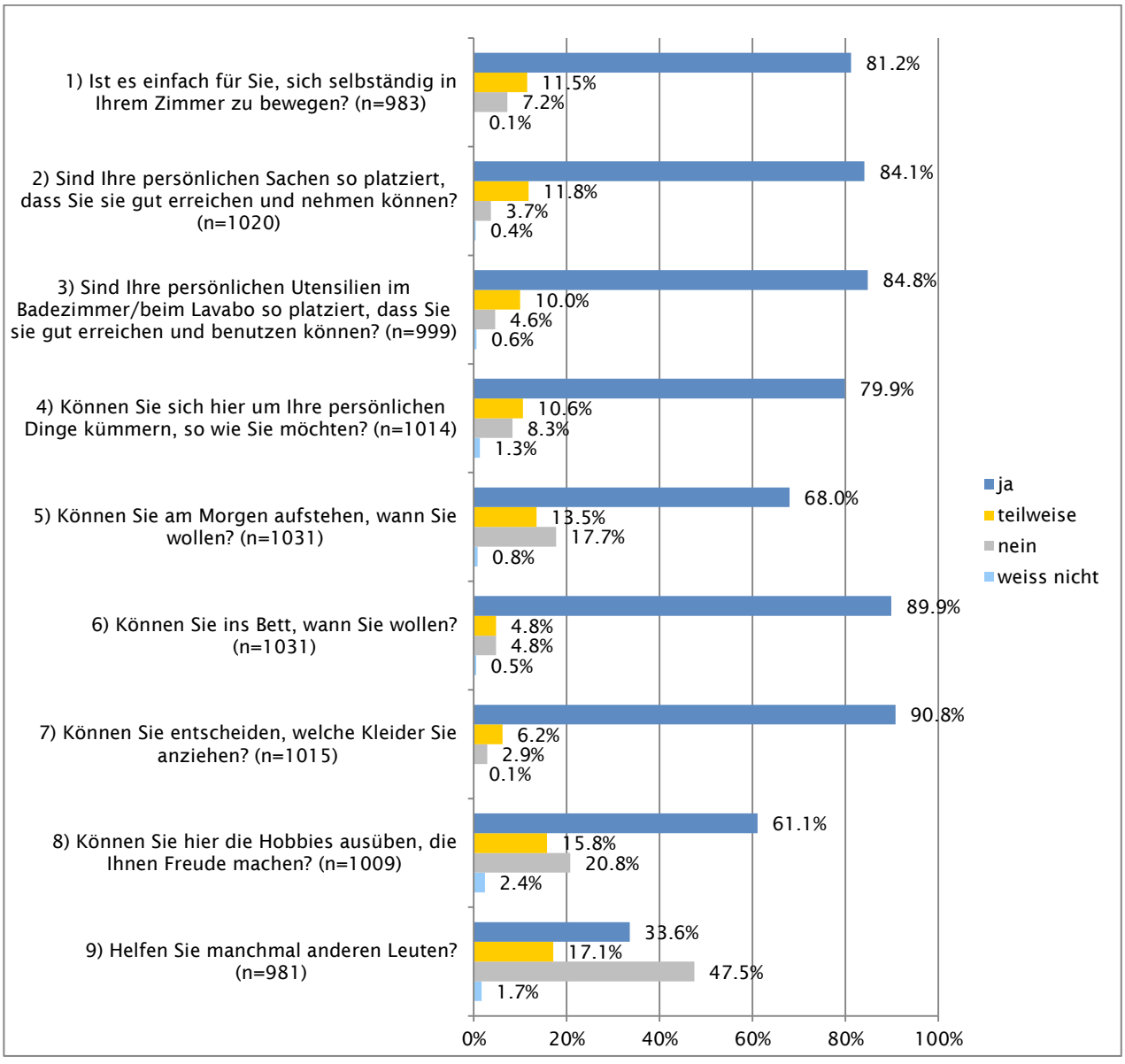


Abbildung 7: Einschätzung der Lebensqualität in der Dimension Autonomie

3.3.5 Dimension Würde

Die Dimension Würde macht Aussagen zum Erleben von Respekt, Würde, Sicherheit und Geborgenheit. Die Ergebnisse der Dimension Würde sind in Abbildung 8 dargestellt.

Die Fragen der Dimension Würde wurden insgesamt sehr positiv bewertet. Die grosse Mehrheit der Befragten fühlte sich höflich (90.9 %) und mit Respekt (90.5 %) behandelt. 85.4 Prozent erlebten, dass das Personal feinfühlig mit ihnen umgeht. Weitere 85.9 Prozent gaben an, dass ihr Schamgefühl respektiert werde.

Die Teilnehmenden fühlten sich im Pflegeheim mehrheitlich sicher: 90.2 Prozent fühlten sich sicher und geborgen und 93.5 Prozent äusserten, Hilfe zu erhalten, wenn diese notwendig sei. Bezüglich der Sicherheit von persönlichen Gegenständen gaben 78.5 Prozent der Befragten an, dass diese im Heim sicher seien.

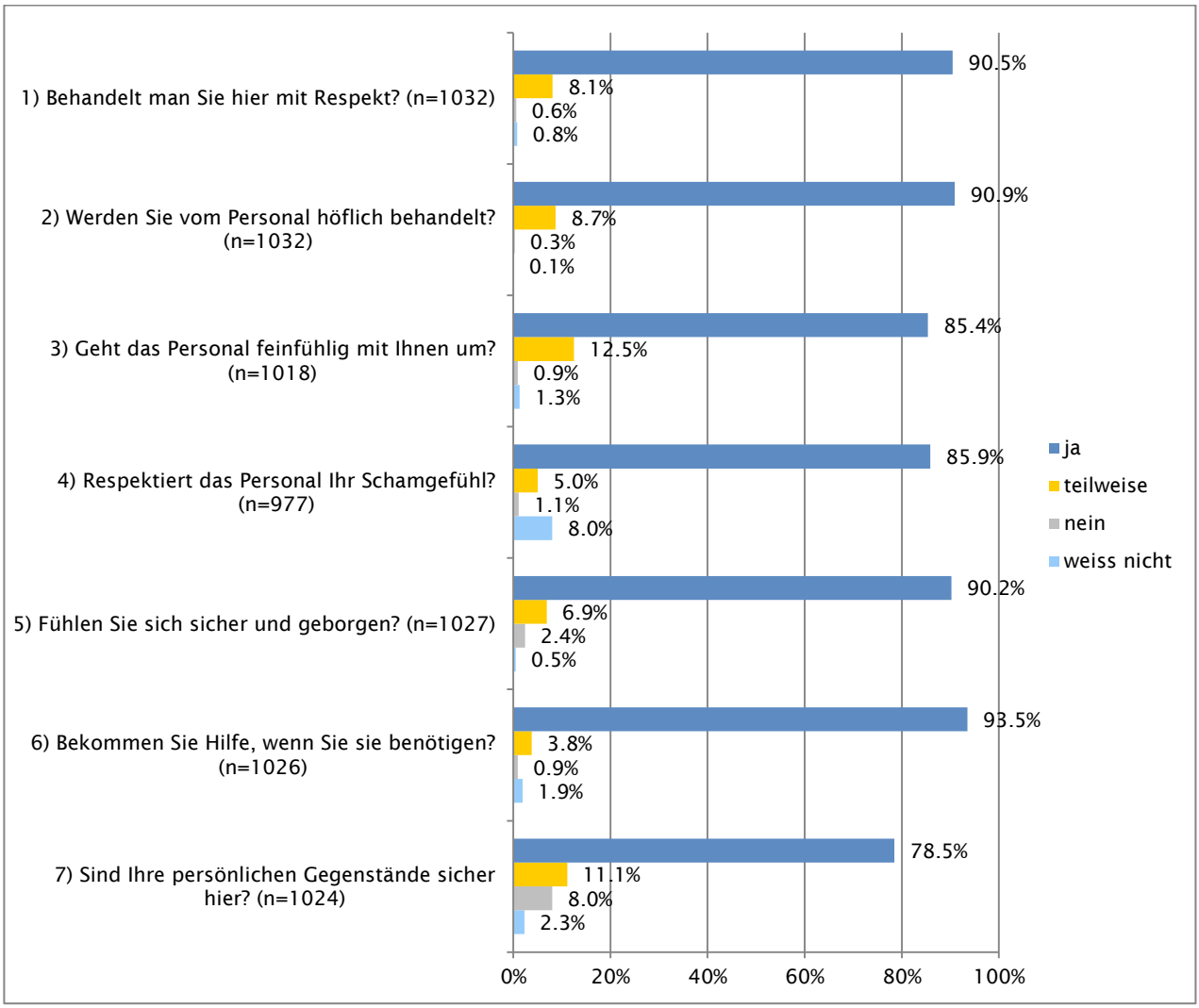


Abbildung 8: Einschätzung der Lebensqualität in der Dimension Würde

3.3.6 Dimension Personenzentriertheit

Die Dimension Personenzentriertheit macht Aussagen, ob sich die Bewohnerinnen und Bewohner als Individuen mit Vorlieben und individueller Lebensgeschichte wahrgenommen und behandelt fühlen und ob sie die Möglichkeit haben, vertrauensvolle und bedeutsame Beziehungen zum Pflegepersonal und zu Mitbewohnerinnen und -bewohnern zu pflegen. Die Ergebnisse der Dimension Personenzentriertheit sind in Abbildung 9 dargestellt.

Ein Drittel bis die Hälfte der Befragten fühlte sich im Pflegeheim als Person mit einer eigenen Lebensgeschichte und individuellen Vorlieben wahrgenommen: 32.9 Prozent der Befragten berichteten, dass sich das Personal für ihre Lebensgeschichte interessiere. Je 57 Prozent der Befragten gaben an, dass das Personal sie und ihre Präferenzen gut kenne. 37.7 Prozent der Teilnehmenden bejahten die Frage, ob Mitbewohnerinnen oder Mitbewohner die Befragten gut kennen würden.

Die alltäglichen und vertrauensvollen Kontakte mit dem Personal wurden ebenfalls von einem Drittel bis der Hälfte der Befragten als vorhanden eingeschätzt: 30.3 Prozent äusserten, dass das Personal manchmal bei ihnen vorbeischaue, nur um zu reden, 44.0 Prozent gaben an, dass das nicht vorkomme. 59.8 Prozent der teilnehmenden Bewohnerinnen und Bewohner gaben an, sich jemandem vom Personal anvertrauen zu können; 22.8 Prozent der Befragten berichteten, dass das nicht möglich sei.

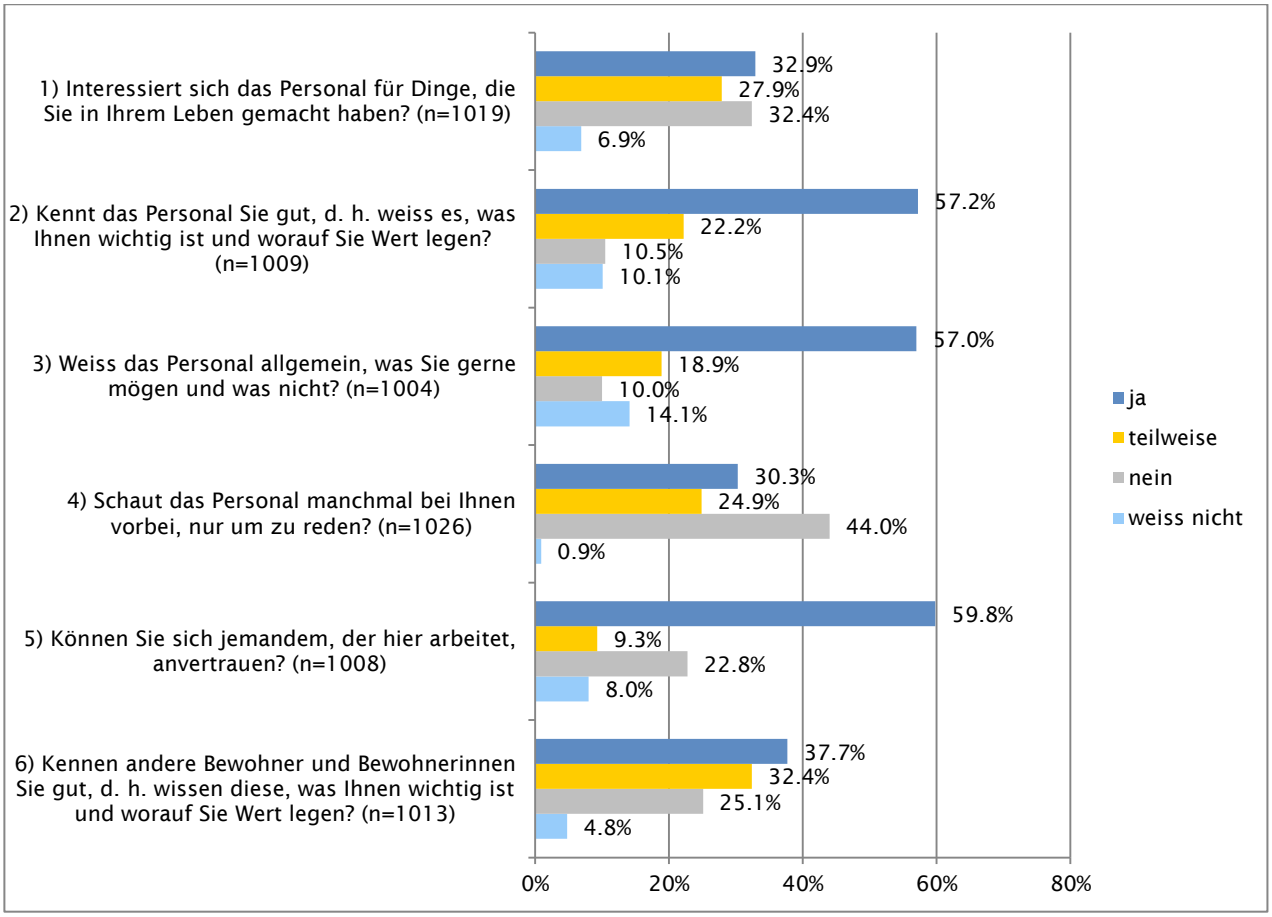


Abbildung 9: Einschätzung der Lebensqualität in der Dimension Personenzentriertheit

