

"Kundenzufriedenheit" bei ambulanten Pflegedienstleistern: Bestandsaufnahme und Vorschläge für ein stresstheoretisch fundiertes Messinstrument

Bendel, Klaus; Matiaske, Wenzel; Schramm, Florian; Weller, Ingo

Erstveröffentlichung / Primary Publication

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bendel, K., Matiaske, W., Schramm, F., & Weller, I. (2000). "Kundenzufriedenheit" bei ambulanten Pflegedienstleistern: Bestandsaufnahme und Vorschläge für ein stresstheoretisch fundiertes Messinstrument. (Berichte der Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V., 3). Berlin: Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V.. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-409948>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



Werkstatt

für Organisations- und
Personalforschung e.V.

„Kundenzufriedenheit“ bei ambulanten Pflegedienstleistern

Bestandsaufnahme und Vorschläge für ein
stresstheoretisch fundiertes Messinstrument

Klaus Bendel, Wenzel Matiaske, Florian Schramm und Ingo Weller

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

Die Autoren:

Prof. Dr. Klaus Bendel ist Professor für Soziologie am Fachbereich Sozialwesen der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen in Paderborn.

Prof. Dr. Wenzel Matiaske ist Professor für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Personal und Organisation, am Institut für Internationales Management der Universität Flensburg und Mitglied der Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V. Berlin.

Prof. Dr. Florian Schramm ist Professor für Betriebswirtschaftslehre an der Hochschule für Wirtschaft und Politik (HWP) in Hamburg und Mitglied der Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V. Berlin.

Dipl.-Kfm. Ingo Weller ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Personalwirtschaft der Universität Paderborn und Mitglied der Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V. Berlin.

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

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

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

Bericht Nr. 3, Berlin 2000

ISSN 1615-8261

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

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

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

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

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

„Kundenzufriedenheit“ bei ambulanten Pflegedienstleistungen

Bestandsaufnahme und Vorschläge für ein stresstheoretisch
fundiertes Messinstrument

Klaus Bendel, Wenzel Matiaske, Florian Schramm, Ingo Weller

Zusammenfassung

Der Artikel gibt einen Überblick zum Stand der Forschung zur Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Es werden Erfahrungen und Instrumente zur Messung von Patientenzufriedenheit referiert. Die unzureichende theoretische Fundierung der meisten Meßinstrumente wird als Manko herausgestellt. Aufbauend auf streßtheoretischen Überlegungen werden Vorschläge zur Fundierung eines neuen Instrumentes unterbreitet. Grundlage ist das transaktionale Modell von Lazarus und Launier. Zusätzlich werden theoretische Überlegungen zu den Facetten des Konstruktes entwickelt. Es folgen Beispiele zur Operationalisierung. Ein Fazit sowie ein Ausblick auf geplante Vorhaben bilden den Schluß des Artikels.

Abstract

This report deals with quality assurance in ambulant care. Experiences are discussed and instruments for the measurement of patient satisfaction are presented. Most of the instruments lack a theoretical basis. Therefore stress theories are suggested as theoretical background for the measurement of the construct. The further argumentation is based on a transactional perspective. Additionally facets and components of the construct are developed. The report finishes with examples for the operationalization, a final conclusion and an outlook on future plans.

Inhaltsverzeichnis

1	Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege — einführende Bemerkungen	3
2	Zufriedenheit mit ambulanten Pflegedienstleistungen — zum gegenwärtigen Forschungsstand	5
2.1	Erfahrungen aus der Patientenzufriedenheitsforschung	6
2.2	Studien zur Zufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten	8
3	Zur theoretischen Fundierung eines Messinstrumentes zur Zufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten	12
3.1	Das Grundkonzept: Erwartungen und Wahrnehmung	12
3.2	Qualitäten der Klientenzufriedenheit	13
3.3	Facetten der Klientenzufriedenheit	15
3.4	Beispiele zur Operationalisierung	16
4	Fazit und Ausblick	18

1 Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege — einführende Bemerkungen

Mit der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) und seinem in Kraft treten am 01.01.1995 wurde in Deutschland nach jahrzehntelanger Diskussion in mehrfacher Hinsicht sozialpolitisches Neuland betreten. Neben der Erweiterung der klassischen Sozialversicherung um die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch die Einrichtung von Pflegekassen ist die Installation marktwirtschaftlicher Steuerungselemente ein zentrales Reformprojekt, das der Gesetzgeber hiermit verknüpft hat (Asam/Altmann 1995: 32 ff.).

Dabei handelt es sich einerseits um die Aufhebung der traditionellen Vorrangstellung von Pflegeanbietern der Freien Wohlfahrtspflege als Vertragspartner öffentlicher Kostenträger (§ 72 SGB XI). Parallel wurde eine Budgetierung der Ausgaben in Form der sogenannten „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ eingeführt (§ 30 und § 55 Abs. 1 SGB XI). Schließlich wurden in § 80 SGB XI Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität bzw. Qualitätssicherung von ambulanten Pflegeleistungen festgeschrieben.

Die Forcierung der Marktöffnung und Wettbewerbsförderung durch den Gesetzgeber hat ihre Wirkung nicht verfehlt. Mittlerweile gibt es bundesweit eine große Vielfalt privater Anbieter auf dem Pflegemarkt. Demgegenüber steht jedoch die Umsetzung der Anforderungen des § 80 SGB XI vor nicht unerheblichen Schwierigkeiten, da sich die dort formulierten Grundsätze und Maßstäbe lediglich auf relativ allgemeine Anforderungen und unpräzise Verpflichtungen beschränken, während bislang anerkannte und erprobte Instrumente zur Qualitätssicherung kaum zur Verfügung stehen (Kühnert 1996). Ein weiteres sowohl im Pflegeversicherungsgesetz selbst als auch bei den Qualitätsrichtlinien gemäß § 80 zu Tage tretendes Manko besteht darin, dass bei Qualitätskontrollen die Pflege dokumentation der Pflegekräfte im Vordergrund stehen soll, während direkte Qualitätsbeurteilungen der Nutzer nicht vorgesehen sind.

Die Beurteilung der Qualität der Pflege durch die pflegebedürftigen Personen selbst bzw. ihre an der Pflege beteiligten Angehörigen ist jedoch aufgrund der Spezifik sozialer Dienstleistungen von herausragender Bedeutung. Im Unterschied zu industriell gefertigten Gütern werden Pflegeleistungen nicht auf anonymen Massenmärkten angeboten, sondern sind das Ergebnis eines kommunikativen Interaktionsprozesses zwischen Dienstleistungserbringer und Dienstleistungsnehmer. Die Kunden oder Klienten sind als „Ko-Produzenten“ an der Erbringung sozialer Dienstleistungen unmittelbar aktiv beteiligt und deren Qualität ist abhängig von einer erfolgreichen Kooperation beider Seiten (Heiner 1996: 212; Wendt 1995).

Bezugnehmend auf die gebräuchliche Unterscheidung von Struktur-, Prozess-

und Ergebnisqualität (Donabedian 1966, 1982) muss diese Besonderheit in der unmittelbaren Verknüpfung von Prozess- und Ergebnisqualität gesehen werden. Die zu erbringenden Leistungen können nicht allein unter dem Gesichtspunkt des effektiven Einsatzes von Ressourcen zur Erreichung eines bestimmten Zieles bewertet werden. Vielmehr gewinnen Aspekte wie die Angemessenheit der Problembearbeitung, die Zuverlässigkeit der Leistungserbringung, die Transparenz der Handlungsvollzüge, die Achtung und Partizipation der Nutzer, die Vertraulichkeit der Kooperation usw. einen besonderen Stellenwert (Heiner 1996: 221 ff.).

