universität wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Konzeption und Messung von subjektiver Lebensqualität in Altenbetreuungseinrichtungen“

Eine quantitative Sekundäranalyse von Daten einer Interviewstudie in Wien, basierend auf dem SLQA – Instrument und Verfahren.

verfasst von / submitted by

Vera Hartmann, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	A 066 905
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Masterstudium Soziologie
Betreut von / Supervisor:	Doz. Dr. Karl Krajic

Dank

Während meines Studiums und speziell bei der Erarbeitung der vorliegenden Masterarbeit haben mich einige Personen begleitet und unterstützt, denen ich meinen Dank aussprechen möchte.

Zu Beginn möchte ich Doz. Dr. Karl Krajic danken, der mir mit Rat und Daten zur Seite gestanden ist und über die ganze Laufzeit dieser Arbeit nicht die Freude an der Zusammenarbeit verloren hat.

Weiters möchte ich mich besonders bei Norbert bedanken, der mit mir regelmäßig inhaltliche Diskussionen geführt und mir vereinzelt bei statistischen sowie programmiertechnischen Problem unter die Arme gegriffen hat. Ein herzliches Dankeschön auch an Ines und Clemens für die mathematischen Ratschläge und das Korrekturlesen. Und vielen Dank auch an Isabella für den soziologischen Feinschliff.

Abschließend bedanke ich mich auch bei Freunden, Familie und Partner für das Verständnis, dass meine Zeit und Energie in der letzten Phase der Masterarbeit dem Abschluss des Studiums galten. Danke für die emotionale Unterstützung und Geduld in dieser intensiven Phase.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis iv

Kurzfassung vi

Abstract viii

1. Einleitung 1

1.1 Themen- und Problemstellung 1
1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen 4
1.3 Aufbau der Arbeit 4

2. Forschungskontext 6

2.1 Gesundheitsbegriffe und Modelle 6
2.1.1 Biomedizinisch 7
2.1.2 Biopsychosozial / Sozial 7
2.1.3 Salutogenese 9
2.1.4 Systemtheoretische Perspektive 11
2.1.5 Positive Gesundheit 13
2.1.6 Subjektive Gesundheit 15
2.2 Begriffe und theoretische Überlegungen zu Lebensqualität 16
2.2.1 Historische Entwicklung 17
2.2.2 Allgemeine Definition von Lebensqualität 19
2.2.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität 22
2.2.4 Lebensqualität im Alter 23
2.2.5 Lebensqualität in Altenbetreuungseinrichtungen 25
2.2.6 Abgrenzung zu Zufriedenheit und subjektiver Gesundheit 27
2.3 Zusammensetzung des Instruments GHKA_Bew 29
2.3.1 Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ 31
2.3.2 Vorstellung der Erhebungsinstrumente: EQ-5D, WHOQOL-BREF & SLQA 32
2.4 Aktueller Forschungsstand 39

3. Forschungsdesign 47

3.1 Datengrundlage 47
3.2 Datenaufbereitung 49
3.2.1 Operationalisierung der Erhebungsinstrumente 50
3.2.2 Herausforderungen bei der Datenaufbereitung des SLQA 53

3.3 Auswertungsschema....55
3.3.1 EQ-5D....55
3.3.2 WHOQOL-BREF....56
3.3.3 SLQA....58
3.4 Hypothesen....61

4. Messung von subjektiver Lebensqualität in der Altenbetreuung: Vergleich der Erhebungsinstrumente EQ-5D, WHOQOL-BREF und SLQA....65

4.1 Gegenüberstellung inhaltlicher und methodischer Aspekte, der im GHKA_Bew übernommen Teile der drei Erhebungsinstrumente....65
4.2 Deskriptive Ergebnisse der drei Erhebungsinstrumente....68
4.2.1 EQ-5D....69
4.2.2 WHOQOL-BREF....71
4.2.3 SLQA....76
4.3 Vergleich der berechneten Lebensqualitätswerte....84
4.3.1 Berechnete Lebensqualität nach den drei Erhebungsinstrumente....84
4.3.2 Berechnete Lebensqualität getrennt nach Wohnbereichen....87
4.3.3 Berechnete Lebensqualität im Vergleich zur selbsteingeschätzten Lebensqualität....88
4.3.4 Berechnete Lebensqualität im Vergleich zur subjektiven Gesundheitseinschätzung....90
4.4 Gegenüberstellung der Subkategorien von Lebensqualität....91
4.4.1 Berechnete Lebensqualität nach Subkategorien....91
4.4.2 Subkategorien der Lebensqualität im Vergleich zur selbsteingeschätzten Lebensqualität....96
4.5 Multivariate Analyse der Subkategorien von Lebensqualität – Regressionsanalyse....97

5. Diskussion und Ausblick....105

5.1 Diskussion zentraler Ergebnisse....105
5.2 Limitationen....110
5.3 Ausblick....111

Literaturverzeichnis....114

Abbildungsverzeichnis....120

Tabellenverzeichnis....122

Anhang....124

Kurzfassung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Konzeptualisierung, dem modellhaften Verständnis, und der Messung von subjektiver Lebensqualität in Altenbetreuungseinrichtungen. Da Qualitätssicherung und -entwicklung auch im Gesundheits- bzw. Sozialbereich mittlerweile unumgänglich ist, steigt die Notwendigkeit Qualitätsindikatoren wie Lebensqualität in verschiedenen Lebensräumen bzw. Einrichtungen messbar zu machen. Nachdem die Art der Messung von verschiedenen Annahmen über relevante Kategorien von Lebensqualität, Anzahl der Fragen und Komplexität der Antwortmöglichkeiten abhängig ist, gibt es darüber keinen Konsens. In dem besonderen Setting der Altenbetreuungseinrichtungen sind Kunden- bzw. Patientenbefragungen, die besonders auf Zufriedenheit fokussieren, nicht zielführend. Aktuelle Studien schlagen stattdessen vor, nach Erfahrungen in der Lebenswelt zu fragen. Ansetzend an einer Wiener Interviewstudie mit BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen wird hier das SLQA Instrument zur Erfassung „subjektiver Lebensqualität in Alten- und Pflegeheimen“ mit den international verbreiteten Erhebungsinstrumenten WHOQOL-BREF (World Health Organisation Quality of Life, BREF - Kurzversion des Fragebogens) und EQ-5D (Lebensqualitätsfragebogen der EuroQol Group) verglichen. Die Arbeit analysiert, inwiefern unterschiedliche Konzeptualisierung und Operationalisierung der Instrumente sich auf die Ergebnisse auswirken.

In der Einleitung dieser Arbeit finden sich Themenstellung und Forschungsfragen (Kapitel 1). Als Forschungskontext (Kapitel 2) werden Begriffe und theoretische Überlegungen zu Gesundheit und Lebensqualität aufgearbeitet und Hintergrundannahmen der Erhebungsinstrumente dargestellt. Das Forschungsdesign (Kapitel 3) ist eine quantitative Sekundäranalyse von Interviewdaten, die auf Indexbildung, Korrelationsanalyse und Regression beruht. Die Ergebnisse der Literaturaufarbeitung und Datenauswertung werden in Form eines Vergleiches auf unterschiedlichen Ebenen dargestellt (Kapitel 4). Abschließend erfolgt eine Diskussion zentraler Ergebnisse (Kapitel 5).

Das SLQA Instrument ist themenmäßig differenzierter als die beiden anderen Instrumente und operationalisiert alltagsnäher. Durch den Ansatz der „forced-choice“ Fragetechnik (nur „Ja“ oder „Nein“ Antworten) ist eine höhere Anzahl an Fragen notwendig, um verschiedene Aspekte der subjektiven Lebensqualität von BewohnerInnen (Autonomie, Empathie, Privatheit, Sicherheit und Akzeptanz) abzudecken. Die Auswertung gestaltet sich daher vergleichsweise aufwändig, ermöglicht aber durch die Aggregation der Daten unterschiedliche Ebenen der Auswertung. Eine Auswertung auf Ebene der Einzelfragen ist für Qualitätssicherung innerhalb der Einrichtungen relevant. Die Zusammenfassung der Daten zu Dimensionen und in weiterer Folge zu einem Gesamtwert machen die Daten für statistische Analysen nutzbar. Hierbei zeigt sich jedoch ein

methodischer und inhaltlicher Spezifizierungsbedarf bezüglich Auswertungsvorgang und Abgrenzung der Dimensionen. EQ-5D ist das kürzeste Instrument und arbeitet mit einer dreistufigen Bewertungsskala während WHOQOL-BREF eine fünfstufige Skala bietet. Beide fokussieren in der inkludierten Version eher Aspekte von körperlichem und psychischem Wohlbefinden.

Im empirischen Teil wurde für jedes der Erhebungsinstrumente ein Gesamtwert der Lebensqualität berechnet. Der SLQA liefert den höchsten Wert der berechneten Lebensqualität, gefolgt von EQ-5D und etwas darunter WHOQOL-BREF. Die hohe Korrelation zwischen EQ-5D und WHOQOL-BREF zeigt, dass diese beiden Instrumente in der inkludierten Version ähnliche Dimensionen messen. Der SLQA zeigt gegenüber den beiden anderen Instrumenten nur eine mittlere Korrelation. Die Instrumente scheinen damit verschiedene Aspekte abzufragen. EQ-5D und WHOQOL-BREF fokussieren personenbezogene, gesundheitsbezogene Fähigkeiten und Ressourcen, während SLQA vermehrt Präferenzen, situative und umweltbezogene Aspekte betrachtet. In den Altenbetreuungseinrichtungen gibt es verschiedene Wohnbereiche, die sich durch das Ausmaß an Unterstützung unterscheiden. Wenn man die Gesamtwerte getrennt nach Wohnbereichen betrachtet, erzielen BewohnerInnen von Pflege- und Betreuungsstationen durchgehend schlechtere Werte der berechneten Lebensqualität als BewohnerInnen von Apartments. Die Subkategorien des SLQA weisen in sich eine weniger starke Korrelation auf als im WHOQOL-BREF, was auf unabhängigere Konstrukte hindeutet. In der Regressionsanalyse zeigen die WHO-Subkategorien „Psychisch“ und „Physisch“ den größten Erklärungsgehalt in Bezug auf selbsteingeschätzte Lebensqualität. Gesundheitszustand und Autonomie sind verstärkt für ApartmentbewohnerInnen relevant, dafür ist für StationsbewohnerInnen Akzeptanz wichtig. Der SLQA ist insgesamt sensitiver für unterschiedliche Wohn- und Betreuungsverhältnisse.

Schlussendlich sollte ein verdichtetes Instrument zur Qualitätssicherung in Altenbetreuungseinrichtungen Autonomie, Akzeptanz, physische und psychische Aspekte berücksichtigen. Eine etwas verdichtete, konsistentere Version des SLQA in Kombination mit EQ-5D oder mit einer Ergänzung von physischen und psychischen Aspekten in „SLQA-Frageart“ erscheinen sinnvoll. Der Einsatz des WHOQOL-BREF (auch in der neuen auf alte Menschen spezialisierten Version OLD) ist nur in Form einen Selbstausfüllers sinnvoll. Für weitere multivariate Analysen bezüglich der Relevanz unterschiedlicher Kategorien von Lebensqualität bedarf es einer unabhängigen Frage nach der selbsteingeschätzten Lebensqualität. In Anlehnung an den EQ-5D Gesundheitszustand kann diese beispielsweise durch eine 10er Skala vorgenommen werden. Weitere Forschung bezüglich SLQA sollte sich mit der Konsistenz der Dimensionen und möglicher Kürzung der Items beschäftigen.

Abstract

This thesis focuses on concepts and measurability of subjective quality of life in elderly care facilities. Quality of life is increasingly used to gauge quality of service in care facilities. In this specific setting, however, customer and patient surveys, which focus on satisfaction, are not feasible because there are other conditions than in the open market or in hospitals. Instead, recent studies suggest to ask residents of care facilities about their experiences in everyday life. Based on a preceding Viennese study, the SLQA instrument for recording “subjective quality of life in nursing homes” is compared to the internationally recognized survey instruments WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life) and EQ-5D (EuroQol Questionnaire of Quality of Life). The research questions focus on different conceptualization and operationalization of quality of life in those three instruments and why they show different results.

Research topic and questions are described in the introduction, in chapter 1. Chapter 2 reviews concepts and theoretical considerations on health and quality of life. It also details underlying assumptions of the survey instruments. The research design, described in chapter 3, is a quantitative analysis of the data gathered in the Viennese study. The results of the comparison between those three instruments are presented in chapter 4. There is a final discussion of key findings in chapter 5.

SLQA has a greater variety of topics and asks about experiences in everyday life. Questions can only be answered with “yes” and “no” to reduce the complexity of the survey. Therefore, more questions are necessary to cover different aspects (autonomy, empathy, privacy, security and acceptance). As a result, deriving meaningful measures from the data is comparably involved. An evaluation on item-level may be relevant to quality control within the facilities, however, it is of limited use for academic purposes. Combining the data to subcategories and, ultimately, to a total measure of quality of life is a necessary step for statistical analysis. Nevertheless, this instrument still requires specification on how to process data in a consistent manner. EQ-5D is the shortest instrument and uses a three-level rating scale, while WHOQOL-BREF offers a five-level scale. Both focus aspects of physical and psychological well-being.

A unified estimate for quality of life was calculated for each of the instruments contained in the survey. The SLQA results in the highest value of quality of life, followed by EQ-5D and WHOQOL-BREF. EQ-5D and WHOQOL-BREF show a high correlation, suggesting that these instruments are quite similar. The correlation between SLQA and both other instruments is rather low, therefore they seem to cover different aspects. EQ-5D and WHOQOL-BREF focus on individual and health-related skills and resources, while SLQA dominantly considers preferences and environmental aspects. Regression analysis shows that the WHO subcategories “psychological aspects” and

“physical aspects” indicate the largest contribution to self-rated quality of life. Health status and autonomy are increasingly relevant for residents of apartments, whereas acceptance is more important for residents of nursing home. The SLQA is more sensitive to the different housing and care conditions than the other instruments.

Finally, a condensed tool for quality control in elderly care facilities should consider autonomy, acceptance, physical and psychological aspects. A shorter and more consistent version of the SLQA in combination with EQ-5D or with an addition of physical and psychological aspects in "SLQA-Question-Type" seems suitable. The usage of the WHOQOL-BREF (also in the new version for elderly people called OLD) only makes sense, if residents can complete the questionnaire by themselves, as is intended. Further research on SLQA should address the consistency of dimensions and possible reduction of items.

1. Einleitung

„Ein Haus mit mehreren Wohneinheiten für betreutes Wohnen […]. Die rüstigen, aber doch schon betagten BewohnerInnen verstehen sich ausgezeichnet. Sie leben selbstständig und unabhängig in ihren Räumen. Alleine sind sie aber nicht. Sie treffen sich immer wieder während des Tages. Da wird dann geplaudert, Karten gespielt oder miteinander Kaffee getrunken“ schreibt Ingrid Teufl in ihrem Artikel im Kurier. Darin geht es um das Alt werden, um Selbstständigkeit, soziale Kontakte, betreutes Wohnen und auch Lebensqualität. Lebensqualität im Alter und Altenbetreuungsrichtungen sind aktuelle Themen in Österreich. In meiner Masterarbeit geht es um die subjektive Lebensqualität von BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen. Genauer gesagt geht es um Konzeption und Messung von subjektiver Lebensqualität anhand von drei verschiedenen Erhebungsinstrumenten (EQ-5D, WHOQOL und SLQA). Aufgrund meines beruflichen Werdeganges, meiner zusätzlichen Ausbildung als Ergotherapeutin, und den damit verbunden Schwerpunkten reizen mich auch in der Soziologie Themen wie Gesundheit, Handlungsfähigkeit und Lebensqualität. Im Laufe des Studiums wurde insbesondere mein Interesse an quantitativen Methoden geweckt. Diesem wird durch eine statistische Auswertung von Sekundärdaten nachgegangen. Die Generierung von solchen Daten nimmt in allen Gesellschaftsbereichen zu, in Dienstleistungsorganisationen genauso wie in der Wissenschaft. Oft werden diese Daten nicht näher bearbeitet und auch nicht verwendet. Daher spricht mich die Sekundäranalyse von Daten auch hinsichtlich der Datenökonomie an. Die Datengrundlage dieser Arbeit stammt aus einem Wiener Gesundheitsförderungsprojekt in Altenbetreuungseinrichtungen. Im Rahmen dessen wurden Interviews mit BewohnerInnen durchgeführt und deren Ergebnisse wurden mittels eines teilstandardisierten Erhebungsbogen abgebildet. Nachfolgend werde ich genauer auf die Themenstellung, Zielsetzung und Forschungsfrage eingehen. Anschließend werden im Forschungskontext Begriffe, Modelle und theoretische Überlegungen zu Gesundheit und Lebensqualität genauer beleuchtet. Im empirischen Teil der Arbeit finden sich deskriptive und multivariate Analysen zur subjektiven Lebensqualität von BewohnerInnen aus drei Altenbetreuungseinrichtungen eines großen Wiener Trägers.

1.1 Themen- und Problemstellung

Durch den demographischen Wandel gibt es eine steigende Anzahl älterer Menschen und auch mehr Menschen, die im Alter auf Unterstützung und Betreuung angewiesen sind. Obwohl viele ältere Menschen am liebsten zuhause betreut werden würden, ist

dies aufgrund verschiedener Gegebenheiten oft nicht möglich. Die somatischen und kognitiven Defizite, mit denen die größer werdende Gruppe der Hochbetagten konfrontiert ist, begrenzen die Möglichkeit zuhause zu wohnen. Aufgrund eingeschränkter familiärer Betreuungspotenziale und nur begrenzt verfügbarer mobiler Dienste übernehmen (stationäre) Altenbetreuungseinrichtungen diesen Versorgungsbedarf. BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen haben meist schon beim Einzug ein (sehr) hohes Alter bzw. ist das Vorhandensein einer Pflegegeldeinstufung von mind. 3 notwendig, um in öffentlich geförderte Einrichtungen einziehen zu können. Daraus resultiert eine hohe Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität, funktionelle Einschränkungen, Gebrechlichkeit, Demenz und das Schrumpfen des sozialen Netzwerkes. Altenbetreuung muss daher mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemen umgehen (vgl. Krajic et al. 2014, S. 770). Die steigende Anzahl potentieller NutzerInnen von Betreuungseinrichtungen macht das Thema der Altenbetreuung auch politisch relevant. Organisation, Finanzierung und Qualität dieser Einrichtungen erfahren sowohl politisch, als auch professionell und wissenschaftlich eine deutliche Bedeutungszunahme (vgl. ebd., S.773).

Definition, Messung und vor allem Analyse von Lebensqualität und deren Determinanten als Ergebnisqualität (Outcome-Quality) ist eine wichtige Strategie zur Qualitätssicherung bzw. Qualitätsentwicklung von Dienstleistungsorganisationen. Zunehmend findet Qualitätsentwicklung in sozialen, personenbezogenen Dienstleistungsorganisationen wie Krankenhäusern Eingang (vgl. Klatetzki 2010, S.7ff.). Die generelle Qualitätsbewegung im Gesundheits- und Sozialbereich (vgl. Donabedian 2005) hat sich auch auf Altenbetreuungseinrichtungen ausgeweitet. Oft werden BewohnerInnen dieser auch als KundInnen medizinischer Dienstleistungen gesehen. Die Terminologie „KundInnen“ ist aber bezüglich Lebensqualität nicht zielführend, da bei der Inanspruchnahme der Leistungen in Betreuungseinrichtungen keine Marktbedingungen vorliegen, eine wirklich freie Auswahl an Produkten und Dienstleistungen ist in diesem Kontext nicht gegeben. Ausgewichen wird zum Teil auf eine Patientenperspektive in Anlehnung an Qualitätssicherung in Krankenanstalten. Diese ist jedoch nicht ausreichend, da BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen ihre, in der Regel Jahre dauernde, letzte Lebensphase und nicht nur eine kurze vorübergehende Phase der Krankheit in der Einrichtung verbringen. Diese Einrichtungen widmen sich deshalb allen Aspekten des Lebens von BewohnerInnen und nicht nur der Gesundheit, wie es bei Krankenhäusern der Fall ist. Die Zufriedenheit allein bildet meist die Lebensrealität der BewohnerInnen nicht ausreichend ab. Zufriedenheitsbefragungen sind in der Regel vollstandardisiert und merkmalsorientiert. Das heißt, es werden Qualitätsmerkmale, die

AnbieterInnen vorgeben, auf einer meist fünfstufigen Skala abgefragt. Während Zufriedenheitsbefragungen oft das Bild umfassend zufriedener KundInnen vermitteln, ergeben Fragen nach der Lebenswelt und den Erfahrungen von BewohnerInnen einen differenzierteren Eindruck. Alltagserfahrungen ermöglichen eine Perspektive auf erlebte Schwierigkeiten von BewohnerInnen, (un)erfüllte Wünsche, Unterstützung, Aktivitäten und Beziehungen. Geht man von einer ganzheitlichen Perspektive aus, so wissen BewohnerInnen selbst am besten über ihre Bedürfnisse in der Lebenswelt der Betreuungseinrichtung Bescheid. Diese grundsätzliche Annahme war eine der zentralen Motivationen für die Entwicklung des SLQA Instruments – „Subjektive Lebensqualität in Alters- und Pflegeheimen“ (vgl. Estermann und Kneubühler 2008, S.189f.).

(Gesundheitsbezogene) Lebensqualität ist, wie schon erwähnt, eine zentrale Dimension in der Qualitätssicherung in Altenbetreuungseinrichtungen. Das Messen dieser ermöglicht das Vergleichen von Qualität und Leistung unterschiedlicher Abteilungen oder auch Einrichtungen. Die Einschätzung bzw. der Vergleich von Leistung und Qualität kann zum einen für Angehörige und Betroffene ein wesentliches Entscheidungskriterium für oder gegen eine Einrichtung sein. Zum anderen ist es auch ein Entscheidungskriterium für Förderung bzw. Mitfinanzierung von öffentlicher Seite. Gemessene Leistungen und Qualität kann nicht nur verglichen, sondern auch verbessert werden. Gesundheitssoziologisch interessant ist hier vor allem die Konzeption und Messung von (gesundheitsbezogener) Lebensqualität. Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive ist eine konsensfähige Messung von Ergebnisqualität und eine valide Erhebung von Erfahrungen keine triviale Aufgabe, insbesondere wenn die BewohnerInnen / KlientInnen / KundInnen / PatientInnen nur eingeschränkt handlungs- bzw. z.T. auch kommunikationsfähig sind. Für die Messung von (gesundheitsbezogener) Lebensqualität als Qualitätsindikator gibt es unterschiedliche Zugänge und Instrumente. Besonders drei Instrumente sind in dieser Arbeit von Interesse: Die international etablierten Instrumente EQ-5D und WHOQOL-BREF und das stärker soziologisch beeinflusste, spezifisch für die stationäre Altenbetreuung konzipierte Instrument SLQA. Diese sind von der Zielsetzung (Lebensqualität zu messen) ähnlich, haben jedoch verschiedene Hintergrundannahmen sowie unterschiedliche Stärken und Schwächen im Einsatz. Die Verwendung von mehreren Instrumenten zur Messung von Lebensqualität in einem Kontext, wie es im Projekt “Gesundheit hat kein Alter” (GHKA) erfolgte, ermöglicht eine systematische Auseinandersetzung mit Gemeinsamkeiten und Unterschieden. Anhand dieses Projektes werden in dieser Arbeit die drei inkludierten Instrumente (EQ-5D, WHOQOL-BREF und SLQA) analysiert.

1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen

Diese Arbeit verfolgt mehrere Ziele. Das erste Ziel ist ein genaues Verständnis der Datengrundlage, genauer gesagt eine Analyse der Zusammenstellung des im Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ verwendeten Instrumentes (des GHKA_Bew - „GesundheitHatKeinAlter_BewohnerInnen“) zur Erhebung der subjektiven Lebensqualität von BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen. Wichtig dabei ist die Explikation von inhaltlichen und methodischen Annahmen, die in das Instrument GHKA_Bew (zusammengestellt aus EQ-5D, WHOQOL-BREF und SLQA) eingegangen sind. Voraussetzung dafür ist eine systematische Auseinandersetzung mit Begriffen, Definitionen und Konzepten von Gesundheit und Lebensqualität und den Hintergründen der Erhebungsinstrumente.
Das zweite Ziel ist der Vergleich der Erhebungsinstrumente SLQA, WHOQOL-BREF und EQ-5D auf inhaltlicher und methodischer Ebene. Dazu werden die bei der BewohnerInnenbefragung im Rahmen des GHKA-Projektes in drei Wiener Einrichtungen erhobenen Daten aus 2011 sekundärdatenanalytisch genutzt. Es sollen die speziellen Fokussierungen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Instrumente herausgearbeitet werden.

Dazu wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

1. Wie wird Lebensqualität im Alter in einer Betreuungseinrichtung mit ausgewählten Erhebungsinstrumenten (SLQA, WHOQOL-BREF, EQ-5D) konzeptualisiert und operationalisiert? Welche inhaltlichen und methodischen Ähnlichkeiten und Unterschiede zeigen die Instrumente?
2. Inwieweit unterscheiden sich die Ergebnisse (Aspekte der Lebensqualität) nach Erhebungsinstrumenten?
3. Bilden die Dimensionen des SLQA (Autonomie, Empathie, Akzeptanz, Privatheit, Sicherheit) Lebensqualität in der Altenbetreuungseinrichtung ähnlich oder unterschiedlich wie die anderen, international verbreiteten Instrumente (WHOQOL-BREF und EQ-5D) ab?

1.3 Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit gliedert sich in mehrere Abschnitte. Im nachfolgenden Kapitel 2 geht es um Begriffe, Modelle und theoretische Überlegungen zu Gesundheit und Lebensqualität. Des Weiteren werden Hintergründe der verwendeten Erhebungsinstrumente EQ-5D, WHOQOL-BREF und SLQA dargestellt. Nachdem aus soziologischer Perspektive

besonderes Interesse am SLQA Instrument besteht, geht es im Abschnitt aktueller Forschungsstand (Kapitel 2.4) um empirische Arbeiten und Projekte mit diesem Instrument. Das empirische Forschungsdesign dieser Arbeit ist eine quantitative Sekundäranalyse der Daten der Wiener Interviewstudie. In Kapitel 3 werden Datengrundlage, Datenaufarbeitung und Auswertungsvorgang beschrieben und die Hypothesen dargestellt. Kapitel 4 umfasst die Ergebnisse der Auswertung, welche in einem Vergleich der drei Erhebungsinstrumente abgebildet werden. Zuerst werden inhaltliche und methodische Aspekte gegenübergestellt, dann werden deskriptive Auswertungen für jedes Erhebungsinstrument dargestellt, bevor es dann um die Gesamtwerte und Subkategorien von Lebensqualität geht. Kapitel 5 greift in einer Diskussion noch einmal wesentliche Erkenntnisse auf.

2. Forschungskontext

Forschungskontext dieser Arbeit ist die Gesundheits- und Medizinsoziologie. An sich ist das Thema Lebensqualität im Alter natürlich auch in der Alterssoziologie verankert und stößt in verschiedenen anderen Forschungsbereichen wie z.B. Psychologie, Gerontologie, Pflegewissenschaft, Versorgungsforschung oder Gesundheitssystemforschung auf wissenschaftliches Interesse. Die gesundheitssoziologische Perspektive wurde aufgrund des starken Gesundheitsbezuges zwei der drei Erhebungsinstrumente gewählt. Von diesem Kontext ausgehend sind Gesundheit, aber vor allem (gesundheitsbezogene) Lebensqualität mit Fokus auf Alter und Altenbetreuungseinrichtungen wichtige Konzepte. Soziologisch interessant ist auch die Operationalisierung von (sozialer) Gesundheit und (gesundheitsbezogener) Lebensqualität.
Dieser Abschnitt teilt sich in mehrere Teile. In den ersten beiden Teilen zu Gesundheit und Lebensqualität geht es um den Forschungskontext, Konzepte und Begriffe. Danach geht es um den (theoretischen) Hintergrund der Daten. Schlussendlich werden bisherige aktuelle Arbeiten und Projekte vorgestellt, die wie die in dieser Arbeit verwendeten Daten auf dem SLQA Fragebogen basieren.
Gesundheitsbezogene Lebensqualität greift den Zusammenhang von Gesundheit und Lebensqualität auf. In diesem Kapitel werden wichtige Begriffe und Definitionen vorgestellt. Ausgehend von verschiedenen Gesundheitsbegriffen erfolgt eine Darstellung von (gesundheitsbezogener) Lebensqualität mit Fokus auf Alter und Altenbetreuungseinrichtungen. Daran anschließend wird das Projekt (“Gesundheit hat kein Alter”) vorgestellt, da in dessen Rahmen das Erhebungsinstrument GHKA_Bew („GesundheitHatKeinAlter_BewohnerInnen) entwickelt und die verwendeten Daten erhoben worden sind.

2.1 Gesundheitsbegriffe und Modelle

Obwohl “Gesundheit” ein Grundbegriff der Gesundheitssoziologie sowie der Gesundheitswissenschaften und der Public Health ist, gibt es keine allgemeingültige Definition. Wie in vielen anderen Bereichen der Soziologie gibt es eine Vielzahl an Konzepten, Deutungsmustern und Methoden (vgl. Richter und Hurrelmann, 2016, S.6). In diesem Kapitel werden einige für die Soziologie und speziell für diese Arbeit relevante Definitionsstränge dargestellt.

*2.1.1 **Biomedizinisch***

Das biomedizinische Modell entstand in der Medizin, im naturwissenschaftlichen Kontext, im 19.Jahrhundert. Es bot eine Erklärung für Ursachen und Therapie von Krankheit. Es hat damals zu einem besseren Verständnis von Krankheit geführt, wodurch deren Behandlung und auch Vermeidung möglich wurde. In dem Modell werden Menschen als biologische Organismen gesehen und Krankheit als eine Abweichung von der Normalfunktion. Krankheiten haben konkrete Ursachen wie Keime, Unfälle oder auch dysregulierte Prozesse im Körper. Diese pathogene Ansicht trennt Körper und Person. Subjektive Bedeutung und Bewertung, sowie soziale und materielle Bedingungen waren nicht von zentraler Bedeutung (vgl. Richter und Hurrelmann, 2016, S.8ff.). Im biomedizinischen Modell herrscht(e) die Vorstellung vor, dass Gesundheit und Krankheit in erster Linie biologisch, dh. von körperlichen Strukturen und Prozessen, verursacht ist. Die sozialmedizinische und auch soziologische Kritik weist darauf hin, dass damit soziale Faktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen (wie politische, finanzielle, kulturelle, ökologische und organisationale Determinanten) ignoriert werden, die ebenfalls zur Entstehung von Krankheit, aber auch zur Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit beitragen (vgl. Richter und Hurrelmann 2016, S.3f.). Als Kritik bzw. als Ergänzung wurden biopsychosoziale und soziale Modelle entwickelt.