3.3.7 Dimensionen der Lebensqualität im Vergleich

Die Abbildung 10 zeigt die Dimensionen der Lebensqualität im Vergleich. Dargestellt ist die durchschnittliche Bewertung der Lebensqualität pro Dimension. Die durchschnittliche Bewertung kann Werte zwischen 1 und 3 annehmen. Je höher der Wert ausfällt, umso positiver wurde die Lebensqualität in der entsprechenden Dimension eingeschätzt.

Der Vergleich der Dimensionen zeigt, dass die Dimensionen Privatsphäre und Würde mit einem durchschnittlichen Wert von 2.88 am höchsten, die Dimensionen Alltagsgestaltung und Personenzentriertheit mit einem durchschnittlichen Wert von 2.52 resp. 2.23 von den Teilnehmenden am geringsten bewertet wurden (Abbildung 10).

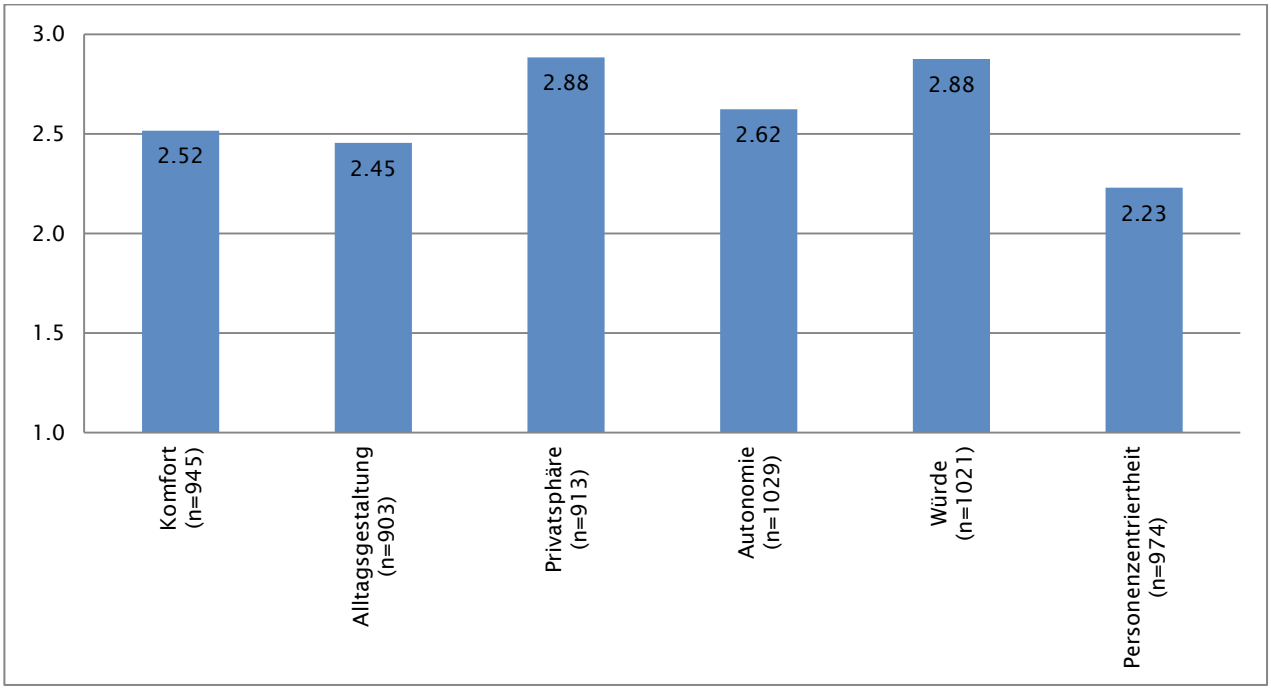


Abbildung 10: Dimensionen der Lebensqualität im Vergleich

3.3.8 Dimensionen der Lebensqualität nach Sprachregion

Die Abbildung 11 zeigt die Dimensionen der Lebensqualität nach Sprachregion. Die Bewertungen der Dimensionen Alltagsgestaltung, Autonomie und Personenzentriertheit unterschieden sich signifikant in den beiden Sprachregionen (Mann-Whitney-U p 0.020; p 0.001; p 0.027). Die Dimensionen Alltagsgestaltung und Autonomie wurden von den Bewohnerinnen und Bewohnern der Deutschschweiz, die Dimension Personenzentriertheit von den Befragten der Romandie positiver bewertet.

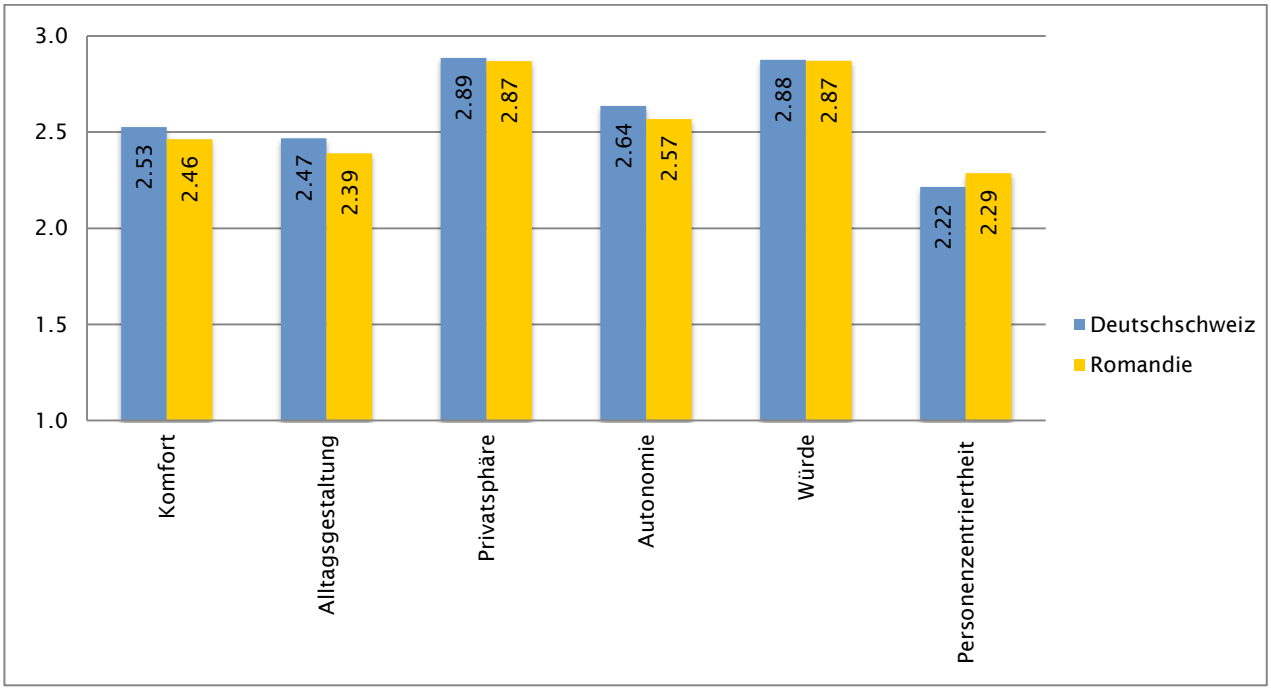


Abbildung 11: Dimensionen der Lebensqualität nach Sprachregion

3.3.9 Dimensionen der Lebensqualität nach Heimgrösse

Die Abbildung 12 zeigt die Dimensionen der Lebensqualität nach Heimgrösse. Die Dimensionen Privatsphäre und Personenzentriertheit unterschieden sich signifikant zwischen den Heimgrössen (Kruskal-Wallis p 0.008; p 0.002). Die Dimension Privatsphäre wurde von den Bewohnerinnen und Bewohnern der mittelgrossen Heime am besten bewertet, gefolgt von den kleinen und grossen Heimen. Die Dimension Personenzentriertheit wurde von den Befragten der kleinen Heime am höchsten bewertet.

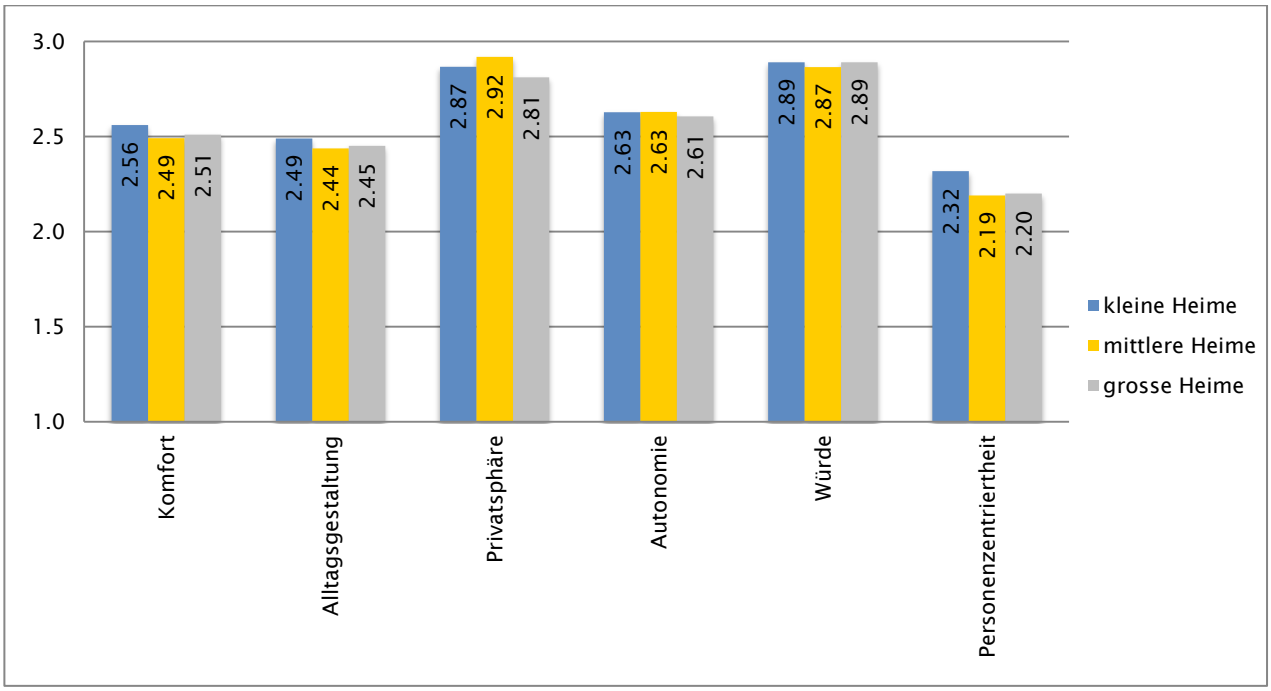


Abbildung 12: Dimensionen der Lebensqualität nach Heimgrösse

3.3.10 Dimensionen der Lebensqualität nach Rechtsform der Heime

Abbildung 13 zeigt die Dimensionen der Lebensqualität nach Rechtsform. Die Heime unterschieden sich in den Dimensionen Komfort und Privatsphäre (Kruskal-Wallis p 0.002; p 0.005). Die Dimension Komfort wurde von den Befragten der öffentlichen Heime am höchsten eingestuft, gefolgt von den Bewohnerinnen und Bewohnern der privaten und privat-subventionierten Heime. Die Dimension Privatsphäre wurde hingegen in den privaten Heimen höher eingeschätzt.