Hinzu tritt die für soziale Dienstleistungen charakteristische Aufspaltung der Nachfrageseite in Kunden mit strukturell unterschiedlichen Interessen und Einflussmöglichkeiten. Während die Kostenträger als Kunden sozialer Dienste die Ausgestaltung des Angebotes ebenso wie die Bedingungen der Inanspruchnahme entscheidend beeinflussen bestehen für die Klienten in aller Regel keinerlei vergleichbare Möglichkeiten, Bedürfnisse über ein entsprechendes Nachfrageverhalten zum Ausdruck zu bringen. Sei es, weil ein Wechsel des Pfl gedienstes aufgrund mangelnder Alternativen nicht möglich ist oder der Kraftaufwand hierfür als zu hoch angesehen wird. So besteht nicht selten eine massive Abhängigkeit von den jeweiligen sozialen Dienstleistungsorganisationen (Badura/Groß 1976: 293 ff.; Verbraucher-Zentrale Hamburg 1998: 25, 29).

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

Neben der Diskussion um die Einrichtung unabhängiger Beratungs- und Beschwerdestellen, die insbesondere von Verbraucherzentralen als Elemente des Verbraucherschutzes im Gesundheitswesen angestrebt werden (Mertens 1997; Verbraucher-Zentrale Hamburg 1998: 48 ff.), ist die direkte Befragung der Nutzer im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen geeignet, Fehlentwicklungen aufgrund mangelnder Artikulationsmöglichkeiten dieses Personenkreises im Hilfesystem vorzubeugen. Das subjektive Wohlbefinde und die subjektive Zufriedenheit können nur auf dem Weg einer unmittelbaren Befragung derjenigen in Erfahrung gebracht werden, die diese Lebensumstände durchleben. Auch wenn die Zufriedenheit von Nutzern kein hinreichender Indikator für die Qualität sozialer Dienstleistungen sein kann, dürfte gleichwohl unstrittig sein, dass Informationen hierzu eine unabdingbare Grundlage für eine bedürfnisorientierte Ausgestaltung des Leistungsangebotes darstellen.

Zielsetzung unseres Beitrages ist die theoretische und methodische Fundierung eines standardisierten Instrumentes zur Zufriedenheitsmessung der Klienten

ambulanter Pfl gedienstleister. Erste Erfahrungen liegen in diesem Bereich bereits vor. Darüber hinaus existiert eine Vielzahl von Instrumenten zur Messung des verwandten Konstruktes Patientenzufriedenheit. Wir diskutieren diese Messansätze im folgenden Kapitel, wobei wir auf die in der Literatur behandelten Instrumente nur kurz eingehen werden.

Ein Manko der vorliegenden Instrumente ist ihre unzureichende theoretische Fundierung. Ein weiteres methodisches wie theoretisches Problem ist das in der Zufriedenheitsforschung bekannte Phänomen, dass Messungen regelmäßig ein hohes Zufriedenheitsniveau indizieren. Der Informationswert von Zufriedenheitsmessungen ist daher — mit Blick auf interne wie externe Maßstäbe der Qualitätsbeurteilung — nicht unproblematisch. Dies gilt insbesondere unter der Randbedingung eingeschränkter „Konsumentensouveränität“. In der theoretischen Grundlegung unseres Vorschlages zur Messung der Klientenzufriedenheit, die wir im dritten Kapitel vorstellen, greifen wir diese Problematik auf. In Anlehnung an Ergebnisse der Arbeitszufriedenheitsforschung schlagen wir auf stresstheoretischer Basis vor, verschiedene Qualitäten der Zufriedenheit zu differenzieren.

Das vierte Kapitel fasst die methodischen Erfahrungen und theoretischen Überlegungen zusammen. Auf dieser Basis und unter Rückgriff auf die Ergebnisse einer explorativen Erhebung zur Zufriedenheit mit den Leistungen ambulanter Pfl gedienste stellen wir abschließend mögliche Operationalisierungen des vorgeschlagenen Konstruktes zusammen.

2 Zufriedenheit mit ambulanten Pflegedienstleistung — zum gegenwärtigen Forschungsstand

Während die Zufriedenheitsforschung im klinischen Bereich bereits auf eine langjährige Tradition zurückblicken kann (Swan/Carroll 1979; Aharony/Strasser 1993; Leimkühler 1995; Stallard 1996), steckt sie auf dem Gebiet der ambulanten Pfl gedienstleistungen — insbesondere im deutschsprachigen Raum — noch in den Anfängen. Trotz der breiten und gut dokumentierten Erfahrungen mit Instrumenten zur Messung der Patientenzufriedenheit sind auch auf diesem Feld, gemessen an Standards der empirischen Sozialforschung, konstruktive Mängel zu verzeichnen. Wir beleuchten diese Aspekte zunächst kurz, bevor wir ausführlicher auf jüngere Ansätze zur Erhebung der Klientenzufriedenheit bei ambulanten Pfl gediensten eingehen.

2.1 Erfahrungen aus der Patientenzufriedenheitsforschung

Messinstrumente der empirischen Sozialforschung sollen nicht nur, wie einleitend betont, theoretisch fundiert sein, sie sollen darüber hinaus testtheoretischen Standards genügen, d. h. auf Verlässlichkeit und Gültigkeit geprüft sein (mit Bezug auf das Anwendungsfeld Carr-Hill 1992; Fitzpatrick 1991a, 1991b). Im Fall komplexer Konstrukte wie der Zufriedenheitsmessung kommt hinzu, dass die Instrumente verschiedene Aspekte oder Facetten des Konstruktes erfassen sollen. Typischerweise sind derartige Instrumente daher in Subskalen organisiert. Schließlich ist mit Blick auf den Einsatz bei größeren Populationen der Praktikabilität der Erhebung und Datenanalyse Rechnung zu tragen. Obwohl diese Kriterien in kritischen Übersichtsreferaten bereits früh angemahnt wurden (Lebow 1983; Lochman 1983; Pascoe 1983), genügen ihnen die eingesetzten Instrumente nur in wenigen Fällen (McMillan 1987; Leimkühler 1995; Stallard 1996).

In ihrer umfassenden Revision vorliegender Messinstrumente mit Blick auf den Einsatz bei ambulanten Diensten kommen van Campen et al. (1995) zu dem ernüchternden Ergebnis, dass von 113 gesichteten Instrumenten lediglich für 41 Reliabilitäts- und Validitätsprüfungen durchgeführt wurden. In der letzteren Gruppe befanden sich wiederum nur 8 Messansätze, die zwei- oder mehrmals auf ihre Güte überprüft wurden. Diese Gruppe enthält die bekanntesten Instrumente wie den „Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)“ (Ware/Snyder 1975; Ware et al. 1983), den „Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)“ (Larsen et al. 1979; Attkisson/Zwick 1982), die „Satisfaction with Physicians and Primary Care Scale (SPPCS)“ (Hulka et al. 1970) und das „Patient Judgement of Hospital Quality Instrument (PJHQ)“ (Meterko et al. 1990), die regelmäßig überprüft und weiterentwickelt worden sind. Allerdings bemängeln van Campen et al. auch bei diesen Instrumenten die unzeichnende theoretische Fundierung. Letztere konstatieren sie lediglich im Fall des „Service Quality Instrument (SERVQUAL)“ (Parasuraman et al. 1985), das explizit auf einem „Lückenkonzept“ basiert. Zufriedenheit mit der Servicequalität ist demnach eine Funktion der Stärke und Richtung der Differenz zwischen erwarteter und wahrgenommener Servicequalität, wobei eine gewisse Toleranzzone angenommen wird (Parasuraman et al. 1988). Die Vorstellung eines subjektiven Soll-Ist-Vergleichs von Erwartungen und Wahrnehmungen ist jedoch implizit grundlegend für viele andere Instrumente.

Neben diesen Kritikpunkten stellt sich im Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheitsforschung ein Grundproblem, das auch aus anderen Bereichen der Zufriedenheitsmessung bekannt ist: Es finde sich generell, selbst bei Problemgruppen, hohe Zufriedenheitsquoten, die vom Standpunkt eines Außenstehenden in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit den faktischen Verhältnissen stehen. So sind in verschiedenen Studien bereits mehrfach Diskrepanzen zwischen objektiven Gegebenheiten bzw. Fremdeinschätzungen und der subjektiven Wahrneh-

mung nachgewiesen worden (Leimkühler 1995: 165). In methodisch orientierten Erklärungen dieses Phänomens wird vor allem auf die Tendenz verwiesen, sozial erwünschte bzw. inhaltsunabhängige Antworten zu geben. Auf theoretischer Ebene wird zur Deutung des überwiegend positiven Antwortverhaltens vor allem auf zwei verwandte Erklärungsmuster zurückgegriffen: die Theorie der kognitiven Dissonanz und das Assimilations-Akkomodations-Modell.