*2.1.2 **Biopsychosozial / Sozial***

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell fokussiert nicht mehr nur die Biologie bzw. den Körper, sondern sieht ihn in Wechselbeziehung mit Psyche und Sozialem als maßgeblich für Krankheit und Gesundheit. Das Modell bedient sich einer holistisch(er)en Sichtweise (vgl. Richter und Hurrelmann 2016, S.11). “Gesundheit und Wohlbefinden eines Menschen [werden] vom Moment der Geburt an (und schon davor) bis zum Tod durch soziale Prozesse beeinflusst” (Richter und Hurrelmann 2016, S.4). Aus Betrachtungen über verschiedene Klassen (v.a. Arbeiterklasse) entsteht zunehmend das Bewusstsein, dass Armut, Arbeitsbedingungen und Krankheit in Zusammenhang stehen. In Deutschland wurden schon früh im 20.Jahrhundert (1923) unter den Begriffen “Sozialhygiene” und “soziale Medizin” sozialwissenschaftliche Überlegungen formuliert. Soziale Verhältnisse sind wesentliche Faktoren bei der Entstehung von Krankheiten und beeinflussen deren Krankheitsanlage und -verlauf (vgl. ebd. 2016, S.7).
Es gibt nicht nur ein soziales Modell, mit diesem Begriff werden verschiedene Ansätze zusammengefasst, die sich auf soziale Determinanten konzentrieren. Der Mensch ist eingebettet in einen sozialen Kontext, aber auch der physische Kontext ist sozial orga-

nisiert bzw. konstruiert. Gesundheit und Krankheit resultieren aus dem Zusammenspiel von Mensch und Umwelt. Beide haben auch biologische und psychologische Aspekte, die (individual-)medizinisch behandelt werden können. Sie stehen aber im sozialen Kontext, der für effektive Interventionen (v.a. im Bereich der Prävention) hinzugezogen werden muss. Soziale Modelle ergänzen somit das biomedizinische Modell (vgl. Richter und Hurrelmann, 2016, S.11-14; Germov 2009, S.3-24). In Tabelle 1 findet sich eine Gegenüberstellung von biomedizinischen und sozialen Modellen.

	Biomedizinisches Modell	**Soziales Modell**
Fokus	Individueller Fokus, akute Behandlung kranker Individuen / Körper	gesellschaftlicher Fokus, Lebens- und Arbeitsbedingungen, die Gesundheit beeinflussen
Annahmen	- Gesundheit und Krankheit sind objektive biologische Zustände - Individuelle Verantwortung für Gesundheit (bzw. Erhalt der Arbeitskraft)	- Gesundheit und Krankheit sind soziale Konstruktionen - Soziale Verantwortung für Gesundheit
Schlüsselindikatoren	- Individuelle Pathologie - Vererbung, Geschlecht, Alter - Risikofaktoren	- Soziale Gruppen: Klasse, Geschlecht, Alter, Beruf, Arbeitslosigkeit, Migration - Soziale Ungleichheit - Risiko-induzierende Faktoren
Ursachen von Erkrankungen	- Gendefekte und Mikroorganismen (Viren, Bakterien) - Unfall, Trauma - Verhalten, Lebensstil	- politische/ökonomische Faktoren: Verteilung von Wohlstand, Einkommen, Macht, Armut - Beschäftigungsfaktoren: arbeits- und bildungsbezogene Möglichkeiten / Stressoren - Kulturelle und strukturelle Faktoren
Intervention	- Individuelle Behandlung durch Chirurgie, Pharmazie - Verhaltensmodifikation - Gesundheitserziehung - Immunisierung	- Öffentliche Politik - Interventionen des Staates zur Stärkung von Gesundheit und Abbau von sozialer Ungleichheit - Community, Partizipation
Kritik	- Ein Fokus auf Krankheiten führt zu einem Mangel an präventiven Maßnahmen - Reduktionistisch, ignoriert	- Utopisches Ziel von Gleichheit führt zu nicht umsetzbaren Forderungen sozialen Wandelns - Überbetonung der schädigen-

	Komplexität von Gesundheit und Krankheit - Scheitert an der Berücksichtigung sozialer Ursachen - Starkes Gefälle zwischen Experten und Laien - Überbetonung der individuellen Verantwortung	den Nebeneffekte der Biomedizin - Die vorgeschlagenen Lösungen können sehr komplex und schwierig in der kurzfristigen Implementation sein - Soziologische Vorstellungen können die individuelle Verantwortung und psychologische Faktoren unterschätzen

Tabelle 1 - Vergleich von biomedizinischem und sozialem Modell (vgl. Germov, 2009, S.17 übersetzt von Richter und Hurrelmann, 2016, S.13)

*2.1.3 **Salutogenese***

Noch sozialer bzw. soziologischer wird es mit dem Konzept der Salutogenese. Dieses theoretische Konzept war bedeutend für das Umdenken bezüglich Gesundheit und Krankheit. Es ist ein umfassendes Konzept zur "Gesundheitsentstehung und -dynamik" im Gegensatz zur Pathogenese. Es stammt von dem amerikanisch-israelischen Soziologen Aaron Antonovsky. Die zentrale Frage ist, wie Menschen trotz Belastungen gesund bleiben (vgl. Richter und Hurrelmann, 2016, S.11). Antonovsky entwickelt das Modell der Salutogenese 1979 aus seinen Untersuchungen zu Stressoren und Ressourcen. Das Kernelement des Modells ist das Kohärenzgefühl ("sense of coherence"), welches durch Lebenserfahrung geprägt wird und dabei hilft mit Stressoren, Anspannung und Herausforderungen umzugehen. Der kulturelle und historische Kontext generiert psychosoziale Stressoren, aber auch Widerstandsfähigkeit und Ressourcen. Der (erfolgreiche) Einsatz der Ressourcen für die Bewältigung von Herausforderungen formt das Kohärenzgefühl. Dieses bestimmt auch die Position bzw. Bewegung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ("ease - dis/ease continuum" oder "healthy-dis/ease continuum"), welches er vorschlägt. Das Kohärenzgefühl ist auch Antonovskys Antwort auf die salutogenetische Frage warum Menschen gesund bleiben bzw. sich auf dem Kontinuum Richtung gesund bewegen (vgl. Mittelmark und Bauer 2017, S.7f). Weiters beschreibt es eine generelle Orientierung im Leben, es setzt sich aus Verstehbarkeit ("comprehensibility"), Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit ("managability") und dem Gefühl von Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit ("meaningfulness") zusammen. Als Kombination aus Aspekten der Kognition, des Verhaltens und der Motivation wird das Kohärenzgefühl messbar (vgl. Mittelmark und Bauer 2017, S.11, vgl. Vinje et al. 2017, S.32). Ob Stressoren der (internen und externen) Umwelt krank machen oder nicht hängt von deren Bewältigung ab. Sein Modell leitet sich auch aus der Be-

obachtung von “Wundern” ab, wo Menschen trotz schlimmer Erfahrungen gesund bleiben bzw. werden (vgl. Vinje et al. 2017, S.29). Antonovsky sah die Salutogenese als Ergänzung zur Pathogenese. Das Konzept des Gesundheits-Krankheits-Kontinuum steht einer dichotomen Einteilung in gesund und krank entgegen. Der Fokus liegt nicht auf Risikofaktoren, sondern auf salutogenen, heilsamen Faktoren, die Gesundheit fördern. Die Salutogenese widmet sich allen Aspekten des Menschen und ist auch auf Gruppen anwendbar. Sie steht damit in enger Verbindung zur Gesundheitsförderung (vgl. Mittelmark und Bauer 2017, S.11; vgl. Vinje et al. 2017, S.36-39). Antonovsky definierte einen Zustand der totalen Gesundheit, der auf Selbsteinschätzung und Einschätzung eines Gesundheitsexperten beruht. Absolut gesund bedeutet kein Schmerz, keine funktionelle Einschränkung, keine medizinische Diagnose und keine Behandlung erforderlich. Er war für eine enge Definition von Gesundheit, um eine Vermischung von Gesundheit, Wohlbefinden und Kohärenzgefühl zu vermeiden. Für ihn sollten das psychische und soziale Wohlbefinden nicht Teil der Gesundheitsdefinition sein, weil dies die medizinische Macht ausweiten würde. Soziale Beziehungen, familiäre Beziehung und auch materielle Ressourcen sieht er auf weiteren Kontinuen, die als generelle Widerstandsfähigkeiten zu betrachten sind. Auch mentale Gesundheit verortet er auf einem Kontinuum zwischen absolutem emotionalen Schmerz / psychologischer Störung und totalem psychischen Wohlbefinden. Er sieht Gesundheit als einen Teil von Wohlbefinden (vgl. Vinje et al. 2017, S.37f.).

Als Kritik wird geäußert, dass Antonovsky und seine Nachfolger sich vor allem auf das Kohärenzgefühl fokussieren und das Modell in seiner Komplexität nicht zu Gänze empirisch überprüft wurde (vgl. Mittelmark und Bauer 2017, S.10). Positiv anzumerken ist, dass er gegen eine Vermischung von Konzepten ist, allerdings ist seine Definition von Gesundheit sehr medizinisch bzw. negativ formuliert (vgl. Vinje et al. 2017, S.37). Ich sehe eine unzureichende Erklärung über den Zusammenhang der verschiedenen Kontinuen (zu Ressourcen oder auch mentaler Gesundheit). Außerdem gibt es auch in der Nachfolgeliteratur keine Abgrenzung zu anderen Konzepten wie positiver Gesundheit oder Lebensqualität. In einigen Aspekten (v.a. seiner Definition von idealer Gesundheit) steht er eigentlich aktuellen soziologischen Definitionen und Entwicklungen entgegen.

In nachstehender Tabelle 2 befindet sich eine Gegenüberstellung der salutogenen und pathogenen Orientierung.

	Salutogene Orientierung	**Pathogene Orientierung**
Bestimmung des Gesundheits/ Krankheitszustandes	Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, dynamische Interaktion zwischen gesundheitsförderlichen und -schädlichen Faktoren	dichotome Kategorisierung in gesund vs. krank
Wahrnehmung von Stressoren	Stressoren und Anspannung können neutral, gesundheitsförderlich oder -schädlich sein	Stressoren und Anspannung sind pathogen, führen zu Krankheit
Fokus	salutogene, heilsame Faktoren, Lebenserfahrung, Lebensgeschichte der Person,	Risikofaktoren, Krankengeschichte, Diagnose
Veränderung des Gesundheits/ Krankheitszustandes / Therapie	Aktive Anpassung	Heilmittel/ Behandlung/ Medikation/ Eingriff für spezielle Diagnose
Denk-/ Analysestrategie	Betrachtung der Ausnahmen (Warum bleiben Menschen TROTZ Belastungen gesund?)	Bestätigung der Hypothesen

Tabelle 2 - Salutogene vs. pathogene Orientierung (angelehnt an Vinje et al. 2017, S.38f.)

*2.1.4 **Systemtheoretische Perspektive***

Die Systemtheorie ist auch in der Gesundheitssoziologie relevant. Vor allem stehen die Ergänzungen des GHKA_Bew-Instrumentes und deren Autoren in der Tradition der Systemtheorie, im Speziellen der positiven Gesundheit. Daher werden nun auch diese Definitionsstränge erläutert.

In der Systemtheorie nach Luhmann sind Menschen lebende Systeme. Als solche reproduzieren sie sich selbst kontinuierlich innerhalb und in Abgrenzung zu relevanten Umwelten. Zum einen gibt es materiellen, energetischen und kommunikativen Austausch mit der relevanten Umwelt. Zum anderen müssen sie ihre Identität / Form selbst herstellen und aufrechterhalten, indem sie Elemente, Prozesse und Strukturen selbst erzeugen. Das heißt Systeme erzeugen gesunde, salutogene Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, aber gleichzeitig auch kranke Systemstrukturen, -prozesse und -ergebnisse selbst. In der Umwelt finden sich sowohl förderliche, salutogene also auch

tendenziell bedrohliche, pathogene Prozesse, Strukturen, Ereignisse und Zustände (vgl. Pelikan 2007a, S.76; Pelikan 2007b, S.78). Diese autopoietische Reproduktion in Interaktion mit relevanten Umwelten zeigt sich auch in folgender Abbildung 1:

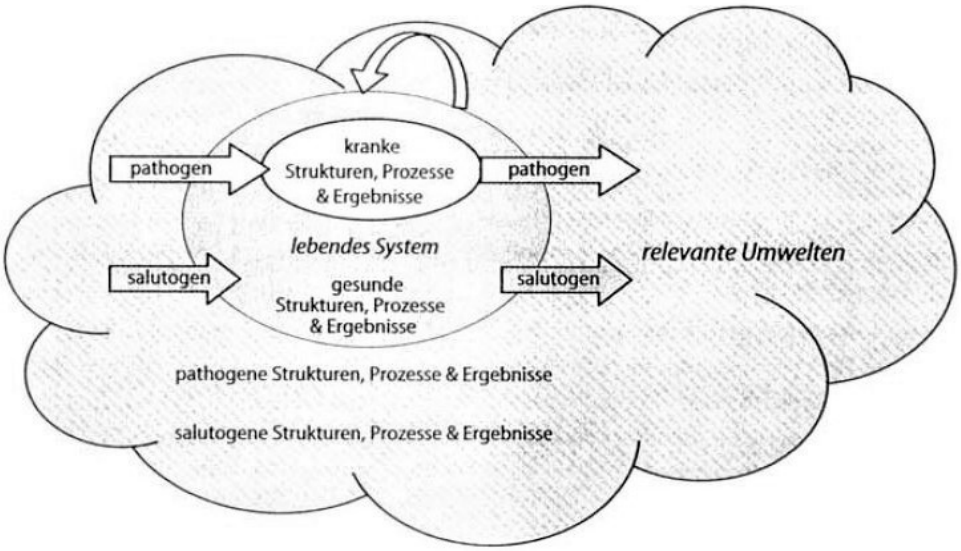

Abbildung 1 - Reproduktion des Systems innerhalb relevanter Umwelten (Pelikan 2007a, S.76)

“Die Gesundheit/Krankheit eines lebenden Systems ist also als Ergebnis seiner genetischen Grundausstattung und der Interaktionsgeschichte mit seiner relevanten Umwelt zu verstehen” (Pelikan 2007a, S.76). In Anlehnung an die Systemtheorie von Luhmann schlägt Pelikan (2009) vor Gesundheit als “eine sozial bewertete und/oder erwartete Qualität [...], die an (menschlichen) Lebewesen, von diesen selbst oder von anderen aufgrund von Indizien beobachtet werden kann” (S.31) zu verstehen. Gesundheit ist eine Qualität, ein Merkmal, die an Menschen beobachtet wird und von diesen in Auseinandersetzung mit ihren relevanten Umwelten selbst hergestellt wird. Es gibt also innere und äußere Determinanten von Gesundheit, Merkmale, die innerhalb der Menschen selbst liegen und solche, die in der Umwelt angesiedelt sind.

Um Gesundheit noch eingehender systemtheoretisch zu beschreiben, ist auch das systemtheoretische Verständnis des Menschen wichtig. Das menschliche Individuum als lebendes System in seinen relevanten Umwelten besteht aus drei miteinander strukturell gekoppelten Systemen: Körper, Psyche und sozialer Status (siehe Abbildung 2). Die relevanten Umwelten sind hierbei Natur, Kultur und Gesellschaft. Jedes der drei Systeme muss sich autopoietisch und gleichzeitig in Verbindung mit den anderen reproduzieren. Der Körper steht in energetischen und stofflichen Austausch mit der materiellen Natur. Die Psyche, das Bewusstsein reproduziert sich über Gedanken, die von der symbolischen, kulturellen Umwelt beeinflusst werden. Der soziale Status wird über Ereignisse, Entscheidungen und Handlungen reproduziert und bestimmt die soziale Verortung in der Gesellschaft. Jedes dieser Systeme kann mehr oder weniger

gesund oder krank sein (vgl. Pelikan 2007a, S.77, Pelikan 2007b, S.83).

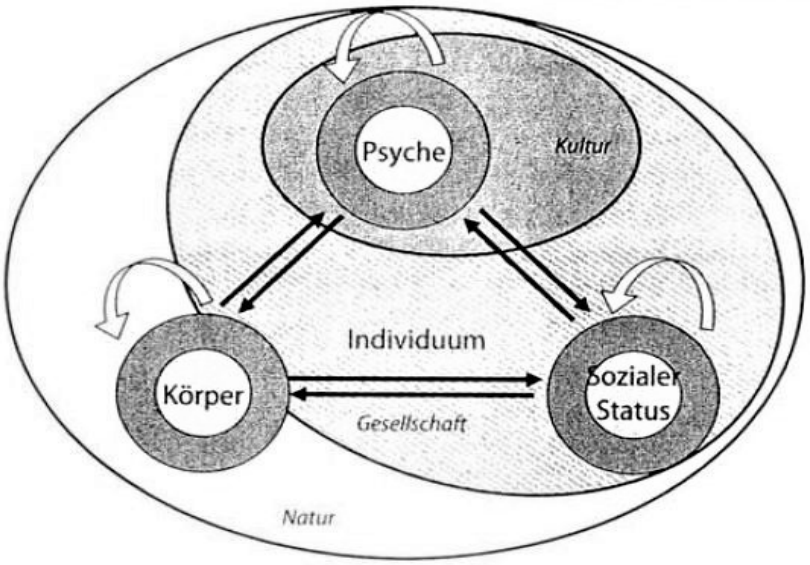

Abbildung 2 - Strukturell gekoppelte Systeme des Individuums: Körper, Psyche und sozialer Status in ihren Umwelten (Pelikan 2007a, S.77)

Nachdem aus systemtheoretischer Perspektive Gesundheit das Ergebnis des Zusammenspiels bzw. des Austausches zwischen System und Umwelt ist, haben soziale Umwelten und Settings einen Einfluss auf Gesundheit. Pelikan (2007) hat dafür ein einfaches Handlungsmodell (siehe Tabelle 3) entwickelt. Zum einen differenziert es System und Umwelt als Handlungsvoraussetzungen, welches auf die Idee von Kurt Lewin zugreift, dass Verhalten sich aus Gegebenheiten der Person und der Umwelt zusammensetzt. In einer Handlung kann (angelehnt an J.S. Coleman) zwischen Möglichkeit und Präferenz unterschieden werden. Ein Verhalten muss sowohl möglich sein, als auch präferiert, also gewollt werden, damit es umgesetzt wird. Präferenz wird auch als Selektion unterschiedlicher Möglichkeiten betrachtet. Alle Determinanten tragen zur Entstehung einer Handlung bei (vgl. S.77f.). Gesundheit wird hier als Ergebnis von Verhalten, von Handlungen verstanden, welches durch Möglichkeiten und Präferenzen von Person und Situation zustande kommt.

Handlungsvoraussetzungen	**Möglichkeitsstruktur**	**Selektionskultur**
System	Können	Wollen
Umwelt	Möglichsein	Sollen

Tabelle 3 - Vereinfachte Darstellung des Handlungsmodells (angelehnt an Pelikan 2007, S.77)

*2.1.5 **Positive Gesundheit***

Positive Gesundheit ist ein Konzept, welches aus dem Verhältnis von Gesundheit und Krankheit im systemtheoretischen Kontext entwickelt wurde. Es handelt sich dabei um ein asymmetrisches Verhältnis, da Gesundheit gegenüber Krankheit bevorzugt wird.

Ohne Gesundheit gibt es keine Krankheit, sie stehen in „Symbiose“ und schließen einander nicht aus. Es wird vorgeschlagen Gesundheit als Gesamtheit anzunehmen und Krankheit (kranke Strukturen, Prozesse und Ergebnisse) als Untermenge zu betrachten. Die Restmenge wird als „positive Gesundheit“ bezeichnet. Daraus lässt sich quasi eine Gesundheitsgleichung erstellen: Gesundheit = positive Gesundheit + Krankheit (negative Gesundheit). Positive Gesundheit entsteht durch salutogene Prozesse und Strukturen. Ideale Gesundheit stellt ein Maximum an positiver Gesundheit bei einem Minimum an negativer Gesundheit dar (vgl. Pelikan 2009, S.32f.). Pelikan schlägt auch noch drei Gesundheitsaspekte vor, über die positive Gesundheit beobachtbar und messbar wird: Funktionstüchtigkeit, Wohlbefinden und Attraktivität, die er jeweils für die drei strukturell gekoppelten Systeme Körper, Psyche und Status definiert. Erstens wird Funktionstüchtigkeit bzw. Leistungsfähigkeit beschrieben als Widerstandsfähigkeit und Handlungsfähigkeit der Umwelt gegenüber, als objektivierbare Leistung und Funktion. Strukturen, Prozesse, Zustände und Ereignisse können aktiv, kontinuierlich und adäquat aufrechterhalten werden. Neben der körperlichen Funktionstüchtigkeit gibt es auch die psychische, mentale Funktionsfähigkeit (Kognition, Emotion, Evaluation). Soziale „Funktionstüchtigkeit“ entspricht der sozialen Position, die abhängig von sozialen Ressourcen und Zugang zu gesellschaftlicher Infrastruktur ist (vgl. 2009, S.34f.). Der zweite Aspekt ist das Wohlbefinden. Es geht dabei um subjektives Erleben und Fühlen, um Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, der psychischen Verfassung und der sozialen Stellung. Auch diese Dimensionen müssen getrennt voneinander betrachtet und hergestellt werden. Attraktivität ist der dritte Aspekt und bezieht sich darauf, wie Akteure der relevanten Umwelt eine Person bezüglich Merkmalen der drei Systeme Körper, Psyche und Status wahrnehmen und bewerten. Hier wird angenommen, dass zugeschriebene Attraktivität neben Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden qualitatives und/oder quantitatives Überleben beeinflusst (vgl. ebd., S.35). In Tabelle 4 werden diese drei Aspekte noch einmal veranschaulicht. In der Darstellung von positiver Gesundheit ist also Wohlbefinden, welches oft synonym zu Lebensqualität verwendet wird, ein Teil von Gesundheit. Hier zeigt sich eine starke Ähnlichkeit zur später erläuterten Konzeption von Lebensqualität.

		Individuum (als gekoppeltes System)		
		Körper	**Psyche**	**Sozialer Status**
Beobachtungskriterien positive Gesundheit	**Funktionstüchtigkeit**	körperliche Verfassung, objektive Leistungsfähigkeit	psychische, mentale (kognitive, emotionale, evaluative) Verfassung	soziale Stellung (soziale Ressourcen, Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen, Infrastruktur und Entwicklungen)
	Wohlbefinden	Zufriedenheit mit eigener körperlicher Konstitution	Zufriedenheit mit psychischer Verfassung	Zufriedenheit mit sozialer Stellung
	Attraktivität	Wahrgenommene Attraktivität körperlicher Merkmale	Wahrgenommene Attraktivität psychischer Merkmale	Wahrgenommene Attraktivität sozialer Merkmale

Tabelle 4 - Beobachtungskriterien positiver Gesundheit (Pelikan 2009, S.34f.)

2.1.6 Subjektive Gesundheit

Mit der Bedeutungszunahme der sozialen und individuellen Komponente wurde zunehmend subjektive Gesundheit in Form einer Selbsteinschätzung in Forschung und Praxis angewendet. Subjektive Gesundheit (engl. self-rated health, self-assessed health, self-perceived health) ist eine subjektive Einschätzung des individuellen Gesundheitszustandes auf einer meist 4 bis 5-teiligen, manchmal auch 10 bis 100-stufigen Skala. Dieser Gesundheitsindikator ist seit den 1950er Jahren schwerpunktmäßig in der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung weit verbreitet, v.a. seit in den späten 70er Jahren ein Zusammenhang mit (vorzeitiger) Sterblichkeit nachgewiesen wurde. Subjektive Gesundheit wird in vielen nationalen und internationalen Surveys eingesetzt (World- & European Value Survey, National Health and Nutrition Survey, SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SF-36, WHO-Fragebögen, etc.). Der Wortlaut der Frage und auch die Antwortkategorien variieren. Allerdings ist nicht eindeutig, was genau subjektive Gesundheit misst. Nach individueller Einschätzung der Befragten spielen biologische, soziale und psychologische Aspekte mit hinein (vgl. Jylhä 2009, S.307f.). Jylhä schlägt vor, die subjektive Gesundheitseinschätzung als einen kognitiven Prozess zu betrachten. Dieser beinhaltet die Verarbeitung von Informationen (aus dem Körper und von Gesundheitsexperten) sowie deren Auswahl und Interpretation. Dieser individuelle, subjektive Prozess ist von der

sozialen und kulturellen Umwelt beeinflusst, auch soziodemographische und persönliche Aspekte werden betrachtet. Die Einschätzung wird durch individuelle (alltägliche) Vorstellungen von Gesundheit, aber auch durch die eigene "Gesundheits-Krankheitsgeschichte" und Veränderungen des Gesundheitszustandes beeinflusst (ebd., S.308f.).

Auch Leinonen et al. (1998) sehen selbsteingeschätzte Gesundheit als relevanten Indikator für das Überleben aber auch für Bedarf und Nutzung von Serviceleistungen bei älteren Menschen. Darüber hinaus ist sie wichtiger Aspekt der Lebensqualität Älterer. Allerdings zeigte sich unter anderem in dieser Studie, dass die eigene Gesundheitseinschätzung über einen längeren Zeitraum stabil bleibt, obwohl Verschlechterungen des Gesundheitszustandes angegeben werden, wenn explizit danach gefragt wird. Die Selbsteinschätzung der Gesundheit scheint einer Altersanpassung zu unterliegen. Zum einen werden funktionelle Einschränkungen oder auch chronische Zustände als Teil des normalen Alterungsprozesses angesehen, wodurch die Erwartung an gute Gesundheit sinkt. Außerdem fließt in diese Einschätzung auch ein Vergleich mit Mitmenschen bzw. mit typischen Alten ein, wodurch die eigene Gesundheit höher eingeschätzt wird. Um sich dem Alter erfolgreich anzupassen wird physische Gesundheit weniger relevant, dafür werden aber soziale oder mentale Ressourcen in diese Gesamteinschätzung miteinbezogen (vgl. ebd., S.591-595). Mehrere Autoren beschreiben eine Altersanpassung der subjektiven Gesundheit und auch dass unter Berücksichtigung gesundheitlicher Einschränkungen der soziale und zeitliche Vergleich zu früherer Gesundheit und der Gesundheit Anderer stärker herangezogen wird (vgl. Jylhä 2009, S.309f.).

Im Vergleich zu anderen Personen, aber auch bei der Akzeptanz von Einschränkungen schwingt eine Bewertung, eine Zufriedenheit mit, die eher in Richtung Lebensqualität als zielführenden Indikator deutet. Diese Ergebnisse sprechen dafür, im Alter nicht (nur) nach (physischer) Gesundheit zu fragen, sondern differenzierter nachzufragen. Unter Hinzunahme von sozialen und Kontextbedingungen, mit Bewertung und Vergleich, erachte ich subjektive Gesundheit als sehr ähnlich zu (gesundheitsbezogener) Lebensqualität.

2.2 Begriffe und theoretische Überlegungen zu Lebensqualität

Zum einen wurde Wohlbefinden als Teil von Gesundheit beschrieben, zum anderen kann Gesundheit als Teilaspekt von Lebensqualität betrachtet werden. Daher ist jetzt eine detaillierte Darstellung von Lebensqualität notwendig.

In den letzten Jahren hat sich im Gesundheits- und Sozialbereich, sowohl in der For-

schung, als auch in Praxis und Qualitätssicherung das Konzept der Lebensqualität als disziplinenübergreifender Parameter etabliert. Vor allem im Zuge einer wachsenden älteren Bevölkerung und damit in Verbindung stehender Phänomene wie chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit gewinnt Lebensqualität sowohl als individueller als auch gesamtgesellschaftlicher Parameter an Bedeutung (vgl. Neise und Zank 2016, S.3). Im nächsten Abschnitt erfolgt eine Hinführung über Geschichte und Forschungstraditionen zu Definitionen von (gesundheitsbezogener) Lebensqualität.

*2.2.1 **Historische Entwicklung***

Die Idee von Lebensqualität im Sinne eines “guten Lebens” findet sich im Laufe der Geschichte immer wieder. Im Altertum war das gute Leben stark von einer kulturell-religiösen Dimension geprägt, während schon Aristoteles soziale und materielle Güter verknüpft und auch die Qualität des Staates mit der Lebensqualität des Einzelnen in Verbindung bringt. Epikur beschreibt gutes Leben als Genügsamkeit, Zufriedenheit und Lebensfreude. Im Mittelalter ist Lebensqualität noch bzw. wieder sehr stark an die Einhaltung religiöser Bestimmungen geknüpft, während sich in der Aufklärung die Vorstellung von individuellem Lebensglück verbreitet. Auch hier wurde schon die Verbindung vom Allgemeinwohl der Gesellschaft mit individuellen Faktoren wahrgenommen. Zur Zeit der industriellen Revolution gab es für verschiedene soziale Schichten sehr unterschiedliche Lebensbedingungen. Erst als der Staat sich um die Lebensumstände der Gesellschaft bemüht, wird gutes Leben gesamtgesellschaftlicher zugänglicher. Im Rahmen der Entwicklung des “Wohlfahrtsstaates” wird Lebensqualität ab den 1960er Jahren ein gesellschaftliches bzw. politisches Ziel und erhält damit auch mehr Aufmerksamkeit (vgl. Neise und Zank 2016, S.4f.). Von jeher wird Lebensqualität als mehrdimensionales Konzept beschrieben, welches sowohl objektive, gesellschaftliche Umstände als auch personenbezogene Aspekte umfasst.

Die Idee von Lebensqualität ist schon alt, die sozialwissenschaftliche Forschung dazu aber noch nicht. Hier lassen sich zwei wesentliche Strömungen unterscheiden. Die eine Strömung ist der “Level-of-Living Approach”, der aus der schwedischen Wohlfahrtsforschung kommt. Die Betrachtung spezifischer Merkmale aus unterschiedlichen Lebensbereichen zur Untersuchung von Wohlfahrt war ein Gegenentwurf zu einer ökonomisch orientierten Sichtweise. Dieser ressourcenorientierte Ansatz geht davon aus, dass mit individuellen (persönlichen, sozialen und ökonomischen) Ressourcen die Lebensverhältnisse an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst werden. Es gibt aber auch Determinanten, wie gesellschaftliche Gegebenheiten, auf welche nicht mittels perso-

neller Ressourcen eingewirkt werden kann. Sie begrenzen den Handlungsspielraum des Einsatzes persönlicher Ressourcen zur Bedürfnisbefriedigung. Das individuelle Wohlbefinden wird verstanden als Ergebnis einer spezifischen Kombination von individuellen Ressourcen und objektiven, gesellschaftlichen Determinanten. Die Erfassung erfolgt überwiegend über objektivierbare Merkmale in Bezug auf Gesundheit, Arbeit, Verfügung über materielle und soziale Güter, Auswirkungen von sozialer und physischer Umwelt, Kultur, Politik und Sicherheit (vgl. Neise und Zank 2016, S.5ff.).

Im Gegensatz dazu rückt die zweite Strömung, die amerikanische “Quality-of-Life-Forschung”, das subjektive Erleben in den Fokus. Sie entwickelt sich aus der Sozialpsychologie sowie Forschung über psychischer Gesundheit und hat ein konstruktivistisches Verständnis von Lebensqualität. Lebensqualität ist nicht objektiv erfassbar, sie unterliegt einem persönlichen Bewertungsprozess. Persönliche Indikatoren wie Wohlbefinden, Zufriedenheit und Glück sind dafür wichtig. Aufgrund der subjektiven Ausrichtung sind nur die betreffenden Personen selbst in der Lage, über ihre Lebensqualität Auskunft zu geben (vgl. Neise und Zank 2016, S.7). Es zeigte sich, dass “weder rein objektiv-messbare Indikatoren noch die Fokussierung von ausschließlich subjektiven Dimensionen Lebensqualität gänzlich bestimmen können” (Neise und Zank 2016, S.7). Daran anschließend werden weitere zwei soziologische Konzepte vorgestellt.