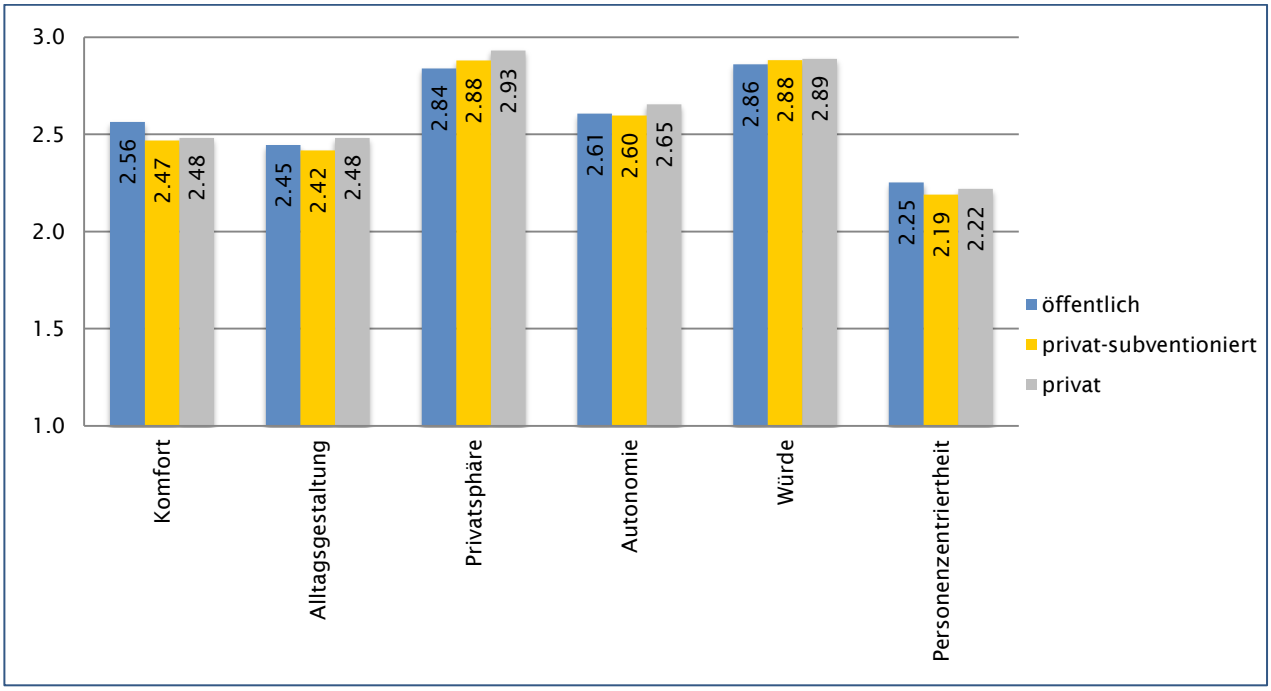


Abbildung 13: Dimensionen der Lebensqualität nach Rechtsform der Heime

3.3.11 Dimensionen der Lebensqualität nach soziodemografischen Merkmalen

Die Bewertung der Dimensionen Komfort, Privatsphäre, Autonomie und Würde unterschieden sich nach den soziodemografischen Merkmalen der Bewohnerinnen und Bewohner.

Alter: Die Abbildung 14 stellt die Dimensionen der Lebensqualität nach Altersgruppe dar. Es zeigten sich einzig bei der Bewertung der Dimension Privatsphäre Unterschiede: Die Altersgruppe der bis zu 69-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner schätzte die Privatsphäre am geringsten ein im Vergleich zu den höheren Altersgruppen (Kruskal-Wallis p 0.007).

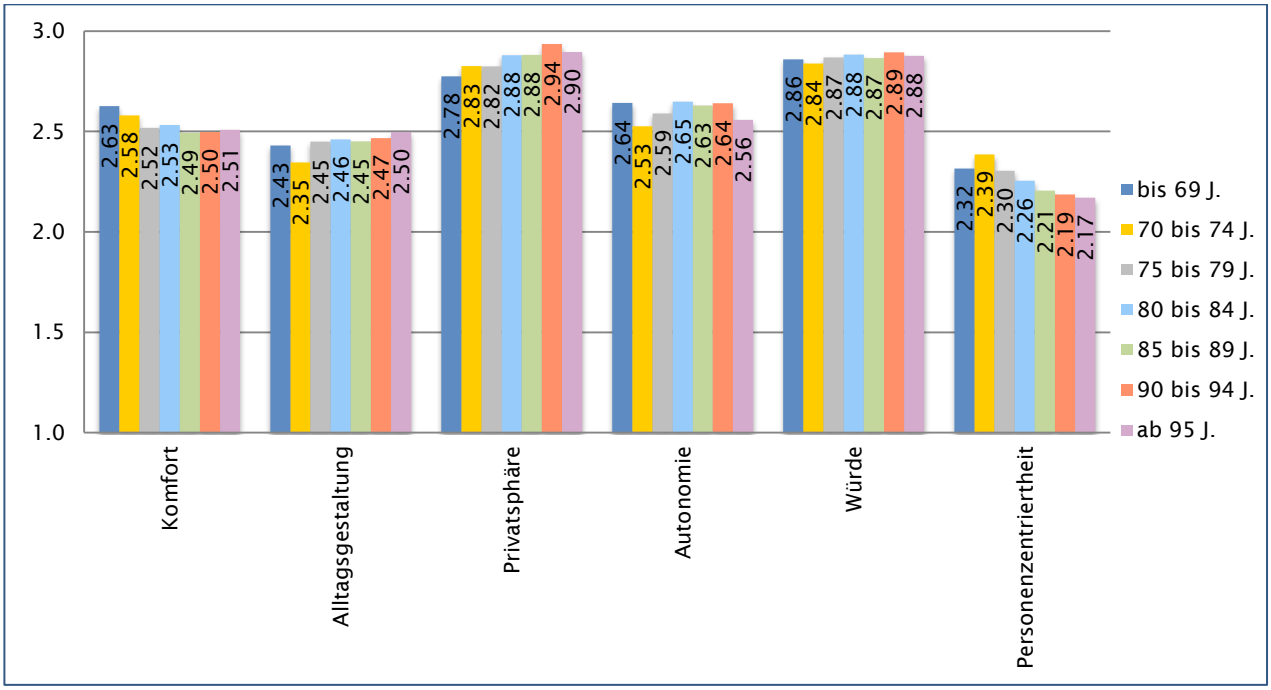


Abbildung 14: Dimensionen der Lebensqualität nach Altersgruppen

Geschlecht: Die Abbildung 15 bildet die Dimensionen der Lebensqualität ab, unterteilt nach Geschlecht der Befragten. Auch hier zeigen sich einzig in einer Dimension Unterschiede: Die Dimension Komfort wurde von den Männern etwas positiver bewertet als von den Frauen (Mann-Whitney-U p 0.006).

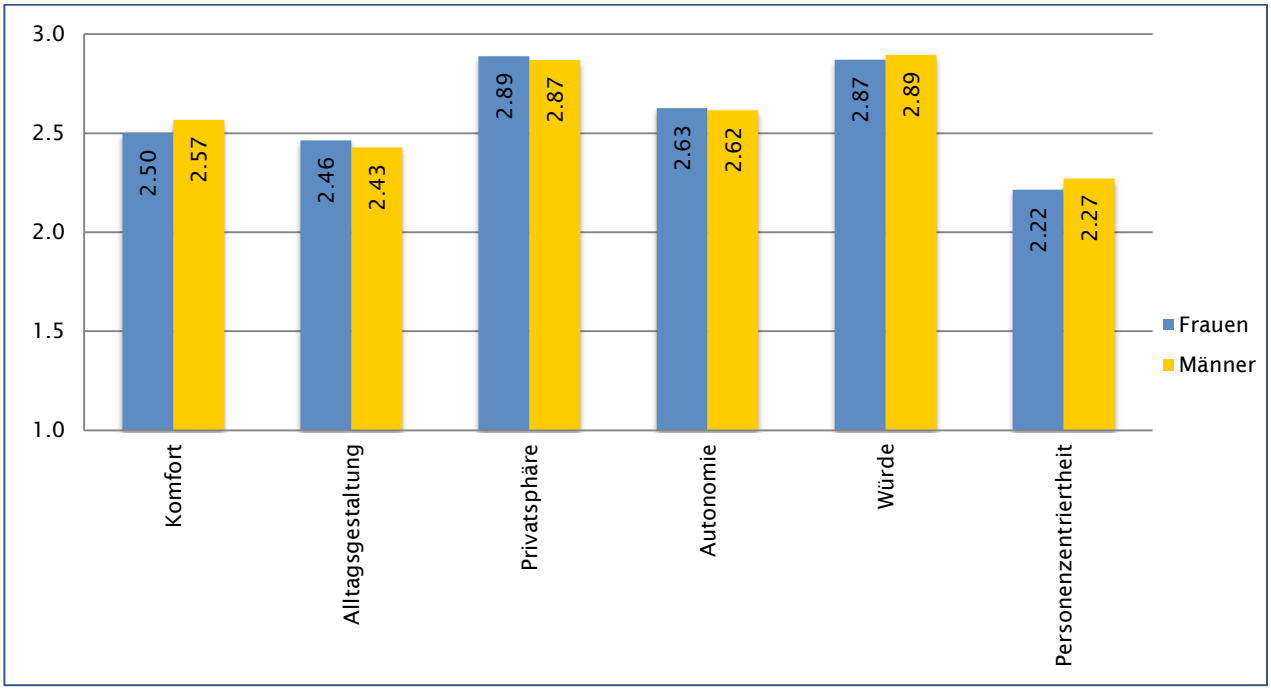


Abbildung 15: Dimensionen der Lebensqualität nach Geschlecht

Aufenthaltsdauer: Mit zunehmender Aufenthaltsdauer wurden die Dimensionen Komfort (r^s=-0.194, p<0.001) und Würde (r^s=-0.082, p 0.009) von den Befragten negativer bewertet. Die Privatsphäre (r^s=0.096, p 0.004) wurde hingegen positiver beurteilt, je länger der Aufenthalt der Befragten im Heim dauerte.

Wohnform: Die Abbildung 16 zeigt die Dimensionen der Lebensqualität nach Wohnform. Die Bewertungen unterschieden sich in den Dimensionen Komfort, Autonomie und Privatsphäre (Kruskal-Wallis p 0.046; p 0.003; p<0.001). Bewohnerinnen und Bewohner von Zweibettzimmern beurteilten die Dimension Komfort besser als Bewohnerinnen und Bewohner von Ein- oder Mehrbettzimmern. Die Dimensionen Autonomie und Privatsphäre wurden hingegen von den Bewohnerinnen und Bewohnern mit Einzelzimmer höher bewertet.