Die Theorie der kognitiven Dissonanz (Festinger 1978) geht davon aus, dass Befragungspersonen, die sich nach einer Entscheidungsphase für die Inanspruchnahme eines bestimmten Angebotes entschieden haben, in der Folge bevorzugt Aspekte wahrnehmen, die sie in der Richtigkeit ihrer Entscheidung bestätigen. Äußerungen zur Zufriedenheit mit einer Dienstleistung sind insofern von einer selektiven, positive Aspekte verstärkenden Wahrnehmung geprägt, um das eigene Entscheidungsverhalten vor sich selbst zu rechtfertigen. Die in der Forschung zum Konsumentenverhalten gebräuchliche Theorie stellt auf die aktive Informationssuche nach dem Kaufakt bzw. einer Patientenbeziehung ab. Bezogen auf den Fall dauerhafter Klientenbeziehungen wie bei der Inanspruchnahme von Pfl gedienten ist dagegen das ebenfalls mit der homöostatischen Grundannahme verwandte Assimilations-Akkomodations-Modell zur Erklärung der durchgängig hohen Zufriedenheitsurteile angemessener. Dieses Modell setzt an der Vorstellung eines Soll-Ist-Vergleichs an und konzeptualisiert Zufriedenheitsäußerungen als Verhältnis zwischen zwei Variablen, der wahrgenommenen Realität einerseits und den ihr entgegengebrachten Erwartungen andererseits (Oliver 1979; Linder-Pelz 1982a, 1982b. Vgl. in diesem Zusammenhang auch das dynamische Konsumentenzufriedenheitsmodell von Woodruff et al. 1983). Sind die wahrgenommenen Verhältnisse aus der Perspektive einer Person kaum zu beeinflussen so werden die Erwartungen entweder bereits vorab entsprechend gering ausfallen oder aber im Zuge des entsprechenden Erfahrungsprozesses an die Realität angepasst werden. Unter der Voraussetzung, dass generell ein solcher Ausgleich zwischen den Erwartungen der Person und der von ihr wahrgenommenen Umwelt angestrebt wird (Gleichgewichtszustand), kann eine hohe Zufriedenheit somit auch als Indiz einer resignativen Anpassung an als unabänderlich wahrgenommene Gegebenheiten interpretiert werden (Ipsen 1978: 47 ff.).

Beide Erklärungsmuster thematisieren den Prozesscharakter der Bildung und Veränderung von Zufriedenheitsurteilen; ein Aspekt, der in den auf statische Bestandsaufnahme angelegten Instrumenten vernachlässigt wird. Praxeologisch ist die Berücksichtigung des Prozesscharakters der Zufriedenheitsurteile mit Blick auf die Evaluierung der Qualität klinischer wie pfl gerischer Dienstleistungen von erheblicher Bedeutung (Hays/Ware 1986).

Eines der wichtigsten Ergebnisse der bisherigen Forschung ist aus unserer Sicht, dass die empirischen Studien Aufschluss über verschiedene inhaltliche Facetten des Konstruktes Zufriedenheit liefern. Denn diese Facetten sind nur teilwei-

se unter Rückgriff auf theoretische Konzepte, wie beispielsweise Kataloge humaner Bedürfnisse oder sozialer Normen, ableitbar. Die Erwartungen an die Qualität bestimmter Dienstleistungen sind entscheidend durch situative Aspekte geprägt und darüber hinaus historischem Wandel unterworfen. Bemerkenswerterweise belegen Meta-Analysen vorliegender Studien typische Dimensionen der Patientenzufriedenheit (Hall/Dornan 1988a, 1988b). Dominante Faktoren sind menschliche Zuwendung und Informationsverhalten, wahrgenommene Qualität und Kompetenz, aber auch Bürokratie, Zugänglichkeit, Kosten und eingesetztes Instrumentarium sind von Bedeutung. Ferner werden die Ergebnisse, die Kontinuität und die Aufmerksamkeit gegenüber psychosozialen Problemen berücksichtigt.

2.2 Studien zur Zufriedenheit mit ambulanten Pflegedienste

Im Bereich der ambulanten Pfl ge wurden zwar frühzeitig Untersuchungen zur Qualitätssicherung durchgeführt, die subjektive Zufriedenheit der Nutzer blieb dabei jedoch ausgeklammert. Erst in jüngster Zeit zeichnen sich Bestrebungen ab, diese Lücke zu schließen. Daher können wir im folgenden nur wenige Studien vorstellen. Wir werden dabei auf die bekannten Probleme der Zufriedenheitsforschung stoßen. Dennoch ist es für unsere Zielsetzung wichtig, diese Studien ausführlicher zu würdigen, um mehr über die spezifische inhaltlichen Facetten des Konstruktes Zufriedenheit bei der Nutzung ambulanter Pfl gedienste zu erfahren.

Die Verbraucher-Zentrale Hamburg hat sich bereits 1996 darum bemüht, einen Einblick in die Situation von Pfl gebedürftigen zu gewinnen (Verbraucher-Zentrale Hamburg 1998). Allerdings kann dieses Unternehmen allenfalls explorativen Charakter beanspruchen, da lediglich 13 qualitative Leitfadeninterviews durchgeführt wurden, von denen wiederum lediglich 5 Personen pfl gebedürftig bzw. Angehörige von pfl gebedürftigen Menschen waren. Dennoch gibt die Studie erste Hinweise auf zentrale Problemlagen bzw. Qualitätsdimensionen. Gegenstand von Kritik und Beschwerden waren zusammengefasst: fehlende Koordination, Beratung und Unterstützung bei der Antragstellung an die Pfl gekasse und Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MDK), fehlende Entscheidungshilfen bei der Auswahl eines geeigneten Dienstes, unklare und missverständliche Abrechnungsmodalitäten, zeitliche Unflexibilität und Fremdbestimmtheit der Pfl ge, Belastung durch häufige Wechsel der Pfl gekräfte, Leistungskürzungen und Zeitmangel, Äußerung, Wahrnehmung und Umgang mit Beschwerden (ebd.: 16 ff.).

Ebenfalls 1996 wurde in Gelsenkirchen vom Institut für Arbeit und Technik eine standardisierte schriftliche Befragung zur Zufriedenheit der Kunden von 9 privaten Pfl gediensten durchgeführt (Bandemer 1997). Gegenüber der qualitativ ausgerichteten Hamburger Befragung können sich die Ergebnisse der Studie auf

eine deutlich breitere Datengrundlage stützen ($n = 271$). Gefragt wurde mit einem insgesamt 16 Fragen umfassenden Fragebogen unter anderem nach der Art der Hilfen, nach Erreichbarkeit, Beratung, Beschwerden, Kriterien der Auswahl des Dienstes, nach dem Stellenwert von Leistungen, nach dem Gefühl und der Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen. Auch diese Studie liefert wichtige Hinweise hinsichtlich der Zufriedenheit mit ambulanten Pfl gedienstleistungen. So gründete sich beispielsweise die überwiegend geäußerte Zufriedenheit mit den Pfl gediensten (über 90 %) vor allem auf die Pfl gequalität und die Freundlichkeit des Personals, während dem Einsatz der gleichen Pfl gekraft sowie Informationen zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten ein eher nachrangiger Stellenwert zugewiesen wurde. Allerdings werden einige Aspekte, die von der Hamburger Studie als zentral hervorgehoben wurden, nicht angesprochen. Dies betrifft insbesondere Momente der Abhängigkeit und Fremdbestimmtheit in der Pfl ge, beispielsweise Möglichkeiten der Mitsprache und Partizipation, etwa bei den Pfl gezeiten oder bei der Auswahl der Pfl gekräfte, ebenso wie die Transparenz von Abrechnungen. Des Weiteren bleiben Abhängigkeiten aufgrund mangelnder Alternativen ausgeblendet. Hinweise auf Problemlagen hätten auch die Anlässe von Beschwerden geben können, die ebenfalls nicht erhoben werden. Schließlich werden in dem Fragebogen keine personenbezogenen Daten, wie etwa Alter, Geschlecht, Haushaltsgröße, Grad der Pfl gebedürftigkeit oder Konfession erhoben, so dass weitergehende Analysen hinsichtlich der Abhängigkeit der Zufriedenheit von soziodemographischen Variablen nicht möglich sind. Insgesamt fehlt dem Fragebogen jedoch ein auf den Aspekt der Zufriedenheit zugeschnittenes theoretisches Fundament. Zumindest finde sich keinerlei Angaben dazu, auf welcher Grundlage das Erhebungsinstrument entwickelt wurde.