Der Soziologe Erik Allardt setzt bei seinem Konzept von Lebensqualität an menschlichen Bedürfnissen an, die durch objektive und subjektive Indikatoren erfasst werden. In seinem “Basic Needs Approach” fokussiert er drei Bedürfnisse. 1) “Having” bezieht sich auf Existenzsicherung und dafür notwendige materielle Güter. 2) “Loving” umfasst den Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen und 3) “Being” berücksichtigt persönliche Entwicklung und gesellschaftliche Teilhabe. Die Bedürfnisse werden durch objektive Indikatoren abgebildet, welche anschließend subjektiv bewertet werden (vgl. Neise und Zank 2016, S.8). Im deutschsprachigen Raum ist auch noch der Ansatz von Wolfgang Zapf zu erwähnen. Lebensqualität wird dabei als Kombination von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden betrachtet. Aus der Kombination von Lebenslagen und subjektivem Wohlbefinden kristallisiert er Typen von Lebensqualität bzw. vier Wohlfahrtspositionen heraus: 1) Gute Lebensbedingungen und gutes Wohlbefinden werden als “Well-Being” bezeichnet. 2) Im Gegenteil dazu umfasst “Deprivation” schlechte Lebensbedingungen und schlechtes Wohlbefinden. Die beiden anderen Positionen sind eigentlich paradox. 3) “Adaptation” bezeichnet gutes Wohlbefinden, trotz schlechter Lebenslage („Zufriedenheitsparadox“) und 4) “Dissonanz” oder auch „Unzufriedenheitsdilemma“ ergibt sich aus schlechtem Wohlbefinden trotz guter Lebensbedingungen (vgl. in Neise und Zank 2016, S.8f.; Amann et al. 2005, S.11; Amann et al. 2010a, S.13f.).

Diese ungewöhnlichen Konstellationen zeigen, dass Lebensqualität noch differenzierter betrachtet werden muss.

2.2.2 Allgemeine Definition von Lebensqualität

Das Thema Lebensqualität stößt in verschiedenen Disziplinen auf Interesse. In der Wissenschaft beschäftigen sich sowohl Psychologie als auch Soziologie, aber auch Medizin und Pflegewissenschaft mit Lebensqualität. In Verbindung mit der Komplexität des Themas ergibt sich keine einheitliche Definition. Im Folgenden werden verschiedene Begriffsdefinitionen vorgestellt, die in Bezug auf die Soziologie und das Projekt GHKA relevant sind.

Früher wurde Lebensqualität vor allem durch objektiv messbare Kriterien wie Einkommen, Gesundheitszustand, Bildungsniveau, eigener Wohnraum, etc. erklärt. Hierbei besteht das Problem der Gewichtung der Kriterien, worauf mit der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität reagiert wurde (vgl. Amann et al. 2010a, S.14f.). Das Basisverständnis von Lebensqualität als Zusammenspiel von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden stammt aus der empirischen Wohlfahrtsforschung. Das Verhältnis von Lebenslage und Wohlbefinden kann auch als Input-Outputmodell gesehen werden. Indikatoren der “objektiven” Lebensqualität wie Einkommen, Gesundheit, Mobilität, Bildung, Wohnumfeld, etc. sind hierbei Input-Variablen. Als Output wird das subjektive Wohlbefinden betrachtet. Die inkonsistenten Konstellationen, dass objektive und subjektive Lebensqualität nicht parallel verläuft, kann aber mit diesem Modell nicht erklärt werden (vgl. Amann et al. 2005, S.11; Amann et al. 2010a, S.20f.).

Darüber hinaus wird zunehmend die Wechselwirkung verschiedener Faktoren berücksichtigt und es entstehen komplexe Modelle von Lebensqualität.

Den Überlegungen gemeinsam ist, dass erstens alle mehrdimensional sind, zweitens sowohl objektive (messbare Lebensbedingungen) als auch subjektive Aspekte (Wahrnehmung und Bewertung) integriert werden und drittens, dass Komponenten der Mikro- bzw. Mesoebene (wie individuelle Lebensziele) und auch der Makroebene (gesellschaftliche Wertvorstellungen, organisatorische Aspekte) berücksichtigt werden. Darüber hinaus werden Kerndimensionen der Lebensqualität beschrieben: emotionales, materielles und physisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Inklusion, persönliche Entwicklung, Selbstbestimmung und Rechte (vgl. Schalock et al. 2002, S.464 zit. nach Neise und Zank 2016, S.11). Subjektive Dimensionen beziehen sich auf die Bewertung von Lebensbereichen, sie stehen in Verbindung mit dem affektiven Befinden und Erfahrungen. Neben Zufriedenheit und Glück spielen hier auch Besorgnisgefühle

und Erwartungshaltungen mit hinein (vgl. Neise und Zank 2016, S.12). Subjektive Lebensqualität wurde anfänglich vor allem im Sinne von psychischem Wohlbefinden verstanden. “Subjective well-being” ist ein weitgehend standardisiertes Forschungskonzept, welches durch subjektive Bewertungen von Faktoren der Lebenssituation und des Lebenslaufes die eigene Lebensqualität (auch im Alter) beschreibt. Diese ist auch sehr stark an Zukunftserwartungen geknüpft. Die subjektive Lebensqualität besteht aus mehreren Teilen. Der kognitive Aspekt umfasst Zufriedenheit mit dem Leben, der emotionale Aspekt das Wohlbefinden. Es gibt auch den Aspekt der Umwelt-Relation, der Anomie-Erfahrungen, Zukunftszuversicht und Orientierungslosigkeit beschreibt (vgl. Amann et al. 2010a, S.15-19). Weder rein objektive noch rein subjektive Kriterien sind zielführend. Die Komplexität des Modells von Lebensqualität steigt durch eine “Radikalisierung” der subjektiven Komponenten. Es kommt zu einer subjektiven Bewertung der objektiven Faktoren anhand von konkreten Situationen. Die Bewertung ist an aktuelle Situationen und Handlungsmöglichkeiten gebunden. Allerdings spielen auch die Biografie und der gesellschaftliche, historische Kontext im Sinne eines sozialen, ökonomischen und kulturellen Hintergrundes eine Rolle. Erfahrungen aus früheren Lebensabschnitten formen den individuellen Lebensstil, Handlungsstrategien, Prioritäten und Werthaltungen. Die Zeitdimension bzw. die dynamische Veränderung von Lebensqualität im Lebensverlauf darf nicht ignoriert werden, weil sich über den Lebensverlauf Einstellungen und Prioritäten ändern (vgl. Amann et al. 2005, S.11; Amann et al. 2010a, S.21f.). Zusammengefasst sieht man die Strömungen von Lebensqualität nachfolgend in Abbildung 3. Trotz der eher linearen Darstellung sind diese Entwicklungen nicht zwingend aufeinander aufbauend zu betrachten.

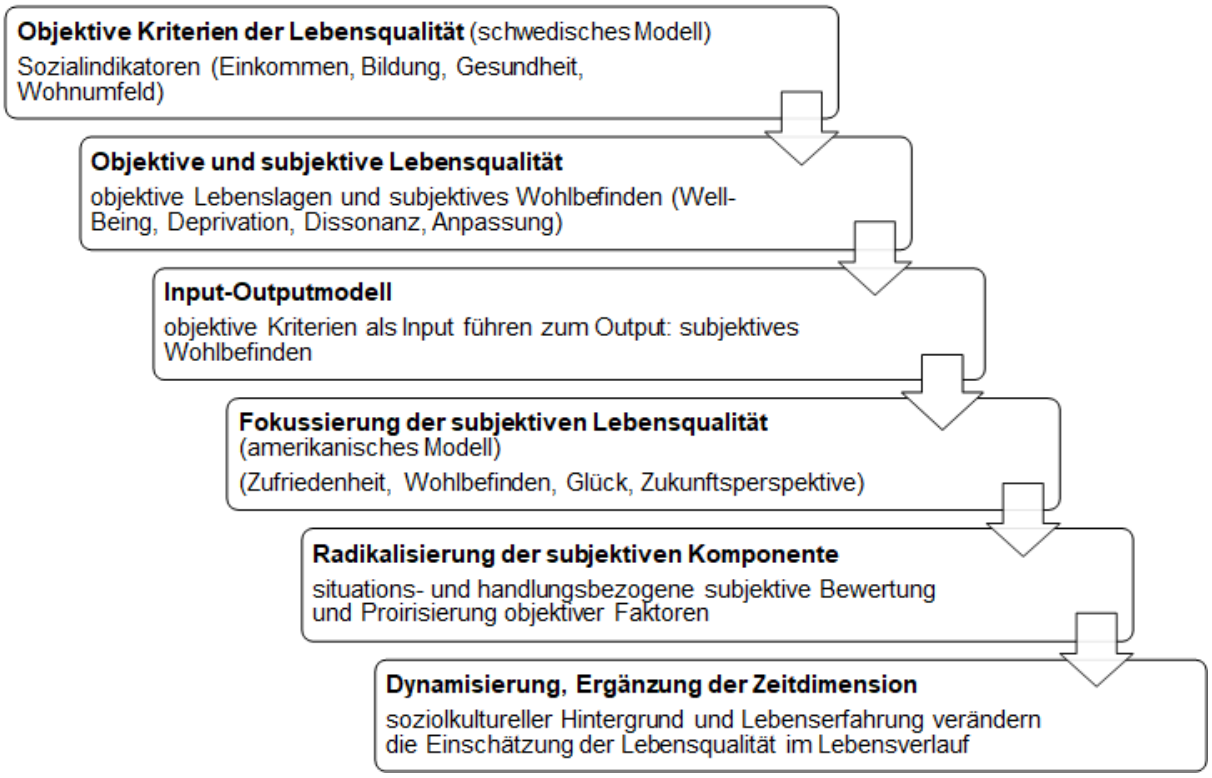

Abbildung 3 – Lebensqualität - Strömungen. Eigene Abbildung.

Auch Amann et al. (2010a) beschreiben diese Entwicklungen und Überlegungen zusammenfassend: “Die [...] aus dem Input-Outputmodell als objektiv messbar angesetzten Indikatoren sind in einer zu jedem Zeitpunkt interdependenten Struktur von subjektiven Handlungsbezügen, des individuellen Lebenszyklusstatus und Einstellungen eingebettet und darüber hinaus als in ständiger Wandlung begriffen zu verstehen, und genau diese komplexe und dynamische Struktur kann erst die subjektive Bewertung der Lebensqualität erklären. Somit wird aber auch klar, dass subjektive und objektive Lebensqualität keine alternativen Konzepte sind, sondern integrativ behandelt werden müssen” (S.22). Weiters verstehen die Autoren Lebensqualität als ein multidimensionales Konzept. Sowohl soziale, körperliche und räumliche Ressourcen als auch Statusvariablen spielen eine Rolle. Die Erfahrungen im Lebenslauf haben Einfluss auf aktuelle Einschätzungen, aber auch auf die Werthaltung, die ebenfalls mit hineinspielt. Weiters sind das Autonomieerleben bzw. generell das Handeln und Erleben in konkreten Handlungskontexten zentrale Aspekte. Schlussendlich dürfen auch subjektive Urteile über Zufriedenheit und Wohlbefinden, sowie emotionale Komponenten wie Glück nicht fehlen (vgl. 2005, S.10f; 2010a, S.47).

*2.2.3 **Gesundheitsbezogene Lebensqualität***

Eine weitere, v.a. im Gesundheitsbereich, zentrale Definition stammt von der Weltgesundheitsorganisation WHO: “Quality of Life is an individual´s perception of his situation in life within the context of his culture and values, as well as his objectives, expectations, and interests” (WHOQOL 1997, S.1). “Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen.“ (WHOQOL-Group, Angermeyer et al. 2000, S.10) Lebensqualität wird also als subjektive Einschätzung der eigenen Lebenssituation betrachtet, die von äußerlichen Umständen, aber auch von der eigenen Persönlichkeit und Biographie, eigenen Werten und Erwartungen beeinflusst wird. Obwohl sie von der WHO ist, enthält diese Definition keinen Gesundheitsfokus. Im Gesundheitsbereich steigt seit den 1980er Jahres das wissenschaftliche Interesse an Lebensqualität. Diese wird im medizinischen Bereich für die Einschätzung der Sinnhaftigkeit von Maßnahmen, aber auch zum Nachweis von Behandlungserfolgen herangezogen. Für gesundheitsbezogene Lebensqualität sind neben den Kerndimensionen der Gesundheit (körperliches, geistiges und soziales Wohlergehen) auch Funktionsfähigkeit im Alltag und die eigene Wahrnehmung zentral (vgl. Neise und Zank 2016, S.16). Es gibt einige Autoren, die Lebensqualität und gesundheitsbezogene Lebensqualität synonym verwenden. Andere bezeichnen letztere als eine Unterkategorie der allgemeinen Lebensqualität, die speziell auf den gesundheitlichen Bereich begrenzt ist (vgl. Mergenthaler 2012, S.85). Mergenthaler formuliert eine Beschreibung von gesundheitsbezogener Lebensqualität: “Gesundheitsbezogene Lebensqualität bezeichnet eine spezielle Unterkategorie globaler menschlicher Lebensqualität [...], die selbstgerichtete und im Lebenslauf dynamische Aspekte gesundheitlich bedingter körperlicher, psychischer, sozialer und alltagsbezogener Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden umfasst” (ebd. 2012, S.86f.) In ihrer Definition geht sie von einem Begriff aus, der über den Lebenslauf dynamisch betrachtet werden muss, das heißt, dass die Bedeutung unterschiedlicher Determinanten im Lebenslauf variiert. Außerdem spielen körperliche und psychische Faktoren sowie soziale Umfeld und Alltagsbewältigung mit hinein.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität fokussiert die Bedeutung von Gesundheit für Lebensqualität, umfasst aber mehr Dimensionen als nur den Gesundheitszustand. Ein umfassender Lebensqualitätsbegriff beinhaltet wesentliche Gesundheitsaspekte. Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass Gesundheit im Lebensqualitätskonzept integriert ist.

*2.2.4 **Lebensqualität im Alter***

(Gesundheitsbezogene) Lebensqualität im Alter wird im medizinischen Bereich vermehrt als Ziel- bzw. Evaluationskriterium herangezogen und umfasst körperliche, emotionale, mentale, soziale und alltagsbezogene Aspekte. In vielen Instrumenten gibt es einen Fokus auf Gesundheit und Funktionsfähigkeit. Weitere Aspekte wie das Umfeld, Wohnbedingungen, Mobilität oder Religiosität/Spiritualität sind oft unterrepräsentiert. Im sozialwissenschaftlichen Kontext wird die Bedeutung von subjektiven Urteilen und emotionalen Wohlbefinden hervorgehoben. Die Bewertung bzw. Einschätzung soll sich auf verschiedene Lebenssituationen beziehen (vgl. Conrad und Riedel-Heller 2016, S.40-43). Generell ist die Bedeutung der einzelnen Kerndimensionen von Lebensqualität nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleich. Es gibt Dimensionen, denen im Alter höhere Bedeutung beigemessen wird. Die Bereiche Gesundheit und soziales Umfeld sind hier aufgrund der zunehmenden Verlusterfahrungen zu nennen. Sowohl Krankheit als auch der Wegfall sozialer Beziehungen und eingeschränkte soziale Partizipationsmöglichkeiten haben Auswirkungen auf die Lebensqualität älterer Menschen. Häufig gibt es auch stärkere Befürchtungen bezüglich Sicherheit und Kriminalität. Selbstständige Lebensführung bzw. im Gegensatz dazu auch die Abhängigkeit von anderen Personen und Betreuungseinrichtungen ist eine relevante Dimension im Sinne von Autonomie und Selbstbestimmung. Besonders für Menschen mit Behinderung ist Selbstbestimmung und Entscheidungsautonomie zentral und auch entkoppelt von selbständiger Lebensführung zu sehen (vgl. Neise und Zank 2016, S.13; Amann et al. 2010a, S.50-55). Das (chronologische) Alter an sich hat keinen starken Einfluss auf Lebensqualität. Soziodemographische Variablen (Geschlecht, Bildung, Einkommen, etc.) haben insgesamt relativ wenig Erklärungsgehalt, Familie und Krankheit gewinnen an Bedeutung. Psychische und physiologische Befindlichkeit, der allgemeine Gesundheitszustand und auch die kognitive Leistungsfähigkeit bzw. Erinnerungs- und Denkfähigkeit werden zentrale Aspekte für Lebensqualität im Alter. Außerdem gibt es in dieser Lebensphase typische Veränderungen wie der Verlust von Verwandten, PartnerInnen und FreundInnen oder der Einzug in eine Betreuungseinrichtung. Zunehmend erleben ältere Menschen (Multi-)Morbidität, chronische Erkrankungen und damit einhergehend auch Schmerzen. Darüber hinaus haben auch häufiger werdenden Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen Einfluss auf die wahrgenommene Lebensqualität. Mit der Abnahme individueller Ressourcen im Alter steigt die Bedeutung von Hilfe und Unterstützung durch die Umwelt, bzw. die durch Unterstützung ermöglichte Entscheidungs- und Handlungsautonomie. Autonomie wird verstanden als Verhältnis zwischen Individuum und Umwelt, welches sich in der Beurteilung des Handeln-Könnens ausdrückt. Zusätz-

lich ist auch noch Selbstakzeptanz wichtig, diese beschreibt die Auseinandersetzung mit internen und externen Veränderungen und deren Akzeptanz (vgl. Amann et al. 2010a, S.50-54).

Obwohl Gesundheit an Bedeutung gewinnt, sollte sie nicht nur als subjektive Einschätzung erhoben werden, sondern auch in Verbindung mit Funktionsfähigkeit im Alltag ("Activities of Daily Living"). Die Aktivitäten des täglichen Lebens zeigen auch, dass ein konkreter Handlungsbezug und die Einbeziehung des Kontextes für die Einschätzung von Lebensqualität im Alter wichtig sind. Die Handlungskontexte variieren biographisch. Neben den alltäglichen Tätigkeiten gewinnt auch Mobilität an Bedeutung. Mobilität im Alter fokussiert weniger die Benützung von Verkehrsmitteln als das Gehen, sich Bewegen, Stiegen steigen, etc. (vgl. 2010a, S.52-55).

Im WHO Fragebogen zur Erfassung von Lebensqualität im Alter (WHOQOL-OLD) zeigt nachfolgende Abbildung 4. die relevanten Dimensionen von Lebensqualität im Alter.

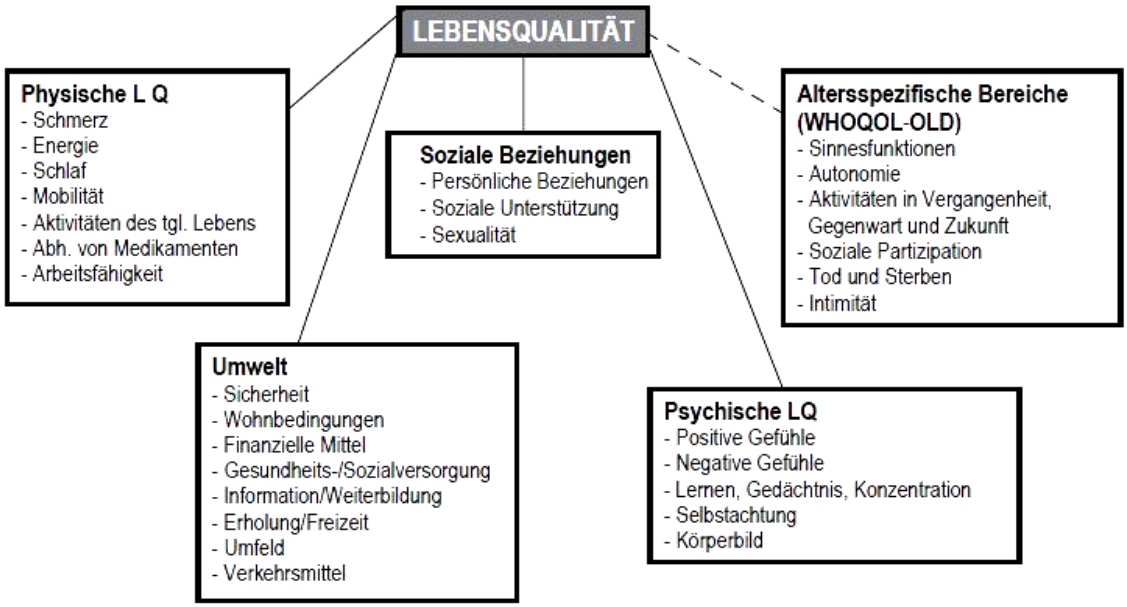

Abbildung 4 - Dimensionen der Lebensqualität im WHOQOL-BREF + WHOQOL-OLD (vgl. Conrad und Riedel-Heller 2016, S.43)

Im WHOQOL-OLD werden sechs altersspezifische Bereiche hervorgehoben, welche die vorausgehenden Beschreibungen unterstreichen. Der Bereich der Sinnesfunktionen umfasst die Zufriedenheit damit und mögliche Gefühle von Vereinsamung bzw. Verringerung der Teilhabe durch eine Einschränkung der Sinnesfunktionen. Unabhängigkeit, Kontrolle und Entscheidungsfreiheit gehören zu Autonomie. Hier geht es um die Aufrechterhaltung von (Entscheidungs-)Freiheit und Würde trotz Abbau von Fähigkeiten. Zufriedenheit mit Vergangenem, aber auch Erwartungen an die Zukunft beeinflussen die Lebensqualität. Daher sind auch Aktivitäten und Gefühle in Bezug auf die Vergangenheit (Zufriedenheit mit dem eigenen Leben und dem Erreichten) und die

Zukunft integriert. In höherem Alter nimmt die Konfrontation mit dem Tod zu - dem nahestehender Menschen und dem eigenen. Umgangsweise und Einstellung zu Tod und Verlust sind zentral für das psychische Wohlbefinden und können Ängste hervorrufen. Als letzter Aspekt, der besonders in Altenbetreuungseinrichtungen relevant ist, wird Intimität genannt. Diese befasst sich mit der Möglichkeit mit einem Partner bzw. einer nahestehenden Person Zärtlichkeit und Nähe zu erfahren und mit der Zufriedenheit über das Ausmaß an Intimität (vgl. Conrad und Riedel-Heller 2016, S.44f.).

*2.2.5 **Lebensqualität in Altenbetreuungseinrichtungen***

Es gibt nun nochmal spezifische Aspekte, die sich auf die Lebenswelt Altenbetreuungseinrichtung fokussieren. Das besondere an Betreuungseinrichtungen ist, dass hierbei alle Lebensbereiche (Produktivität, Freizeit, Erholung, Privatheit) räumlich und sozial an die Institution gebunden sind. Alle Lebensbereiche finden unter einem Dach, am selben Ort statt und auch noch unter einer externen Autorität. Die Institution beeinflusst durch bauliche, soziale aber auch normative Faktoren das Leben der BewohnerInnen. Der Kontext der Institution gibt den BewohnerInnen Handlungsspielräume vor, damit ist diese maßgeblich an der Bestimmung von Handlungskontexten beteiligt (vgl. Amann et al. 2005, S.16ff.; Amann et al. 2010a, S.56f.).

Auf Umweltebene sind auch strukturelle Bedingungen und Ressourcen, Richtlinien innerhalb von Organisationen sowie Politik und gesellschaftliche Wahrnehmung von Gesundheit und Alter relevante Aspekte. Auch organisatorische Faktoren der Betreuungseinrichtungen (wie Mitarbeiterzusammensetzung und Arbeitsstunden) und die durch die Organisation geschaffene und verwaltete physische Umwelt (Größe, Struktur der Zimmer) spielen eine wichtige Rolle (vgl. Zubritsky 2013, S.205ff.; vgl. Kyrkou 2014, S.356). Neben den allgemeinen Umweltaspekten der Organisation sind auch krankheitsbezogene Aspekte und Themen wie die individuelle Wohnsituation und Beschäftigungsmöglichkeiten in diesem Setting besonders relevant. Durch die kognitiven und körperlichen Abbauprozesse, die BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen erleben, spielen Hilfe und Unterstützung eine wesentliche Rolle, welche von der Organisation und dem Personal übernommen werden. In diesen Situationen sind wiederum erlebte Autonomie und Beziehungserfahrungen zentral. In Altenbetreuungseinrichtungen gibt es typische Situationen und diese haben wiederum bestimmte Aufgaben und Routinen (Pflege, Ernährung, Tagesstrukturierung, etc.), die sich auf die Handlungsspielräume und die Lebensqualität der BewohnerInnen auswirkt (vgl. Amann et al. 2005, S.16ff.; Amann et al. 2010a, S.57-66). Amann et al. fassen ihre Überlegungen zu Lebensqualität in Altenbetreuungseinrichtungen in folgender Abbildung 5 zu-

sammen.

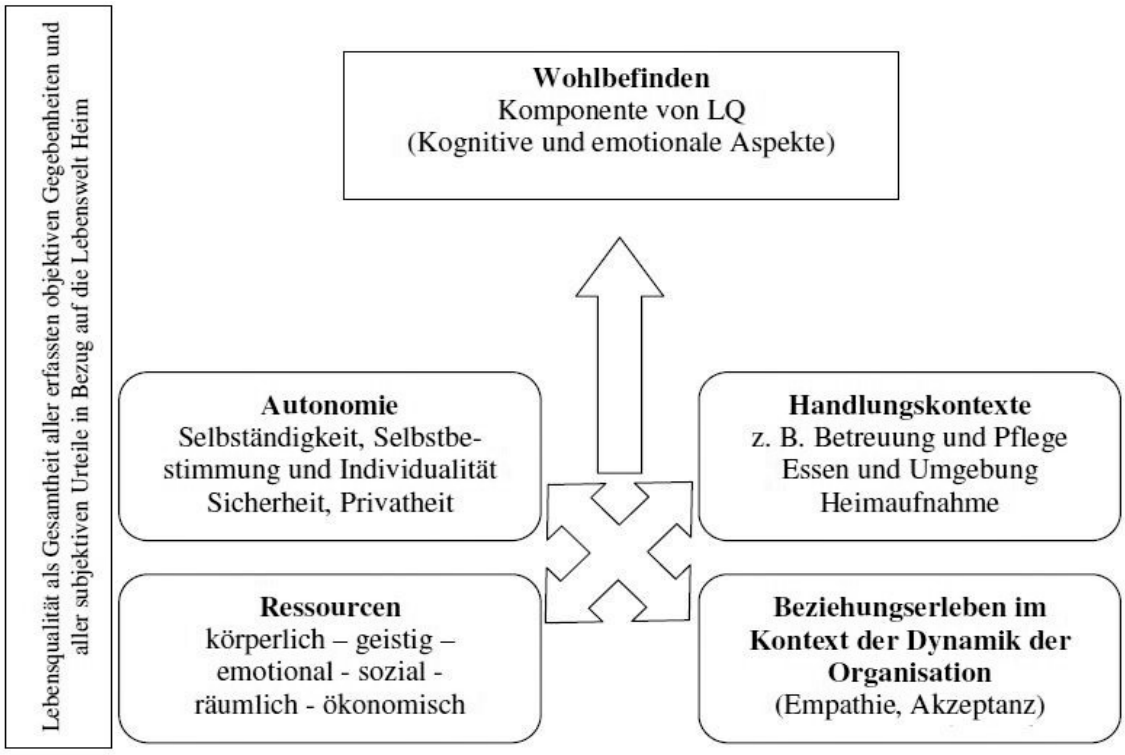

Abbildung 5 - Interdependente Struktur der Lebensqualität im Heim (vgl. Amann et al. 2005, S.14; Amann et al. 2010a, S.24, Lang et al. 2007, S.111)

Lebensqualität ist die Gesamtheit objektiver Gegebenheiten und subjektiver Bewertungen in der Lebenswelt der Betreuungseinrichtung. Wohlbefinden ist eine zentrale Komponente von Lebensqualität und teilt sich in kognitive (Zufriedenheit) und emotionale (Glück) Aspekte. Die Lebenswelt der Betreuungseinrichtung gibt bestimmte räumliche Gegebenheiten (Zimmer, verschiedene Bereiche des Hauses) vor und wirkt mit organisatorischen (Tagesstruktur) und strukturellen (Personalstock) Prozessen auf die BewohnerInnen ein. Zusätzlich ist die Heimaufnahme eine besondere Veränderung im Leben eines Menschen. Weiters gibt es hier typische, wiederkehrende Prozesse und Situationen, auch Handlungskontexte (wie Pflege, Betreuung, Essen und Umgebung). An die Altenbetreuungseinrichtung sind auch soziale Aspekte gebunden, die andere BewohnerInnen und das Personal betreffen. Daraus ergibt sich ein spezielles Beziehungserleben im Kontext der Organisation, was sich in Akzeptanz und Empathie von und gegenüber Anderen äußert. Jede/r BewohnerIn bringt auch noch individuelle, körperliche, geistige, emotionale, soziale und biographische Ressourcen mit. Das Erleben von Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Unterstützung, Sicherheit und Privatheit trägt in der Lebenswelt Altenbetreuungseinrichtung maßgeblich zur Lebensqualität bei.

In Anlehnung an Pelikans einfaches Handlungsmodell aus Kapitel 2.1.4 (vgl. 2007a, S.77f.) kann auch Lebensqualität als Ergebnis von Handlungen betrachtet werden

(siehe Tabelle 5). Für eine Handlung braucht es Voraussetzungen vom System (Person) und der Umwelt (Situation/Organisation). System und Umwelt besitzen wiederum Möglichkeiten und Präferenzen, die Handlungen und damit das Ergebnis beeinflussen. In Tabelle 5 findet sich eine eigene Erweiterung bzw. Anpassung des Modells auf Lebensqualität in Altenbetreuungseinrichtungen. Die subjektive Lebensqualität ist damit das Ergebnis von Handlungen. Diese werden durch persönliche, körperliche, mentale und soziale Ressourcen (Können) und von Präferenzen (Wollen) der BewohnerInnen beeinflusst. Auch Möglichkeiten der Umwelt, wie räumliche Gegebenheiten oder auch das Personal können Handlungen ermöglichen oder verhindern. Als Präferenz der Umwelt werden Organisationsstruktur oder auch Pflegekonzept betrachtet. Diese haben ebenfalls Einfluss auf Handlungen und Verhalten der BewohnerInnen und damit auch auf ihre subjektive Lebensqualität.

Handlung	**Handlungsvoraussetzungen**	**Möglichkeitsstruktur / Möglichkeit**	**Selektionskultur / Präferenz**	**Ergebnis** (subjektive LQ)
	System (Person): BewohnerInnen	Können (persönliche, körperliche, mentale, soziale Voraussetzungen und Ressourcen der BewohnerInnen)	Wollen (persönliche Präferenzen, Vorlieben und Wünsche der BewohnerInnen)	
	Umwelt (Situation, Organisation): Altenbetreuungseinrichtung	Möglichsein (Voraussetzungen und Ressourcen der Umwelt: räumliche Gegebenheiten, Personal, BewohnerInnen	Sollen (Präferenzen der Umwelt: Organisationsstruktur, Pflegekonzept, gesetzliche Vorgaben)	

Tabelle 5 - Subjektive Lebensqualität als Ergebnis von Möglichkeiten und Präferenzen von System und Umwelt (angelehnt an Pelikan 2007a, S.77f)

2.2.6 Abgrenzung zu Zufriedenheit und subjektiver Gesundheit

Für das Setting Altenbetreuung ist die Frage nach der Lebensqualität zielführender als die Frage nach Zufriedenheit. Zufriedenheit bildet die Realität der BewohnerInnen von Betreuungseinrichtungen nicht ausreichend ab. Zufriedenheitsbefragungen sind häufig vollstandardisiert und merkmalsorientiert. Das heißt, es werden Qualitätsmerkmale, die der Anbieter vorgibt, auf einer meist fünfstufigen Skala abgefragt. Ob diese Befragungen dann das erheben, was für die BewohnerInnen wirklich relevant und wichtig ist, wird in Frage gestellt. Wie in der Einleitung schon angedeutet, vermitteln Zufriedenheitsbefragungen oft das fälschliche Bild zufriedener KundInnen. Fragen nach der Lebenswelt und Erfahrung von BewohnerInnen ergeben ein anderes Bild (vgl. Estermann und Kneubühler 2008, S.189f.). Die Art und Weise wie Zufriedenheitsbefragungen auf-

gebaut sind, in Anlehnung an KundInnenbefragung, setzt gute Befragbarkeit bei den BewohnerInnen voraus. Dafür müsste eine Vorauswahl an befragbaren BewohnerInnen getroffen werden. Durch die Auswahl werden nicht alle Perspektiven eingeholt und es kommt schon dadurch zu einer wissenschaftlichen problematischen Verzerrung der Ergebnisse. Es ist auch nicht ausreichend von Qualitätskriterien der MitarbeiterInnen auf die der BewohnerInnen zu schließen, da sich diese meist nicht decken. MitarbeiterInnen messen „harten“ Qualitätskriterien wie organisatorischen, instrumentellen und technokratischen Merkmalen höhere Bedeutung bei als BewohnerInnen. Diese Merkmale stehen in enger Verbindung mit der beruflichen Identität der MitarbeiterInnen. Im Gegenzug sind für BewohnerInnen „weiche“ Qualitätskriterien wie Beziehungsqualität und Autonomie bedeutender. Auch Stellvertreter wie Bezugspersonen können die Erfahrungen in der Lebenswelt Pflegeheim nicht ausreichend genau wiedergeben (vgl. Estermann und Kneubühler 2008, S.191f.).