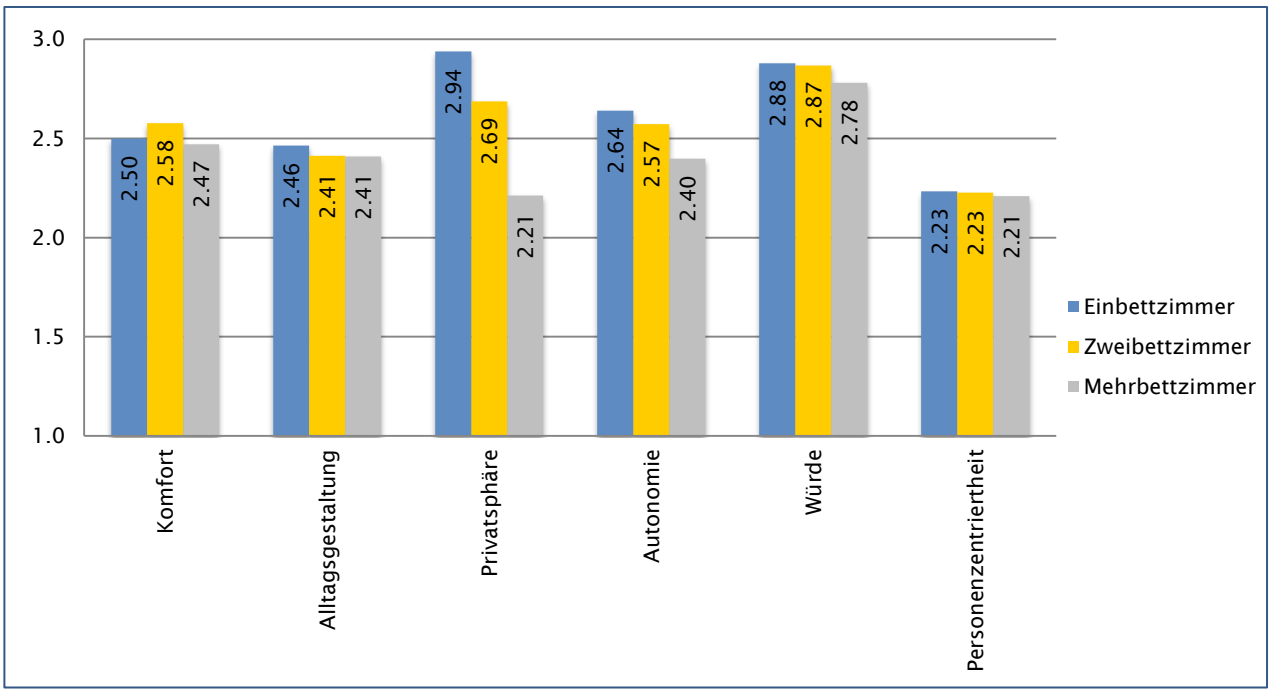


Abbildung 16: Dimensionen der Lebensqualität nach Wohnform

3.3.12 Dimensionen der Lebensqualität nach gesundheitsbezogenen Merkmalen

Die Bewertung der Lebensqualität unterschied sich je nach Gesundheitszustand der Befragten.

Kognitive Fähigkeiten: Die Abbildung 17 zeigt die Bewertung der Lebensqualität nach kognitiven Fähigkeiten. Je besser die kognitiven Fähigkeiten ausgeprägt waren, desto höher wurde die Lebensqualität eingeschätzt bei den Dimensionen Autonomie (r^s= -0.174, p<0.001), Privatsphäre (r^s= -0.142, p<0.001) und Personenzentriertheit (r^s= -0.084, p 0.009). Bei der Dimension Komfort erhöhte sich bei Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten die Bewertung der Lebensqualität (r^s=0.106, p 0.001).

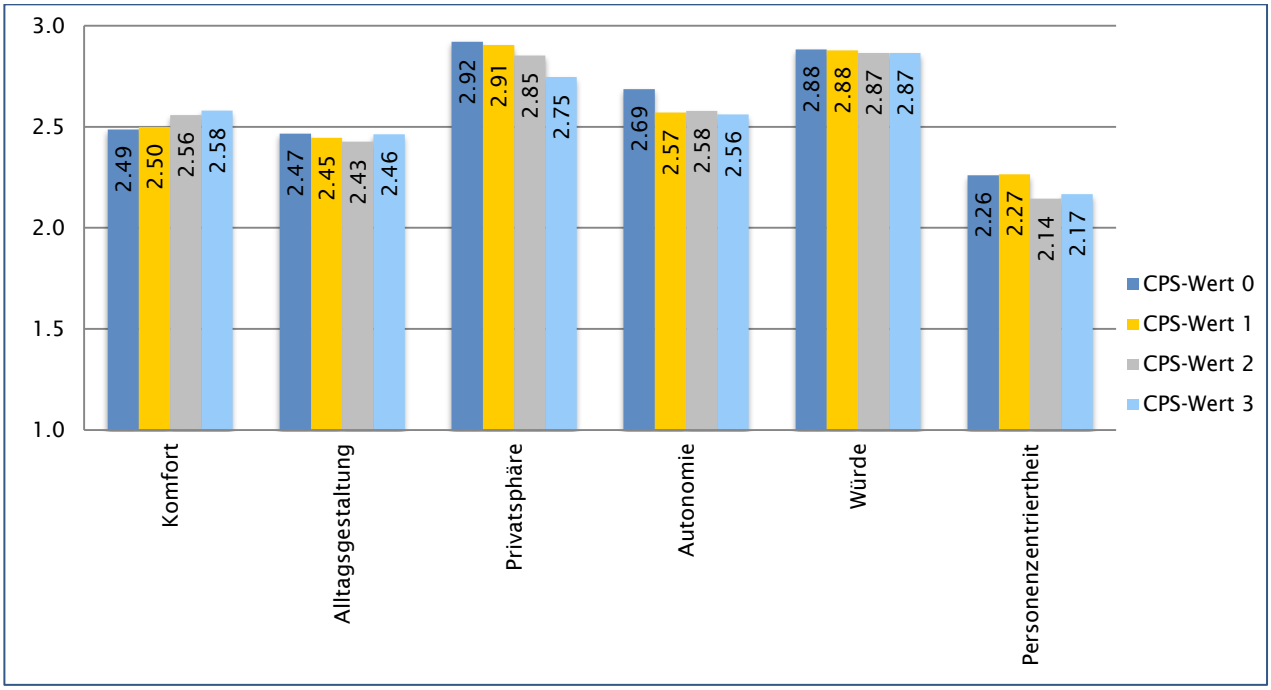


Abbildung 17: Dimensionen der Lebensqualität nach kognitiven Fähigkeiten

Pflegeabhängigkeit: Die Abbildung 18 zeigt die Bewertung der Dimensionen der Lebensqualität nach Pflegeabhängigkeit. Die Lebensqualität wurde negativer eingeschätzt, je höher die Pflegeabhängigkeit war. Am ausgeprägtesten zeigte sich dies in der Dimension Autonomie (r^s=0.459, p<0.001), gefolgt von der Dimension Würde (r^s=0.128, p<0.001) und der Dimension Privatsphäre (r^s=0.103, p 0.002).

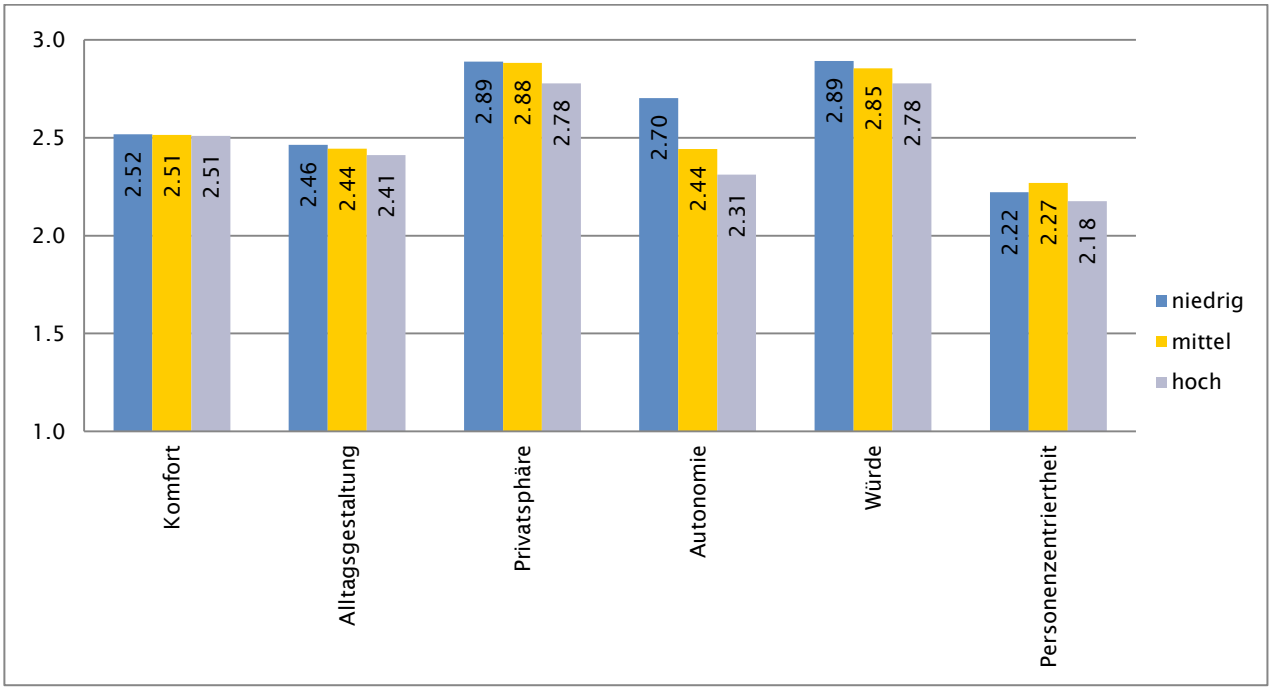


Abbildung 18: Dimensionen der Lebensqualität nach Pflegeabhängigkeit

Subjektiver Gesundheitszustand: Die Abbildung 19 zeigt die Einstufung der Lebensqualität im Zusammenhang mit der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes. Die Dimensionen Komfort (r^s= -0.286, p<0.001), Alltagsgestaltung (r^s= -0.240, p<0.001), Autonomie (r^s= -0.239, p<0.001) und Würde (r^s= -0.217, p<0.001) wurden mit steigendem subjektivem Gesundheitszustand positiver bewertet.

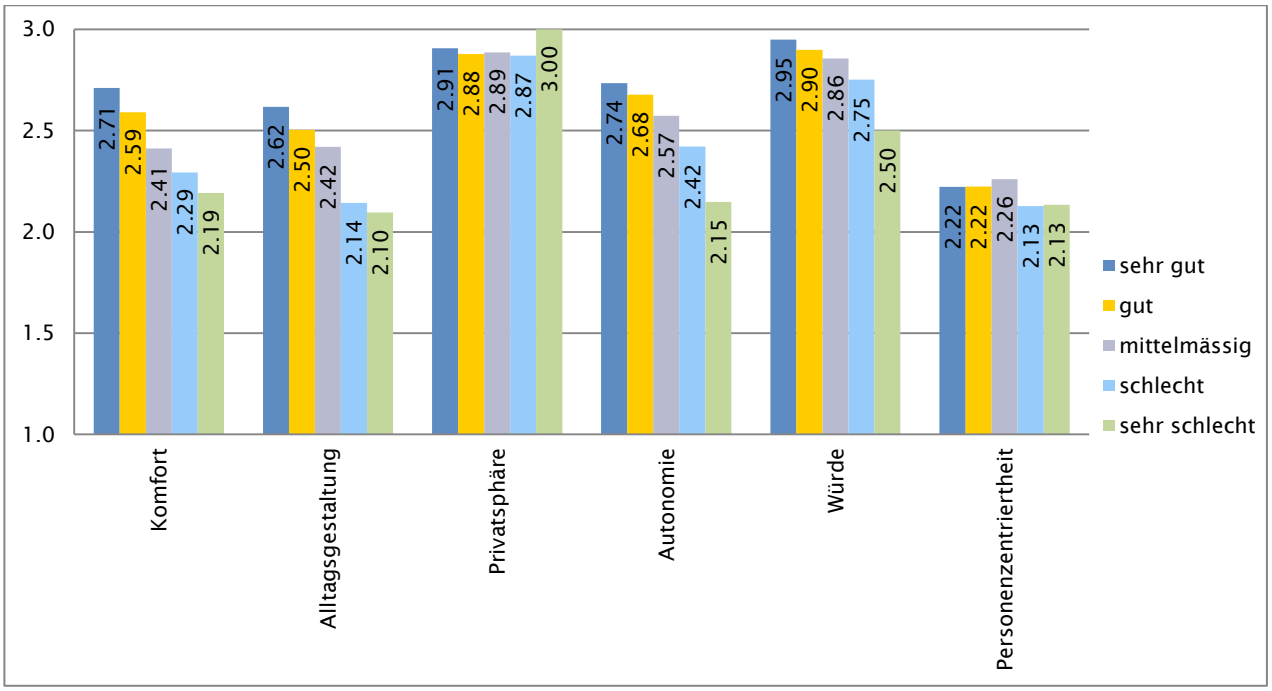


Abbildung 19: Dimensionen der Lebensqualität nach Gesundheitszustand

3.3.13 Allgemeine Einschätzung der Lebensqualität

Die allgemeine Einschätzung der Lebensqualität wurde mit der Frage erhoben: „Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität im Allgemeinen ein?“ Abbildung 20 zeigt, dass die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner ihre allgemeine Lebensqualität zum Zeitpunkt der Befragung als gut (62.0 %) einschätzte. 9.3 Prozent empfanden ihre Lebensqualität sogar als sehr gut. Als mittelmässig schätzten 24.2 Prozent der Befragten ihre Lebensqualität ein. Nur gerade 4.5 Prozent gaben an, über eine schlechte oder sehr schlechte Lebensqualität zu verfügen.