Der TÜV-Rheinland führt im Rahmen seines Zertifizierungs erfahrungens für ambulante Pfl gedienste Kundenbefragungen durch (Reck-Hog 1997; o.V. 1997). In Form von Leitfadeninterviews werden unter anderem Daten zur Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, Verlässlichkeit und Pünktlichkeit der Mitarbeiter erhoben. Weiterhin wird danach gefragt, ob sich die Kunden geachtet und als Mensch respektiert fühlen. Schließlich wird auch um die Bewertung der Struktur und Organisation der Pfl gedienste gebeten, etwa hinsichtlich der Gewährleistung von Vertraulichkeit, der Einhaltung vereinbarter Betreuungszeiten, des Informationsverhaltens (z. B. bei Verspätungen) sowie der Zahl der eingesetzten Pfl gekräfte. Der Interviewleitfaden lehnt sich an den oben erwähnten „Client Satisfaction Questionnaire“ (CSQ) an, der im Hinblick auf ambulante Pfl gedienste modifiziert wurde. Bislang ist der Leitfaden jedoch ebensowenig wie Daten und Ergebnisse aus entsprechenden Untersuchungen publiziert worden. Insofern ist eine weitergehende Auseinandersetzung mit dem Erhebungsinstrument bzw. den Ergebnissen der Untersuchungen nicht möglich.

Ausführlicher dokumentiert ist eine Studie des Österreichischen Roten Kreuz-

zes zur Zufriedenheit der Nutzer mit den Leistungen der Hauskrankenpflege/Altenbetreuung/Heimhilfe, die sich u. a. ebenfalls an den CSQ anlehnt (Wild/Strümpel 1996). Neben 7 qualitativen Interviews wurden insgesamt 200 schriftliche Befragungen mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Grundlage war dabei die Annahme, daß sich die Zufriedenheit mit einer Dienstleistung aus dem Verhältnis der persönlichen Bedeutung eines bestimmten Aspektes (Wichtigkeit) zu den faktischen Gegebenheiten (Ist-Zustand) zusammensetzt. Entsprechend wurden, soweit möglich, jeweils beide Aspekte erhoben und miteinander verglichen. Insgesamt ergab sich dabei eine hohe Zufriedenheit mit den angebotenen Diensten. Als besonders wichtig und auch in bezug auf die Ist-Situation sehr positiv bewertet wurde die Beziehung zwischen Patient und Personal. Im Einzelnen handelte es sich dabei um die persönliche Beziehung zur Betreuungsperson, deren Freundlichkeit und fachliche Kompetenz. Als problematische Punkte erwiesen sich das Erhalten von Tips und Anleitungen vom Pfl gepersonal, die Kontinuität des Personals (häufige Personalwechsel) sowie Möglichkeiten, den Zeitpunkt des Hausbesuchs mitbestimmen zu können, wobei letzteres von vielen Nutzern auch als nicht so wichtig angesehen wurde. Insgesamt bestand auf Seiten der Nutzer die Tendenz, die Dienstleistung zu akzeptieren und wenig zu hinterfragen. Sie sahen sich eher in der Rolle des „passiven Empfängers“ und legten keinen allzu großen Wert auf die Mitsprache und aktive Mitgestaltung des Dienstleistungsverhältnisses (ebd.: 44). Neben den aufschlußreichen Befunden der Studie ist hier der Versuch einer theoretischen Fundierung des Erhebungsinstrumentes unter Bezugnahme auf die Wert-Erwartungstheorie hervorzuheben (Linder-Pelz 1982a, 1982b). Allerdings wird in diesem Zusammenhang nicht näher erläutert, in welcher Weise die Beziehung zwischen der Einschätzung der Wichtigkeit eines Aspektes und der Bewertung des Ist-Zustandes die Zufriedenheit beeinflusst

Eine an der Universität-Gesamthochschule Kassel durchgeführte Studie zur Lebensqualität durch Offene Hilfen für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen in Hessen ($n = 70$) nennt als zentrale Parameter der Bewertung von ambulanten bzw. familienunterstützenden Diensten die Nutzungsstruktur und den Nutzungsumfang, das Verhältnis zur Leitung und zu eingesetzten Assistenten des Dienstes, die Entscheidungskompetenzen von Kunden bei der Auswahl der Helfer, die Flexibilität und Erreichbarkeit des Dienstes, die unmittelbare Interaktion zwischen Helfern und Kunden einschließlich möglicher Konfliktsituationen die Zufriedenheit mit der Organisation und dem Inhalt der Dienstleistungen, die Zufriedenheit mit Dienstleistungen in ausgewählten Bereichen (z. B. Beratung) sowie die Zufriedenheit mit dem Verhältnis zu Assistenten und Regie-Mitarbeitern (Böttner et al. 1997: 71 f.). Zufriedenheitswerte wurden mit einer elf-stufige Skala gemessen, die auch in Wohlfahrtssurveys eingesetzt wird. Insgesamt fie die Bewertung der Dienste durch die Nutzer sehr positiv aus, während negative Bewertungen nur selten geäußert wurden.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine schriftliche Befragung der Nutzer familienunterstützender Dienste in Nordrhein Westfalen ($n = 827$), die vom Zentrum für Planung und Evaluation der Universität Gesamthochschule Siegen durchgeführt wurde (McGovern et al. 1998). In die Befragung wurden insgesamt 24 Qualitätsmerkmale für die Arbeit familienunterstützender Dienste in der Form von Thesen aufgenommen, zu denen die Befragungspersonen auf sechsstufige Ratingskalen ihre Zustimmung oder Ablehnung zum Ausdruck bringen konnten (McGovern et al. 1998: 89 ff.). Dabei handelt es sich einerseits um Aussagen zur Qualität der Struktur des Dienstleistungsangebotes (z. B. Informationen zu Angeboten und Hilfsmöglichkeiten, Erreichbarkeit in Notfällen, Einfluss auf Art und Umfang der Hilfen bzw. bei der Helferauswahl, Unterstützung bei Anträgen, Erläuterung von Kosten, Umgang mit Beschwerden und Verhalten in Konfliktsituationen) sowie andererseits um Aussagen zu den Leistungen der Einsatzkräfte (z. B. Vertraulichkeit, Verbindlichkeit, Zurückhaltung und Qualifikation). In der gleichen Form wurde parallel die Zufriedenheit in insgesamt fünf Unterstützungsbereichen erhoben: Begleitung ausser Haus, Beratung, Pflegehilfen, Unterstützung im Haushalt und pädagogische Förderung. Schließlich wurde ebenfalls in der gleichen Form die Zufriedenheit mit den „Servicequalitäten“ der Mitarbeiter im Hinblick auf Freundlichkeit, respektvollen Umgang, Zuverlässigkeit, Einfühlungsvermögen und Motivation abgefragt. Insgesamt zeigte sich auf allen Ebenen eine durchweg positive Bewertung der Dienstleistungen.