Die Gefahr bei Zufriedenheitsbefragungen ist, dass Unbedeutendes erfragt, falsch gefragt oder bei den falschen Personen erfragt wird. Daher schlagen Estermann und Kneubühler vor auf Zufriedenheitsbefragungen zu verzichten und die Lebensqualität in Form von Erfahrungen aus der Lebenswelt zu erheben, denn Zufriedenheitsbefragungen von KundInnen, aber auch Einschätzung von Gesundheit aus PatientInnenperspektive umfassen nicht die ganze Lebenswelt der BewohnerInnen (vgl. ebd. 2008, S.194).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit sind ähnliche Konstrukte, deren Abgrenzung für ein fokussiertes Verständnis relevant ist. Die subjektive Gesundheit, also die Einschätzung der eigenen Gesundheit, liefert wichtige Informationen über den Gesundheitszustand von Personen oder Bevölkerungsgruppen. Die Einstufung erfolgt meist auf einer fünfstufigen Skala. Die subjektive Gesundheitseinschätzung beinhaltet das individuelle Erleben und Bewerten der eigenen Gesundheit (vgl. Robert Koch-Institut, 2017). Nachdem die Untersuchungspopulation BewohnerInnen von Betreuungseinrichtungen sind, die dort nicht nur zur Behandlung von Krankheit bzw. Aufbau und Erhalt von Gesundheit sind, sondern ihr ganzes Leben, ihren Alltag, in der Betreuungseinrichtung verbringen, ist eine Beschränkung auf (subjektive) Gesundheit zu einseitig. Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit von älteren Menschen wird stark von der Lebenseinstellung und der Fähigkeit beeinflusst, die eigenen gesundheitlichen Einschränkungen zu akzeptieren. Auch die Qualität der Betreuungsleistung beeinflusst die Wahrnehmung der Menschen. In diesem Sinne sind subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität ähnlich durch die individuelle Wahrnehmung und Bewertung determiniert. Gesundheitsbezogene Lebensqualität eignet sich aber als Ergebnisdimension von stationärer Langzeitbetreuung besser, weil

sie mehrere verschiedene Aspekte des Wohlbefindens umfasst und auch den Einfluss der Betreuungsqualität und der Veränderungen des Gesundheitszustandes berücksichtigt (vgl. Zubritsky 2013, S.206).

2.3 Zusammensetzung des Instruments GHKA_Bew

Die empirische Auseinandersetzung mit Lebensqualität erfolgt in dieser Arbeit anhand von drei Erhebungsinstrumenten (EQ-5D, WHOQOL und SLQA), die in einem gemeinsamen Instrument (GHKA_Bew) in dem Wiener Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ in 3 Häusern des Kuratoriums Wiener PensionistInnenwohneinrichtungen (KWP) eingesetzt worden sind. In diesem Abschnitt wird zunächst das Projekt und dann die einzelnen Erhebungsinstrumente mit deren Hintergrundannahmen und Operationalisierungen vorgestellt.

Die Datenbasis für diese Arbeit wurde mit dem Instrument zur Erhebung von gesundheitsbezogener Lebensqualität für BewohnerInnen in Altenbetreuungseinrichtungen aus dem Projekt “Gesundheit hat kein Alter” erhoben. Der Fragebogen wird weiters kurz als GHKA_Bew (GesundheitHatKeinAlter_BewohnerInnen) bezeichnet.

Der GHKA_Bew wurde - wie schon erwähnt - aus bereits existierenden Fragebögen (SLQA, WHOQOL-BREF, EQ-5D) zusammengestellt und ein Stück auch an das spezifische Setting und die Erwartungen zentraler Akteure im Setting adaptiert. In einem Pretest in einer weiteren Einrichtung des KWPs wurde die Durchführbarkeit getestet, wodurch einige Items ergänzt bzw. Fragebatterien gekürzt wurden. Die Erhebung fand in Form von offenen Interviews statt, die von externen InterviewerInnen geführt wurden und mit Hilfe des strukturierten Instrumentes (GHKA_Bew) dokumentiert wurden. Für die wissenschaftliche Projektbegleitung und Evaluation war das Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) verantwortlich. Dieses schulte die InterviewerInnen in Ablauf und Organisation der Befragung, aber auch im Umgang mit dieser speziellen Zielgruppe (vgl. Cichocki et al. 2012, S.12f.).

Diese Kombination der Instrumente wurde vor allem aus zwei Gründen gewählt. Alle drei Instrumente fokussieren (gesundheitsbezogene) Lebensqualität, aber in unterschiedlicher Art und Weise. Zum einen sind Personen, die in Altenbetreuungseinrichtungen leben, sehr unterschiedlich auch hinsichtlich ihrer Fähigkeiten an einer Erhebung teilzunehmen. Während der SLQA sehr einfach operationalisiert ist und dabei für Personen mit kognitiven Einschränkungen besonders geeignet ist, bietet der WHOQOL die Möglichkeit die Lebensqualität in einer quantifizierenden Perspektive abzubilden. Der EQ-5D wurde wegen seiner klaren Struktur und einfachen Anwendbarkeit bzw. wegen seiner langjährigen internationalen Verwendung inkludiert. Die Kombination soll

nicht nur auf die unterschiedlichen Möglichkeiten von verschiedenen Personengruppen eingehen, sondern ermöglicht auch eine Pluralisierung der Datengrundlage in dem Sinne, dass die unterschiedlichen Erhebungsinstrumente eine unterschiedliche Art von Daten bzw. von Datenniveaus produzieren, was aus forschungs- und publikationsstrategischen Gründen wünschenswert erschien (persönliche Mitteilung PD Krajic). Mit dem verfahrensvereinfachenden Modell des SLQA sollte die Erhebung in der Praxis leicht und trotzdem valide durchführbar sein, mit WHOQOL sollte ein anderes Datenniveau verfügbar gemacht werden (zumindest Ordinalskalen-Niveau) und mit EQ-5D sollte ein international verbreitetes Instrument eingesetzt werden. Die Ergebnisse sollen damit sowohl der Praxis nützen als auch für wissenschaftliche Analysen und Publikationen verwendbar sein.

In der nachfolgenden Tabelle 6 befindet sich ein Überblick über die Themen, die der GHKA_Bew erfasst und aus welchem Instrument diese entnommen worden sind.

Themen des GHKA_Bew (Wien)	**Instrument**
Demographische Daten (Geburtsdatum bzw. Alter, Hauseintritt, Geschlecht, Höchster Schulabschluss, Beruf vor Pensionierung, Familienstand, Wohnform, Einverständniserklärung)	SLQA, WHOQOL
Befragbarkeit Befragbarkeit-Abklärung (bei Gesprächsabbruch)	SLQA, z.T. MMS-Test
Psychische, physische Gesundheit und Mobilität (Lebensqualität, Zufriedenheit mit Gesundheit, Schmerzen, Leben genießen, Leben ist sinnvoll, Konzentration, Energie, Aussehen, Fortbewegung, Schlaf, Arbeitsfähigkeit, negative Gefühle)	WHOQOL
Gesundheitszustand EQ-5D (Beweglichkeit und Mobilität, für sich selbst sorgen, Alltägliche Tätigkeiten, Schmerzen, Niedergeschlagenheit), Gesundheitszustand metrisch 0-100	EQ-5D
Sinnesfunktionen und Hilfsmittel (Sehen, Hören, Kauen)	GHKA Projektteam
Umgebung Haus (Wohlfühlen in unterschiedlichen Bereichen des Pflegeeinrichtung)	SLQA
Sicherheit (Zimmer versperrbar, macht etwas Angst)	SLQA
Autonomie (Anziehen, Duschen, Hinausgehen, Lieblingsort, Hobbys, Essen, Mitgestalten, Pflege/Betreuung, Wertschätzung, Selbstständigkeit)	SLQA (Ergänzungen durch Amann et al.)
Soziale Beziehungen (Besuch, Gefühl alleine zu sein, Personalwechsel, Freunde)	SLQA

Soziales Netzwerk (Vertrauensperson, Sorgen anvertrauen, Erledigungen machen, Freizeit verbringen)	GHKA Projektteam, Amann et al.
Angebote und Aktivitäten im Haus / außer Haus, Hobbies	SLQA
Offene Abschlussfragen: Was fehlt Ihnen am meisten? Was gefällt Ihnen am besten?	SLQA, GHKA Projektteam

Tabelle 6 - Themen des GHKA_Bew

2.3.1 Projekt „Gesundheit hat kein Alter“

Die Datengrundlage dieser Arbeit, die mit dem Fragebogen GHKA_Bew (Gesundheit-HatKeinAlter_BewohnerInnen) erhoben wurde, stammt aus dem Projekt “Gesundheit hat kein Alter”, im Rahmen dessen ein umfassendes Konzept von Gesundheitsförderung im Setting stationäre Altenbetreuung erprobt werden sollte.
In Europa hat sich Gesundheitsförderung bisher wenig mit dem Thema bzw. dem Feld der Langzeitbetreuung (bzw. Altenbetreuung) auseinandergesetzt. In diesem Kontext beschäftigte sich das Projekt “Gesundheit hat kein Alter” mit Fragen der Akzeptanz von Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung, mit Fragen der Implementierbarkeit, sowie mit effektiven und nachhaltigen Maßnahmen und spezifischen Aspekten der Zielgruppen in diesem Setting. Dieses Pilotprojekt wurde von Februar 2011 bis März 2013 in Wien, in drei Einrichtungen (mit jeweils etwa 300 BewohnerInnen) des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser durchgeführt (vgl. Krajic et al. 2014, S.769). Das Projekt zielt auf Gesundheitsförderung im Setting Altenbetreuungseinrichtung ab, welches sich zu einer gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitswelt entwickeln soll. Ausgehend von einer ganzheitlichen Sichtweise, die physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden umfasst, wird der Blick auf positive Gesundheit gelegt. Das Projekt hatte drei Phasen: 1) Bedarfserhebung für alle Zielgruppen (BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Angehörige und Ehrenamtliche), 2) Maßnahmen- und Strategieentwicklung für alle Zielgruppen inklusive Organisation und Struktur der Einrichtungen und 3) Mobilitätsintervention für BewohnerInnen. Die Bedarfserhebung für die BewohnerInnen entspricht einer IST_Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität *(*vgl. Cichocki et al. 2012, S.7). Die wissenschaftliche Leitung und Begleitung des Projektes erfolgte durch das Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research (LBIHPR), dessen Fokus Gesundheitsförderung in organisationalen Settings war. Management und Finanzierung wurde in Zusammenarbeit des Fond Gesundes Österreich (FGÖ), der Wiener Gesundheitsförderung GmbH (WiG) und des Hauptverbandes der österreichi-

schen Sozialversicherungsträger organisiert. Praxispartner wurde das Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser (KWP), der größte Anbieter von Altenbetreuungseinrichtungen in Österreich (vgl. Krajic et al. 2014, S.771f.). Die Daten für diese Arbeit stammen aus dieser Bedarfserhebung bei den BewohnerInnen der drei involvierten Altenbetreuungseinrichtungen in Wien.

2.3.2 Vorstellung der Erhebungsinstrumente: EQ-5D, WHOQOL-BREF & SLQA

In diesem Abschnitt geht es um die dem GHKA_Bew zugrundeliegenden Instrumente, mit ihren spezifischen Hintergrundannahmen und Operationalisierungen. Einige Aspekte speziell des SLQA wie auch der anderen Instrumente wurden zuvor schon angesprochen, werden aber hier noch einmal systematisch zusammengefasst und ergänzt.

a) SLQA – Subjektive Lebensqualität im Alters- und Pflegeheim

Der SLQA ist ein Erhebungsinstrument für subjektive Lebensqualität in Alters- und Pflegeheimen. Es wurde von Estermann und Kneubühler in der Schweiz entwickelt. Ausgehend von Überlegungen zu Lebensqualität und Zufriedenheit in der Lebenswelt Pflegeheim haben sie verschiedene Aspekte bei der Entwicklung ihres Instruments berücksichtigt. Der SLQA fokussiert Erfahrungen in der Lebenswelt und fragt nicht primär (Konsumenten-)Zufriedenheit oder Werturteile. BewohnerInnen werden nicht als KundInnen oder PatientInnen betrachtet. Weiter werden sie selbst gefragt und keine StellvertreterInnen wie Bezugspersonen oder MitarbeiterInnen. Der SLQA ist für (fast) alle BewohnerInnen anwendbar, da er aufgrund der Art und Weise wie gefragt wird auch mit kognitiv eingeschränkten Personen anwendbar ist (vgl. Estermann und Kneubühler 2008, S.189-195).

<u>WAS ist zu fragen</u>

Der SLQA orientiert sich an einem Befragungsinstrument für Betagte in Heimen, was auch dementiell erkrankte Menschen miteinschließt, nach Uman (2000). Um die Lebensqualität einschätzen zu können wurden fünf Dimensionen herausgearbeitet: 1) Autonomie, 2) Empathie, 3) Privatheit, 4) Sicherheit und 5) Akzeptanz. Wie Untersuchungen zeigen, sind diese Dimensionen für Personen mit und ohne kognitive Einschränkungen in dieser Lebenswelt relevant. Unter der Annahme, dass auch kognitiv eingeschränkte Personen auf Fragen nach Erfahrungen in der Betreuungseinrichtung antworten können, werden Erfahrungen mit konkreten Handlungen und Verhaltensweisen in den Subdimensionen “Essen und Umgebung” und “Hilfe und Betreuung” operationalisiert (vgl. Estermann und Kneubühler 2008, S.195f.; Amann et al. 2010b, S.10ff.).

WIE ist zu fragen

Die Autoren des SLQA betonen die Notwendigkeit, unbedingt BewohnerInnen selbst zu fragen, da sowohl Bezugspersonen als auch MitarbeiterInnen der Betreuungseinrichtungen das Erleben der BewohnerInnen nicht wiedergeben können. Nachdem der SLQA für quasi alle BewohnerInnen verwendbar ist (außer für Personen im Terminalstadium), berücksichtigt er auch mögliche kognitive Einschränkungen der BewohnerInnen. Dadurch ergeben sich Unterschiede zu Befragungen anderer Bevölkerungsgruppen. Zuallererst ist die Belastbarkeit von BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen niedriger einzustufen als bei jüngeren Menschen, daher wurde der SLQA kurz gehalten. Außerdem wird auf eine schriftliche Erhebung verzichtet und von differenzierten Antwortkategorien abgesehen (vgl. Uman 2000, S.166-186). Letzteres unterstützt bei kognitiven Einschränkungen die Fähigkeit, die Interviews adäquat zu dokumentieren. Da der Interpretationsspielraum bei ordinalen Skalen viel höher wäre wird auf eine “Forced-Choice-Technik” (nur Ja/Nein Alternativen) zurückgegriffen. Nicht nur das Interview auch die einzelnen Fragen sind kurz gestaltet und sie enthalten keine Konditional- und Nebensätze. Eine Befragung mit dieser Zielgruppe sollte nicht länger als 20 Minuten dauern bzw. auf mehrere Termine aufgeteilt werden. Eine schriftliche Befragung würde wiederum Personen mit visuellen oder feinmotorischen Defiziten ausschließen. Deswegen wird für diese Zielgruppe eine mündliche Face-to-Face Befragung als zielführender erachtet. Unterstützend wirkt auch, wenn diese in der vertrauten Umgebung stattfinden. InterviewerInnen müssen geschult sein bezüglich kognitiver und physiologischer Leistungsfähigkeit von Betagten, aber auch welche zusätzlichen Informationen, Hilfestellungen oder Erklärungen sie geben dürfen. Wichtig ist, dass InterviewerInnen möglichst den gleichen Wortschatz verwenden wie die Befragten und sie sollen durch Interaktions- und Kommunikationsregeln Aufmerksamkeit und Fokus der Befragten anregen. Zusätzlich sollen sie störende Umwelteinflüsse (wie Lärm aus dem Fenster) minimieren (vgl. Uman 2000, S.166-186). Estermann und Kneubühler werden hier auch von anderen Autoren bestärkt. Menschen mit kognitiven Einschränkungen kommunizieren vielleicht anders, bevor davon ausgegangen wird, sie können nicht kommunizieren bzw. Fragen nicht beantworten, sollte ermittelt werden, wie sie kommunizieren. Dabei ist es gut bereits einfache Fragen zu verwenden, zum Beispiel Ja/Nein-Fragen. Zu lange und mehrteilige Sätze und Fragen sind für kognitiv eingeschränkte Menschen schwer zu erfassen. Mit den Menschen selbst zu sprechen stärkt ihr Selbstwertgefühl, sie fühlen sich wahr- und ernstgenommen (vgl. Kyrkou 2014, S.358). Schon im Abschnitt zu Lebensqualität wurde herausgestrichen, dass in einem konstruktivistischen Verständnis von Lebensqualität diese einem persönlichen Bewertungsprozess unterliegt und damit nur die betreffende Person selbst Auskunft geben

kann (vgl. Neise und Zank 2016, S.7). Um etwas über die Lebensqualität in Betreuungseinrichtungen zu erfahren, ist der Einschluss von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen notwendig, um die Vielfalt der Perspektiven abzudecken und damit ein breites Verständnis von Lebensqualität zu entwickeln.

Qualität des Instruments

Obwohl fortschreitende Demenz bei der Befragung eine besondere Schwierigkeit ist, zeigt sich, dass bei mehrmaliger Befragung die Antworten der einzelnen Items variieren, das Gesamtergebnis aber nie mehr als 20% abweicht. Daraus wird abgeleitet, dass der SLQA auch bei leichter bis mittlerer Demenz im allgemeinen sinnvolle Ergebnisse liefert. Weitere Einflussfaktoren auf das Ergebnis der Befragung sind die aktuelle Stimmung oder kurz zurückliegende Ereignisse. Diese Problematik ist generell aus der Umfrageforschung bekannt (vgl. Estermann und Kneubühler 2008, S.200). Selbst bei fortgeschritten dementen Personen konnte eine Befragbarkeit von bis zu 30% festgestellt werden. Auch diese Personen wissen durchaus, ob ihnen das Gemüse zu lange gekocht wurde oder ob sie vom Personal gut behandelt werden. Bei Personen mit leichter und mittlerer Demenz wurde eine Befragbarkeit bzw. vollständige Auswertung bis zu 50% festgestellt, bei Personen ohne Einschränkungen können in der Regel 80% vollständig ausgewertet werden. Bezüglich der Durchführbarkeit wurden vor allem qualitative Pretests gemacht (vgl. Estermann und Kneubühler 2008, S.200ff.). Lebensalter und Pflegestufe korrelieren leicht negativ mit der Gesamtskala des SLQA. Ebenfalls leichte Korrelation gibt es mit dem kognitiven Status und mit der im Heim verbrachten Zeit. Auch das Geschlecht hat einen Einfluss auf den Gesamtwert. Aber keines der Merkmale erklärt mehr als 3% der Varianz der Lebensqualität. Insgesamt erklären die externen, oben genannten Kontrollvariablen (Alter, Geschlecht, Pflegestufe, kognitiver Status, Zeit im Heim) im multivariaten Modell (schrittweise Regression) nicht mehr als 5% der Varianz der Gesamtskala des SLQA, was auf eine unabhängige Messung von Lebensqualität durch die fünf SLQA-Dimensionen hinweist (vgl. Estermann und Kneubühler 2008, S.203ff). Um die Relevanz der Items und ihre Zuordnung zu den Dimensionen zu überprüfen, wurde ein vorläufiger Faktor berechnet und die Items in einer schrittweisen multiplen Regression kontrolliert. Die Faktoren korrelieren miteinander, erklären aber gegenseitig nie mehr als 20% der Varianz. Sie sind damit unabhängig genug, um zwischen den Faktoren (z.B. zwischen Autonomie und Akzeptanz) zu unterscheiden. Klassische Verfahren zur Messung von Reliabilität (wie Cronbach´s Alpha) können nicht angewendet werden, da es immer Fragen gibt, die nicht allen Befragten gestellt werden (z.B. bezüglich Rasieren oder Inkontinenzhilfe). Daher wurden alle Items auf ihre Konsistenz mit der Gesamtskala (mittels Korrelation) und den All-

tagsdimensionen überprüft (vgl. Estermann und Kneubühler 2008, S.203). Lang et al. haben in ihrer Analyse Korrelationen innerhalb der Dimensionen berechnet. Während die Dimensionen Autonomie, Empathie und Akzeptanz eine hohe Korrelation von Pearson r=0,5 zwischen den Fragen ausweisen, kann innerhalb der Dimensionen Privatheit und Sicherheit keine Korrelation festgestellt werden. Weiters wurde in einer multiplen linearen Regression gezeigt, dass diese drei Dimensionen einzeln Erklärungswert haben (Akzeptanz 0,62 Empathie 0,55 Autonomie 0,41) (vgl. Lang et al. 2007, S.116).

Ein wesentlicher Punkt ist, dass die interviewenden Personen einen Einfluss auf das Ergebnis haben, das bis zu 10% der Varianz erklären kann. Der Interviewereffekt sollte vor allem durch den Einsatz mehrerer Interviewer pro Institution kontrolliert werden (vgl. Estermann und Kneubühler 2008, S.206).

b) WHOQOL - Instrument zur Erfassung subjektiver Lebensqualität

Der WHOQOL-BREF ist eine Kurzversion des von der WHO erstellen Instruments zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100. Das Instrument ist in Kooperation mehrerer internationaler Forschungszentren entwickelt worden. Ausgehend von der WHO Definition von Lebensqualität (als subjektive Einschätzung der eigenen Lebenssituation) umfasst das Kurz-Instrument (WHOQOL_BFRE) 4 Domänen: Physisches Wohlbefinden, psychischen Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umwelt. Zusätzlich gibt Items, die einer Global-Domäne zuzuordnen sind. In der Kurzversion gibt es 26 Fragen, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet werden. Lebensqualität wird hier durch die subjektive Bewertung von Fähigkeiten und Gegebenheiten durch Personen selbst eingeschätzt. Dieses Instrument kann bei Personen mit oder ohne gesundheitlichen Beeinträchtigungen, also auch bei physisch oder psychisch erkrankten Personen, eingesetzt werden. In der Langversion, dem WHOQOL-100, gibt es zwei weitere Domänen, Unabhängigkeit und Spiritualität. Hier werden wiederum die Domänen in mehrere Facetten unterteilt, die durch mehrere Items erhoben werden (vgl. Angermeyer et al. 2000b und 2002). Die deutschsprachige Version entstammt einem international einheitlichen Prozess der Übersetzung durch bilinguale Expertengruppen, Durchführung von Fokusgruppen mit Personen mit und ohne medizinischen Hintergrund und der Rückübersetzung ins Englische, die von der WHO nochmals geprüft wurde. Dadurch zeichnet sich dieses Instrument durch eine hohe internationale Vergleichbarkeit aus. Die deutschsprachige Version stammt von Angermeyer, Kilian und Matschinger. Sie wurde in der Schweiz, in Deutschland und in Österreich normiert (vgl. Angermeyer et al. 2002, S.44). Das Instrument ist darauf ausgelegt, für verschiedene PatientInnen-

gruppen anwendbar zu sein. Körperliche und psychische Einschränkungen sind damit kein Ausschlusskriterium. Zum einen findet der WHOQOL Anwendung in der klinischen Praxis zur Erhebung des subjektiven Erlebens, zum anderen auch als Kriterium für Entscheidungen bezüglich pflegerischer und medizinischer Maßnahmen. Außerdem dient es aufgrund der hohen Vergleichbarkeit auch der Qualitätssicherung medizinischer Versorgungsleistungen (vgl. Angermeyer et al. 2002, S.44f.).

WAS ist zu fragen

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird hier durch folgende Aspekte abgedeckt: physische und psychische Aspekte, Mobilität, Unabhängigkeit und soziale Beziehungen. Lebensqualität wird darin als "die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen" definiert (Angermeyer et al. 2002, S.45). Im WHOQOL-BREF werden Fragen nach der Lebensqualität, nach Gesundheit und anderen Lebensbereichen gestellt, die, im Rückblick auf die letzten zwei Wochen, auf einer 5er-Skala zu bewerten sind. Gefragt wird beispielsweise: "Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?", "Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?", "Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?", "Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?", "Wie gut können Sie sich fortbewegen?", "Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?" oder "Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?". Die Bewertungskategorien gehen von 1 bis 5, von "sehr schlecht/unzufrieden" bis "sehr gut/zufrieden", von "überhaupt nicht" bis "äußerst", von "niemals" bis "immer" (vgl. Angermeyer et al. 2000).

WIE ist zu fragen

Die WHOQOL Instrumente sind als Selbsteinschätzungsbögen konzipiert, sodass die Fragebögen nach einer kurzen mündlichen Einführung und einer schriftlichen Erklärung von den ProbandInnen selbst ausgefüllt werden. Die Kurzversion (WHOQOL-BREF) dauert nur 5-10 Minuten und ist damit auch in klinischen Settings, mit PatientInnen und älteren Menschen anwendbar und zumutbar. Vor allem die relativ kleine Schrift der Fragebögen kann bei (älteren) Menschen mit Sehbeeinträchtigungen zu einem Hindernis werden (vgl. Angermeyer et al. 2002, S.45f.). In Anbetracht der speziellen Personengruppe in der Erhebung des Projektes "Gesundheit hat kein Alter" und im Anschluss an die Überlegungen von Estermann und Kneubühler wurde im GHKA_Bew auch dieser Teil als Interviewbefragung durchgeführt.

Qualität des Instruments

Durchführungsobjektivität ist durch eine Instruktion auf der ersten Seite des Fragebogens gegeben. Die kurze Einführung in den Gegenstand der Untersuchung ist allerdings nicht standardisiert. Die Auswertungsobjektivität kann als hoch betrachtet werden, da genau angegeben ist, wie rechnerisch mit den Rohwerten zu verfahren ist. Außerdem ist dem Handbuch eine CD-Rom mit einer SPSS-Syntax beigelegt, wodurch die Berechnung mithilfe des Statistikprogramms SPSS durchgeführt werden kann (vgl. Angermeyer et al. 2002, S.45f.).

Die Zuverlässigkeit der WHO-Instrumente wurde über Konfidenzintervalle der internen Konsistenz, Cronbach´s Alpha und Composite Reliability überprüft. Es ergeben sich zum Teil subgruppenspezifische Unterschiede, sodass die innere Konsistenz nicht durchgehend zufriedenstellend bewertet werden kann (vgl. Angermeyer et al. 2002, S.46). “Die Reliabilität der Instrumente kann (mit wenige Ausnahmen) als zufriedenstellend bis gut eingeschätzt werden” (vgl. ebd., S.48).

Durch die Erarbeitung der relevanten Bereiche der Lebensqualität in Fokusgruppen mit PatientInnen, gesunden Personen und medizinischen ExpertInnen ist inhaltliche Validität gegeben. Die Konstruktvalidität ist durch Prüfung von Mittelwertsunterschieden zwischen der Allgemeinbevölkerung, somatischen und psychiatrischen PatientInnen geschehen. Unterschiede finden sich zwischen Gesunden und somatischen PatientInnen in erwarteter Richtung, sodass Konstruktvalidität als gegeben angenommen werden kann (vgl. Angermeyer et al. 2002, S.46).

Aufgrund der interkulturellen Entwicklung ist die internationale Vergleichbarkeit hoch. Insgesamt wird es als sehr ökonomisches und faires Verfahren mit hoher Akzeptanz beschrieben (vgl. Angermeyer et al. 2002, S.47f.).

c) EQ-5D – Instrument zur Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität

Der EQ-5D ist ein standardisierter Fragebogen zur Erhebung des Gesundheitsstatus bzw. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Er wurde von der EuroQol Gruppe entwickelt, bei der es sich um ein Netzwerk an internationalen, multidisziplinären ForscherInnen handelt. Der EQ-5D ist ein Selbsteinschätzungsinstrument für den aktuellen Gesundheitsstatus und die Lebensqualität. Er ist einfach gehalten, um bei einer großen Bandbreite an Krankheiten und Behandlungen einsetzbar zu sein. Er wird für klinische Studien, aber auch innerhalb groß angelegter Gesundheitsbefragungen eingesetzt und kann der medizinischen und ökonomischen Evaluation von Gesundheitsdienstleistungen dienen. Der EQ-5D ist in über 100 Sprachen erhältlich. Die Übersetzungen und Anpassungen erfolgten nach einem standardi-

sierten Übersetzungsprotokoll. Durch Übersetzung und Rückübersetzung wurde auf semantische und konzeptuelle Übereinstimmung gezielt (vgl. EuroQol Gruppe 2009, S.3-8).

WAS ist zu fragen

Der EQ-5D besteht aus 2 Teilen. Er beinhaltet einen deskriptiven Teil, der aus 5 Dimensionen besteht, und eine visuelle Analogskala. Die Lebensqualität wird über 5 Fragen abgebildet: 1) “Beweglichkeit/Mobilität”, 2) “Für sich selbst sorgen”, 3) “Alltägliche Tätigkeiten”, 4) “Schmerzen/körperliche Beschwerden” und 5) “Angst/ Niedergeschlagenheit”. Jede Frage hat drei Antwortkategorien, die keinen, einigen und extremen Problemen entsprechen. Die Befragten kreuzen eine der drei Antwortmöglichkeiten pro Frage an, welches ihrem Zustand am ehesten entspricht. Die Abstände der drei Antwortmöglichkeiten sind nicht einheitlich, daher können sie nur als Ordinalskala ausgewertet werden. Zusätzlich erhebt eine VAS-Skala von 0 - 100 den Gesundheitsstatus, ebenfalls durch Selbsteinschätzung. Die vertikale visuelle Analogskala besitzt zwei Endpunkte, “Denkbar bester Gesundheitszustand” (oben, 100) und “Denkbar schlechtester Gesundheitszustand” (unten, 0) (vgl. EuroQol Gruppe 2009, S.4).

WIE ist zu fragen

Der EQ-5D Fragebogen ist zum Selbstausfüllen durch PatientInnen entwickelt worden, kann aber auch in Face-to-Face Interviews erfragt werden. Der Fragebogen enthält eine Einleitung und Anleitung, sowie zwei Seiten zum Ausfüllen für PatientInnen. Der besondere Vorteil ist, dass er innerhalb weniger Minuten durchzuführen ist. Aufgrund der Kürze und der geringen Differenzierung ist er kognitiv anspruchslos (vgl. EuroQol Gruppe 2009, S.4). Die beiden letzten Kriterien entsprechen auch dem, was für die Anwendung bei BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen beschrieben wird. Daher ist der Einsatz ohne weitere Anpassung möglich. Der EQ-5D ist in seiner Originalversion in das GHKA_Bew Instrument eingegangen. Nachdem das GHKA_Bew als Face-to-Face Interview konzipiert ist, wird auch dieser Teil als solches durchgeführt.