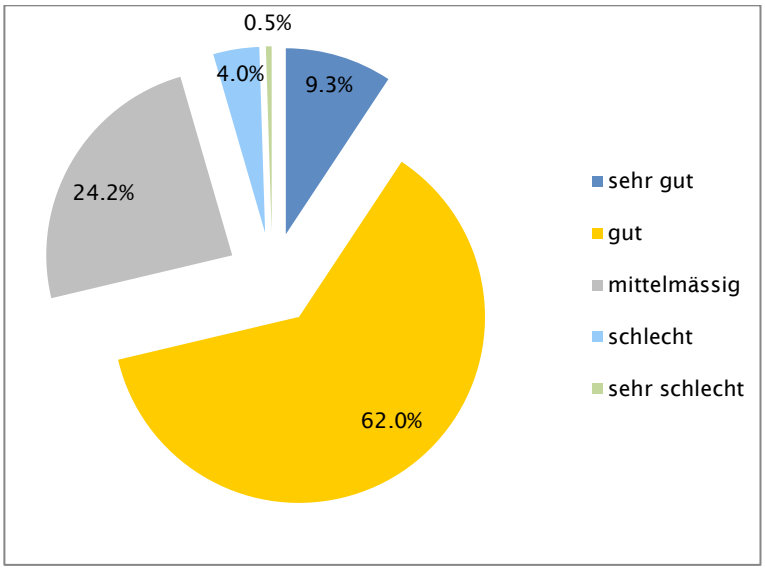


Abbildung 20: Allgemeine Einschätzung der Lebensqualität (n=993)

Die Abbildung 21 zeigt den Vergleich zwischen der allgemein eingeschätzten Lebensqualität und den sechs Dimensionen der Lebensqualität. Es fällt auf, dass Teilnehmende, die ihre Lebensqualität allgemein besser einschätzten, auch die Dimensionen der Lebensqualität als besser bewerteten. Mit Ausnahme der Dimension Privatsphäre zeigte sich dieser Zusammenhang bei allen Dimensionen der Lebensqualität (Komfort r^s= -0.186, p<0.001; Alltagsgestaltung: r^s= -0.213, p<0.001; Autonomie: r^s= -0.220, p<0.001; Würde: r^s= -0.267, p<0.001; Personenzentriertheit: r^s= -0.149, p<0.001).

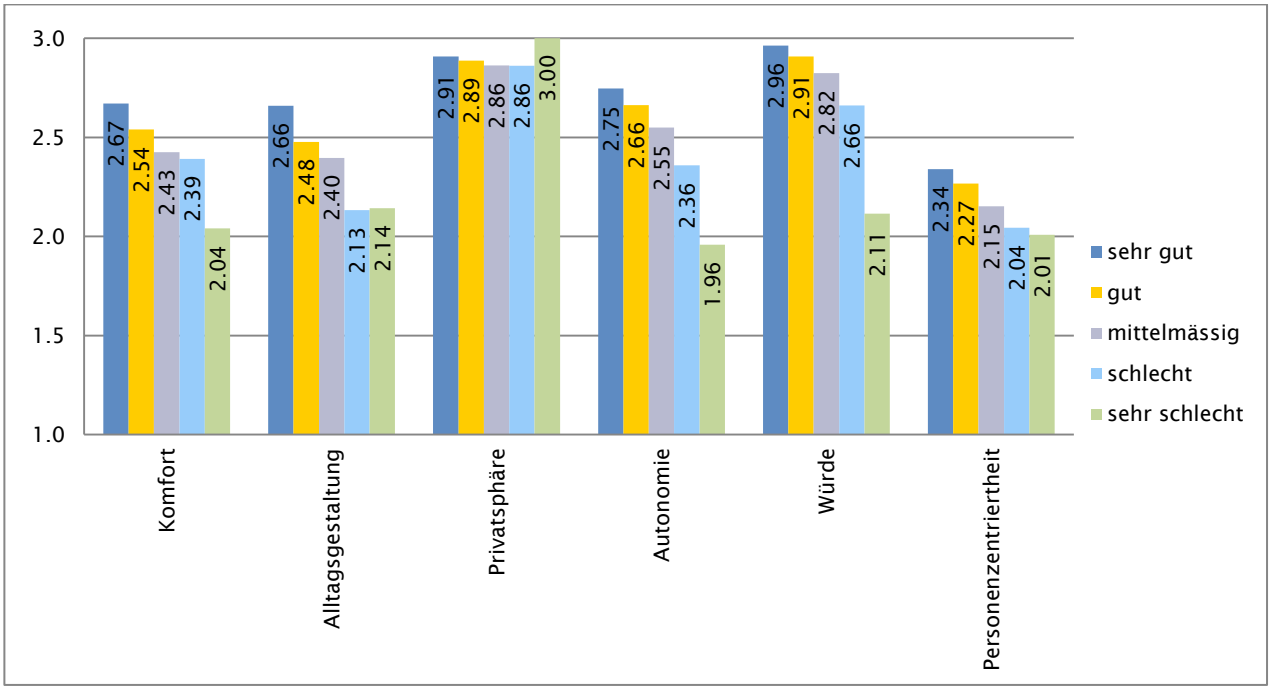


Abbildung 21: Dimensionen der Lebensqualität und allgemeine Einschätzung der Lebensqualität im Vergleich

3.4 Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner

Die Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner mit der Pflege wird mit vier Fragen aus der Originalversion des RQL-Fragebogens zu den Themen Kommunikation und Information seitens des Pflegepersonals ermittelt.

Vier weitere Fragen erheben die Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegeheim: Je eine Frage zur Empfehlung des Heims an andere, zur Gesamtbewertung des Heims mit einer Schulnote, zum allgemeinen Wohlbefinden im Heim und zur allgemeinen Einschätzung der Pflegequalität im Heim.

3.4.1 Zufriedenheit mit der Pflege

Die Zufriedenheit mit der Pflege wurde von den befragten Bewohnerinnen und Bewohnern im Allgemeinen hoch bewertet. Fasst man alle vier Fragen zusammen, beträgt der Mittelwert 2.7 (SD 0.36). Je höher der Wert zwischen 1 und 3 ausfällt, umso zufriedener sind die Befragten. Die durchschnittliche Bewertung der Zufriedenheit unterschied sich nicht bezüglich Alter und Geschlecht. Hingegen gaben Bewohnerinnen und Bewohner, die weniger pflegeabhängig (r^s= 0.167, p<0.001) oder weniger kognitiv eingeschränkt (r^s= -0.068, p 0.032) waren, eine höhere Zufriedenheit mit der Pflege an.

Die Antworten auf die Fragen zur Zufriedenheit mit der Pflege sind in Abbildung 22 dargestellt. 78.7 Prozent der Befragten berichteten, dass das Pflegepersonal ihnen zuhöre. 69.3 Prozent gaben an, dass die Pflegepersonen ihnen die tägliche Pflege erklären würden. 73.3 Prozent der Befragten bejahten die Frage, dass das Personal vor dem Betreten des Zimmers warte, bis die Bewohnerinnen und Bewohner es ins Zimmer bitte. 79.3 Prozent verneinten die Frage, dass das Pflegepersonal ihnen gegenüber auch schon wütend geworden sei. 17 bis 24 Prozent der Befragten beantworteten die Fragen nach der Zufriedenheit mit der Pflege mindestens teilweise negativ.

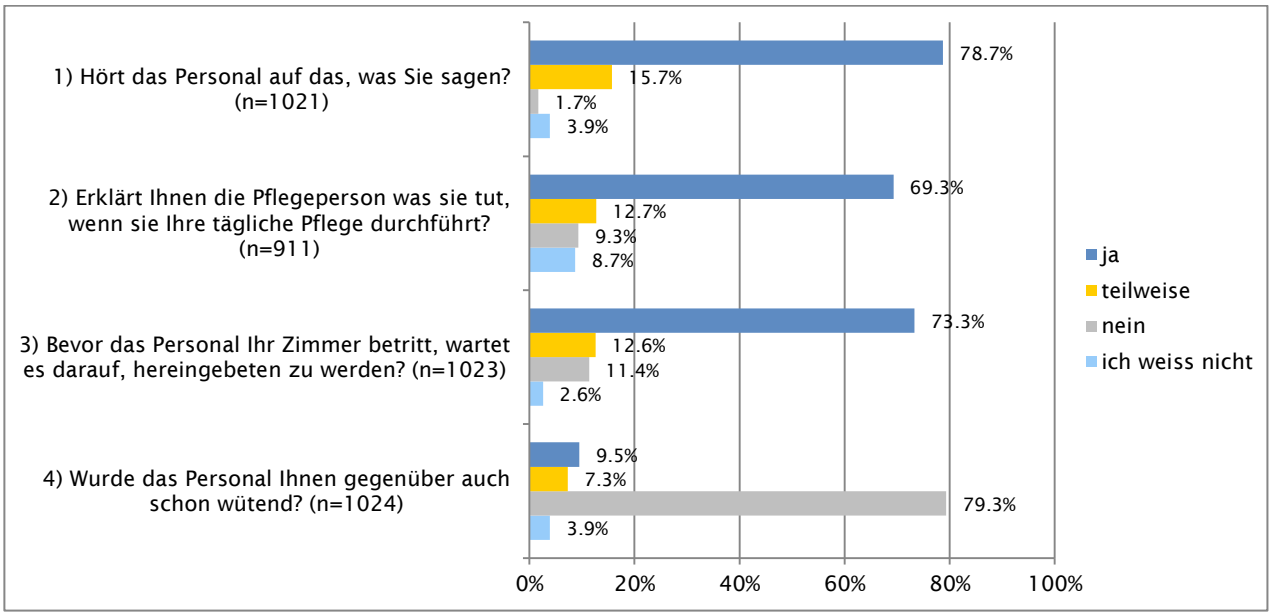


Abbildung 22: Einschätzung der Zufriedenheit

3.4.2 Empfehlung des Heims an Andere

Die grosse Mehrheit der Befragten (93.8 %) gab an, dass sie „ihr“ Heim weiterempfehlen würde. 4.1 Prozent würden das Heim nicht weiterempfehlen. 2.1 Prozent der Befragen antworteten in der Kateogrie „weiss nicht“. Diese Frage wurde von insgesamt 1007 Bewohnerinnen und Bewohnern beantwortet.

3.4.3 Gesamtbewertung mit Schulnote

Die Teilnehmenden wurden gebeten, die Institution, in der sie lebten, als Gesamtes mit einer Schulnote von eins bis sechs (6=beste Note) zu bewerten. Durchschnittlich wurde von den befragten Bewohnerinnen und Bewohnern die Note 5.3 (SD 0.74, Min. 1, Max. 6) vergeben.

Aus Abbildung 23 wird ersichtlich, dass die Schulnoten 6 (34.5 %) und 5 (31.8 %) am häufigsten vergeben wurden, gefolgt von der Note 5.5 (11.4 %), 4 (7.9 %) und 4.5 (4.7 %). Lediglich 2.2 Prozent der Befragten verliehen „ihrem“ Pflegeheim eine Note unter 4.

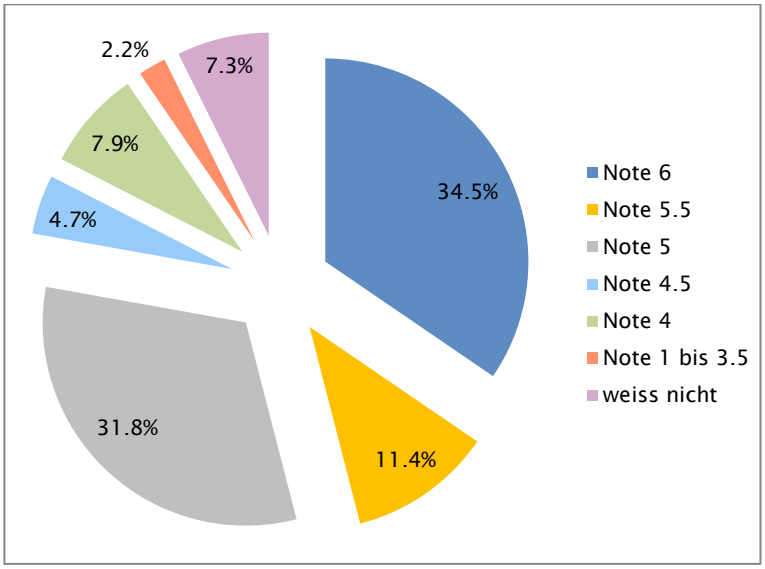


Abbildung 23: Bewertung der Pflegeheime mit Schulnoten von 1 bis 6 (n=996)

3.4.4 Allgemeines Wohlbefinden im Heim

Das allgemeine Wohlbefinden im Heim wurde mit der Frage erfasst, ob die Bewohnerinnen und Bewohner gerne im Heim seien. Die Ergebnisse sind in Abbildung 24 dargestellt. 74.7 Prozent der befragten Bewohnerinnen und Bewohner (n = 1023) beantworteten die Frage mit ja, 17.8 Prozent stimmten ihr teilweise zu und 6.5 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner beantworteten die Frage mit nein.