Aus der bisherigen Forschung zur Zufriedenheit von Patienten im Gesundheitswesen kann als übereinstimmendes Ergebnis die herausragende Bedeutung der kommunikativen Interaktion bzw. Kooperation zwischen Dienstleistungserbringer und Dienstleistungsnehmer festgehalten werden (Ben-Sira 1980; Bowers et al. 1994; Joos et al. 1993; Leimkühler 1995; Smith 1992). Neben der affektiven Komponente der Beziehung zwischen Klient und Personal kommt in diesem Zusammenhang dem Erhalt autonomer Handlungs- und Entscheidungsspielräume (Selbständigkeit) eine zentrale Bedeutung zu (Elbeck/Fecteau 1990). Wesentlich scheint demnach auch zu sein, dass der Klient in seiner Eigenständigkeit als Person, im Sinne eines am Behandlungsgeschehen aktiv beteiligten Subjekts, anerkannt und respektiert wird.

Letzterer Aspekt verweist noch einmal auf die zentrale Schwierigkeit der Zufriedenheitsmessung und das damit verbundene Interpretationsproblem der Ergebnisse. Die in den diskutierten Studien berichteten durchweg hohen Zufriedenheitswerte können aus unserer Sicht teilweise auf die mangelnde Souveränität der Klienten zurückgeführt werden. Das bei sozialen Dienstleistungen häufig erlebte Fehlen von alternativen Handlungsoptionen und die hiermit verbundene Abhängigkeitserfahrung führen zu relativ niedrigen Erwartungen und großer Dankbarkeit für jegliche Unterstützung, d. h. zu hoher Zufriedenheit auch mit unzulänglicher Hilfeleistung. Dieser Aspekt ist in der theoretischen Grundlegung

des Messinstrumentes ausführlicher zu würdigen.

3 Zur theoretischen Fundierung eines Messinstrumentes zur Zufriedenheit mit ambulanten Pflegedienste

Ausgehend von den berichteten Instrumenten und Befunden entwickeln wir im folgenden eine theoretische Fundierung für ein Messinstrument. Den Ausgangspunkt unserer Überlegungen bildet das Grundkonzept eines Soll-Ist-Vergleichs von Erwartung und Situationswahrnehmung. Die berichteten Probleme hoher Zufriedenheitsurteile und psychischer Anpassungsprozesse greifen wir im Folgenden wieder auf. Wir schlagen mit Rückgriff auf Lazarus/Launier (1978) eine emotions- oder, genauer, stresstheoretische Konzeption vor und entwickeln auf dieser transaktionalen Betrachtungsweise Indikatoren zur Differenzierung verschiedener Qualitäten der Klientenzufriedenheit. Eine Spezifikation des Grundkonzeptes zur Messung der Klientenzufriedenheit bei ambulanten Pflegediensten bildet den Schluss dieses Kapitels, wo wir Facetten der Klientenzufriedenheit mit Bezug auf inhaltstheoretische Konzepte der Motivation diskutieren.

3.1 Das Grundkonzept: Erwartungen und Wahrnehmung

Konsens der Zufriedenheitsforschung ist es, das Konstrukt Zufriedenheit als Ergebnis eines Soll-Ist-Vergleichs zu konzeptionalisieren. Die Soll-Komponente kann als Bündel von Erwartungen an einen spezifischen Erlebensbereich charakterisiert werden; in unserem Fall also die Erwartungen, die sich an die Dienstleistung häusliche Pflege richten. Die Ist-Komponente bezeichnet die subjektive Wahrnehmung der aktuellen Situation. Der Vergleich von Erwartungen und Wahrnehmungen oder, anders ausgedrückt, die Differenz zwischen Anspruch und subjektiver Wirklichkeit hat Zufriedenheit oder Unzufriedenheit zur Folge. Obwohl das Konzept auf der theoretischen Vorstellung einer Differenzbildung beruht, erfolgt die Messung der Zufriedenheit regelmäßig nur anhand des bereits gebildeten Urteils. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Dynamik der Urteilsbildung in zeitpunktbezogenen Erhebungen nicht erfasst werden kann und die kognitiven Vorgänge der Urteilsbildung praxeologisch als weniger interessant gelten. Um Zufriedenheitsurteile jedoch qualitativ differenzieren zu können, muss deren Entstehung genauer betrachtet werden.

Beide Konzepte, Erwartung und Wahrnehmung, können theoretisch unterschiedlich gefasst werden, worauf wir nicht näher eingehen. Mit Blick auf das Messinstrument ist es jedoch relevant, dass beide Komponenten durch Erfahrung geprägt und mithin veränderlich sind.

3.2 Qualitäten der Klientenzufriedenheit

Das zentrale Modell der psychologischen Stressforschung ist das transaktionale Modell von Lazarus/Launier (1978). Das Modell betrachtet die Wechselwirkung zwischen Person und Situation. Transaktional bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Dynamik des Stressgeschehens im Mittelpunkt steht und die deterministische Sichtweise durch eine prozessuale Betrachtung ersetzt wird. Das Modell beansprucht über den spezifische Gegenstand der Stressforschung hinaus Gültigkeit und kann als allgemeine Emotionstheorie interpretiert werden. In unserem Zusammenhang erweist sich das Modell als besonders geeignet, da auf diese und verwandte Konzeptionen im Bereich der Zufriedenheitsforschung häufig zurückgegriffen wird, um Qualitäten der Zufriedenheit zu unterscheiden (z. B. Büssing/Bissels 1998).

Das Modell betrachtet kognitive Situationseinschätzungen und Coping-Strategien (Lazarus/Launier 1978: 301 ff.). Die Situation wird mit Bezug auf ihren potentiellen Gefährdungscharakter eingestuft. Lazarus/Launier sprechen hier vom „primary appraisal“ oder besser „appraisal of well being“. Eine Situation kann als irrelevant, als günstig oder als bedrohlich bzw. unangenehm empfunden werden. Nach Lazarus/Launier wird eine Situation als bedrohlich oder unangenehm eingestuft, wenn sie zu Schaden oder Verlust führt, Gefahr impliziert oder herausfordernden Charakter besitzt. In einer zweiten Einschätzung wird beurteilt, welche Verarbeitungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und ob diese zur Problembehebung geeignet sind. Man spricht hier vom „secondary appraisal“ oder besser vom „appraisal of coping resources“ (ebd.: 306). Während die irrelevanten Situationseinschätzungen keine weiteren Konsequenzen nach sich ziehen, müssen sowohl günstige als auch unangenehme Einschätzungen kognitiv verarbeitet werden (Lazarus 1966). Dieser Verarbeitungsprozeß wird als Coping bezeichnet und kann als Versuch gedeutet werden, Stresssituationen zu vermeiden (z. B. im Falle günstiger Einschätzungen), sie zu lindern oder zu bewältigen (Semmer 1997). Stresssituationen selbst sind dadurch charakterisiert, dass sie Kapazitäten binden, „was unter der Bedingung begrenzter Kapazität zu weiteren Problemen führen kann.“ (Semmer 1984: 68). Coping ist so betrachtet mit Kosten verbunden.

Als mögliche Strategien des Coping führen Lazarus/Launier Informationssuche, aktives Handeln, Handlungsverbote sowie intrapsychisches Coping an. Alle vier Arten können sowohl problembezogen als auch emotionsbezogen (palliativ) ausgestaltet sein. Unterschieden wird also dahingehend, ob sie beim Problem selbst oder aber bei den Emotionen ansetzen, die durch die vorhergehende Situationseinschätzung entstanden sind (Lazarus/Launier 1978: 308 ff.). Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass problembezogenes Coping eher mit Wohlbefinden einhergeht und dass emotionsbezogenes Coping eher mit Streßsymptomen (z. B. psychosomatischen Befindensbeeinträchtigungen) korreliert ist (Semmer

1997). Interpretiert man Coping-Maßnahmen als Kosten für die Mobilisierung von Ressourcen, werden diejenigen Maßnahmen als relativ günstiger angesehen, welche die als bedrohlich wahrgenommene Situation objektiv beenden und den Organismus wirksamer vor Dauerbelastungen schützen (Gebert/Rosenstiel 1996: 117; Lazarus/Launier 1978: 316).