Qualität des Instruments

Der EQ-5D ist weit verbreitetes und lange bewährtes Instrument. Neben der Version mit 3 Antwortkategorien wurde auch eine weitere Version mit 5 Antwortkategorien entwickelt. Im User-Guide und auf der Homepage finden sich keine Angaben zu den Gütekriterien. Aber es gibt sehr viele Studien, die Validität und Responsivität für bestimmte PatientInnengruppen bzw. auch im Vergleich der zwei EQ-5D Instrumente. Pickard et al. geben an, dass sie einen Deckeneffekt beim EQ-5D beobachtet haben, dass er aber hohe Validität bei KrebspatientInnen zeigt (vgl. 2007, 259). Auch bei Schmerzpa-

tienten kann die Konstruktvalidität hoch eingeschätzt werden, der EQ-5D ist in der Lage zwischen verschiedenen Gruppen zu differenzieren. Insgesamt zeigt sich eine hohe Responsivität (vgl. Obradovic et al, 2013, 1f.). Janssen et al. beschreiben eine hohe Responsivität mit nur 1,3% fehlenden Werten. Der EQ-5D-5L ist eine valide Ergänzung des 3-Level Systems, bei dem sich Messstandards in manchen Bereichen noch verbessern (vgl. 2013, S. 117f.).

2.4 Aktueller Forschungsstand

Dieser Abschnitt gibt einen Überblick über empirische Arbeiten, die den SLQA verwendet haben. Nach einer ausführlichen Recherche in der Datenbank der Universität Wien und Google Scholar sowie der Kontaktaufnahme mit zwei wesentlichen Entwicklern des SLQA (Anton Amann und Josef Estermann) erfolgt eine Darstellung der empirischen Arbeiten. Der SLQA geht zurück auf Gebert und Kneubühler (2003). In dieser Version wurde er von Amann et al. (2005) und Lang et al. (2007) verwendet. Diese beiden Publikationen beschreiben dasselbe Forschungsprojekt. Estermann und Kneubühler haben den SLQA weiterentwickelt, verbreitet und selbst eine Untersuchung durchgeführt. In einer sehr ähnlichen Version wurde er auch von Amann et al. (2010) verwendet. Schlussendlich wurde er im Projekt “Gesundheit hat kein Alter” etwas verkürzt, dafür in Kombination mit weiteren Erhebungsinstrumenten eingesetzt. Danach gab es nach Amann nur kleinere Auftragsarbeiten ohne Veröffentlichungen. Folgende 4 Forschungsarbeiten werden im Anschluss näher beschrieben:

1. Amann, Löger und Lang (2005) & Lang, Löger und Amann (2007)
2. Estermann & Kneubühler (2008)
3. Amann et al. (2010)
4. Krajic, Cichocki, Quehenberger (2013/2014)

1. Amann, Löger und Lang (2005) & Lang, Löger und Amann (2007)

Amann et al. (2005) und Lang et al. (2007) sind jeweils Publikationen zu demselben Forschungsprojekt aus Österreich. Projektplanung und -supervision wurde vom ZENTAS - Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung in Sankt Pölten geleistet. Hauptthema der Forschung war die Untersuchung der Lebensqualität in Betreuungseinrichtungen aus einer radikal subjektiven Perspektive. Die Forschung sollte sowohl empirische Basisinformationen erheben als auch Konzepte und Methode (weiter-)entwickeln. Sie stand unter einer soziologischen und methodologischen Perspektive und war als Case-Study, als Machbarkeitsstudie, angelegt.

Die Studie hatte drei Ziele: 1) Konzeptualisierung von Lebensqualität im Altersheim, 2)

Entwicklung von Instrumenten zur Messung von Zufriedenheit und Wohlbefinden als Aspekte von Lebensqualität aus einer stark subjektiven Perspektive und 3) Hypothesenbildung für eine standardisierte Untersuchung (vgl. Lang et al. 2007, S.109f.; vgl. Amann et al. 2005, S.4ff.). Die konkreten Forschungsfragen lauteten:

- Welche Faktoren beeinflussen Lebensqualität als multidimensionales, multidirektionales Konzept?
- Ist es möglich eine Skala zu entwickeln, anhand der HeimbewohnerInnen nach Befragbarkeit, Kommunikationsfähigkeit, Orientierungsfähigkeit und Ausdrucksfähigkeit klassifiziert werden können?
- Welches sind die wichtigsten Handlungskontexte, in welchen HeimbewohnerInnen unterschiedliches Ausmaß an Autonomie, Akzeptanz und Empathie erleben?

(vgl. Lang et al. 2007, S.112; vgl. Amann et al. 2005, S.4ff.)

Wie schon erwähnt fand die Erhebung in Österreich, in 2 Altersheimen, statt. Haus A war ein älteres Haus mit 103 Betten in Einzel-, Doppel- und Dreierzimmer, aufgeteilt in Pflegestation und Wohnstation. Haus B war neuer, hatte keine Aufteilung zwischen Pflegestation und Wohnstation und insgesamt 121 Betten in Einzel- und Doppelzimmer. Das Durchschnittsalter in den Häusern lag bei 82.6 Jahren (Haus A) und 79.7 (Haus B). Es konnten quasi alle BewohnerInnen befragt werden und die Anzahl der Befragten der Stichprobe war N=n=221 (vgl. Lang et al. 2007, S.112; vgl. Amann et al. 2005, S.33). Für die Datenerhebung wurde eine Kombination aus verschiedenen Instrumenten verwendet. 1) Mini-Mental-State-Test (MMST), 2) Activities of daily Living (ADL) - n=156, 71% 3) InterviewerInnenleitfaden zur Erfassung des Wohlbefindens von BewohnerInnen von Pflegeheimen nach Kneubühler - n=118, 53% 4) Fragebogen zu spezifischen Situationen und Alltagsabläufen und dem sozialen Netzwerk - n=83, 38% 5) Einschätzung der Befragbarkeit und Kommunikationsfähigkeit durch das Pflegepersonal und 6) ein Internes Assessment zum Pflegebedarf. Die Erhebung fand von Oktober 2004 bis Februar 2005 statt und die Interviews wurden von StudentInnen der Pflegewissenschaften geführt (vgl. Lang et al. 2007, S.112f.; vgl. Amann et al. 2005, S.20-27).

Zu den Ergebnissen gehört die Konzeptualisierung von Lebensqualität in drei Levels: individuelle Ressourcen, strukturelle Ressourcen und Wohlbefinden. Menschen mit leichten bis mittleren kognitiven Einschränkungen können interviewt werden (vgl. Lang et al. 2007, S.109; vgl. Amann et al. 2005, S.33-43). 90% der Personen, die vom Personal als befragbar eingeschätzt wurden, sind auch befragbar. Personen mit keinen oder leichten kognitiven Einschränkungen konnten gut interviewt werden, erst ab einem MMST von 11-16 Punkten (von 30 Punkten) gibt es eine Abnahme der Befragbar-

keit. MMST hat hohe Aussagekraft über Befragbarkeit, allerdings zeigt der MMST keine direkte Korrelation mit der Lebensqualität. Zunehmende Einschränkungen der Mobilität (in der Dimension Akzeptanz und den beiden Subdimensionen) verringert Lebensqualität allgemein und in der Dimension Empathie. Das Angewiesensein auf Hilfe bei der Kontinenzversorgung hat ebenfalls negativen Einfluss (Dimension Empathie und Akzeptanz, Subdimension Pflege und Betreuung). Lebensqualität in der Dimension Autonomie sinkt mit steigender Hilfsbedürftigkeit (vgl. Lang et al. 2007, S.118; vgl. Amann et al. 2005, S.33-43).

2. Estermann und Kneubühler (2008)

Estermann und Kneubühler (2008) beschreiben sowohl den SLQA als auch ihre Erhebung. Hauptthema ist die Entwicklung eines Erfassungsinstrumentes der Lebensqualität in Pflegeheimen, welches auch für kognitiv eingeschränkte Personen anwendbar ist, sozialwissenschaftlichen Standards entspricht und Leistungen von verschiedenen Institutionen vergleichbar macht. Die Erhebung hat in der Schweiz stattgefunden und es wurden 16 Abteilungen in zehn Alters- und Pflegeheimen untersucht. Die Grundgesamtheit waren N = 780 Personen, von denen n = 430 vollständig befragt werden konnten. Neben dem SLQA wurde auch der MMS (Mini Mental State) zur Datenerhebung herangezogen. Die fünf Dimensionen der Lebensqualität erweisen sich als unabhängig voneinander, sie erklären gegenseitig nicht mehr 20% der Varianz. Lebensalter und Pflegestufe sind relevante Kovariate. Im multivariaten Modell haben aber Alter, Geschlecht, kognitiver Status und Zeit in der Einrichtung nur 5% Erklärungswert. Das heißt, dass die erhobenen Dimensionen und nicht externe Variablen die Unterschiede in der Lebensqualität beeinflussen. Die Möglichkeit der Ermittlung der SLQA Gesamtskala ist vom kognitiven Zustand und der Anzahl der beantworteten Fragen abhängig. Bei schwerer Demenz liefern sozialwissenschaftliche Befragungsinstrumente keine validen Ergebnisse. Insgesamt wurde eine hohe Befragbarkeit erreicht. Auch bei Personen mit mittleren kognitiven Einschränkungen gab es eine Befragbarkeit von 50%, bei schwer dementen Personen zeigte sich eine Befragbarkeit von bis zu 30% (vgl. Estermann und Kneubühler 2008, S.200-205).

3. Amann et al. (2010a/b)

Amann et al. (2010) ist ebenfalls ein Forschungsprojekt aus Österreich und wurde im Rahmen des Forschungsschwerpunktes “Ethische und gesellschaftliche Perspektiven des Alterns” der Universität Wien durchgeführt (vgl. Amann et al. 2010a, S.4). Es ist ein interdiziplinäres Projekt der Soziologie, Bildungswissenschaft und Pflegewissenschaft, wobei sich diese Beschreibung ausschließlich auf den soziologischen Teil bezieht. Der

soziologische Fokus lag auf der Konzeptualisierung und Messung von Lebensqualität von HeimbewohnerInnen. Ziel war sowohl Grundlagenforschung zu Lebensqualität in der Lebenswelt Heim als auch angewandte Forschung. Es ging darum konzeptuelle Ansätze zu Lebensqualität im Alter/im Pflegeheim weiterzuentwickeln, Operationalisierungen für empirische Studien zu überprüfen und Wirksamkeitsnachweise für spezifische Maßnahmen zu erbringen (vgl. Amann et al. 2010a, S.71-75). Die Autoren haben ein Konzept zur Lebensqualität in Altenbetreuungseinrichtungen erstellt (siehe Kapitel 2.2.5 Lebensqualität in Altenbetreuungseinrichtungen), allerdings gibt es keine Anmerkungen zu Veränderungen bezüglich der Operationalisierung.

In Wien wurden in fünf Einrichtungen (Haus A-E) eine oder mehrere Pflegeabteilungen (11 Stationen) ausgewählt. N=380 Personen wurden erfasst, aufgeteilt auf Alterswohnungen, Wohnheime und Pflegeheime. Die befragbare Personengruppe (Stichprobe) reduzierte sich auf n=245 (64,5%). In der Stichprobe befanden sich 81% Frauen und zu 19% Männer. Das Durchschnittsalter lag bei 86 Jahren (85,8 Jahren) und die Pflegestufenaufteilung sah wie folgt aus: 1-3: 26%, 4: 34%, 5-7: 40%. Das Projekt hatte eine Laufzeit von drei Jahren (Abschluss Februar 2010) und eine drei monatige Erhebungsphase 2008. In der soziologischen Erhebung kam eine Weiterentwicklung des SLQA zur Anwendung: Interviewleitfaden zur Erfassung des Wohlbefindens von BewohnerInnen von Pflegeheimen (vgl. Amann et al. 2010a, S.71-81; Amann et al. 2010b, S.17-24).

Die Ergebnisse wurden nach Dimensionen ausgewertet. Auszugsweise hier ein paar Ergebnisse. Dimension Empathie: 97% der BewohnerInnen geben an, dass das Personal grüßt, aber auch 12% finden das Personal grob. Über 90% fühlen sich wohl im Zimmer, Wohlfühlen in verschiedenen Räumen liegt bei etwa 50%. Dimension Autonomie: Über 90% können sich an ihrem Lieblingsort aufhalten und ihre Lieblingstätigkeit verrichten, aber beinahe 20% gaben an, wider Willen duschen zu müssen. Essenswünsche werden zu 80% erfüllt, Reklamationen sind aber nur zu 40% erfolgreich. Dimension Privatheit: Über 90% bekommen adäquate und zeitgerechte Hilfe beim Zähneputzen oder Frisieren, allerdings berichten auch 15%, dass Türen immer wieder längere Zeit offen stehen. Es gibt die Möglichkeit mit Besuch ungestört zu sein, allerdings können nur knapp 35% ihren Schrank absperren. Dimension Sicherheit: Knapp 45% der BewohnerInnen müssen auf Hilfe warten. Die meisten BewohnerInnen finden ihre Zimmer, aber nur 35% können absperren und 10% haben vor etwas im Haus Angst. Dimension Akzeptanz: Über 90% haben die Schwestern gern, allerdings berichten auch 20%, dass es böse Schwestern gibt. Gespräche zu Mitbewohnern sind mit etwa 50% relativ selten. Auf einer Skala von 0-10 erreichen die Dimensionen folgende Mittelwerte: Empathie 7,8 ; Autonomie 6,8 ; Privatheit 8,0 ; Sicherheit 6,4 und Akzep-

tanz 5,5. Durch Mittelwertsvergleiche konnten Unterschiede zwischen den Häusern festgestellt werden. Empathie, Akzeptanz und Autonomie zeigen keine signifikanten Unterschiede, Privatheit und Sicherheit schon (vgl. Amann et al. 2010a, S.107-119; Amann et al. 2010b, S.50-62). Insgesamt ist die Lebensqualität relativ hoch, aber sie variiert deutlich nach Dimensionen, Subdimensionen und Häusern (vgl. Amann et al. 2010a, S.139).
Diese Untersuchung findet eine weitere Erwähnung in Lang (2014).

4. Krajic, Cichocki und Quehenberger (2013/2014)

Am Forschungsprojekt “Gesundheit hat kein Alter” in Wien waren Krajic, Cichocki und Quehenberger maßgeblich beteilgt und es finden sich mehrere Publikationen. Hierbei wurde der SLQA in Kombination mit anderen Erhebungsinstrumente zur Bedarferhebung herangezogen wurde. Eine nähere Projektbeschreibung findet sich schon im Kapitel 2.1.3 a) Vorstellung des Projektes “Gesundheit hat kein Alter”.
Die nachfolgende Tabelle 7. stellt alle vier empirischen Arbeiten mit dem SLQA gegenüber.

Vergleich bisheriger empirischer Projekte mit dem SLQA				
	Amann et al. (2005) & Lang et al. (2007)	**Estermann & Kneubühler (2008)**	**Amann et al. (2010**)	**Krajic, Cichocki & Quehenberger (2013/2014)**
Thema / Ausrichtung	Untersuchung der Lebensqualität in Betreuungseinrichtungen aus einer radikal subjektiven Perspektive	Entwicklung eines Erfassungsinstrumentes der Lebensqualität in Pflegeheimen	Grundlagenforschung bezüglich Lebensqualität in der Lebenswelt Heim und angewandte Forschung (Operationalisierung, Wirksamkeitsnachweis spezifischer Maßnahmen)	Gesundheitsförderung im Setting Altenbetreuungseinrichtung - Bedarfserhebung. Akzeptanz, Implementierbarkeit und Maßnahmen von/zur Gesundheitsförderung in der Langzeitbetreuung

	Amann et al. (2005) & Lang et al. (2007)	**Estermann & Kneubühler (2008)**	**Amann et al. (2010)**	**Krajic, Cichocki & Quehenberger (2013/2014)**
Ziel	Konzeptualisierung von Lebensqualität im Altersheim. Entwicklung von Instrumenten zur Messung von Zufriedenheit und Wohlbefinden als Aspekte von Lebensqualität im Pflegeheim. Hypothesenbildung für eine standardisierte Untersuchung.	Entwicklung eines Erfassungsinstrumentes der Lebensqualität in Pflegeheimen auch für kognitiv eingeschränkte Personen, welches sozialwissenschaftlichen Standards entspricht (Reliabilitäts- und Validitätsstandard) und Leistungen von verschiedenen Institutionen vergleichbar macht	Soziologischer Fokus: Konzeptualisierung und Messung von Lebensqualität von Heimbewohner-Innen. Operationalisierungen für empirische Studien überprüfen.	Wissenschaftliches Ziel: Akzeptanz und Umsetzbarkeit eines umfassenden Settingansatzes in der Altenbetreuung erheben. Randomisiert-kontrollierte Wirksamkeitsstudie zur Mobilitätsförderung. Gesundheit der MitarbeiterInnen in Bezug auf ergonomisches Arbeiten und Erhalt der Arbeitsfähigkeit evaluieren und Maßnahmen entwickeln.
Land der Erhebung	Österreich	Schweiz	Österreich, Wien	Österreich, Wien
Art des Heimes	2 Altersheime, aufgeteilt in Pflegestation und Wohnstation	16 Abteilungen in 10 Alters- und Pflegeheimen	11 Stationen in 5 Einrichtungen aufgeteilt auf Alterswohnungen, Wohnheime und Pflegeheime	Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser, 3 Piloteinrichtungen in Appartments und Pflegestation
Bettenanzahl, Zimmerart	121 Betten in Einzel- und Doppelzimmer			3 Einrichtungen mit insgesamt 950 BewohnerInnen
N **n**	N=221 n=221	N=780 n=430	N=380 n=245	N=950 n=345
Durchschnittsalter	82.6 (Haus A), 79.7 (Haus B)		85,8 Jahre	

	Amann et al. (2005) & Lang et al. (2007)	**Estermann & Kneubühler (2008)**	**Amann et al. (2010**)	**Krajic, Cichocki & Quehenberger (2013/2014)**
Projekt-leitung	ZENTAS - Zentrum für Alternswissenschaften und Sozialpolitikforschung in Sankt Pölten	Estermann und Kneubühler	Projekt im Rahmen des Forschungsschwerpunktes “Ethische und gesellschaftliche Perspektiven des Alterns” der Universität Wien	Wissenschaftliche Leitung: Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research. Management und Finanzierung in Zusammenarbeit mit FGÖ, WiG und HSV.
Instrument/e	Mini-Mental-State-Test (MMST) Activities of daily Living. InterviewerInnenleitfaden zur Erfassung des Wohlbefindens von BewohnerInnen. Soziales Netzwerk. Befragbarkeit. Assessment zum Pflegebedarf	MMS (Mini Mental State), SLQA Fragebogen	Interviewleitfaden zur Erfassung des Wohlbefindens von BewohnerInnen von Pflegeheimen	MMS (Kurzversion) EQ-5D WHOQOL-BREF SLQA Fremdeinschätzung durch das Pflegepersonal
SLQA Version	InterviewerInnenleitfaden zur Erfassung des Wohlbefindens von BewohnerInnen von Pflegeheimen (nach Gebert und Kneubühler 2003)	Subjektive Lebensqualität in Alters- und Pflegeheimen	Interviewleitfaden zur Erfassung des Wohlbefindens von BewohnerInnen von Pflegeheimen. Subjektive Lebensqualität in Altenpflegeheimen	Fragebogen zur Erhebung von gesundheitsbezogener Lebensqualität für BewohnerInnen in SenorInnenwohnhäusern
Erhebungszeitraum	Oktober 2004 bis Februar 2005	2007/2008	2007-2010	Februar 2011 bis März 2013

	Amann et al. (2005) & Lang et al. (2007)	**Estermann & Kneubühler (2008)**	**Amann et al. (2010)**	**Krajic, Cichocki & Quehenberger (2013/2014)**
Ergebnisse	Lebensqualität besitzt 3 Levels: individuelle Ressourcen, strukturelle Ressourcen und Wohlbefinden. Menschen mit leichten bis mittleren kognitiven Einschränkungen können interviewt werden. MMST hat hohe Aussagekraft über Befragbarkeit. Lebensqualität ist stark abhängig von Mobilität und Hilfsbedürftigkeit.	Die 5 Dimensionen der Lebensqualität sind unabhängig voneinander, sie erklären gegenseitig nicht mehr 20% der Varianz. Lebensalter und Pflegestufe sind relevante Kovariate. Im multivariaten Modell haben aber Alter, Geschlecht, kognitiver Status und Zeit in der Einrichtung nur 5% Erklärungswert. Insgesamt wurde eine hohe Befragbarkeit erreicht.	Auf einer Skala von 0-10 erreichen die Dimensionen folgende Mittelwerte: Empathie 7,8 Autonomie 6,8 Privatheit 8,0 Sicherheit 6,4 Akzeptanz 5,5. Insgesamt ist die Lebensqualität relativ hoch, aber sie varriert deutlich nach Dimensionen und Subdimensionen. Empathie, Akzeptanz und Autonomie zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Häusern, bei Privatheit und Sicherheit schon.	Ergebnisse der Bedarfserhebung der BewohnerInnen: Mobilität ist Hauptthema für Gesundheitsförderung. Weitere Themen sind: chronische Schmerzen, soziale Unterstützung und Sicherheit. Der SLQA eignet sich zur Erhebung von Lebensqualität in SeniorInnenwohnhäusern und zur Identifikation von Gesundheitsförderungspotenzialen.

Tabelle 7 - Gegenüberstellung bisheriger empirischer Projekte mit dem SLQA

3. Forschungsdesign

Das Forschungsdesign dieser Arbeit basiert auf einer quantitativen Sekundäranalyse der Daten der zuvor schon beschriebenen Wiener Interviewstudie. Basis der Auswertung ist Indexbildung bzw. Aggregation der Daten der drei Instrumente (SLQA, WHOQOL und EQ-5D) bis zu einem Gesamtwert der Lebensqualität. Diese werden hinsichtlich Mittelwert, Verteilung und Ähnlichkeit über Korrelationsanalyse verglichen. Graphische Darstellungen erfolgen in Form von Boxplots, Scatterplots und Heatmaps. Abschließend wird eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt, um den Einfluss verschiedener Subkategorien auf Lebensqualität zu untersuchen.
Dieses Kapitel beinhaltet vorerst eine Beschreibung der Datengrundlage. Anschließend wird die Datenaufbereitung beschrieben und auf Operationalisierungen der Instrumente eingegangen, die wesentliche Implikationen für die Auswertung haben. Anschließend werden von den Instrumenten vorgegebene Auswertungsvorschriften, methodische Entscheidungen und das konkrete Auswertungsvorgehen dargestellt. Im letzten Unterkapitel finden sich die Hypothesen.

3.1 Datengrundlage

Der Datensatz, auf den diese Arbeit zurückgreift, entstand durch die Bedarfserhebung im Wiener Gesundheitsförderungsprojekt „Gesundheit hat kein Alter“ (siehe auch Kapitel 2.3.1). Zur Datenerhebung wurde der Fragebogen (GHKA_Bew) zur Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität für BewohnerInnen in SeniorInnenwohnhäusern eingesetzt. Die Erhebung wurde von April bis September 2011 in drei Einrichtungen des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser durchgeführt. Die Einrichtungen beherbergten zwischen 290 und 330 BewohnerInnen in verschiedenen Betreuungsmodellen. Ein Großteil der BewohnerInnen lebte in Apartments (etwa 72%), mit einfacher Unterstützung (Reinigung, Essen, Aktivitätsgruppen). Der kleinere Anteil (etwa 28%) lebte (temporär oder dauerhaft) auf Pflege- oder Betreuungsstationen. Auch Personen mit leichten Einschränkungen der kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten wurden nicht aus der Befragung ausgeschlossen, sondern bewusst adressiert. Die Erhebung erfolgte in einem offenen Interview, welches in dem strukturierten Erfassungsbogen, dem GHKA_Bew, dokumentiert wurde (vgl. Krajic et al. 2014, S.773). Die Häuser wurden so ausgewählt, dass eine möglichst allgemeine Ausrichtung und eine möglichst heterogene BewohnerInnengruppe vorliegt. Im Apartmentbereich wurde eine Zufallsstichprobe gezogen, während im stationären Bereich eine Vollerhebung aller befragbaren Personen durchgeführt wurde. Pro Einrichtung wurden mit jeweils mehr als 100 Personen Interviews geführt, was einem guten Drittel der BewohnerInnen entspricht.

Die Interviews wurden auf freiwilliger Basis geführt (inklusive Einverständniserklärung) und dauerten insgesamt 30-60 Minuten. Es konnten insgesamt 345 BewohnerInnen (62%) befragt werden, während 38% nicht befragt werden konnten. Die meisten Ausfälle gab es im Apartmentbereich, aufgrund von fehlender Kooperationsbereitschaft, Urlaub, Spitalsaufenthalt oder auch Verwirrtheit oder Hörschwäche. Schwierigkeiten bei der Durchführung waren der Umfang der Fragen und Anrufe bzw. Störungen durch Pflege- oder Reinigungspersonal (vgl. Cichocki et al. 2012, S.14f.).
Nun erfolgt eine Darstellung der befragten BewohnerInnen anhand verschiedener demographischer Daten. Die Einrichtungen sind anonymisiert und werden mit Haus A – C bezeichnet. Die Fallzahl über die Häuser ist ähnlich (Tabelle 8).

		Anzahl	%
Einrichtung	**Haus A**	119	34,5%
	Haus B	105	30,4%
	Haus C	121	35,1%
	Gesamt	345	100,0%

Tabelle 8 - Anzahl an Personen pro Einrichtung

Das Alter der ProbandInnen liegt im Durchschnitt bei 85 Jahren. Die Wohndauer in der Altenbetreuungseinrichtung variiert von erst einigen Monaten bis zu einem Gesamtmaximum von 26 Jahren. Im Durchschnitt lebten die BewohnerInnen etwa 6 Jahre in der Einrichtung. Tabelle 9 gibt einen Überblick über verschiedene Merkmale in den Häusern. In den Einrichtungen gibt es verschiedene Wohnformen. Etwa dreiviertel aller BewohnerInnen lebt in Apartments. Pflegewohnungen gibt es nur in Haus B, hier befinden sich 13,3% der Personen in Pflege. Auf der Betreuungsstation variiert der Anteil der BewohnerInnen von 19,3% in Haus A bis 26,4% in Haus C. In allen Einrichtungen wohnen deutlich mehr Frauen als Männer, mit einem Verhältnis von ca. 4:1. Beim Familienstand zeigt sich, dass insgesamt 55,3% der BewohnerInnen verwitwet sind. Hier gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Häusern. Während in Haus A 65,8% der BewohnerInnen verwitwet sind, sind es in Haus C nur 43,0%. Obwohl in Haus C die wenigsten verwitwet sind, gibt es hier mit 31,4% die meisten Personen, die allein leben. Verheiratet sind 15,8% aller BewohnerInnen und allein leben etwa 20,0%. Mit Partner lebend oder getrennt lebend sind so gut wie nicht angegeben worden. Die meisten BewohnerInnen haben einen Hauptschulabschluss (Gesamt 30,8%) oder eine Lehre/Fachschule (Gesamt 37,0%) absolviert. Der Anteil von BewohnerInnen mit Hochschulabschluss ist in Haus A am höchsten (5,9%). Den größten Anteil an Personen mit maximal Volksschulabschluss gibt es in Haus B (17,5%). Bei etwa 90% konnte die Befragung ohne Einschränkungen durchgeführt werden und etwa 9% konnten mit

Einschränkungen befragt werden. Insgesamt haben nur 1,5% der BewohnerInnen einen Sachwalter.

		Einrichtung			
		Haus A %	Haus B %	Haus C %	Gesamt %
Wohnbereich	**Appartement**	80,7%	61,0%	73,6%	72,2%
	Pflegewohnungen	0,0%	13,3%	0,0%	4,1%
	Betreuungsstation	19,3%	25,7%	26,4%	23,8%
	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Geschlecht	**männlich**	21,8%	18,1%	18,2%	19,4%
	weiblich	78,2%	81,9%	81,8%	80,6%
	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Familienstand	**allein lebend**	14,5%	12,5%	31,4%	19,9%
	verheiratet	12,0%	18,3%	17,4%	15,8%
	mit Partner lebend	1,7%	0,0%	1,7%	1,2%
	getrennt lebend	0,0%	1,0%	0,0%	0,3%
	geschieden	6,0%	10,6%	6,6%	7,6%
	verwitwet	65,8%	57,7%	43,0%	55,3%
	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Bildung	**max. Volksschule**	11,0%	17,5%	10,8%	12,9%
	Hauptschule	34,7%	24,3%	32,5%	30,8%
	Lehre/ Fachschule	39,8%	45,6%	26,7%	37,0%
	Meisterprüfung/ Matura	5,1%	3,9%	12,5%	7,3%
	Hochschule/ Universität/ Akademie	5,9%	1,0%	10,0%	5,9%
	Sonstiges	3,4%	7,8%	7,5%	6,2%
	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Befragbarkeit	**gut**	95,0%	89,5%	87,6%	90,7%
	eingeschränkt	5,0%	9,5%	10,7%	8,4%
	nicht möglich	0,0%	1,0%	1,7%	0,9%
	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Sachwalter	**nein**	98,3%	100,0%	97,5%	98,5%
	ja	1,7%	0,0%	2,5%	1,5%
	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 9 - Demographische Merkmale der BewohnerInnen nach den drei Einrichtungen

3.2 Datenaufbereitung

Für die Datenaufbereitung wurde zu allererst eine Randauszählung vorgenommen. Hierbei wurden Häufigkeitsverteilungen für alle interessierenden Variablen betrachtet und im Anschluss „wild codes“, also unzulässige Werte, ausgebessert und als fehlend definiert. Anschließend habe ich einen Codeplan für die interessierenden Variablen erstellt, um die später folgenden Zusammenfassungen vorzubereiten. Für Datenaufbe-

reitung und eine erste Analysephase habe ich mich vor allem nach Schnell et al. (2013, S.415-463) gerichtet und die weiterführende Auswertung erfolgte anhand von Auswertungsvorschriften der Handbücher der Erhebungsinstrumente. Datensichtung und erste Auswertung erfolgte im Statistikprogramm SPSS.
Während der ersten Orientierungsphase wurde in einem umfangreichen Vergleich zwischen GHKA_Bew und den Originalinstrumenten herausgearbeitet, welche Teile der drei Erhebungsinstrumente inkludiert wurden. Um die Interviewdauer zu reduzieren wurden Teile ausgespart, die bei vollständiger Übernahme, doppelt gewesen wären. Außerdem wurden vor allem im SLQA Kürzungen vorgenommen, um das Instrument stärker an die Gegebenheiten der Einrichtungen anzupassen. Nachdem die Kürzungen der Instrumente und auch ihre Operationalisierungen für die Auswertung relevant sind, werden sie nun dargestellt.

*3.2.1 **Operationalisierung der Erhebungsinstrumente***

Der EQ-5D wurde im Gesamterhebungsinstrument GHKA_Bew komplett integriert. Es gibt fünf Fragen, die sich auf Lebensqualität beziehen. Für jede Frage sind drei Antwortmöglichkeiten (keine, einige, extreme Probleme) vorgesehen, die einer ordinalen Skala entsprechen. Bei der Frage “Beweglichkeit/Mobilität” lauten die drei Aussagen: “Ich habe keine Probleme herumzugehen”, “Ich habe einige Probleme herumzugehen” und “Ich bin ans Bett gebunden”.
Vom WHOQOL gibt es verschiedene Versionen. WHOQOL-100 ist eine ausführliche Version zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität mit 100 Items, WHQOL-BREF ist eine Kurzfassung davon mit 26 Items. Im GHKA_Bew befinden sich verschiedene Teile des WHOQOL-100/BREF. Der WHOQOL-100 erhebt Lebensqualität anhand von sieben Domänen, die wiederum aus verschiedenen Facetten bestehen. Die einzelnen Items werden verschiedenen Facetten zugeordnet, mehrere Facetten einer Domäne. Domänen entsprechen Kategorien von Lebensqualität und Facetten stellen Subkategorien dar. Die Kurzversion des WHOQOL-BREF enthält nur fünf Domänen. Aus diesem wurden 3 der 5 Domänen übernommen („Global“, „Physisch“, „Psychisch“) und mit der Facette „Mobilität“ aus der Domäne „Unabhängigkeit“ aus dem WHOQOL-100 ergänzt. Ausgeschlossen wurden die Domänen „Soziale Beziehungen“ und „Umwelt“. Aus dem WHOQOL-BREF wurden 14/26 Fragen inkludiert und aus dem WHOQOL-100 4/100. Nachfolgende Tabelle 10. zeigt die integrierten Teile. Die Operationalisierung auf Itemebene (aus den Domänen „Psychisch“ und „Mobilität“) sieht wir folgt aus: „Wie gut können Sie das Leben genießen?“, „Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?“ oder „Wie zufrieden sind Sie damit, wie Sie sich fortbewegen können?“ Die Einstufung passiert auf einer fünfstufigen Likertskala, mit den Werten von 1 bis 5. Zusätzlich sind

die Kategorien benannt von „sehr schlecht“/ “sehr unzufrieden“/ “überhaupt nicht“ bis „sehr gut“/ “sehr zufrieden“/ „Äußerst“/ „Völlig“.