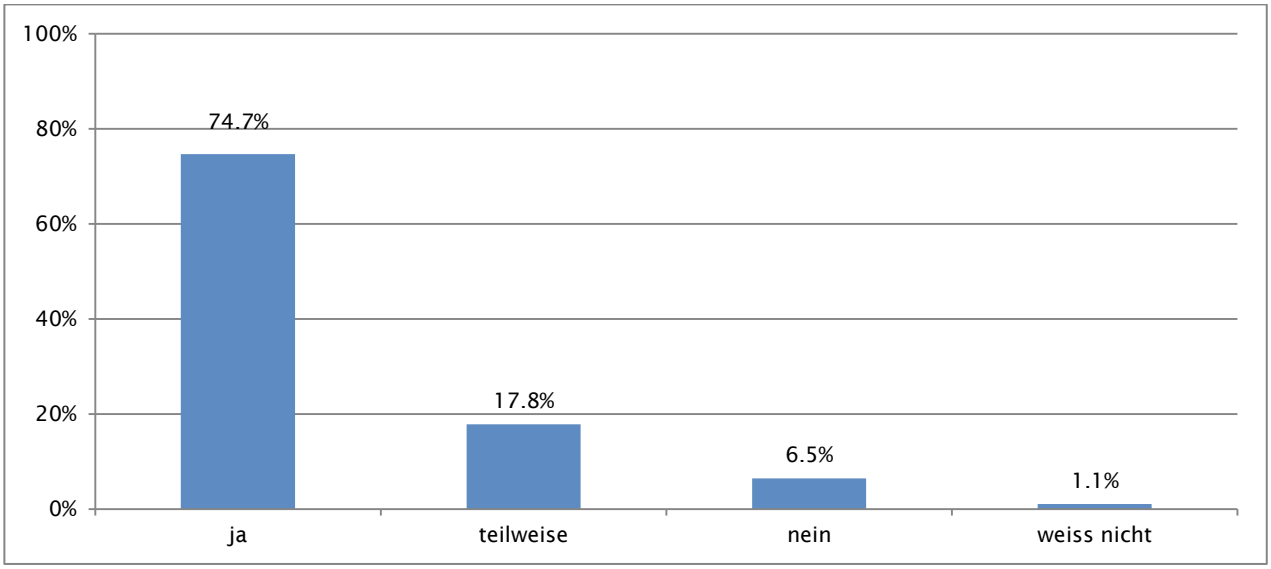


Abbildung 24: Allgemeines Wohlbefinden im Heim (n=1023)

3.4.5 Allgemeine Einschätzung der Pflegequalität

Die allgemeine Einschätzung der Pflegequalität wurde mit der Frage „Wie gut werden Sie hier gepflegt?“ erfasst. Wie auf Abbildung 25 ersichtlich wird, gaben 39.4 Prozent der Befragten an, sehr gut gepflegt zu werden. 53.3 Prozent fühlten sich gut und 7.3 Prozent fühlten sich mittelmässig gepflegt. Niemand gab an, schlecht oder sehr schlecht gepflegt zu werden.

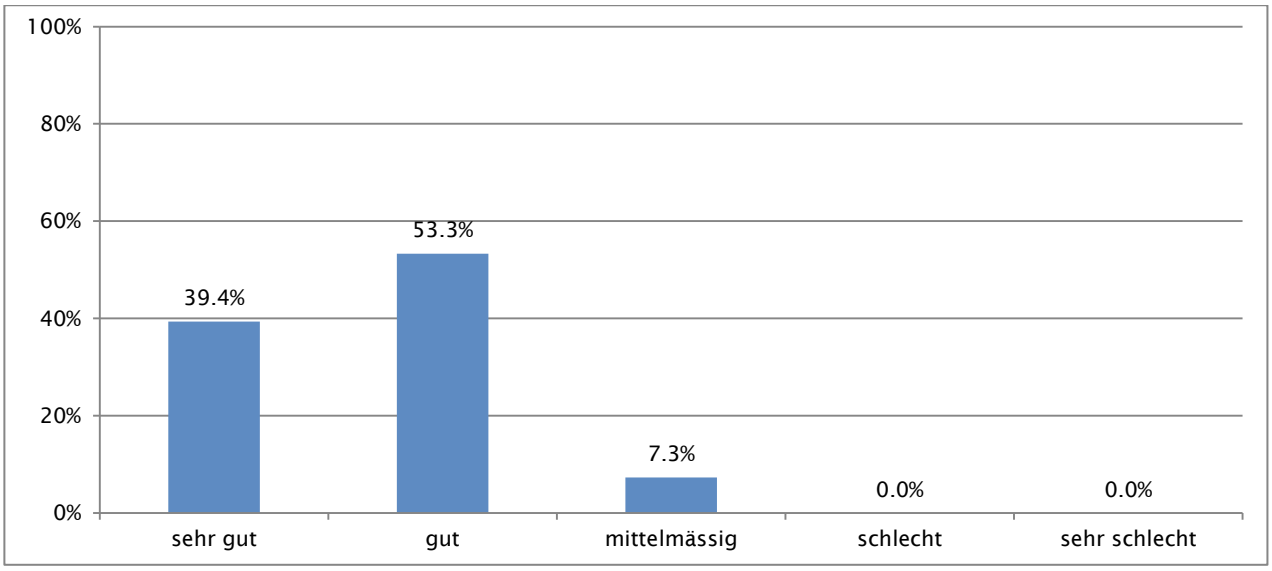


Abbildung 25: Allgemeine Einschätzung der Pflegequalität (n=972)

4 Synthese der Ergebnisse

Die Studie RESPONS liefert erstmalig für die Schweiz repräsentative Daten direkt Betroffener zur Pflegequalität in Pflegeheimen der deutsch- und französischsprachigen Schweiz. 1035 Bewohnerinnen und Bewohner wurden in strukturierten Interviews aus 51 zufällig ausgewählten Pflegeheimen der deutsch- und französischsprachigen Schweiz befragt. Die Anzahl der Befragten sowie die Qualität der Daten ermöglichen zuverlässige Aussagen über das Befinden der Bewohnerinnen und Bewohner, ihre Lebensqualität und Zufriedenheit.

4.1 Insgesamt hohe Bewertung der Lebensqualität und Zufriedenheit

Die befragten Bewohnerinnen und Bewohner scheinen insgesamt eine gute Lebensqualität im Pflegeheim zu geniessen und sie gaben an, alles in allem zufrieden zu sein mit der Pflege und der Institution. 7 von 10 befragten Heimbewohnerinnen und -bewohnern schätzten ihre allgemeine Lebensqualität im Pflegeheim als gut bis sehr gut ein. Neun von zehn Bewohnerinnen und Bewohnern gaben an, im Heim gut bis sehr gut gepflegt zu werden. Dies ist ein erfreuliches Ergebnis und stellt Schweizer Pflegeheimen grundsätzlich ein gutes Zeugnis aus. Im Bereich der Lebensqualität liegt dieses Ergebnis zudem leicht über dem Ergebnis der Studie Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen (EGBI), 2008/09 durch das Bundesamt für Statistik (Zimmermann-Sloutskis, Moreau-Gruet & Zimmermann, 2012). Dort bezeichneten knapp zwei Drittel der Pflegeheimbewohnenden ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut.

Auch die Dimensionen der Lebensqualität wurden insgesamt gut bewertet. Alle haben einen durchschnittlichen Wert über 2 auf einer Skala von 1 bis 3.

4.2 Unterschiede in den Dimensionen der Lebensqualität

Trotz dieser insgesamt positiven Bewertung sind die Unterschiede in der Wahrnehmung der einzelnen Lebensqualitäts-Dimensionen beachtlich. So bewerteten die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime der deutsch- und französischsprachigen Schweiz ihre Lebensqualität in den Dimensionen Würde und Privatsphäre mit einem Wert von 2.9 als sehr hoch, in den Dimensionen Komfort, Autonomie und Alltagsgestaltung mit Werten zwischen 2.5 und 2.6 im Vergleich dazu niedriger und in der Dimension Personenzentriertheit mit einem Wert von 2.2 am geringsten. Die genauere Betrachtung dieser Unterschiede ist wichtig für den Aufbau eines differenzierten Bildes der Lebensqualität im Pflegeheim. Zudem sollen Ansatzpunkte für die kontinuierliche Qualitätsverbesserung ermittelt werden.

4.2.1 Schutz der Würde und Wahrung der Privatsphäre gewährleistet

Die Dimensionen Würde und Privatsphäre wurden von den Bewohnerinnen und Bewohnern sehr hoch bewertet. Gemäss den Empfehlungen zur Behandlung und Betreuung älterer Menschen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2013) sind der Schutz der Würde und die Wahrung der Privat- und Intimsphäre zentrale Rahmenbedingungen. Diese müssen für eine gute Pflege und Betreuung von älteren Menschen in Institutionen der Langzeitpflege erfüllt sein. Die befragten Bewohnerinnen und Bewohner scheinen ihren Institutionen insgesamt diese Fähigkeit zu attestieren. So fühlen sich über 85 Prozent der Befragten mit Höflichkeit und Respekt behandelt und in ihrer Intimsphäre respektiert.

Die Achtung der Privat- und Intimsphäre ist insbesondere bei zunehmender Abhängigkeit von Bedeutung und verlangt von den Pflegefachleuten einen sensiblen, behutsamen Umgang mit den individuellen Schamgrenzen. Die schlechtere Bewertung der beiden Dimensionen bei zunehmender Pflegeabhängigkeit und kognitiver Einschränkung ist daher sehr ernst zu nehmen.

Räumliche Bedingungen wie das Zimmer der Bewohnerinnen und Bewohner sind zentral für den Schutz der Privatsphäre und ebenfalls Bestandteil der Empfehlungen der SAMW (2013). Dass 78 Prozent der Befragten in der vorliegenden Studie über ein Einzelzimmer verfügten, hat vermutlich zur hohen Bewertung der Dimension Privatsphäre beigetragen. So gaben 9 von 10 Befragten an, im Pflegeheim Rückzugsmöglichkeiten zu haben, ungestört telefonieren zu können und mit Besuchern ungestört interagieren zu können. Der Aufenthalt im Heim scheint daher das nötige Mass an Privatsphäre zu bieten, das für die Lebensqualität wichtig ist (Bradshaw, Playfore & Riazi, 2012; Kane, 2001).

4.2.2 Komfort – Schmerzen als zentrales Thema

Die Dimension Komfort wurde mit dem durchschnittlichen Wert von 2.5 auf einer Skala von 1 bis 3 bewertet. Zentrales Thema der befragten Bewohnerinnen und Bewohner waren hier Schmerzen. 59 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner litten mindestens teilweise an Schmerzen. Auch wenn dieses Ergebnis vergleichbar ist mit Ergebnissen unserer Nachbarländer, besteht hier grosses Verbesserungspotenzial. In Österreich hatten 47 Prozent der Befragten in Ruhe und 62 Prozent unter Belastung Schmerzen (Schreier, Stering, Pitzer, Iglseder & Osterbrink, 2015). In einer deutschen Studie waren es 49 Prozent der Befragten, die unter Ruheschmerzen litten und 67 Prozent unter Belastungsschmerzen (Osterbrink et al., 2012).

Gründe für die Unterbehandlung der Schmerzen können bei allen Beteiligten liegen. Viele Bewohnerinnen und Bewohner meinen, dass Schmerzen zum Alter gehören und melden die Schmerzen nicht (Osterbrink et al., 2012). Häufig bestehen Ängste vor schädigenden Folgen der Schmerztherapie bei den Betroffenen wie bei den Pflegefachleuten. Schmerzen wirken sich jedoch einschneidend auf alle Lebensbereiche aus: Neben den negativen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens verursachen Schmerzen häufig weitere gesundheitliche Probleme und schränken soziale Beziehungen ein (Schüssler, Stellamanns & Osterbrink, 2014).