Coping basiert auf dem Gedanken der Homöostase. Der Coping-Prozeß wird analog zur allgemeinen Emotionsforschung als ein Prozeß der Selbstregulation auf drei Ebenen betrachtet: auf der physiologischen, auf der motorischen und auf der kognitiv-emotionalen Ebene (Gebert/Rosenstiel 1996: 116). Je nach individueller Disposition (Lazarus 1998: 218 ff.; Semmer 1996) hängt die Auswahl der Coping-Strategien von verschiedenen Kontextfaktoren ab. Zu diesen zählen Lazarus/Launier (1978) das Ausmaß der wahrgenommenen Unsicherheit, das Ausmaß der erlebten Bedrohung, das Vorhandensein von Konfliktsituationen und das Ausmaß an empfundener Hilflosigkeit.

Ist das Ausmaß an Unsicherheit hoch, wird als Coping-Strategie verstärkt Informationssuche eingesetzt, während aktives Handeln als Alternative eher an Bedeutung verliert. Bleibt die Informationssuche erfolglos, werden intrapsychische Anpassungsmaßnahmen forciert. Ein hohes Ausmaß an Bedrohung fördert den Einsatz eher einfacher Coping-Strategien, wie z. B. Wut, Panik oder Verwirrung. Herrschen dagegen Konfliktsituationen vor, die durch konfliktierend Kognitionen oder Ziele charakterisiert sind, wird aktives Handeln eher unterdrückt, weil dieses notwendigerweise zur Aufgabe zumindest einer Alternative führen würde. In diesen Situationen finden eher intrapsychische Anpassungsreaktionen statt, die dem Prinzip der Homöostase folgen und das innere Gleichgewicht wieder herstellen. Ein hohes Ausmaß an Hilf- oder Hoffnungslosigkeit ist letztlich für Zustände eher depressiver Art verantwortlich und fördert körperliche Immobilität und Handlungsunfähigkeit (Lazarus/Launier 1978: 319 f.).

Die drei unterschiedenen Ebenen — physiologisch, motorisch und kognitiv-emotional — können als Prozesse betrachtet werden. Individuen reagieren auf bedrohliche Situationen (primary appraisal) zunächst mit Maßnahmen auf der motorischen Ebene. Typische Verhaltensmuster sind Angriff oder Flucht. Verbunden mit diesen treten emotionale Zustände wie Wut, Ärger oder Angst auf. Erst wenn keine Handlungsmöglichkeiten gegeben sind (secondary appraisal), tritt Hilflosigkeit ein, die letztendlich zu intrapsychischen Anpassungsreaktionen führt. Diese können als Veränderung der relevanten Kognition bzw. Situationswahrnehmung interpretiert und mit Bezug auf die Komponenten der Zufriedenheit als Ist-Wert-Anhebung oder Soll-Wert-Absenkung dargestellt werden. Zugehörige psychologische Prozesse können Leugnung, Verdrängung, Bagatellisierung, Intellektualisierung usw. sein (Gebert/Rosenstiel 1996: 117). Unabhängig von der motorischen oder emotional-kognitiven Betrachtung treten in jeder der beschriebenen Situationen zusätzlich verschiedene physiologische Korrelate auf.

Die transaktionale Sichtweise hat Implikationen für eine zeitpunktbezogene Messung der Klientenzufriedenheit. Um Qualitäten der Zufriedenheitsäußerungen differenzieren zu können ist es bedeutsam, die Emotionsentwicklung nachzuzeichnen. Das Messinstrument sollte also Indikatoren enthalten, die Rückschlüsse auf die Situationseinschätzungen — primary und secondary appraisal — ermöglichen. Im Falle empfundener Handlungsmöglichkeiten sollten dem Modell folgend keine intrapsychischen Anpassungsprozesse stattgefunden haben. Resignative Zufriedenheitsurteile haben demnach ihren Ursprung in erlebter Hilflosigkeit. Die Operationalisierung zur Trennung „echter“ Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit versus „resignativer“ Zufriedenheit muss sich auf Aspekte des secondary appraisal konzentrieren, da jede Art von Coping auch das primary appraisal rückwirkend beeinflusst

3.3 Facetten der Klientenzufriedenheit

Die Komponenten des Soll-Ist-Vergleichs im Grundmodell der Zufriedenheit sind bislang inhaltlich nicht gefüllt. Zur inhaltlichen Spezifikation schlagen wir zwei Facetten vor, die wir im folgenden näher beschreiben.

Die zentrale Aussage des Modells lautet, dass eine Person Komponenten einer Situation auf Basis ihrer Ansprüche als mehr oder weniger befriedigend beurteilt. Der Bildbereich der Messung enthält also zumindest ordinal abgestufte Reaktionen zwischen den Polen Zufriedenheit und Unzufriedenheit.

Die situative Komponente der Beurteilung soll im Anschluss an die gebräuchliche Klassifikation von Donabedian (1966, 1982) in die Elemente Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegliedert werden. Eine bereits angesprochene Besonderheit im Falle personenbezogener Dienstleistungen ist das Zusammenspiel von Prozess- und Ergebnisqualität, da der Klient in die Leistungserstellung integriert ist.

Die situative Facette ist mit den Maßstäben der Beurteilung oder den Ansprüchen des Klienten zu konfrontieren. Zur Differenzierung dieser Ansprüche stellen wir auf ein inhaltstheoretisches Konzept der Motivation ab, das drei grundlegende Kategorien von Bedürfnissen unterscheidet. Als Komprimierung des Kataloges von Maslow (1954) schlägt Alderfer (1972) drei Grundkategorien menschlicher Bedürfnisse vor: E (existence), R (relatedness) und G (growth). Existence bezeichnet primäre und materielle Bedürfnisse, Relatedness stellt soziale und beziehungsorientierte Bedürfnisse in den Mittelpunkt und mit Growth werden Ichzentrierte Bedürfnisse und der Wunsch nach Selbstentfaltung angesprochen.

Der folgende Facettensatz enthält diese Überlegungen zum Bildbereich und den skizzierten Inhalten. Durch Überkreuzung der Facetten *A* und *B* erhält man einen Bereich von neun Itemgruppen, die verschiedene Aspekte der Zufriedenheit abbilden. Ein solch empirisch prüfbarer Facettensatz kann aufgrund weitergehen-

$$\begin{array}{l}
 \text{Klient } p \text{ beurteilt die } \left\{ \begin{array}{l} A, \text{ Komponenten \\ a_1, \text{ Struktur} \\ a_2, \text{ Prozess} \\ a_3, \text{ Ergebnis} \end{array} \right\} \text{ der Qualität einer} \\
 \\
 \text{Pfl gedienstleistung abhängig von seinen } \left\{ \begin{array}{l} B, \text{ Bedürfnissen \\ b_1, \text{ materiell} \\ b_2, \text{ sozial} \\ b_3, \text{ psychologisch} \end{array} \right\} \\
 \\
 \rightarrow \text{ als } \left\{ \begin{array}{l} \text{Reaktion} \\ \text{befriedigend} \\ \vdots \\ \text{unbefriedigend} \end{array} \right\}
 \end{array}$$

der Befunde erweitert oder modifiziert werden. Insofern verstehen wir unseren Abbildungssatz als Ausgangspunkt zur inhaltlichen Spezifikation von Klientenzufriedenheit. Aufgrund unserer Bestandsaufnahme bereits eingesetzter Instrumente und erster Erfahrungen mit einem eigenen Itempool (Bendel 2000) vermuten wir, dass der vorgeschlagene Satz gut geeignet ist, um vorhandene Itempools zu strukturieren.

3.4 Beispiele zur Operationalisierung

Die hier vorgetragenen Überlegungen zur Messung verlangen, dass das zu entwickelnde Instrument zwei grundlegende Konzepte operationalisiert: Neben den Facetten der Klientenzufriedenheit ist das stresstheoretische Konzept des secondary appraisal abzubilden. Wir geben das Kapitel beschließend einige Beispiele möglicher Operationalisierungen, um die theoretischen Überlegungen zu veranschaulichen.

Die Operationalisierung des stresstheoretischen Konzeptes setzt an den subjektiven Handlungsoptionen im Fall einer aversiven Situation an. Die Handlungsmöglichkeiten sollen (1.) retrospektiv mit Blick auf die Wahl des Pfl gedienstleisters und (2.) mit Blick auf wahrgenommene Handlungsoptionen im Fall von Unzufriedenheit erfragt werden.