Domänen / Facetten	**WHO-Instrument**	**Übernommene %**
Physische Aspekte	WHOQOL-BREF	100%
Psychische Aspekte	WHOQOL-BREF	100%
soziale Beziehungen	WHOQOL-BREF	0%
Umwelt	WHOQOL-BREF	0%
Global	WHOQOL-BREF	100%
Mobilität (Unabhängigkeit)	WHOQOL-100	100%

Tabelle 10 - Inkludierte Teiles des WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF

Der SLQA operationalisiert über die Handlungskontexte deutlich Alltagsnäher und mit den Antwortmöglichkeiten „Ja“ oder „Nein“ bewusst weniger komplex. Beispielhaft kann diese Operationalisierung folgendermaßen aussehen: In der Dimension Autonomie im Handlungskontext “Essen und Umgebung” werden im SLQA Fragen gestellt wie: “Freuen Sie sich auf das Essen?”, “Finden Sie das Essen hier im Haus gut?”, “Haben Sie manchmal Hunger?” und wenn ja “Bekommen Sie dann schnell etwas zu Essen vom Haus”. Die Differenzierung beschränkt sich auf dichotome Antwortkategorien, um die Komplexität der Befragung und den Interpretationsspielraum der InterviewerInnen zu reduzieren. Es werden meist mehrere Items einer Frage zugeordnet. Dabei sind Filterfragen sehr üblich, die eine Spezifizierung eines Themas ermöglich, welche aber nicht alle Befragten betrifft. Zwischendurch werden offene Fragen gestellt, um Befragten an neuen Themen heranzuführen. Ein Beispiel dafür ist: „Was für Kleidung tragen Sie gerne?“. Offene Fragen werden in dieser Arbeit nicht ausgewertet bzw. dargestellt. Der GHKA_Bew übernimmt große Teile des SLQA, einige Dimensionen wurden dabei fokussiert, andere gekürzt. In der nachfolgenden Tabelle 11 sieht man die Unterschiede der beiden Instrumente (GHKA_Bew und SLQA).

Insgesamt kann gesagt werden, dass etwa 70% des SLQA in GHKA_Bew aufgenommen wurden. Die Dimensionen Autonomie und Akzeptanz wurden zu großen Teilen übernommen, während Empathie und Privatheit deutlich gekürzt wurden. Die Begründung der Kürzung vom Projektteam GHKA war zum einem die Länge des Instrumentes und zum anderen die noch nicht so starke Ausprägung der Abhängigkeit vom Personal, die durch Empathie und Privatheit abgedeckt werden würde. Die teilnehmenden Einrichtungen waren vermehrt auf dem Modell „Altenbetreuung und -wohnen“ aufgebaut, die vorhandenen Pflegestationen wurden eher als Überbrückung in Krankheitsphasen gesehen.

Unterschiede in der Fragenanzahl zwischen GHKA_Bew und SLQA (GHKA_Bew/SLQA)			
Dimensionen	**Handlungskontext: Hilfe und Betreuung**	**Handlungskontext: Essen und Umgebung**	**Anteil an SLQA Fragen (GHKA_Bew/SLQA)**
Empathie	1/8 vom Personal gegrüßt	3/4 Wohlfühlen im Zimmer, im Haus, in verschiedenen Räumen	4/12 - 33%
Autonomie	6,5*/8 Lieblingskleidung, Widerwillen Duschen, ins Freie dürfen, Lieblingsort, Spazieren, Hobbies (Können, Dürfen, Hilfe), passt etwas nicht im Haus,	5,5*/7 Essen gut, Hunger, Freude am Essen, Essen mit Anderen (Dürfen, Hilfe), Veränderung im Zimmer (Dürfen, Hilfe)	12/15 - 80%
Privatheit	1/7(8**) Personal dutzt	1,5*/5 Alleine sein (wollen, können), Besuch (ungestört)	2,5*/12(13**) - 21(19)%
Sicherheit	3/5 Namen von Personal kennen, Personalwechsel, zu viele verschiedene Pflegende	3/5 Zimmer finden, Angst im Haus, Zimmer abschließen,	6/10 - 60%
Akzeptanz	3/3 Haben Sie Personal gerne, hat Personal Sie gerne, böses Personal	4/6 Gespräch mit BewohnerInnen, Freunde im Haus, Geschenk bekommen, mit BewohnerInnen gegessen	7/9 - 77%
Gesamt	24,5*/31(32**) 79(76)%	17/27 63%	41,5*/58(59**) 72(70)%
* Einzelne Fragen des SLQA bestehen aus mehreren Unterfragen, eine Frage wurde mit 0,5 bewertet, wenn nicht alle Unterfragen übernommen wurden. ** In der Dimension Privatheit gibt es eine Frage, die nur an Männer gestellt wird (bezüglich rasieren), für Männer gibt es 8 für Frauen nur 7 Unterfragen im SLQA.			

Tabelle 11 - Unterschiede in der Fragenanzahl zwischen GHKA_Bew und SLQA (Nicht alle Fragen des SLQA sind übernommen worden, die Tabelle zeigt wieviele Fragen pro Dimension und Handlungskontext inkludiert sind.)

3.2.2 Herausforderungen bei der Datenaufbereitung des SLQA

Bei der Aufbereitung der Daten des SLQA ergaben sich einige Herausforderungen. Aufgrund der unterschiedlichen Fragearten, der Kürzung mancher Dimensionen und der fehlenden Auswertungsvorschriften mussten bei der Datenaufbereitung und -auswertung einige Entscheidung über Inklusion / Exklusion getroffen werden. Diese sollen nun erläutert werden, da sie Hinweise für weitere Verwendung und Auswertung des SLQA zu bieten.

Über alle Dimensionen hinweg sind keine offenen Fragen ausgewertet worden. Für den Zweck der Indexbildung konnten diese nicht verwendet werden, eine deskriptive Auswertung (zum Beispiel der Frage „Was macht Ihnen Angst?“) ist zwar für die konkreten Einrichtungen bezüglich Qualitätsentwicklung interessant, sprengt aber den Rahmen dieser Arbeit. Bei den offenen Fragen gibt es zum Teil über 200 verschiedene Antworten. Die Gruppierung im Nachhinein ist sehr aufwendig, eine Zuordnung zu Kategorien im Interview bzw. durch den/die InterviewerIn würde die Auswertung deutlich vereinfachen. Manchmal sind leere Felder im Datensatz, die schon bei der Dateneingabe entstanden sind. Nachdem für diese keine Kodierung vorhanden ist, sind sie für die Auswertung nicht ansprechbar bzw. auch nicht ausschließbar. Manche der Fragen werden nicht an alle Personen gestellt (beispielsweise „Brauchen Sie Hilfe beim Rasieren?“ wird nur Männern gestellt). Eine Unterscheidung zwischen „keine Antwort gegeben“ und „Frage nicht gestellt“ kann hier eine bessere Differenzierung schaffen. Manchmal, vor allem bei offenen Fragen, wäre eine weitere Kategorie wie „sinnvolle/plausible“ Antwort oder auch „indifferent“ als Ergänzung hilfreich (zum Beispiel bei der Frage „Mit wem Essen sie am liebsten?“ oder „Passt Ihnen etwas im Haus nicht?“).

In der Dimension Autonomie gab es im Handlungskontext „Hilfe/Pflege und Betreuung“ (AH) im SLQA 8 Fragen, von denen 7 im GHKA_Bew übernommen worden sind. Die offene Frage „Passt etwas nicht im Haus“ konnte nicht integriert werden, die Items 2 und 3 fragen nach (erfolgreicher) Beschwerde. Nachdem hier nur eine Antworthäufigkeit von etwa 40% (148/345) besteht und auch die inhaltliche Zuordnung zu guter Lebensqualität nicht eindeutig ist, musste diese Frage ausgeschlossen werden. Das Item „Spazieren Sie gerne?“ ist wieder eher eine Hinleitung, weil ob jemand gerne spaziert oder nicht hat keinen Einfluss auf seine/ihre Lebensqualität solange dem eigenen Willen nachgegangen werden kann. Dieses Item wurde daher auch nicht inkludiert. Generell ist bei den Autonomieitems zu beachten, dass hier mit Entscheidungsautonomie (etwas wollen/dürfen) und Handlungsautonomie (etwas können) unterschiedliche Aspekte gemischt abgefragt werden. Im Handlungskontext „Essen und Umgebung“ (AU) wurden fünf Fragen gestellt. Die offene Frage „Gefällt Ihnen etwas im Zimmer nicht“ konnte nicht inkludiert werden. Es zeigt sich, dass hier auch einige „egal“ oder „nichts“

also quasi „zufriedene“ Antworten gegeben worden sind. Eine von InterviewerInnen vorgenommene Zuordnung zu zufrieden/unzufrieden/indifferent wäre bei der Auswertung hilfreich. Auch die Frage „Mit wem würden Sie am liebsten Essen?“ musste ausgeschlossen werden, vor allem da die nachfolgende Frage, ob das ermöglicht wird, nur von einem kleinen Teil der Befragten beantwortet wird. Mit den drei verbleibenden Fragen ist dieser Handlungskontext sehr auf Essen fokussiert.

In der Dimension Empathie (E) wurden nur je eine Frage pro Handlungskontext in GHKA_Bew inkludiert. Der Handlungskontext „Hilfe/Pflege und Betreuung“ (EH) hat einen inhaltlichen Fokus auf das Personal, während sich der Handlungskontext „Essen und Umgebung“ (EU) in erster Linie auf Wohlfühlen im Haus bezieht. Aufgrund der deutlichen Reduktion der Fragen wird die Voraussetzung für die Zusammenfassung (2-3 Fragen pro Handlungskontext) nicht erfüllt. Diese Dimension wird später zwar zum Vergleich dargestellt, nicht aber in den Gesamtwert der Lebensqualität nach SLQA integriert.

In der Dimension Privatheit (P) wurde im Handlungskontext „Hilfe/Pflege und Betreuung“ nur eine Frage gestellt und zwar „ob das Personal duzt?“. Hier ist weder ja noch nein die „gute“ Antwort. Die zweite Frage wäre hier die relevante, nämlich ob das BewohnerInnen gefällt. Diese Frage wurde als Filterfrage konzipiert und nur von etwa 10% der Personen beantwortet worden. Daher fließt diese Frage nicht in die Auswertung mit ein und dieser Handlungskontext (PH) wird nicht repräsentiert. Im Handlungskontext „Essen und Umgebung“ (PU) wurden zwei der fünf Fragen gestellt. Eine musste wiederum ausgeschlossen werden, weil hier die relevante Frage als Filterfrage nur an einen geringen Anteil gestellt wurde. „Wollen sie manchmal allein sein?“ ist inhaltlich nicht klar zuordenbar, „Können Sie alleine sein, wenn Sie wollen?“ wurde „ausgefiltert“. Damit ist auch dieser Handlungskontext mit nur einer Frage unterrepräsentiert. Neben Empathie wird auch Privatheit aufgrund der geringen Fragenanzahl nicht in den Gesamtwert der Lebensqualität inkludiert.

Drei von fünf Fragen wurden in Sicherheit – „Hilfe/Pflege und Betreuung“ (SH) gestellt. Diese konnten mit je einem Item und hoher Antwortquote direkt ausgewertet werden. Allerdings ist hier die inhaltliche Zuordnung nicht eindeutig. Fragen nach Personalwechsel und Personal beim Namen kennen könnten auch Empathie zuordenbar sein. Fragen, die sich mehr mit Sicherheit beschäftigen wie „Müssen Sie manchmal auf Hilfe / oder Medikamente warten?“, wurden nicht aufgenommen. Im Handlungskontext „Essen und Umgebung“ (SU) wurden ebenfalls drei von fünf Fragen inkludiert. Alle sind inhaltlich eindeutig und haben eine ausreichende Antwortquote.

Abschließend sind in Akzeptanz – „Hilfe/Pflege und Betreuung“ (ZH) alle Fragen übernommen worden, die Frage „Hat das Personal Sie gerne?“ wurde aufgrund der gerin-

gen Antwortquote ausgeschlossen. In „Essen und Umgebung“ (ZU) wurden vier von sechs Fragen inkludiert, die alle in die Zusammenfassung eingeschlossen werden konnten.
Im nächsten Abschnitt geht es darum, wie aus den einzelnen Items und Fragen Subkategorien und Gesamtwerte berechnet wurden.

3.3 Auswertungsschema

In diesem Kapitel werden nun die Auswertungsvorschriften der Erhebungsinstrumente beschrieben und das in der Arbeit umgesetzte Auswertungsvorgehen dargestellt. Bei standardisierten Erhebungsinstrumenten ist es üblich, dass auch das Auswertungsvorgehen standardisiert ist. Zum einen ist der Auswertungsablauf, also Datenaufbereitung und Berechnungsschritte, beschrieben und mögliche Nebenbedingungen (zum Beispiel Umgang mit fehlenden Werten) festgelegt. Zum anderen gibt es vereinzelt auch eine Auswertungssyntax für verschiedene Statistikprogramme.

*3.3.1 **EQ-5D***

Für den EQ-5D finden sich solche Anweisungen im User-Guide (vgl. EuroQol Gruppe 2009 und 2018). Es werden drei Aspekte der Auswertung beschrieben: 1) Eine deskriptive Darstellung von Häufigkeiten bzw. Relationen der fünf Fragen 2) Analyse des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes und 3) ein (gewichteter) Summenindex der Lebensqualität aus den fünf Fragen. Es gibt die Möglichkeit Syntax für SPSS und SAS von EuroQol Executive Office anzufordern (vgl. EuroQol Gruppe 2009, S.9ff.) Der Lebensqualitätsindex ist als gewichteter Summenindex vorgesehen. Die Gewichtung erfolgt über sogenannte Value Sets. Diese sind repräsentative Erhebungen aus verschiedenen Ländern. Die Gewichtung findet also mit Durchschnittswerten der Allgemeinbevölkerung statt. Diese Value Sets könnten nach Registrierung der Studie beim EuroQol Office angefordert werden (vgl. EuroQol Gruppe 2009, S.11-19). Nachdem der EQ-5D von Gesundheitsökonomen mitentwickelt wurde, fordern diese „dass der Gesamtwert (Indexwert) die gesundheitsökonomisch relevante Bewertung der verschiedenen Gesundheitszustände abbildet“ (Hinz et al. 2006, S.43). Man spricht von einer präferenzbasierten Indexbildung. Aus Sicht der Allgemeinbevölkerung werden verschiedene Gesundheitszustände bewertet, um eine Grundlage für Allokationsentscheidungen zu bilden. Für eine Teilmenge der Gesundheitszustände werden empirische Bewertungen erhoben und daraus ein mathematisches Modell für die Gewichtung entwickelt (vgl. Hinz et al. 2006, S.43). Hinz et al. vergleichen verschiedene Modelle

der Berechnung des EQ-5D-Index (Summenmodell, lineares additives Modell, multiplikatives Modell).

> *„Die komplizierten Gesamtwertbildungen über das lineare und das multiplikative Modell mit Ungleichbehandlung der Items und der Antwortstufen sind für Psychologen oder Mediziner ungewohnt. Die Ursache liegt darin, dass der EQ−5D u.a. von Gesundheitsökonomen entwickelt wurde mit dem Ziel, für präferenzbasierte, nutzentheoretische Analysen einsetzbar zu sein. Beschränkt man sich im Anspruch auf die in der Psychometrie üblichen Kriterien, so ist das elementare Summenmodell ausreichend“* (Hinz et al. 2006, S.47).

In Anlehnung an Heinz et al. (2006) wurde der EQ-5D-Lebensqualitätsindex in dieser Arbeit über einen Summenindex realisiert. Bei der Ursprungserhebung wurden keine Value Sets und Auswertungssyntax angefordert. In dieser Arbeit wurden die fünf Fragen also summiert. Für bessere Vergleichbarkeit der Instrumente wurde der Wertebereich des Index auf 0-1 normiert. Aufgrund der hohen Antwortquote wurden für den EQ-5D-Lebensqualitätsindex nur Fälle inkludiert, für die jede Frage valide beantwortet wurde. Alle Fragen des EQ-5D sind gleich gepolt, allerdings bedeuten geringe Werte geringe Problem, also hohe Lebensqualität. Da die Vergleichbarkeit mit den anderen Instrumenten so nicht möglich ist, wurde die Kodierung an die anderen Instrumente angepasst und umgedreht, sodass hohe Werte auf hohe Lebensqualität und somit geringe Beschwerden deuten. Der ED5D-Gesundheitszustand geht nicht in den Gesamtwert der Lebensqualität ein. Zum einen weil das im Instrument nicht so vorgesehen ist und zum anderen weil Gesundheit und Lebensqualität theoretisch unterschiedliche Konstrukte sind. Der Gesundheitszustand besitzt ursprünglich den Wertebereich von 0-100, um ihn dem Lebensqualitätsindex gegenüberstellen zu können hat auch hier eine Normierung auf 0-1 stattgefunden. Neben einer ersten deskriptiven Auswertung und Darstellung der Verteilung in gestapelten Balkendiagrammen wurde ein besonderes Augenmerk auf die graphische Darstellung der Ergebnisse gelegt. Mittelwerte und Verteilung werden anhand von Boxplots dargestellt.

*3.3.2 **WHOQOL-BREF***

Das WHOQOL Handbuch gibt ebenfalls konkrete Auswertungsvorschriften an. Für die Auswertung ist vorgesehen, die Werte der einzelnen Items zu entsprechenden Facetten- und Domänenwerten, also zu Kategorien und Subkategorien von Lebensqualität, zusammenzufassen. Items, die eine negative Polung aufweisen, müssen umkodiert werden. Die einzelnen Items (Bsp. f1.1, f1.2, …) werden im WHOQOL-100 in einem ersten Schritt zu Facetten, also Subkategorien (Schmerz, Energie, …) zusammengefasst und in einem zweiten Schritt zu Domänen (Physisch). Domänen entsprechen

Kategorien von Lebensqualität. Facetten (Subkategorien) beruhen auf dem arithmetischen Mittel der Items und Domänen (Kategorien) beruhen auf dem arithmetischen Mittel der Facetten. Im WHOQOL-BREF gibt es die Ebene der Facetten nicht, Items werden direkt zu Domänen zusammengefasst. In die Berechnung werden nur Fälle einbezogen, die pro Domäne nur ein fehlendes Item aufweisen. Weiters findet eine Transformation der Domänenwerte statt, sodass sie in den Nullpunkt verschoben und auf den Wertebereich 0-100 normiert werden (vgl. Angermeyer et al. 2000, S.25-32). Es gibt eine SPSS Syntax im Anhang des Handbuches. Diese beinhaltet die Aufbereitung fehlender bzw. ungültiger Werte, die Rekodierung negativ gepolter Items, Bildung von Domänenwerten, Transformation der Domänenwerte und deren Benennung. Gearbeitet wird hier mit der Mean-Berechnung unter der Nebenbedingung, dass nur maximal ein fehlender Wert erlaubt ist.

Nachdem alle Werte, die nicht im ursprünglichen Bereich von 1-5 lagen ausgeschlossen wurden, erfolgte die Auswertung wie im Handbuch vorgesehen. Für die spätere Vergleichbarkeit der Instrumente habe ich allerdings keine Normierung auf den Wertebereich von 0-100 vorgenommen, sondern wie schon beim EQ-5D auf die Werte von 0 bis 1.

Nachdem es keine Vorgabe zur Zusammenfassung zu einem Gesamtwert gibt, habe ich auch diese über das arithmetische Mittel vorgenommen. Da es verschiedene Domänen und Facetten aus unterschiedlichen Instrumenten gibt, sind verschiedene Gesamtwerte möglich. Der erste Gesamtwert beinhaltet nur die Domänen Physisch und Psychisch, dann habe ich Mobilität inkludiert und in einem vierten Schritt auch noch die Domäne Global. Insgesamt unterscheiden sich die einzelnen Indizes und damit auch die verschiedenen Varianten der Gesamtwerte kaum. Schlussendlich habe ich mich dafür entschieden, die Domänen Physisch, Psychisch und Mobilität zu inkludieren, da diese als drei Aspekte im GHKA_Bew vorgesehen waren. Daher trägt der WHO-Gesamtwert den Namen WHO_gesamt3. Die Domäne Global habe ich nicht in den Gesamtwert inkludiert, da hier nur zwei Fragen, eine zur Lebensqualität allgemein und eine zur Zufriedenheit mit Gesundheit, enthalten sind. Lebensqualität soll aus den verschiedenen Bereichen berechnet werden, daher wäre eine Inklusion der Lebensqualitätsfrage eine Verdoppelung. Gesundheit soll wie schon zuvor erwähnt aufgrund der unterschiedlichen Konzeption nicht direkt in den Lebensqualitätswert eingehen. Für die Übersichtlichkeit erfolgt die Darstellung der Ergebnisse in einem ersten Schritt wieder in Form von gestapelten Balkendiagrammen pro Domäne. Danach folgt eine Gegenüberstellung statistischer Kennzahlen aller Indizes und deren graphische Darstellung in Form von Boxplots. Die Ähnlichkeit der Indizes wurde über Korrelationsanalyse bestätigt (siehe Kapitel 4.2).

*3.3.3 **SLQA***

Für den SLQA gibt es kein Handbuch und keine Auswertungsvorschrift. In früheren Studien der Co-Autoren des Instruments gibt es Hinweise auf das Auswertungsvorgehen. Es werden mehrere Möglichkeiten bzw. Ebenen der Auswertung beschrieben: 1) Deskriptive Darstellung auf Itemebene, 2) Fragen zusammengefasst nach Handlungskontexten („Hilfe/Pflege und Betreuung“, „Essen und Umgebung“), 3) Darstellung anhand der Dimensionen („Autonomie“, „Empathie“, „Privatheit“, „Sicherheit“, „Akzeptanz“), und abschließend 4) Berechnung eines Gesamtwertes der Lebensqualität. Im SLQA sind die Fragen einer Dimension als gleichwertig anzusehen, daher ist es nicht wichtig, welche Fragen gestellt werden, nur dass eine bestimmte Anzahl an Fragen pro Kategorie gestellt wird. Im Handlungskontext „Essen und Umgebung“ müssen zwei Fragen valide beantwortet werden, um daraus eine Dimension berechnen zu können, im Handlungskontext „“Hilfe/Pflege und Betreuung sind es drei Fragen (vgl. Lang et al. 2007, S.115; vgl. Amann et al, 2010b, S.20). In einem ersten Schritt sollen die Einzelfragen (Items) zu einer Frage zusammengefasst werden. „Für die Summierung der Items einer Frage soll der Mittelwert aller validen Items genommen werden (wenn zumindest die Hälfte der Items pro Frage valide sind), nicht die Gesamtsumme der Items“ (Lang et al. 2007, S.115). Die Einzelfragen können in Handlungskontexte und anschließend zu Dimensionen zusammengefasst werden. Die Zusammenfassung zu Handlungskontexten verläuft über Summenbildung (vgl. Amann et al. 2010a, S.121; vgl. Amann et al, 2010b, S.64). Die beiden Handlungskontexte ergeben zusammen die subjektive Lebensqualität (vgl. Amann et al, 2010b, S.66).

Diesen Auswertungshinweis habe ich wie folgt umgesetzt. In einem ersten Schritt habe ich eine Häufigkeitsauszählung aller Items vorgenommen. Dabei hat sich gezeigt, dass die Items unterschiedlich gepolt sind. Manchmal ist Ja und manchmal ist Nein die Antwort, die auf hohe Lebensqualität hindeutet. Ich habe alle Items so gepolt, dass 1 hohe Lebensqualität und 0 geringe Lebensqualität bedeutet. Manche Fragen sind eher eine Hinleitung und lassen nicht direkt auf Lebensqualität schließen (wie beispielsweise „Duzt Sie das Personal?“). Daher musste auch jedes Item inhaltlich geprüft werden, ob es sinnvoll zu der darüberliegenden Frage passt. Einige Items sind als Filterfragen konzipiert, sodass es große Unterschiede gibt wie viele Personen einzelne Items beantwortet haben bzw. für wie viele Personen valide Antworten vorhanden sind. Nach Umkodierung und inhaltlicher Überprüfung habe ich Items über das arithmetische Mittel zu Fragen zusammengefasst, wenn mindestens die Hälfte der Items valide Antworten aufweisen. Items, die offen abgefragt worden sind, können nicht in Fragen und Dimensionswerte integriert werden, weil die offenen Antworten nicht mit zielführenden Werten kodiert werden können. An sich wäre eine Summierung der Fragen zu Handlungskon-

texten vorgesehen. Durch die unterschiedliche Anzahl an Fragen pro Handlungskontext, die aber als gleichwertig zu betrachten sind, entstehen unterschiedliche Wertebereiche, die nicht gut verglichen werden können. Daher nehme ich auch diese Zusammenfassung über das arithmetische Mittel vor. Bei einer Kontrolle der errechneten Mittelwerte zeigte sich, dass es hier kleine Unterschiede gibt. Eine ausführliche Recherche ergab, dass SPSS in der Mittelwertsberechnung (bei Mittelwerten von Mittelwerten) eine Gewichtung über die validen Antworten vornimmt, die aber auf dieser Ebene nicht mehr erwünscht ist. SPSS bietet nicht die Möglichkeit diese Gewichtung auszuschalten und ein „grand mean“ zu berechnen (vgl. IBM Support, www-01.ibm.com). Zu diesem Zeitpunkt bin ich auf ein anderes umgestiegen: Jupyter Notebook (vgl. Project Jupyter, 2019). Dieses ist ein Open-Source Datenverarbeitungsprogramm, welches im Browser läuft und auf der Programmiersprache Python basiert. Die SPSS Daten wurden exportiert und in Jupyter eingelesen. Die Zusammenfassung der Items zu Fragen, der Fragen zu Handlungskontexten und der Handlungskontexte zu Dimensionen wurde in einem Excel-Sheet vorbereitet und in Juypter eingelesen. In Jupyter konnte die mathematische Funktion der arithmetischen Mittelwertbildung mit den verschiedenen Nebenbedingungen von erlaubten fehlenden Werten auf eine Vielzahl an Variablen parallel angewendet werden. So erfolgte die Zusammenfassung der zuvor definierten Items unter der Nebenbedingung, dass mindestens die Hälfte der Items valide Antworten haben. Fragen zu Handlungskontexten und Handlungskontexte zu Dimensionen wurden ebenfalls über das arithmetische Mittel aber ohne Erlauben von fehlenden Werten vorgenommen. Aufgrund der ursprünglichen Kodierung haben alle Fragen, Handlungskontexte und Dimensionen einen Wertebereich von 0-1, je höher die Werte desto besser die Lebensqualität. Abbildung 6 gibt einen schematischen Überblick über meinen Auswertungsablauf des SLQA.

Schlussendlich wurde aus den Dimensionen über das arithmetische Mittel ein Gesamtwert der Lebensqualität berechnet. Der SLQA-Gesamtwert der Lebensqualität besteht aus den Dimensionen Autonomie, Sicherheit und Akzeptanz und wird bezeichnet als SLQA_gesamt3. Drei steht für die Anzahl an inkludierten Dimensionen. Vor der Entscheidung für diesen Gesamtwert habe ich mir auch hier die verschiedenen Möglichkeiten des Gesamtwertes (inklusive Empathie und Privatheit) angesehen. Beide Dimensionen sind mit sehr wenigen und überdurchschnittlich gut bewerteten Fragen repräsentiert. Durch Hinzunahme dieser Dimension steigt der Gesamtwert deutlich an, außerdem erfüllen sie die Voraussetzung nicht, zwei valide Fragen pro Handlungskontext zu haben.

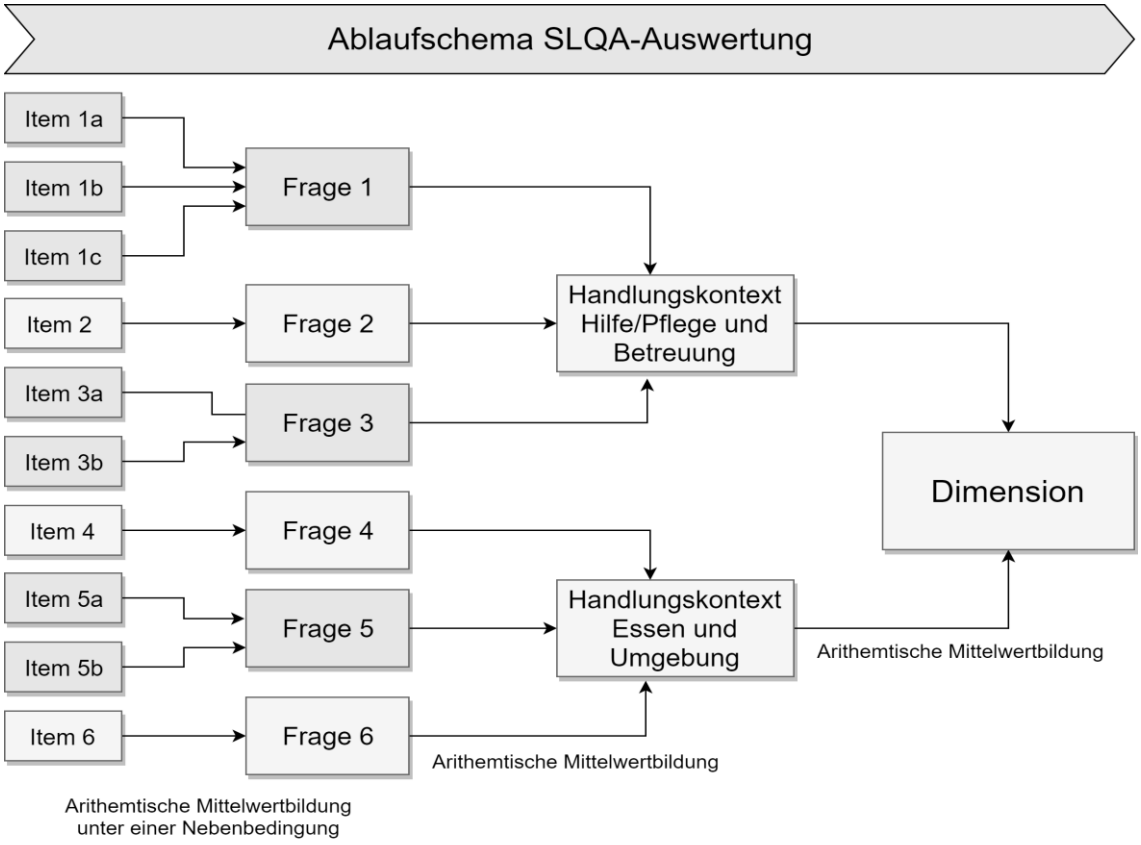

Abbildung 6 – Ablaufschema der SLQA-Auswertung (Die Zusammenfassung zu Dimensionen der Lebensqualität wird über das arithmetische Mittel vorgenommen. Items werden zu Fragen, Fragen zu Handlungskontexten und Handlungskontexte zu Dimensionen zusammengefasst.)