Ein weiterer Grund kann eine inadäquate Schmerztherapie sein. Die unverzichtbare Basis der Behandlung von Schmerzen bildet die regelmässige Erfassung von Schmerzen mit passenden Assessmentinstrumenten. Ausgehend vom Schmerzassessment soll die entsprechende Therapie in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten und den Bewohnenden eingeleitet werden.

Eine grosse Herausforderung stellt das Einschätzen der Schmerzen bei Menschen dar, die sich im Gegensatz zu den Teilnehmenden dieser Studie nicht mehr äussern können. Diese Personen sind besonders gefährdet, an unerkannten Schmerzen zu leiden. Ein interprofessionelles Schmerzkonzept, das die Vorgehensweisen und Verantwortlichkeiten regelt, unterstützt die Pflegenden im Schmerzmanagement. Schulungen für beteiligte Berufsgruppen, insbesondere zu Schmerzassessment und medikamentösen und nichtmedikamentösen Interventionen, tragen zum Therapieerfolg bei (Osterbrink et al., 2014).

Schmerzen gewinnen als Qualitätsindikator an Bedeutung. Dringend beachten sollten die Pflege- und Betreuungsteams, dass die Auskunft der Betroffenen, sofern sie möglich ist, die zuverlässigste Informationsquelle darstellt. Dies sollte gemäss den Resultaten der Studie RESPONS vermehrt beachtet werden.

4.2.3 Autonomie nicht durchwegs gegeben

Die Bewertung der Lebensqualitätsdimension Autonomie wurde mit dem durchschnittlichen Wert von 2.6 auf einer Skala von 1 bis 3 bewertet. Die räumlichen Bedingungen zur Wahrung der Selbständigkeit scheinen in den Pflegeheimen erfüllt zu sein. Die Räume wurden von den Betroffenen insgesamt positiv bewertet.

Hingegen scheint die Selbstbestimmung in der Gestaltung des Alltages nicht durchwegs gegeben zu sein. So gaben rund 30 Prozent der Befragten an, dass sie die Zeit des Aufstehens am Morgen nicht oder nur teilweise frei wählen könnten und dass sie Hobbies, die Freude bereiten würden, nicht oder nur teilweise ausüben könnten. Die organisatorischen Rahmenbedingungen und personellen Kapazitäten der Institution wirken sich entscheidend auf die Selbstbestimmung aus, insbesondere auf Bewohnerinnen und Bewohner mit hoher Pflegeabhängigkeit. Darauf weist auch das Ergebnis der Studie RESPONS hin, dass Befragte mit hoher Pflegeabhängigkeit die Autonomie deutlich schlechter bewerteten als Befragte mit geringer Pflegeabhängigkeit.

Der Heimverband formuliert in der Charta der Zivilgesellschaft zum würdigen Umgang mit älteren Menschen, dass sich die Behandlung, Pflege und Betreuung an der Selbstbestimmung der Betroffenen zu orientieren habe (CURAVIVA Schweiz Fachbereich Alter, 2010). Das konkrete Umsetzen dieser Selbstbestimmung bleibt Aufgabe der Pflegeheime.

Wird Autonomie handlungsorientiert verstanden, zum Beispiel als Unabhängigkeit von der Hilfe anderer bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (Rüegger, 2013), so scheinen die strukturellen Rahmenbedingungen gegeben zu sein. Das Pflegepersonal scheint im Rahmen der Umsetzung des Pflegeprozesses geübt, die Ressourcen der Betroffenen zu nutzen, um deren Selbständigkeit so lange wie möglich zu erhalten.

Wird Autonomie primär als Selbstbestimmung definiert, also als Kontrolle der eigenen Lebenssituation, dann geht es darum, dass Betroffene in Fragen, die das eigene Leben betreffen, eigenverantwortlich entscheiden können (Rüegger, 2013). Gemäss Rüegger (2013) ist eine Kultur der Selbstbestimmung vonnöten, in der es den Mitarbeitenden und den Verantwortlichen des Heims ein Anliegen ist, den Bewohnerinnen und Bewohnern die Selbstbestimmung zu gewähren. Dies zeigt sich beispielsweise in transparenten, altersgerechten und rechtzeitigen Informationen, die es den Bewohnerinnen und Bewohnern ermöglichen, Entscheidungen zu treffen, oder in der Schaffung von Strukturen wie beispielsweise einem Bewohnerrat, die es den Bewohnenden ermöglichen, den Heimalltag mitzugestalten.

Die Selbstbestimmung in alltäglichen Belangen ist also ein zentraler Bestandteil eines würdigen Umgangs mit älteren Menschen und ihrerseits ein wichtiger Faktor für eine gute Lebensqualität in Pflegeheimen (Bradshaw et al., 2012). Es ist folglich zentral, dass Pflegeheime dauernd an der Gewährleistung der Autonomie arbeiten und versuchen, eine Kultur der Selbstbestimmung aufzubauen, auch in Abhängigkeitsverhältnissen und unter den gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen.

4.2.4 Alltagsgestaltung als Herausforderung

Die Lebensqualitätsdimension Alltagsgestaltung wurde mit dem durchschnittlichen Wert von 2.5 auf einer Skala von 1 bis 3 bewertet. Das Essen ist in Pflegeheimen ein wichtiges Element der Alltagsgestaltung und bedeutend für die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit (Burack, Weiner, Reinhardt & Annunziato, 2012; Street, Burge, Quadagno & Barrett, 2007). Das Essen wurde von drei Vierteln der Befragten positiv bewertet. Aber nur für knapp 58 Prozent der Befragten gab es ab und zu das Lieblingsessen. Dies deutet darauf hin, dass Wahlmöglichkeiten eingeschränkt zu sein scheinen.

In dieselbe Richtung kann das Ergebnis interpretiert werden, dass nur knapp die Hälfte der Befragten der Ansicht sind, Dinge ändern könnten, die sie nicht mögen. Auch hier scheinen die Bewohnerinnen und Bewohner das Gefühl zu haben, ihren Alltag im Pflegeheim nicht mitgestalten zu können. Der aktive Einbezug der Bewohnerinnen und Bewohner in die Alltagsgestaltung ist sowohl Bestandteil der Empfehlungen der SAMW für die Behandlung und Betreuung älterer pflegebedürftiger Menschen (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2013) als auch des Standards „Mental wellbeing of older people in care homes“ des National Institute for Health and Care Excellence (National Institute for Health and Care Excellence, 2013).

Pflegeheime bieten ein Reihe von Aktivitäten und Aktivierungmassnahmen zur Alltagsgestaltung an, doch scheinen diese trotz vieler Bemühungen nicht durchwegs die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner zu erfüllen. Insbesondere am Wochenende scheinen sich viele Bewohnerinnen und Bewohner zu langweilen. So zeigt die Studie RESPONS, dass für rund sechs von zehn Befragten unter der Woche Aktivitäten angeboten wurden, die Freude bereiteten. Am Wochenende traf dies nur für drei von zehn Befragten zu. Sinnvolle und bedeutende Aktivitäten sind ein zentrales Element der Lebensqualität in Pflegeheimen (Bradshaw et al., 2012). Sie tragen zur Gesundheitsförderung bei. Aktivitäten sind sinnvoll und bedeutend, wenn sie Freude bereiten, das physische, psychische Wohlbefinden oder die Kognition verbessern oder störende Verhaltensweisen reduzieren (Morley, Philpot, Gill & Berg-Weger, 2014). Wenn immer möglich sollten die Familie, Freunde und Betreuende an diesen Aktivitäten beteiligt sein. Dies trägt dazu bei, dass Bewohnerinnen und Bewohner Aktivitäten als sinnvoll erleben, weil sie damit Beziehungen entwickeln und pflegen können.

Laut Aussagen von Heimverantwortlichen halten sich Bewohnerinnen und Bewohner gerne im aktiven Geschehen auf, beispielsweise beim Eingang eines Pflegeheims, wo das Kommen und Gehen beobachtet werden kann. Umso wichtiger scheinen daher Angebote, die Quartier- oder Dorfbewohnerinnen und -bewohner einbeziehen und so Begegnungen mit der Aussenwelt ermöglichen (CURAVIVA Schweiz, 2005).

4.2.5 Investition in eine personenzentrierte Pflege und Betreuung

Die Lebensqualitätsdimension Personenzentriertheit war mit dem durchschnittlichen Wert von 2.2 auf einer Skala zwischen 1 und 3 die am tiefsten bewertete Dimension. Als Individuum mit seiner Lebensgeschichte und seinen Bedürfnissen anerkannt und betreut zu werden sowie die Möglichkeit zu haben, bedeutsame Beziehungen zu pflegen, dies sind zentrale Aspekte der Lebensqualität (Bradshaw et al., 2012; Hjaltadottir & Gustafsdottir, 2007). Beide Aspekte scheinen in den Pflegeheimen gemäss den Befragten nur teilweise erfüllt zu sein. So gaben lediglich 30 Prozent der Befragten an, dass sich das Personal für ihre Lebensgeschichte interessiere. Ein Drittel bis die Hälfte der Befragten fühlte sich

vom Personal und von den Mitbewohnenden als Person mit individuellen Vorlieben wahrgenommen. Auch alltägliche und vertrauensvolle Kontakte zum Personal, die eine Basis legen für bedeutsame Beziehungen, sind gemäss den Befragten nur teilweise vorhanden. So gaben lediglich 30 Prozent der Befragten an, dass das Personal allein für ein Gespräch bei ihnen vorbeischauen würde. 60 Prozent der Befragten haben eine Vertrauensperson beim Personal.

Personenzentrierte Pflege ist kein neues Konzept. Grundsätzlich sind den Pflegepersonen die zentralen Inhalte bekannt: Menschen als Individuen behandeln, ihre Rechte respektieren, gegenseitiges Vertrauen und Verständnis aufbauen sowie professionelle Beziehungen gestalten. Die Umsetzung dieser Prinzipien in der täglichen Praxis scheint eine Herausforderung zu sein (McCormack & McCance, 2010). Gründe dafür könnten in den Voraussetzungen der Pflegepersonen liegen, beispielsweise in den fachlichen und sozialen Kompetenzen. Andere Gründe sind möglicherweise in der Arbeitsumgebung zu finden, beispielsweise in angepasstem Skill- und Grademix (McCormack & McCance, 2010). In der Umsetzung der personenzentrierten Pflege ist die Wahl eines personenzentrierten Organisationssystems der Pflege von grosser Bedeutung, weil damit gute Rahmenbedingungen für professionelle Beziehungen und bewohnerzentrierte Pflege geschaffen werden.

Welche Gründe zur niedrigen Bewertung der Dimension Personenzentriertheit beigetragen haben, dies kann hier nicht beantwortet werden und bedarf weiterer vertiefender Analysen und Untersuchungen. Personenzentriertheit hat als Leitkonzept grosse Bedeutung in nationalen und internationalen gesundheitspolitischen Initiativen. Eine der einflussreichsten Initiativen ist die des Institute of Medicine, das die „Patientenzentriertheit“ als eines von sechs Zielen guter Qualität im Gesundheitswesen anstrebt (Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine, 2001). CURAVIVA beschreiben in der Charta der Zivilgesellschaft, dass die bedürfnisorientierte und personenzentrierte Pflege zu stärken sei (CURAVIVA Schweiz Fachbereich Alter, 2010). Auch der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) beschreibt im Positionspapier „Professionelle Pflege“ den Einbezug von persönlichen Ressourcen zur Förderung von Gesundheit, Autonomie und Lebensqualität als zentrales Element der professionellen Pflege (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, 2011).

Die in den Strategiepapieren und Leitbildern formulierten Anliegen zur Personenzentriertheit bieten die Chance, zu überlegen, wie personenzentrierte Pflege in der Praxis zur Optimierung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner umgesetzt werden kann.

4.3 Pflegeabhängigkeit, kognitive und gesundheitliche Einschränkungen als Risiko für schlechtere Lebens- und Pflegequalität

Die Ergebnisse der Studie RESPONS weisen darauf hin, dass mit zunehmender Pflegeabhängigkeit, mit kognitiven Einschränkungen sowie mit schlechterem subjektivem Gesundheitszustand die Beurteilung der Pflege- und Lebensqualität tendenziell schlechter ausfällt. Diese Tendenz zeigt sich bei mehreren Dimensionen der Lebensqualität sowie bei der Zufriedenheit. Körperliche und kognitive Einschränkungen scheinen es den Befragten demnach zu erschweren, am sozialen Leben im Heim teilzuhaben und Autonomie zu erfahren. Vergleichbare Studien erbringen ähnliche Ergebnisse (Abrahamson, Clark, Perkins & Arling, 2012; Kim et al., 2014).