1. Der rückbezügliche Fragenblock richtet die Aufmerksamkeit auf die Souveränität der Klienten bei der Initiative zur Inanspruchnahme bzw. Auswahl eines Pfl gedienstes. Von Bedeutung ist darüber hinaus, ob alternative Angebote geprüft worden sind oder zumindest zur Auswahl gestanden haben.

2. Zur Erfassung der wahrgenommenen Handlungschancen bei Unzufriedenheit wird eine hypothetische aversive Situation konstruiert. An diese Situationsbeschreibung schließen sich Handlungsoptionen an, bei denen gefragt wird, ob diese im Möglichkeitsfall ergriffen würden oder in der Vergangenheit bereits ergriffen wurden.

Die skizzierten Indikatoren werden im Anschluss an die psychometrische Bestimmung ihrer Verlässlichkeit und Gültigkeit zu einem Index verrechnet. Weil wir unterschiedliche Schwierigkeiten bei der Wahl von Handlungsalternativen vermuten, wird zur Indexbildung eine probabilistische Variante der Guttman-Skala, die Skalierung nach Mokken, Einsatz finden. Ein Trennwert zwischen „echt“ und „resignativ“ Zufriedenen ist nur bei verlässlichen, d. h. skalierbaren Indikatoren zu bestimmen. Eine Hypothese zur Prüfung der Gültigkeit lautet, dass die resignativ zufriedene Teilgruppe einerseits relativ hohe Zufriedenheitswerte im Vergleich zur Restpopulation aufweist. Andererseits sollte der Mittelwert, wegen der theoretisch postulierten geringeren Wirksamkeit innengerichteter Coping-Strategien, etwas niedriger ausfallen als bei Personen, die sich in einer aversiv erlebten Situation als handlungsfähig erleben bzw. erlebt haben. Ferner sollte die Varianz der resignativ zufriedenen Teilgruppe geringer ausfallen als für die Restpopulation.

Die facettentheoretische Kombination von Komponenten der Pfl gedienstleistung und Bedürfnissen differenziert neun Bereichszufriedenheiten und leitet die Formulierung der Items. Einige Beispiele sollen die avisierten Inhalte verdeutlichen. Die Kombination der Facetten a_1 und b_1 zielt auf die Palette der angebotenen Dienste wie Pfl gedienste, medizinische Dienste oder andere Dienste bei der Bewältigung des Alltags wie Einkaufen, Zubereitung der Mahlzeiten oder Putzarbeiten, und die Zufriedenheit mit dem Angebot hinsichtlich der eigenen Bedürfnisse. Die Kombination a_2 und b_2 meint insbesondere den sozialen Kontakt mit dem Pfl gepersonal, also Zeit für Gespräche oder Freundlichkeit der Ansprache. Die Überkreuzung der Facetten a_3 und b_3 operationalisiert ein zentrales Ziel der ambulanten Pfl ge, nämlich inwieweit die Klienten durch die Dienste in die Lage versetzt werden, eigene Handlungsfähigkeit trotz gesundheitlicher Einschränkungen zu erleben.

Die Überprüfung der differentiellen Gültigkeit der Indikatoren zur Abbildung der differenzierten Bereichszufriedenheiten erfolgt, wie in facettentheoretischen Designs üblich, mittels der multidimensionalen Skalierung. Weil die Bereichszufriedenheiten zu einem Gesamtindex verrechnet werden, wird in der psychometrischen Prüfung des Itempools zusätzlich auf Instrumente der klassischen Testtheorie zurückgegriffen, um die faktorielle Struktur der Items aufzudecken.

4 Fazit und Ausblick

Die Aufarbeitung der angelsächsischen Diskussion des Konstruktes Patienten- bzw. Klientenzufriedenheit und der in diesem Kontext entwickelten Instrumente zeigt, dass nur wenige der vorgeschlagenen Erhebungsverfahren theoretisch fundiert und empirisch validiert worden sind. Dies ist angesichts der Vielfalt der vorgeschlagenen Instrumente umso verwunderlicher. Im deutschsprachigen Raum ist der Bedarf für ein solches Instrumentarium erst in den letzten Jahren entstanden. Entsprechend liegen nur wenige, weitgehend explorative Studien zum Thema vor. Die exemplarischen Untersuchungen geben allerdings Aufschluss über wichtige inhaltliche Aspekte der Klientenzufriedenheit. Keines der hier diskutierten Instrumente löst die in der Zufriedenheitsforschung bekannte Problematik generell hoher Zufriedenheitsurteile, selbst bei objektiv ungünstigen Umständen. Dies ist im Kontext der Klientenzufriedenheit praxeologisch ein besonderes Problem, wenn deren Messung zur externen Qualitätsbeurteilung herangezogen wird.

Die hier vorgeschlagene Operationalisierung greift diese Problemlage auf und schlägt ein differenzierteres Messinstrument vor. Die Operationalisierung orientiert sich an einem bereits explorativ eingesetzten Itempool (Bendel 2000). Der Pretest wird noch in diesem Jahr in Kooperation mit regionalen Pfl gedienstleistern durchgeführt.

Literatur

- Aharony, L./Strasser, S. (1993): Patient Satisfaction: What we know and what we still need to explore. In: *Medical Care Review* 50 (1): 49–79.
- Alderfer, C.P. (1972): Existence, relatedness and growth. Human needs in organizational settings. New York: Free Press.
- Asam, W.H./Altmann, U. (1995): Geld oder Pfl ge. Zur Ökonomie und Reorganisation der Pfl geabsicherung. Freiburg: Lambertus.
- Attkisson, C.C./Zwick, R. (1982): The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric Properties and Correlations with the Utilization and Psychotherapy Outcome. In: *Evaluation and Program Planning* 5: 233–237.
- Badura, B./Groß, P. (1976): Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen. München: Piper.
- Bandemer, S. von (1997): König Kunde kennenlernen. Ergebnisse einer anonymen Befragung von 271 KundInnen ambulanter Pfl gedienste in Gelsenkirchen. In: *Häusliche Pfl ge* 1/1997: 10–16.
- Ben-Sira, Z. (1980): Affective and Instrumental Components in the Physician Patient Relationship: an Additional Dimension of Interaction Theory. In: *Journal of Health and Social Behavior* 21 (6): 170–180.
- Bendel, K. (2000): Zufriedenheit von Nutzerinnen und Nutzern mit ambulanten Pfl gedienstleistungen - Forschungsbericht. In: *Berichte der Werkstatt für Organisations- und Personalforschung, Bericht 2*. Berlin.
- Borg, I. (1992): Grundlagen und Ergebnisse der Facettentheorie. Bern et al.: Huber.
- Bowers, M.R./Swan, J.E./Koehler, W.F. (1994): What Attributes determine Quality and Satisfaction with Health Care Delivery? In: *Health Care Management Review* 19 (4): 49–55.
- Böttner, R./Hamel, T./Kniel, A./Windisch, M. (1997): Lebensqualität durch Offene Hilfen. Entwicklung und Bedeutung der Offenen Hilfen für behinderte Menschen und ihre Angehörigen in Hessen. Marburg: Lebenshilfe.
- Büssing, A./Bissels, T. (1998): Different forms of work satisfaction: Concept and qualitative research. In: *European Psychologist* 3: 209-218.
- Campen, C. van/Sixma, H./Friele, R.D./Kerssens, J.J./Peters, L. (1995): Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. In: *Medical Care Research and Review* 52 (1): 109–133.
- Carr-Hill, R. (1992): The measurement of patient satisfaction. In: *Journal of Public Health Medicine* 14: 236–249.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44: 106–203.
- Donabedian, A. (1982): An Exploration of Structure, Process and Outcome as Approaches to Quality Assessment. In: Selbmann, H./Überla, K. (Hg.): *Quality Assessment of Medical Care*, 69-92. Gerlingen: Schriftenreihe der Robert Bosch Stiftung.
- Elbeck, M./Fecteau, G. (1990): Improving the Validity of Measures of Patient Satisfaction with Psychiatric Care and Treatment. In: *Hospital and Community Psychiatry* 41: 998-1001.
- Festinger, L. (1978): Theorie der kognitiven Dissonanz. Bern: Huber.
- Fitzpatrick, R. (1991a): Surveys of patient satisfaction: I — Important general Considerations. In: *British Medical Journal* 302: 335-347.
- Fitzpatrick, R. (1991b): Surveys of patient satisfaction: II — Designing a questionnaire and conducting a survey. In: *British Medical Journal* 302: 1129–1132.
- Gebert, D./Rosenstiel, L. von (1996): Organisationspsychologie, 4. Aufl Stuttgart et al.: Kohlhammer.