Die Darstellung der Auswertung des SLQA erfolgt wie bisher und wie bei Amann et al. (2010) vorgeschlagen vorerst auf einer deskriptiven Ebene der Items. Nachdem es hier nur dichotome Antwortkategorien gibt reicht die Darstellung einer Kategorie. Neben der graphischen Darstellung der Verteilung der Dimensionen mittels Boxplots wird auch die Ähnlichkeit der Dimensionen über Korrelation betrachtet (siehe Kapitel 4.2).

Nach der Berechnung der Subkategorien und Gesamtwerte der drei Erhebungsinstrumente erfolgt ein Vergleich (siehe Kapitel 4.4). Die unterschiedlichen Verteilungen werden über Boxplots dargestellt und Ähnlichkeit über Korrelation und deren graphische Darstellung über „Heatmaps“ vorgenommen. Abschließend erfolgte bei der Auswertung noch eine multiple lineare Regressionsanalyse. Hierbei habe ich mich methodisch und interpretativ an Urban und Mayerl (2011), Hemmerich (2019) und Cohan (1988) angelehnt. Besonderes Interesse galt hier dem unterschiedlichen Einfluss von Subkategorien aus WHOQOL und SLQA. Als abhängige (zu erklärende) Variable standen zwei Möglichkeiten zur Auswahl. Zum einen die Lebensqualitäts-Selbsteinschätzungsvariable aus dem WHO-Instrument, die durch Zuordnung zum Index WHO-Global nicht in die bisherige Analyse bzw. die integrierten WHO-Indizes

eingeflossen ist. Schwachstelle dieser Variable ist die wie bei allen WHO Fragen und Indizes beobachtbare Tendenz zur Mitte, zu der die Interviewführung bzw. das Antwortschema Randkategorien zu vermeiden beigetragen haben könnte. Die zweite mögliche abhängige Variable der Lebensqualität wäre der Lebensqualitätsindex des EQ-5D, da diese keine Subkategorien erfasst, die verglichen werden sollen. Nachdem der EQ-5D ähnliche Aspekte wie das WHO Instrument erhebt (was sich in einer hohen Korrelation zeigt), gibt es hier auch ein Bias in diese Richtung. Schlussendlich wurde die Lebensqualitäts-Selbsteinschätzung als abhängige Variable gewählt, weil sie eine Einzelfrage und nicht ein berechneter Index ist. Als unabhängige Variablen sollten WHO-Indizes und SLQA-Dimensionen eingehen. Nachdem immer wieder dargestellt wurde, dass Lebensqualität und Gesundheit unterschiedliche Konzepte sind, sollte auch der Einfluss von Gesundheit auf die selbsteingeschätzte Lebensqualität explizit analysiert werden. Die Variablen Alter in Jahren, Wohndauer in Jahren und Geschlecht dienen als Kontrollvariablen.
Den Auswertungen liegen die anschließend dargestellten Hypothesen zugrunde.

3.4 Hypothesen

Das Thema dieser Arbeit – Konzeption und Messung von Lebensqualität in der Altenbetreuung – hat einen starken methodischen Fokus. Daher sind auch die Hypothesen größtenteils methodisch ausgerichtet. Es geht stark darum, wie Lebensqualität in der Altenbetreuung möglichst umfassend, aber gleichzeitig ökonomisch erfasst werden kann. Das Gesamterhebungsinstrument GHKA_Bew ist sehr umfangreich und aus verschiedenen Elementen zusammengestellt. Es gilt herauszufinden, inwiefern die Instrumente für die Zielgruppe der BewohnerInnen geeignet sind, welche Kategorien in dem Kontext angemessen sind und welche in diesem Setting keine informativen Ergebnisse liefern. Die Formulierung der Hypothesen erfolgte im Anschluss an die Aufarbeitung der Literatur, der Annahmen und Operationalisierungen der drei Erhebungsinstrumente und in Bezug auf die in Kapitel 1.2 vorgestellten Forschungsfragen. Zur besseren Orientierung werden sie nun hier noch einmal angeführt.

> *Forschungsfrage 1: Wie wird Lebensqualität im Alter in einer Betreuungseinrichtung mit ausgewählten Erhebungsinstrumenten (SLQA, WHOQOL-BREF, EQ-5D) konzeptualisiert und operationalisiert? Welche inhaltlichen und methodischen Ähnlichkeiten und Unterschiede zeigen die Instrumente?*
>
> *Forschungsfrage 2: Inwieweit unterscheiden sich die Ergebnisse (Aspekte der Lebensqualität) nach Erhebungsinstrumenten?*

Forschungsfrage 3: Bilden die Dimensionen des SLQA (Autonomie, Empathie, Akzeptanz, Privatheit und Sicherheit) Lebensqualität in der Altenbetreuungseinrichtung ähnlich oder unterschiedlich ab wie die anderen, international verbreiteten Instrumente (WHOQOL-BREF und EQ-5D) ?

Nachfolgend werden die Hypothesen formuliert, die daran anschließende Erläuterung dient der besseren Nachvollziehbarkeit. Die nachfolgend formulierten Hypothesen sind auch den Forschungsfragen zugeordnet, was sich in der Nummerierung der Hypothesen zeigt: 1. Zahl gibt die Nummer der zugehörigen Forschungsfrage an, 2. Zahl nummeriert innerhalb der zugehörigen Forschungsfrage durch. Anschließend an die Hypothesen dient eine Erläuterung der besseren Nachvollziehbarkeit.

H1 - Je höher die Differenzierung der Antwortkategorien, desto schwerer sind Fragen für BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen zu beantworten und desto höher ist die Anzahl fehlender Antworten.

Erläuterung: Die drei Instrumente EQ-5D, WHOQOL-BREF und SLQA unterscheiden sich methodisch besonders durch die Art der Fragen und speziell die Differenzierung der Antwortkategorien. Beides hat Auswirkungen auf die Befragbarkeit von BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen. Der SLQA reduziert die Komplexität der Fragen bzw. Antwortkategorien (auf 2 Kategorien – ja/nein) so stark, um auch für Personen mit leichten bis mittleren kognitiven Einschränkungen anwendbar zu sein. Nachdem der WHOQOL-BREF mit 5 Antwortkategorien arbeitet, sind hier Schwierigkeiten bei der Befragung bzw. der Zuordnung der Antworten zu erwarten, was sich in einer höheren Anzahl an fehlenden Antworten zeigt.

H2.1 - Wenn WHOQOL-BREF und EQ-5D eine Korrelation von mindestens 0,5 aufweisen, dann messen sie ähnliche Dimensionen.

H2.2 - Wenn WHOQOL-BREF und SLQA eine Korrelation von mindestens 0,5 aufweisen, dann messen sie ähnliche Dimensionen. Je mehr die Erfassung von Lebensqualität bei BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen auf "Problembereiche" (physische und psychische Aspekte – wie im WHOQOL-BREF) fokussiert, desto niedriger ist der Gesamt-Mittelwert.

H2.3 - Wenn SLQA und EQ-5D eine Korrelation von mindestens 0,5 aufweisen, dann messen sie ähnliche Dimensionen.

Erläuterung: Für die Zielsetzung, ein möglichst dichtes, knappes Instrument zur Verfügung zu haben, welches trotzdem alles Wesentliche abbildet, ist es sinnvoll relevante Dimensionen zu identifizieren und redundante zu eliminieren. Daher soll die Ähnlichkeit

der Instrumente analysiert werden. Ähnliches, also Messung ähnlicher Dimensionen, kann ausgespart werden. WHOQOL-BREF (in inkludierter verkürzter Version) und EQ-5D haben inhaltlich eine ähnliche Ausrichtung, daher werden sie einen ähnlichen Gesamt-Mittelwert der Lebensqualität und einen starken Zusammenhang haben. Der WHOQOL-BREF hat einen starken Fokus auf physischen und psychischen Aspekten. Der SLQA deckt eine größere Bandbreite an Dimensionen der Lebensqualität ab. Nachdem bei BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen im physischen und / oder psychischen Bereich Einschränkungen vorliegen, werden die Werte des WHOQOL-BREF niedriger sein, weil er auf „Problembereiche“ fokussiert. Die Unterschiede der Instrumente WHOQOL-BREF und SLQA werden sich auch durch eine schwache Korrelation zeigen. Der EQ-5D ist inhaltlich dem WHOQOL-BREF ähnlicher als dem SLQA und wird daher auch Unterschiede bzw. geringe Korrelation mit dem SLQA aufweisen. Bei einer Korrelation der berechneten Gesamtwerte der Lebensqualität von über 0,5 kann eine Ähnlichkeit der Instrumente angenommen werden. Bei einer Korrelation von unter 0,5 muss von einer Unterschiedlichkeit der Instrumente ausgegangen werden. Erst bei einem hohen (oder sehr hohen) Zusammenhang von über 0,5 gehe ich davon aus, dass ähnliche Dimensionen gemessen werden. Bei der Auswahl des Grenzwertes des Korrelationskoeffizienten richte ich mich nach der Literatur. Cohen spricht ab 0,5 von einem starken Zusammenhang (vgl. 1988, S.83) und in Anlehnung daran differenzieren Kuckartz et al. (vgl. 2010, S.195) noch einmal und sprechen bei 0,5-0,7 von hohem und darüber hinaus von sehr hohem Zusammenhang.

H3.1 - Wenn “Autonomie” (SLQA) und “Physisch” (WHOQOL-BREF) eine Korrelation von mindestens 0,5 aufweisen, dann messen sie die gleichen Konstrukte.

H3.2 - Wenn “Sicherheit”, “Akzeptanz” (SLQA) und “Psychisch” (WHOQOL-BREF) eine Korrelation von mindestens 0,5 aufweisen, dann messen sie die gleichen Konstrukte.

Erläuterung: Die Analyse der Ähnlichkeit von Konstrukten verfolgt zum einen das Ziel Redundanz zu ermitteln und zu reduzieren. Zum anderen kann dadurch die inhaltliche Ausrichtung der Konstrukte konkretisiert werden. Obwohl SLQA und WHOQOL-BREF sich insgesamt inhaltlich unterscheiden, gibt es Items, die einem ähnlichen Gesamtkonstrukt zuordenbar sind. Die SLQA Dimension „Autonomie“ beinhaltet Items, die beim WHOQOL-BREF in die Domäne „Physisch“ passen. Inhalt ähnlich sind auch die Domäne „Psychisch“ des WHOQOL-BREF und die SLQA Dimensionen „Sicherheit“ und „Akzeptanz“. In der Dimension Sicherheit geht es sowohl um Orientierung und Zurechtfinden im Haus, um Ängste und die Möglichkeiten des Absperrens. Defizite in diesen Bereichen stehen in Verbindung zu negativen Gefühlen. Dem gegenüber ste-

hen Akzeptanz und erfüllende soziale Beziehungen in Verbindung mit positiven Gefühlen. Positive und negative Gefühle sind Teil der psychischen Dimension im WHOQOL-BREF. Bei einer Korrelation von über 0,5 kann eine Ähnlichkeit der Konstrukte angenommen werden. Bei einer Korrelation von unter 0,5 muss von unterschiedlichen Konstrukten ausgegangen werden. Der Grenzwert des Korrelationskoeffizient ist, wie schon erwähnt, angelehnt an Cohen (1988) und Kuckartz et al. (2010).

H3.3 - Je höher der Betreuungsbedarf von BewohnerInnen, desto weniger relevant sind gesundheitsbezogene Aspekte (Physisch und Psychisch des WHOQOL-BREF), aber desto wichtiger werden "Autonomie", "Sicherheit" und "Akzeptanz" (SLQA).

Erläuterung: Die inhaltliche und methodische Ausrichtung der Erhebungsinstrumente legt eine unterschiedliche Eignung für die Zielgruppe von BewohnerInnen der stationären Altenbetreuung nahe. Neben den vor allem methodisch ausgelegten Hypothesen fokussiert die letzte Hypothese einen stärker inhaltlichen Aspekt. Nach den SLQA Annahmen sind nicht allgemeine physische und psychische Aspekte relevant für die subjektive Lebensqualität, sondern vor allem Erfahrungen in der Lebenswelt. Weiter wird in der Literatur beschrieben, dass im Alter die Bedeutung von Gesundheit für Lebensqualität abnimmt und das Gefühl von Sicherheit wichtiger wird. Im Vergleich der Wohnformen Apartment und Station zeigen daher die SLQA Dimensionen (Autonomie, Empathie, Privatheit, Sicherheit, Akzeptanz) stärkeren Einfluss auf Lebensqualität als physische und psychische Aspekte des WHOQOL-BREF.

4. Messung von subjektiver Lebensqualität in der Altenbetreuung: Vergleich der Erhebungsinstrumente EQ-5D, WHOQOL-BREF und SLQA

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Messung der subjektiven Lebensqualität in der stationären Altenbetreuung. Spezieller Fokus ist, was die im GHKA_Bew übernommenen Teile der drei Instrumente leisten, welche Ähnlichkeiten und Unterschiede sie aufweisen. Dabei sollen die (Teile der) Erhebungsinstrumente gegenübergestellt und verglichen werden. Das ermöglich Kürzungspotenzial zu eruieren. Große Ähnlichkeit deutet auf eine tendenzielle Verdoppelung hin, die zwar im Projekt in Bezug auf Datenvielfalt relevant war, aber für Evaluation bzw. Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen weniger zielführend erscheint. Deutliche Unterschiede weisen auf komplementäre Beziehungen bzw. Dimensionen hin. Je nach Zweck der Untersuchung und in diesem Setting auch nach verschiedenen Wohnformen sind andere Dimensionen und Indikatoren zentral. Der Vergleich der Erhebungsinstrumente ermöglicht relevante Dimensionen und umsetzbare Komplexität der Befragung im Setting der stationären Altenbetreuung einzuschätzen.
Nach einer anfänglichen inhaltlichen und methodischen Gegenüberstellung erfolgt eine Darstellung deskriptiver Ergebnisse für jedes der drei Instrumente. Anschließend werden die berechneten Gesamtwerte der Lebensqualität verglichen und die erhobenen Subkategorien von Lebensqualität analysiert.

4.1 Gegenüberstellung inhaltlicher und methodischer Aspekte, der im GHKA_Bew übernommen Teile der drei Erhebungsinstrumente

Nachfolgend soll ein Überblick über verschiedene inhaltliche und methodische Aspekte der drei Erhebungsinstrumente gegeben werden. In Abbildung 7 findet sich eine schematische Darstellung der Themen und Aspekte von Lebensqualität in den verschiedenen Erhebungsinstrumenten.

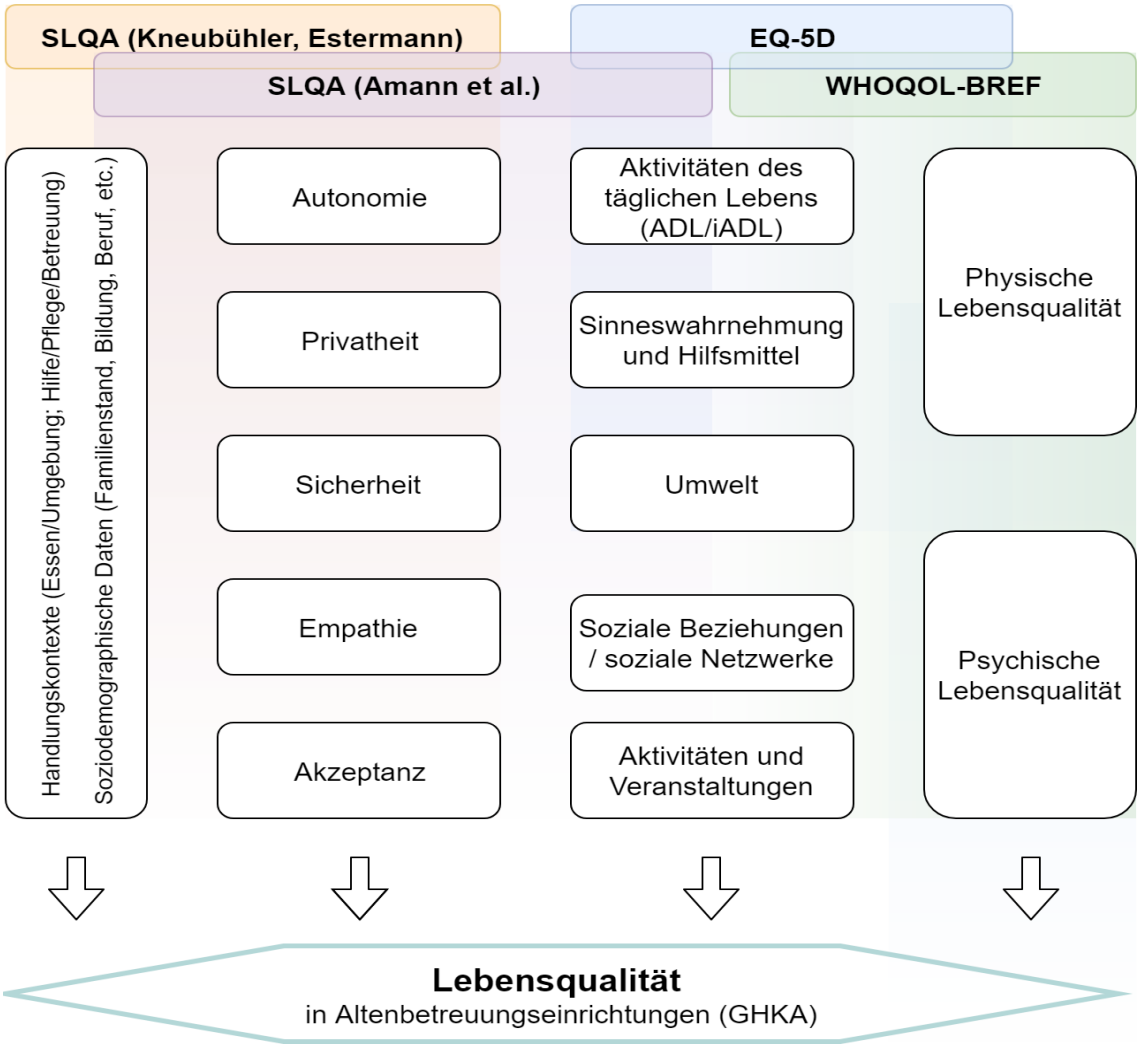

Abbildung 7 – Themen und Aspekte der Lebensqualität in den verschiedenen Erhebungsinstrumenten, die in GHKA_Bew eingeflossen sind.

Nachfolgende Tabelle 12 stellt die drei Erhebungsinstrumente gegenüber und vergleicht Aspekte, die bei der Auswahl eines Instrumentes hilfreich sein können.

Alle Instrumente benennen die Aspekte der Lebensqualität, die sie erheben, anders, was einen inhaltlichen Vergleich schwierig macht. Bezüglich der Themen, die vorkommen, gibt es zum Teil Überschneidungen. EQ-5D und WHOQOL haben eher einen Fokus auf personen- und gesundheitsbezogenen Aspekten bzw. Fähigkeiten, während SLQA auch persönliche Präferenzen und vor allem auch situative und umweltbezogene Aspekte berücksichtig. Bezüglich Operationalisierungen und Datenniveaus unterscheiden sich alle drei. Allerdings kann durch Indexbildung bei allen ein höheres Skalenniveau erreicht werden. Bezüglich Erhebungsart ist für den SLQA ein Interview vorgesehen, WHOQOL fungiert als Selbsteinschätzungsbogen und EQ-5D kann in verschiedenen Formen eingesetzt werden. Im Gegensatz zu den anderen beiden gibt es für SLQA keine Auswertungsvorschriften, wodurch sich der Aufwand der Auswertung enorm erhöht. EQ-5D ist was Fragenanzahl, Durchführungsdauer und Auswertungs-

aufwand betrifft unschlagbar und eignet sich gut für klinische Settings und auch für Vorher/Nachher-Vergleiche. SLQA ist als einziger auf die Zielgruppe der BewohnerInnen spezialisiert und ist eher gedacht für Qualitätsentwicklung.

	EQ-5D	**WHOQOL-BREF**	**SLQA**
LQ-Aspekte, Dimensionen / Domänen	Keine Unterteilung	Global, Physisch, Psychisch, Mobilität	Autonomie, Empathie, Privatheit, Sicherheit, Akzeptanz
Themen	Beweglichkeit und Mobilität, Selbstversorgung, Alltägliche Tätigkeiten, Schmerzen, Angst und Niedergeschlagenheit, Gesundheit	Schmerzen, medizinische Behandlung, Energie, Schlaf, Konzentration, Fortbewegen, Leben sinnvoll, Leben genießen, Selbstakzeptanz, Alltägliche Tätigkeiten, Arbeitsfähigkeit, negative Gefühle, Zufriedenheit mit Gesundheit, Zufriedenheit mit Mobilität	Autonomie bei der Auswahl von Lieblingskleidung, Lieblingsort, Aktivitäten des täglichen Lebens, Unterstützung, Selbstständigkeit, Hobbies, Aktivitäten und Veranstaltungen, Zimmer, Privatsphäre, Sicherheit, Ängste, Beziehung zu Personal und Bewohnern, Besuche, Essen, Pflege
Operationalisierung	3 Antwortkategorien (keine, einige, extreme Probleme)	5-stufige Likert-Skala (von 1 bis 5, gar nicht bis sehr gut/ äußerst)	Offene Fragen oder dichotome Antwortkategorien (Ja/Nein), Forced-Choice-Technik
Datenniveau auf Itemebene	ordinal	quasi metrisch	nominal
Vorgeschlagene Art der Erhebung	Schriftlich – Selbstausfüller, Face-to-Face Interview	Schriftlich - Selbstausfüller	Face-to-Face-Interview
Durchführungsdauer	5 Minuten	5-10 Minuten	20 Minuten
Einsatzzweck	Klinische Studien (vorher/nachher), Gesundheitsbefragungen, Evaluation von Gesundheitsdienstleistungen	Klinische Settings, PatientInnen,	Qualitätssicherung und -entwicklung in Altenbetreuungseinrichtungen
Zielgruppe	Alle Menschen und Patienten	Verschiedene Personengruppen (WHOQOL-OLD für alte Menschen)	BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen
Übernommene Teile (%)	100%	Etwa 60%	Etwa 70%

Auswertungs-vorschrift	Ja (Syntax und Durchschnittswerte für Gewichtung anforder-bar)	Ja (Syntax in Handbuch und als CD-Rom)	Nein
Auswertungsdauer bis Gesamtwert	8h	32h	96h
Anzahl der Fragen	5 Fragen zu LQ und 1 Gesundheit, Insgesamt 6	2 Global, 7 Phy-sisch, 6 Psychisch, 4 Mobilität, Insgesamt 19	7 offene Fragen, 44 Ja/Nein Fragen, 13 Ja/Nein Filterfragen, Insgesamt 64
Fehlende Antwor-ten	Nur 7 fehlende Ant-worten bei LQ Fragen	3-21 fehlende Ant-worten in Indizes	Nicht auswertbar

Tabelle 12 – Gegenüberstellung wesentlicher inhaltlicher und methodischer Aspekte der drei Erhebungsinstrumente.

Ein bisschen genauer soll es nun noch um fehlende Antworten gehen, da sich Hypothese 1 darauf bezieht. EQ-5D hat bei allen Fragen zur Lebensqualität nicht mehr als 7 fehlende Antworten. Neben der geringen Differenzierung der Antworten ist hier auch die mittige Lage im Erhebungsinstrument unterstützend. WHOQOL hat einen höheren Differenzierungsgrad. Allerdings gibt es auch hier nur zwischen 3 und 21 fehlende Antworten in den Einzelfragen. Dies könnte daran liegen, dass WHOQOL als erstes im Interview erfragt worden ist und die Aufmerksamkeit der Befragten gut war. Auch die Führung als Interview und nicht als Selbstausfüller kann die Anzahl an fehlenden Antworten (positiv) beeinflussen. Die fehlenden Antworten des SLQA sind nicht direkt auswertbar. Nicht-Antworten sind nicht durchgehend als fehlende Werte kodiert worden. Außerdem gibt es einige Filterfragen, die nicht allen Personen gestellt werden sollen. Darüber hinaus sieht der SLQA gar nicht vor, dass alle Personen alle Fragen beantworten, solange die Mindestanzahl an Fragen pro Dimension beantwortet ist. Anhand der fehlenden Antworten in dieser Erhebung ist nicht darauf zu schließen, ob nur SLQA oder auch WHOQOL für Personen mit kognitiven, dementiellen Einschränkungen einsetzbar ist. Hypothese 1, dass höhere Antwortdifferenzierung zu höherer Anzahl an fehlenden Werten führt, also, dass beim WHOQOL mehr fehlende Antworten zu erwarten sind, kann nicht bestätigt werden. Aufgrund der oben angeführten methodischer Überlegungen liefert der Vergleich fehlender Werte zwischen SLQA und WHOQOL hierfür keine aussagekräftige Antwort.

4.2 Deskriptive Ergebnisse der drei Erhebungsinstrumente

In diesem Kapitel erfolgt eine deskriptive Darstellung der Ergebnisse (auf Itemebene) nach den Erhebungsinstrumenten. Ein Vergleich der Gesamtwerte zur Lebensqualität befindet sich im darauffolgenden Kapitel.

*4.2.1 **EQ-5D***

Im EQ-5D gibt es 5 Variablen, die die Lebensqualität beschreiben. Diese haben jeweils 3 Antwortmöglichkeiten, die keinen, mäßigen und extremen Problemen entsprechen. Nachfolgende Abbildung 8 gibt einen Überblick über die EQ-5D-Lebensqualitäts-Variablen. Die Variablen sind von oben nach unten geordnet nach der Kategorie „keine Probleme“.

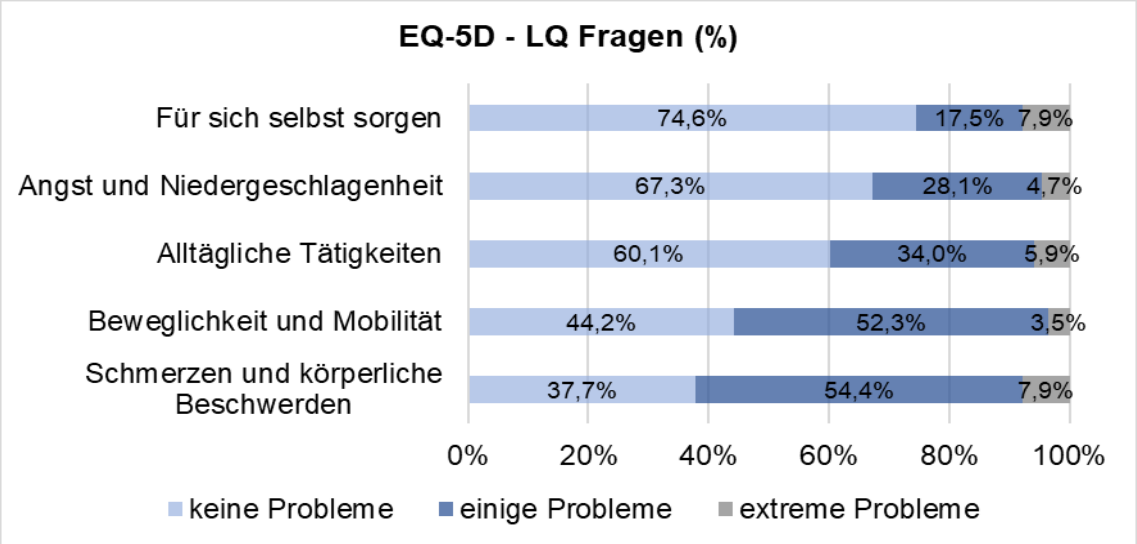

Abbildung 8 – Fünf Fragen der Lebensqualität im EQ-5D (in %)

Insgesamt zeigt sich, dass extreme Probleme in den verschiedenen Variablen eher selten sind. Sie liegen zwischen 3,5% („Beweglichkeit und Mobilität“) und 7,9% („Schmerzen“ und „Für sich selbst sorgen“). Die Variation zwischen keinen und einigen Problemen ist größer. Am wenigsten Probleme und Einschränkungen gibt es bei „Angst und Niedergeschlagenheit“ (67,3%) und bei „Für sich selbst sorgen“ (74,6%). In etwa die Hälfte der Befragten gibt an einige Probleme bei „Beweglichkeit und Mobilität“ (52,3%) zu haben und ebenfalls einige Schmerzen zu haben (54,4%). Die Tabelle zu Abbildung 8 befindet sich im Anhang (Tabelle 28), dort findet sich auch eine Aufteilung nach Einrichtungen. Insgesamt zeigen sich über die Häuser hinweg keine großen Unterschiede. Auffällig ist nur, dass Haus C gegenüber A und B meist die wenigsten Antworten bei „keine Probleme“ hat.

Die Einzelvariablen wurden zu einem Summenindex zusammengefasst und normiert, sodass die Ergebnisse sich im Wertebereich 0 bis 1 befinden. Wie man an den Einzelvariablen sehen kann, ist der EQ-5D-Index ein Index, der Probleme und Einschränkungen aufzeigt. Niedrige Werte bedeuten ursprünglich wenig Beschwerden und Probleme und somit eine hohe Lebensqualität. Für bessere Vergleichbarkeit wurde der Index so umgeformt, dass hohe Werte hohe Lebensqualität darstellen. Der Mittelwert des EQ-5D-Lebensqualitätsindex liegt bei 0,76. Wenn man die Perzentile betrachtet, sieht man, dass nur 25% der Personen ihre Lebensqualität mit einem Wert unter 0,6 angeben.

50% der BewohnerInnen geben einen Wert bis 0,8 an. Das heißt auch, dass ebenfalls 50% der BewohnerInnen einen LQ-Wert zwischen 0,8 und 1 besitzen, also ihre Lebensqualität (sehr) gut einschätzen.

Weiters wird im EQ-5D der Gesundheitszustand über eine visuelle Analogskala (VAS, von 0-100) abgefragt. Diesen habe ich ebenfalls auf den Wertebereich 0 bis 1 normiert. Hier bedeuten hohe Werte eine gute Gesundheit. Der Mittelwert liegt bei 0,59. Einen Überblick über die statistischen Kennzahlen des EQ-5D-Lebensqualitätsindex und des EQ-5D-Gesundhietszustandes gibt nachfolgende Tabelle 13.

EQ-5D-LQ Index			**EQ-5D-Gesundheitszustand**		
N	**Gültig**	338	**N**	**Gültig**	333
	Fehlend	7		**Fehlend**	12
Mittelwert		0,76	**Mittelwert**		0,59
Std.-Abweichung		0,19	**Std.-Abweichung**		0,19
Varianz		0,04	**Varianz**		0,04
Minimum		0,10	**Minimum**		0,00
Maximum		1,00	**Maximum**		1,00
Perzentile	**25**	0,60	**Perzentile**	**25**	0,50
	50	0,80		**50**	0,55
	75	0,90		**75**	0,70

Tabelle 13 - Statistische Kennzahlen des EQ-5D Lebensqualitätsindex und des EQ-5D Gesundheitszustandes

Den Unterschied zwischen Lebensqualität und Gesundheitszustand sieht man ebenfalls in den Boxplots der nachfolgenden Abbildung 9. Der Median des Gesundheitszustandes (EQ5Dgesund) liegt deutlich unter dem des Lebensqualitätsindex (EQ5D_gesamt). Während sich die mittleren 50% der Befragten bei der Lebensqualität zwischen 0,6 und 0,9 befinden, liegen diese beim Gesundheitszustand zwischen 0,5 und 0,7.