Obwohl aus diesen Ergebnissen keine definitiven Schlussfolgerungen gezogen werden können, da vertiefende Analysen ausstehen, deuten sie darauf hin, wie wichtig es ist, den verletzlichsten und am meisten auf Pflege angewiesenen Bewohnerinnen und Bewohnern eine Stimme zu geben. Denn zeigt sich doch die Lebens- und Pflegequalität in Pflegeheimen gerade darin, wie gut diese Bewohnerinnen und Bewohner gepflegt und betreut werden.

Im Unterschied zu den gesundheitsbezogenen Kriterien zeigen sich bei den Merkmalen der Institution (Sprachraum, Heimgrösse und Rechtsform der Heime) und der Soziodemografie (Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer, Wohnform) keine klaren Unterschiede in der Bewertung der Lebens- und Pflegequalität.

4.4 Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht liefert beschreibende Ergebnisse zur Lebensqualität und Zufriedenheit von Schweizer Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern sowie erste Analysen von Zusammenhängen zwischen der Lebensqualität und den Eigenheiten der Bewohnerinnen und Bewohner und der Institution. Der Bericht vermittelt einen ersten umfassenden Einblick, wie Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner die Qualität in Schweizer Pflegeheimen beurteilen: Insgesamt bewerten sie die Qualität als gut. Im Einzelnen zeigt sich, dass der Schutz der Würde und die Wahrung der Privatsphäre gewährleistet sind, dass jedoch Handlungsbedarf besteht im Schmerzmanagement, in der Alltagsgestaltung, der Selbstbestimmung und in der personenzentrierten Pflege und Betreuung. Im Weiteren weist die Studie RESPONS hin auf Unterschiede in der Beurteilung der Lebensqualität durch verschiedene Bewohnergruppen. Die Studie zeigt, dass pflegeabhängige, kognitiv und gesundheitlich eingeschränkte Bewohnende die Lebens- und Pflegequalität kritischer beurteilen.

4.5 Weiteres Vorgehen

Die Ergebnisse der Studie RESPONS werden in den kommenden Monaten weiteren Analysen unterzogen zur Gewinnung eines vertieften Verständnisses der Qualität aus Sicht der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Im Weiteren soll das Verständnis der Qualität in Schweizer Pflegeheimen durch koordinierte Analysen mit der SHURP-Studie vervollständigt werden. Die Ergebnisse der weiterführenden Analysen werden in Präsentationen und Publikationen veröffentlicht werden.

Später wird den an der Studie teilnehmenden Institutionen ein vergleichender Bericht zur Verfügung gestellt. Damit können sie die eigene Institution den anderen Pflegeheimen gegenüberstellen.

5 Literatur

Abrahamson, K., Clark, D., Perkins, A. & Arling, G. (2012). Does cognitive impairment influence quality of life among nursing home residents? *Gerontologist, 52*(5), 632-640.

Baron-Epel, O., Dushenat, M. & Friedman, N. (2001). Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care, 13*(4), 317-323.

Bergland, A. & Kirkevold, M. (2005). Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies, 43*(6), 681-691.

Bradshaw, S. A., Playfore, E. D. & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing, 41*, 429–440.

Brod, M., Stewart, A. L., Sands, L. & Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the dementia quality of life instrument (DQoL). *Gerontologist, 39*(1), 25-35.

Bundesamt für Statistik. (2012). *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen: Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09)*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).

Bundesamt für Statistik. (2013). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2011 – Standardtabellen. Definitive Resultate*. Neuchâtel.

Burack, O. R., Weiner, A. S., Reinhardt, J. P. & Annunziato, R. A. (2012). What matters most to nursing home elders: quality of life in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association, 13*(1), 48-53.

Chou, S. C., Boldy, D. P. & Lee, A. H. (2002). Resident Satisfaction and Its Components in Residential Aged Care. *The Gerontologist, 42*(2), 188-198.

Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.

Cooney, A., Murphy, K. & O'Shea, E. (2009). Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. *Journal of Advanced Nursing, 65*(5), 1029-1038.

CURAVIVA Schweiz. (2005). *Lebensqualität im Pflegeheim*. CURAVIVA Schweiz. Bern.

CURAVIVA Schweiz Fachbereich Alter. (2010). *Zum würdigen Umgang mit älteren Menschen, Charta der Zivilgesellschaft*. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter. Bern.

Dijkstra, A., Buist, G. & Dassen, T. (1996). Nursing-care dependency. Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. *Scandinavian journal of caring sciences, 10*(3), 137-143.

Estermann, J. & Kneubühler, H. U. (2008). Warum Lebensqualität im Pflegeheim bedeutsam ist und wie sie gemessen werden kann. *Swiss Journal of Sociology, 34*(1), 187-210.

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. (2010). *Verbesserung messen: Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime*. Wien.

Hjaltadottir, I. & Gustafsdottir, M. (2007). Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scandinavian journal of caring sciences, 21*(1), 48-55.

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, Z. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Huber.

Kane, R. A. (2001). Long-term care and a good quality of life: bringing them closer together. *Gerontologist, 41*(3), 293-304.

Kane, R. A., Kling, K. C., Bershadsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Degenholtz, H. B., Liu, J. X. & Cutler, L. J. (2003). Quality of life measures for nursing home residents. *Journals of Gerontology: Medical Sciences, 58*(3), 240-248.

Kim, S. J., Park, E. C., Kim, S., Nakagawa, S., Lung, J., Choi, J. B., Ryu, W. S., Min, T. J., Shin, H. P., Kim, K. & Yoo, J. W. (2014). The Association Between Quality of Care and Quality of Life in Long-Stay Nursing Home Residents With Preserved Cognition. *Journal of the American Medical Directors Association, 15*(3), 220-225.

Lohrmann, C., Balzer, K., Dijkstra, A. & Dassen, T. (2003). Pflegeabhängigkeit im Pflegeheim – eine psychometrische Studie. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie, 36*(4), 255-259.

Martin, J. S., Vincenzi, C. & Spirig, R. (2007). Prinzipien und Methoden einer wissenschaftlich akkuraten Übersetzungspraxis von Instrumenten für Forschung und direkte Pflege. *Pflege, 20*(3), 157-163.

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Mertens, E., Tannen, A., Lohrmann, C. & Dassen, T. (2002). Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus: Eine beschreibende Studie. *Pflege, 15*(5), 195-201.

Morley, J. E., Philpot, C. D., Gill, D. & Berg-Weger, M. (2014). Meaningful activities in the nursing home. *J Am Med Dir Assoc, 15*(2), 79-81.

Morris, J. N., Fries, B. E., Mehr, D. R., Hawes, C., Phillips, C., Mor, V. & Lipsitz, L. A. (1994). MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of gerontology, 49*(4), M174-182.

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Mental wellbeing of older people in care homes (Vol. NICE quality standard 50): National Institute for Health and Care Excellence.

Osterbrink, J., Besendorfer, A., Doll, A., Fischer, T., Gnass, I., Heisel, M., Hübner-Möhler, B., Müller-Mundt, G., Nestler, N., Ralic, N., Sirsch, E., Thomm, M. & Wüste, S. (2014). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. In Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.), *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen* (pp. 18-53). Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Osterbrink, J., Hufnagel, M., Kutschar, P., Mitterlehner, B., Kruger, C., Bauer, Z., Aschauer, W., Weichbold, M., Sirsch, E., Drebenstedt, C., Perrar, K. M. & Ewers, A. (2012). The pain situation for residents of nursing homes. Results of a study in Munster. *Schmerz, 26*(1), 27-35.

Paquay, L., De Lepeleire, J., Schoenmakers, B., Ylieff, M., Fontaine, O. & Buntinx, F. (2007). Comparison of the diagnostic accuracy of the Cognitive Performance Scale (Minimum Data Set) and the Mini-Mental State Exam for the detection of cognitive impairment in nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(4), 286-293.

Rüegger, H. (2013). *Würde und Autonomie im Alter*. Bern: CURAVIVA Schweiz.

Ryden, M. B., Gross, C. R., Savik, K., Snyder, M., Oh, H. L., Jang, Y. P., Wang, J. J. & Krichbaum, K. E. (2000). Development of a measure of resident satisfaction with the nursing home. *Research in Nursing & Health, 23*(3), 237-245.

Schreier, M. M., Stering, U., Pitzer, S., Iglseder, B. & Osterbrink, J. (2015). Pain and pain-assessment in nursing homes. Results of the OSiA study. *Schmerz, 29*(2), 203-210.

Schüssler, N., Stellamanns, J. & Osterbrink, J. (2014). Literaturanalyse zum Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. In Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.), *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen* (pp. 54-172). Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege,.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI. (2011). *Professionelle Pflege Schweiz Perspektive 2020, Positionspapier des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK*. Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Bern.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2013). *Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen*. Basel.

Smart, K. A., Herrmann, N. & Lanctot, K. L. (2011). Validity and responsiveness to change of clinically derived MDS scales in Alzheimer disease outcomes research. *Journal of geriatric psychiatry and neurology, 24*(2), 67-72.

Street, D., Burge, S., Quadagno, J. & Barrett, A. (2007). The salience of social relationships for resident well-being in assisted living. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences, 62*(2), S129-S134.

Wagner, D. & Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing, 65*(3), 692-701.

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health, 8*(2), 94-104.

Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F. & Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

6 Anhang

6.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stichprobenbildung der Heime 12
Abbildung 2: Stichprobenbildung der Bewohnerinnen und Bewohner 14
Abbildung 3: Emotionales Wohlbefinden 25
Abbildung 4: Einschätzung der Lebensqualität in der Dimension Komfort 27
Abbildung 5: Einschätzung der Lebensqualität in der Dimension Alltagsgestaltung 28
Abbildung 6: Einschätzung der Lebensqualität in der Dimension Privatsphäre 29
Abbildung 7: Einschätzung der Lebensqualität in der Dimension Autonomie 30
Abbildung 8: Einschätzung der Lebensqualität in der Dimension Würde 31
Abbildung 9: Einschätzung der Lebensqualität in der Dimension Personenzentriertheit 32
Abbildung 10: Dimensionen der Lebensqualität im Vergleich 33
Abbildung 11: Dimensionen der Lebensqualität nach Sprachregion 34
Abbildung 12: Dimensionen der Lebensqualität nach Heimgrösse 35
Abbildung 13: Dimensionen der Lebensqualität nach Rechtsform der Heime 36
Abbildung 14: Dimensionen der Lebensqualität nach Altersgruppen 37
Abbildung 15: Dimensionen der Lebensqualität nach Geschlecht 38
Abbildung 16: Dimensionen der Lebensqualität nach Wohnform 39
Abbildung 17: Dimensionen der Lebensqualität nach kognitiven Fähigkeiten 40
Abbildung 18: Dimensionen der Lebensqualität nach Pflegeabhängigkeit 41
Abbildung 19: Dimensionen der Lebensqualität nach Gesundheitszustand 41
Abbildung 20: Allgemeine Einschätzung der Lebensqualität (n=993) 42
Abbildung 21: Dimensionen der Lebensqualität und allgemeine Einschätzung der Lebensqualität im Vergleich 42
Abbildung 22: Einschätzung der Zufriedenheit 43
Abbildung 23: Bewertung der Pflegeheime mit Schulnoten von 1 bis 6 (n=996) 44
Abbildung 24: Allgemeines Wohlbefinden im Heim (n=1023) 44
Abbildung 25: Allgemeine Einschätzung der Pflegequalität (n=972) 45

6.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien 13
Tabelle 2: Kategorisierung der Pflegeabhängigkeit nach Anzahl erreichter Punkte 16
Tabelle 3: Anzahl teilnehmende Heime nach Heimgrösse, Sprachregion und Rechtsform 19
Tabelle 4: Das Alter der Studienteilnehmenden nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform 20
Tabelle 5: Das Geschlecht der Studienteilnehmenden nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform 20
Tabelle 6: Die Aufenthaltsdauer der Studienteilnehmenden nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform 20
Tabelle 7: Wohnform nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform 21
Tabelle 8: Heimwahl nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform 21
Tabelle 9: Pflegeabhängigkeit nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform 22
Tabelle 10: Kognitive Fähigkeiten nach Sprachregion, Heimgrösse und Rechtsform 23
Tabelle 11: Subjektiver Gesundheitszustand nach Sprachregion, Grösse der Heime und Rechtsform. 24
Tabelle 12: Charakteristika der Studienteilnehmenden und der Nichtteilnehmenden 26