- Hall, J.A./Dornam, M.C. (1988a): Meta-analysis of Satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. In: *Social Science & Medicine* 27 (6): 637–644.
- Hall, J.A./Dornam, M.C. (1988b): What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. In: *Social Science & Medicine* 27 (9): 935–939.
- Hays, R.D./Ware, J.R. (1986): My medical care is better than yours: Social desirability and patient satisfaction ratings. In: *Medical Care* 24: 519–524.
- Heiner, M. (1996): Ziel- und kriterienbezogenes Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit. In: Merchel, J./Schrappner, C. (Hg.): *Neue Steuerung — Tendenzen der Organisationsentwicklung in der Sozialverwaltung*, 210–230. Münster: Votum.
- Hulka, B.S./Zyzanski, J./Cassel, J.C./Thompson, S.J. (1970): Scale for the measurement of attitudes towards physicians and primary medical care. In: *Medical Care* 8: 429–436.
- Ipsen, D. (1978): Das Konstrukt Zufriedenheit. In: *Soziale Welt* 29: 44–53.
- Joos, S.K./Hickam, D.H./Borders, L.M. (1993): Patient's Desires and Satisfaction in General Medicine Clinics. In: *Public Health Reports* 108 (6): 751–759.
- Kühnert, S. (1996): Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Anmerkungen zur Konzeptentwicklung. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 47 (6): 14–20.
- Larsen, D.L./Attkisson, C.C./Hargreaves, W.A./Nguyen, T. (1979): Assessment of Client/Patient Satisfaction: Development of a General Scale. In: *Evaluation and Program Planning* 2: 197–207.
- Lazarus, R.S. (1966): *Psychological Stress and the Coping Process*. New York et al.: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1998): Coping from the Perspective of Personality. In: *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 19 (4): 213–231.
- Lazarus, R.S./Launier, R. (1978): Stress-Related Transactions between Person and Environment. In: Pervin, L.A./Lewis, M. (Eds.): *Perspectives in Interactional Psychology*, 287–327. New York/London: Plenum.
- Lebow, J.L. (1983): Similarities and differences between mental health and health care evaluation studies assessing consumer satisfaction. In: *Evaluation and Program Planning* 6: 237–245.
- Leimkühler, A.M. (1995): Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: Gaebel, W. (Hg.): *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*, 163–172. Wien/New York: Springer.
- Linder-Pelz, S. (1982a): Toward a Theory of Patient Satisfaction. In: *Social Science & Medicine* 16: 577–582.
- Linder-Pelz, S. (1982b): Social Psychological Determinants of Patient Satisfaction: A Test of Five Hypotheses. In: *Social Science & Medicine* 16: 583–589.
- Lochman, J.E. (1983): Factors related to patients' satisfaction with their medical care. In: *Journal of Community Health* 9: 91–109.
- Maslow, A.H. (1954): *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- McGovern, K./Oberste-Ufer, R./Rohmann, A./Schädler, J./Schwarte, N. (1998): *Familienunterstützende Dienste in Nordrhein-Westfalen: Förderprogramm, Fördereffekte und Daten zur Angebotsentwicklung*. Siegen: Universität-GH Siegen.
- McMillan, J.R. (1987): Measuring Consumer Satisfaction to Improve Quality of Care. In: *Health Progress* 3: 54–55; 76–80.
- Mertens, E. (1997): Beratung zu Pflegedienstleistungen. Ein Konzept der Verbraucher-Zentrale NRW. In: *Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen* (Hg.): *Qualitätssicherung durch Beratung in der Pflege. Dokumentation der Fachtagung am 24.10.97 in Düsseldorf*, 159–175. Düsseldorf.

- Meterko, M./Nelson, E.C./Rubin, H.R./Batalden, P./Berwick, D.M./Hays, R.D./Ware, J.E. (1990): Patients' judgements of hospital quality: Report of a pilot study. In: *Medical Care* 28: 1-56.
- Oliver, R.L. (1979): Product Dissatisfaction as a Function of Prior Expectation and Subsequent Disconfirmation New Evidence. In: Day, R.L./Hunt, H.K. (Eds.): *New Dimensions of Consumer Satisfaction and Complaining Behaviour*, 66-71. Bloomington: Indiana University School of Business.
- o.V. (1997): TÜV-Plakette für Pfl gedienste. Zertifizierung durch den Technischen Überwachungsverein (TÜV) Rheinland. In: *Häusliche Pfl ge* 4/1997: 50-53.
- Parasuraman, A./Berry, L.L./Zeithaml, V.A. (1991): Understanding customer expectations of service. In: *Sloan Management Review* 32 (3): 39-48.
- Parasuraman, A./Zeithaml, V.A./Berry, L.L. (1985): A conceptual model of service quality and its implications for future research. In: *Journal of Marketing* 49: 41-50.
- Pascoe, G.C. (1983): Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. In: *Evaluation and Program Planning* 6: 185-210.
- Reck-Hog, U. (1997): Kundenorientierte Qualität. TÜV-Plakette für die ambulante Pfl ge. In: Fraunhofer Institut (Hg.): *Qualitätssicherung in der Altenpfl ge*. Tagungsband.
- Semmer, N. (1984): Streßbezogene Tätigkeitsanalyse. Psychologische Untersuchungen zur Analyse von Streß am Arbeitsplatz. Weinheim/Basel: Beltz.
- Semmer, N. (1996): Individual Differences, Work Stress and Health. In: Schabracq, M.J./Winnubst, J.A./Cooper, C.L. (Eds.): *Handbook of Work and Health Psychology*, 51-86. Chichester: Wiley.
- Semmer, N. (1997): Streß. In: Luczak, H./Volpert, W. (Hg.): *Handbuch Arbeitswissenschaft*, 332-340. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel.
- Smith, C. (1992): Validation of a Patient Satisfaction System in the United Kingdom. In: *Quality Assurance in Health Care* 4 (3): 171-177.
- Stallard, P. (1996): The Role and Use of Consumer Satisfaction Surveys in Mental Health Services. In: *Journal of Mental Health* 5 (4): 333-349.
- Swan, J.E./Carroll, M.G. (1979): Patient Satisfaction: An Overview of Research 1965-1978. In: Day, R.L./Hunt, H.K. (Eds.): *New Dimensions of Consumer Satisfaction and Complaining Behavior*, 112-118. Bloomington: Indiana University School of Business.
- Verbraucher-Zentrale Hamburg e.V. (Hg.) (1998): *Abschlußbericht zum Projekt Verbraucherschutz in der ambulanten Pfl ge*, 3. Aufl Hamburg.
- Ware, J.E./Snyder, M.K. (1975): Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care service. In: *Medical Care* 13: 669-682.
- Ware, J.E./Snyder, M.K./Wright, W.R./Davies, A.R. (1983): Defining and Measuring patient satisfaction with medical care. In: *Evaluation and Program Planning* 6: 247-263.
- Wendt, W.R. (1995): Hilfe nach Plan. In: *Blätter der Wohlfahrtspffl ge* 5/1995: 101-105.
- Wild, M./Strümpel, C. (1996): *Wie sehen NutzerInnen die Gesundheits- und Sozialen Dienste des Roten Kreuzes? Eine Untersuchung der Erwartungen an und Bewertung der Hauskrankenpfl ge/Altenbetreuung/Heimhilfe des Österreichischen Roten Kreuzes*. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz.
- Woodruff, R.B./Cadotte, E.R./Jenkins, R.L. (1983): Modeling consumer satisfaction processes using experience-based norms. In: *Journal of Marketing Research* 20: 296-304.

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

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