Abbildung 9 – Boxplot für den Lebensqualitätsindex (EQ5D_gesamt) und den Gesundheitszustand (EQ5Dgesund) des EQ-5D Instrumentes

Der EQ-5D-Lebensqualitätsindex und der EQ-5D-Gesundheitszustand sind nicht unabhängig voneinander, sie weisen eine positive Korrelation von 0,5 auf, bei einem Signifikanzniveau von 0,01 (Tabelle 30 im Anhang). Daraus kann man ableiten, dass mit besserem Gesundheitszustand, auch der Lebensqualitätswert steigt.

*4.2.2 **WHOQOL-BREF***

Im GHKA_Bew befinden sich verschiedene Teile des WHOQOL-100/BREF. Aus dem WHOQOL-BREF wurden die Domänen „Global“, „Physisch“ und „Psychisch“ übernommen. Zusätzlich wurde die Facette „Mobilität“ (Domäne „Unabhängigkeit“) aus dem WHOQOL-100 inkludiert. Alle Items wurden so umgepolt, dass hohe Werte hohe Lebensqualität bedeuten.

In der Domäne „Global“ sind zwei Items zur Lebensqualität und Zufriedenheit mit Gesundheit enthalten. Nachfolgende Abbildung 10 zeigt die Verteilung der Antworten. Wert 1 bedeutet „schlecht“ / „unzufrieden“ und Wert 5 „gut“ / „sehr zufrieden“.

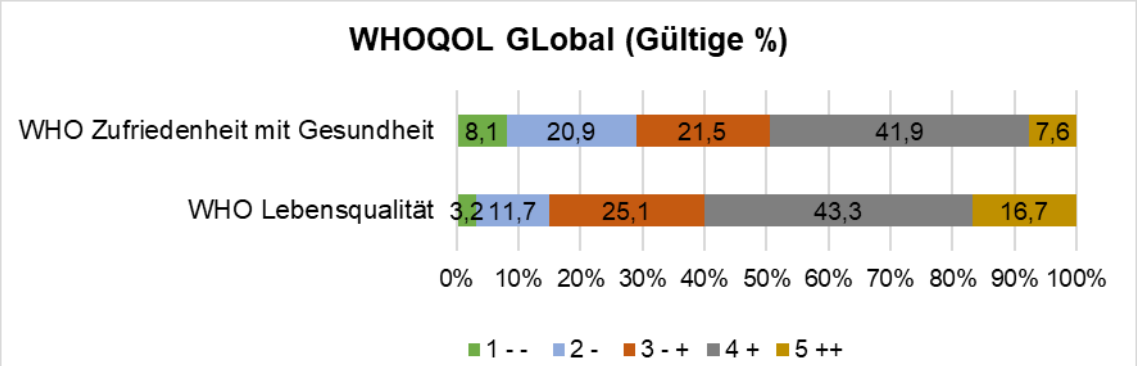

Abbildung 10 – Items der Domäne „Global“ des WHOQOL-BREF

Auch hier wird Lebensqualität insgesamt besser bewertet als die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit. Während bei Lebensqualität 16,7% der Befragten die Bestnote vergeben, sind es bei der Zufriedenheit mit Gesundheit nur 7,6%. Gar nicht zufrieden mit ihrer Gesundheit sind 8,1% der BewohnerInnen, nur 3,2% geben eine ganz schlechte Lebensqualität an.

In der Domäne „Physisch“ gibt es sieben Items (Fortbewegen können, Arbeitsfähigkeit, alltägliche Dinge erledigen, Schlaf, Energie, auf medizinische Behandlung angewiesen und Behinderung durch Schmerzen). Dieser sind wiederum nachfolgend dargestellt (Abbildung 11). Wert 1 bedeutet niedrigste Einschränkungen und Fähigkeiten, der Wert 5 bedeutet äußerst gute Fähigkeiten, keine Beschwerden. Die Items sind von oben nach unten geordnet nach der häufigsten Nennung des Wertes 5.

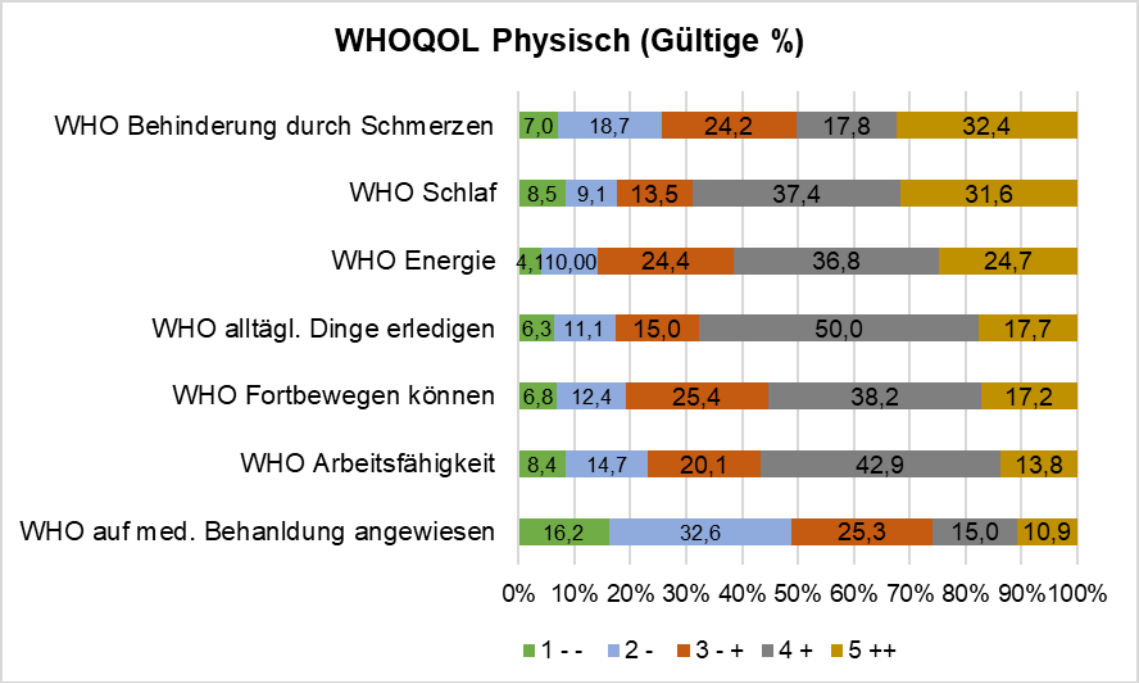

Abbildung 11 – Items der Domäne „Physisch“ des WHOQOL-BREF

Insgesamt überwiegen die positiven Kategorien (Werte 4 und 5). In fast allen Items (außer „auf med. Behandlung angewiesen“) geben mindestens die Hälfte der Befragten die beiden besten Kategorien an. Wenn man beispielsweise „WHO Fortbewegen können“ betrachtet, sind es insgesamt 55,4% (38,2% + 17,2%), die sich ziemlich gut und äußerst gut fortbewegen können. Mit über 30% wird bei „Schlaf“ und „(keine) Schmerzen“ die Bestnote vergeben. Besonders viele Befragte sind auf medizinische Behandlung angewiesen.

In der Domäne „Psychisch“ gibt es sechs Items (negative Gefühle, Zufrieden mit sich selbst, Aussehen akzeptieren, Konzentration, Leben sinnvoll und Leben genießen). Die Bewertung erfolgt wie gehabt, je höher der Wert desto besser die Fähigkeit und desto geringer die Probleme. Die Items sind von oben nach unten geordnet nach der häufigsten Nennung des Wertes 5.

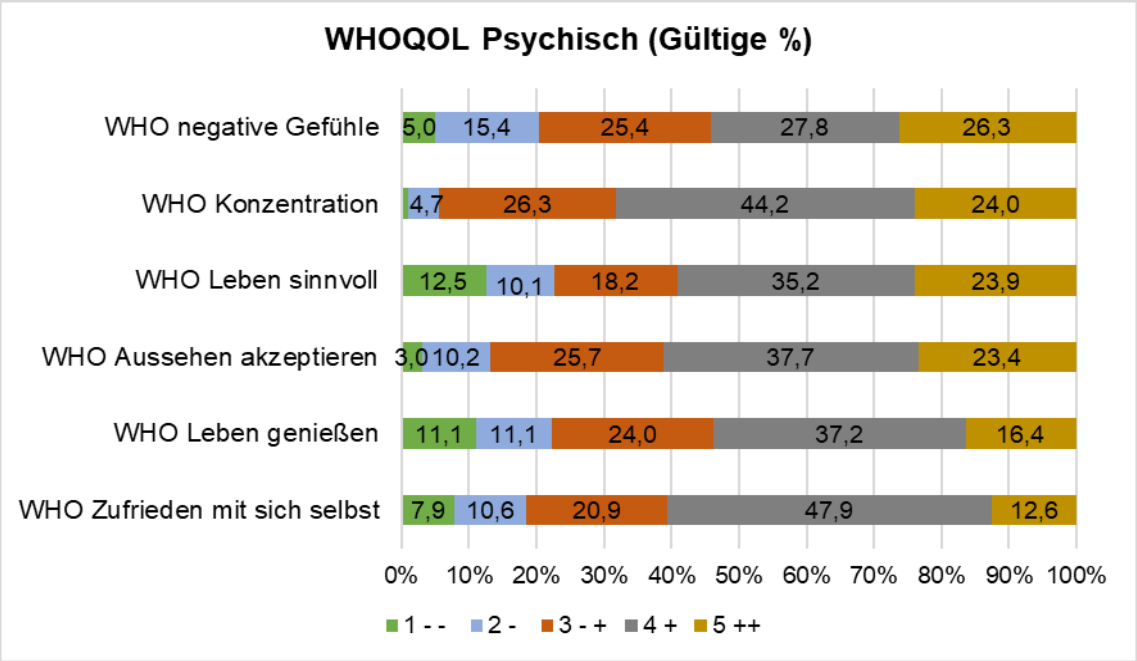

Abbildung 12 – Items der Domäne „Psychisch“ des WHOQOL-BREF

Wie in Abbildung 12 zu sehen ist, unterscheiden sich die einzelnen Items nicht besonders stark voneinander. Wieder mindestens die Hälfte der Befragten gibt die beiden positiven Antwortkategorien an. „WHO Konzentration“ scheint mit wenigen negativen und vielen positiven Bewertungen insgesamt ganz gut sein, während bei „Zufriedenheit mit sich selbst“ und „Leben genießen“ am seltensten die Bestnote vergeben wird. „Leben sinnvoll“ und „Leben genießen“ haben die häufigsten Nennungen mit dem Wert 1 (überhaupt nicht).

Ein sehr ähnliches Bild zeigt sich in der nachfolgenden Abbildung 13 bei „Mobilität“ (Items: Fortbewegen können, Probleme bei Fortbewegung, Einschränkungen durch Mobilitätsdefizit und Zufriedenheit mit Fortbewegung). Es gibt wenig Unterschiede zwischen den Items und etwa die Hälfte der Personen bewertet die Fragen positiv. Über 50% der Befragten können sich ziemlich bis äußerst gut fortbewegen und sind zufrieden damit. Probleme bei der Fortbewegung und Einschränkungen durch ein Mobilitätsdefizit erleben etwas über 20% der BewohnerInnen. Die Items sind von oben nach unten geordnet nach der häufigsten Nennung des Wertes 5.

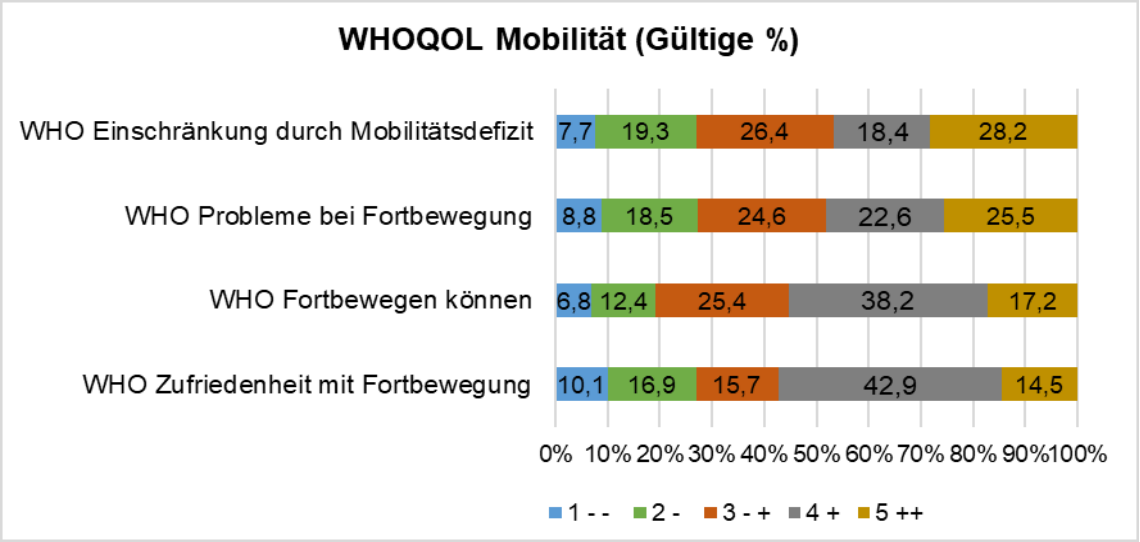

Abbildung 13 – Items der Facette „Mobilität“ des WHOQOL-100

Für das WHOQOL-Instrument konnten vier Indizes berechnet werden: WHOPhysisch, WHOPsychisch, WHOMobil und WHOGlobal. Die geringen Unterschiede zwischen den Items zeigen sich auch hier, alle Indizes haben einen Mittelwert von etwa 0,6. Der Mittelwert der Domäne Psychisch ist ein wenig höher. Die Domänen Physisch, Mobilität und Global sind sehr ähnlich. Die Unterschiede zwischen den Häusern liegen im einstelligen Prozentbereich. Nachfolgende Tabelle 14 gibt einen Überblick, eine ausführlichere Tabelle (mit Minimum, Maximum und Perzentilen) befindet sich im Anhang (Tabelle 34).

		Einrichtung			
		Haus A	**Haus B**	**Haus C**	**Gesamt**
WHOPhysisch	**Mittelwert**	0,63	0,60	0,60	**0,61**
	Standardabweichung	0,20	0,17	0,19	0,19
	Fehlend	1	2	5	8
	Gesamtzahl	119	105	121	345
WHOPsychisch	**Mittelwert**	0,67	0,64	0,61	**0,64**
	Standardabweichung	0,19	0,16	0,20	0,19
	Fehlend	2	4	2	8
	Gesamtzahl	119	105	121	345
WHOMobil	**Mittelwert**	0,61	0,61	0,58	**0,60**
	Standardabweichung	0,28	0,23	0,29	0,27
	Fehlend	1	1	5	7
	Gesamtzahl	119	105	121	345
WHOGlobal	**Mittelwert**	0,61	0,62	0,57	**0,60**
	Standardabweichung	0,23	0,22	0,23	0,23
	Fehlend	0	1	0	1
	Gesamtzahl	119	105	121	345

Tabelle 14 - Statistische Kennzahlen der WHO-Indizes

Aus den Indizes wurde über das arithmetische Mittel ein Gesamtwert der Lebensqualität berechnet. Nachdem die Domäne „Global“ selbst eine Einschätzung der Lebensqualität enthält, wird diese nicht in den Gesamtindex inkludiert. Der Gesamtwert WHO_gesamt3 enthält somit die drei Domänen „Physisch“, „Psychisch“ und „Mobilität“. In Abbildung 14 sieht man diese Domänen im Vergleich zum Gesamtwert anhand von Boxplots. Der Median liegt für alle Domänen zwischen 0,61 (WHOPhysisch) und 0,67 (WHOPsychisch). Die Weite zwischen dem 1. und 3. Quantil liegt bei 0,24 (Physisch, Gesamt), 0,29 (Psychisch) und mit 0,38 bei Mobilität deutlich höher.

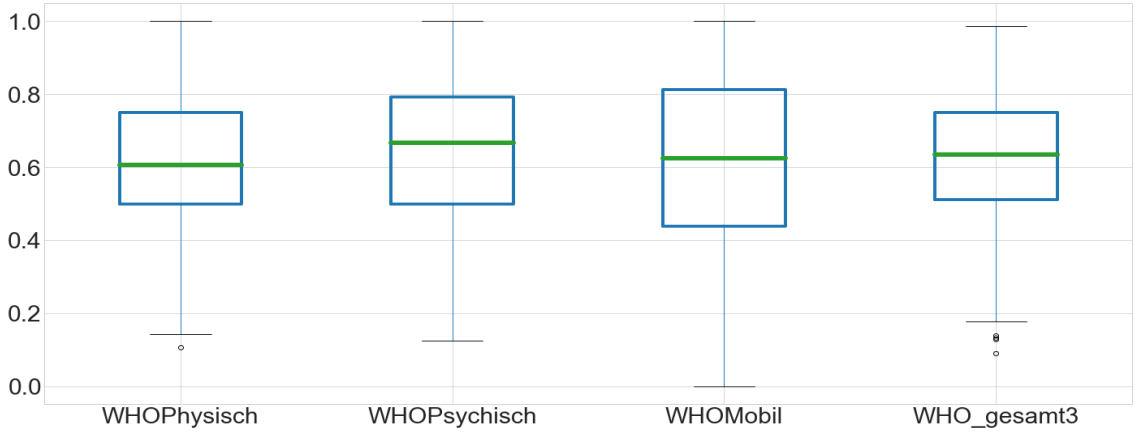

Abbildung 14 – Boxplots der WHO-Indizes, die in den Gesamtindex der Lebensqualität (WHO_gesamt3) eingegangen sind

Diese Ähnlichkeit der Domänen und des Mittelwerts zeigt sich auch in ihrer Korrelation, Tabelle 15. Die Domäne „Physisch“ korreliert hoch mit „Mobilität“ (0,73), aber auch mit „Psychisch“ (0,62). „Psychisch“ und „Mobilität“ korrelieren weniger, aber immer noch hoch mit 0,52. Insgesamt liegt die Korrelation der Domänen mit dem Gesamtwert zwischen 0,8 und 0,9. Dh. jede einzelne Domäne hat einen starken Zusammenhang mit dem Gesamtwert. Aufgrund der hohen Korrelation untereinander scheinen eher ähnliche Aspekte der Lebensqualität abgefragt zu werden. Alle Korrelationen sind hoch signifikant bei einem Signifikanzniveau von 0,01. Eine ausführliche Tabelle mit Korrelationen und Signifikanzniveaus befindet sich im Anhang (Tabelle 35). Im WHO-Instrument zeigen sich sehr geringe Unterschiede, sowohl auf der Itemebene als auch bei den Indizes, jedoch eine hohe Korrelation zwischen den Indizes. Eine Erklärung für die Ähnlichkeit bzw. auch die Nähe zur Mitte ist, dass oft Randkategorien nicht angegeben werden bzw. es die Tendenz zur Mitte als Antwortschema gibt. Wenn man die Items inhaltlich betrachtet, so ist die Zuordnung zu den Domänen nicht immer eindeutig. Durch explorative Faktorenanalyse über die Items jeder Dimension zeigt sich auch, dass nur Mobilität auf einen Faktor lädt. Bei den anderen Dimensionen gibt es mehrere zugrundeliegende Faktoren. Auch die hohe Korrelation deutet darauf hin, dass die Indizes ähnliche Konstrukte messen. Weiters könnte es sein, dass die Art der Datener-

hebung als Interview und nicht als Selbst-Ausfüller zu dieser Ähnlichkeit beiträgt. Die Interviewform lässt einen gewissen Interpretationsspielraum von Seiten der Interviewer beim Dokumentieren des Gesprächs zu. Die Ähnlichkeit der Fragen könnte auch über das Mittel aller Befragten entstanden sein. Insgesamt wird es BewohnerInnen geben die mehr psychische oder mehr physische Defizite aufweisen, aber im Durchschnitt sind alle Bereiche ähnlich ausgeprägt. Die Ähnlichkeit als Durchschnitt aller Befragten könnten mit weiteren Subgruppenanalyse, wie beispielsweise nach Wohnbereichen, überprüft werden.

	WHOPhysisch	**WHOPsychisch**	**WHOMobil**	**WHO_gesamt3**
mean	0,61	0,64	0,60	0,62
std	0,19	0,19	0,27	0,19
	WHOPhysisch	**WHOPsychisch**	**WHOMobil**	**WHO_gesamt3**
WHOPhysisch	1	0,62	0,73	0,89
WHOPsychisch	0,62	1	0,52	0,80
WHOMobil	0,73	0,52	1	0,90
WHO_gesamt3	0,89	0,80	0,90	1

Tabelle 15 - Korrelation der WHO-Indizes mit dem Gesamtwert der Lebensqualität des WHO-Instrumentes (WHO_gesamt3)

4.2.3 SLQA

Im SLQA wird Lebensqualität anhand von fünf Dimensionen (Autonomie (A), Empathie (E), Privatheit (P), Sicherheit (S) und Akzeptanz (Z)) über zwei Handlungskontexte (Hilfe/Pflege und Betreuung (H); Essen und Umgebung (U)) abgefragt. Die Handlungskontexte bestehen wiederum aus einzelnen Fragen, die ihrerseits aus einzelnen Items bestehen. Vorerst soll ein Überblick auf Itemebene gegeben werden.

Items der Dimension Autonomie im Handlungskontext Hilfe/Pflege und Betreuung (gekennzeichnet durch AH) werden in nachfolgender Abbildung 15. dargestellt. Bei der Itembeschriftung gibt der erste Buchstabe die Dimension und der zweite Buchstabe den Handlungskontext an, die Nummerierung bezieht sich auf die ursprünglich im SLQA vorgesehenen Nummern. Im Anhang befinden sich Tabellen mit genaueren Informationen über Anzahl und Prozent der Befragten zu allen Balkendiagrammen (Tabellen 36-41).

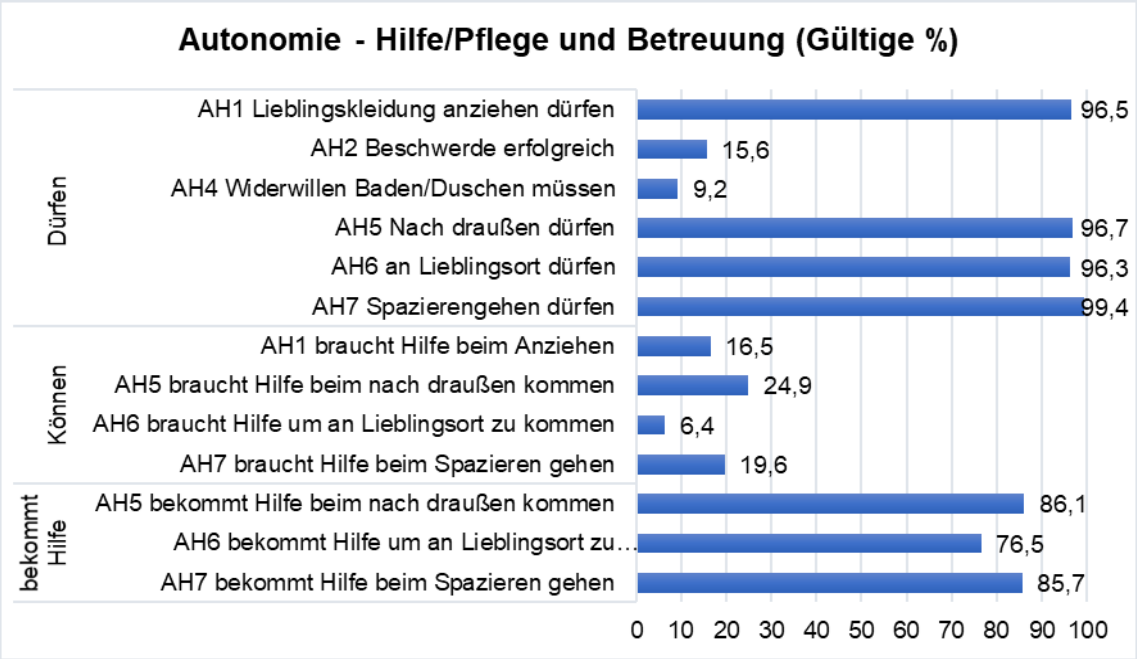

Abbildung 15 – Items der SLQA Dimension „Autonomie“ im Handlungskontext „Hilfe/Pflege und Betreuung“

Die Datenbeschriftung erfolgt durch gültige Prozent, da nicht alle Fragen allen Personen gestellt wurden. Items aus den Bereichen Entscheidungsautonomie („Dürfen“) und Handlungsautonomie („Können“) sind an beinahe alle BewohnerInnen gestellt worden, während Items aus dem Bereich „bekommt Hilfe“ nur an Personen gestellt wurde, die im Bereich „Können“ mit „Nein“ geantwortet haben, also hier Unterstützungsbedarf aufweisen.

Die Items, die auf Entscheidungsautonomie (Dürfen) abzielen, haben durchgehend sehr hohe Werte. 96,5% (333/340) der BewohnerInnen dürfen ihre Lieblingskleidung anziehen und fast alle geben an Spazieren gehen zu dürfen. Trotzdem müssen 9,2 % (31/336) der BewohnerInnen Widerwillen Duschen oder Baden. Bei Handlungsautonomie (Können) geht es darum, etwas selbstständig tun zu können. Hier wurde nach benötigter Hilfe gefragt. Der Bedarf an Hilfe, also etwas nicht selbstständig zu können, ist mit durchschnittlich 5-25% eher gering. 24,9% (80/321) der BewohnerInnen brauchen Hilfe, um nach draußen zu kommen und 16,5% (56/340) brauchen Hilfe beim Anziehen. Ob BewohnerInnen Hilfe bekommen, werden sie nur gefragt, wenn sie zuvor genannte Tätigkeiten nicht mehr selbstständig durchführen können. Aufgrund der Filterfragen gibt es hier deutlich weniger Antworten. Durchschnittlich bekommen etwa 80% der BewohnerInnen Hilfe, wenn sie diese brauchen. 62/72 Personen (86,1%) geben an, Hilfe zu bekommen, um nach draußen zu kommen während 76,5% (13/17) bekommen Hilfe, um an ihren Lieblingsort zu gelangen.

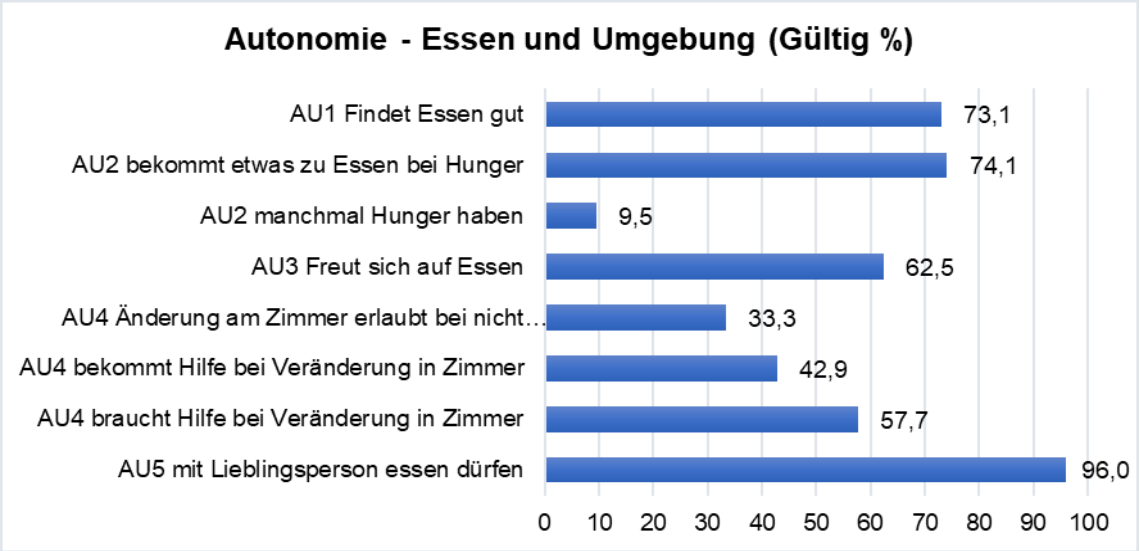

Abbildung 16 – Items der SLQA Dimension „Autonomie“ im Handlungskontext „Essen und Umgebung“

Im Handlungskontext Essen und Umgebung (AU) finden sich unterschiedlichere Ergebnisse, wie in Abbildung 16 zu sehen ist. 73,1% (242/331) der Befragten finden das Essen gut, knapp 10% (32/337) der BewohnerInnen haben manchmal Hunger, davon bekommen aber 20/27 (74,1%) Personen schnell etwas zu Essen. Etwa 33% (23/69) geben an, etwas im Zimmer ändern zu dürfen, wenn etwas nicht passt. Hilfe dabei brauchen wiederum 30/52 Personen (57,7%) und Hilfe bekommen 42,9% (12/28). Mit der „Lieblingsperson“ essen dürfen 96,0%, diese Fragen haben 194/202 Personen mit „Ja“ beantwortet. Auch hier gibt es wieder Filterfragen zu Hilfe brauchen und Hilfe bekommen. Anhand der sich wiederholenden Nummer AU4 sieht man, dass diese Items einer Frage (nämlich AU4) zuzuordnen sind.

Für die Dimension Empathie werden beide Handlungskontexte in nachfolgender Abbildung 17 dargestellt.

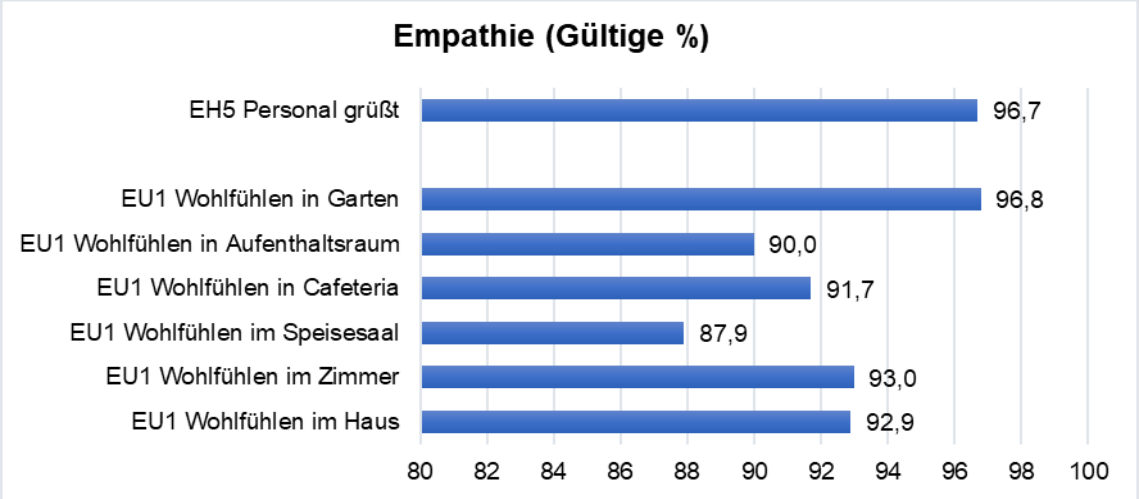

Abbildung 17 – Items der SLQA Dimension „Empathie“ beider Handlungskontexte

In der Dimension Empathie gibt es im Handlungskontext Hilfe/Pflege und Betreuung (EH) nur eine Frage. 96,7% der BewohnerInnen geben an, vom Personal gegrüßt zu werden. Im Handlungskontext Essen und Umgebung (EU) wird das Wohlbefinden in verschiedenen Räumen abgefragt. Wohlfühlen im Haus und im Zimmer liegt bei etwa 93%, dh. nur wenige Befragte fühlen sich dort nicht wohl. Das Wohlfühlen in weiteren Räumen liegt bei ca. 90%. Im Garten ist das Wohlbefinden mit 96,8% (240/248 Personen) am höchsten und im Speisesaal mit 87,9% (240/273 Personen) am niedrigsten.
Items der Dimension Privatheit finden sich in nachfolgender Abbildung 18.

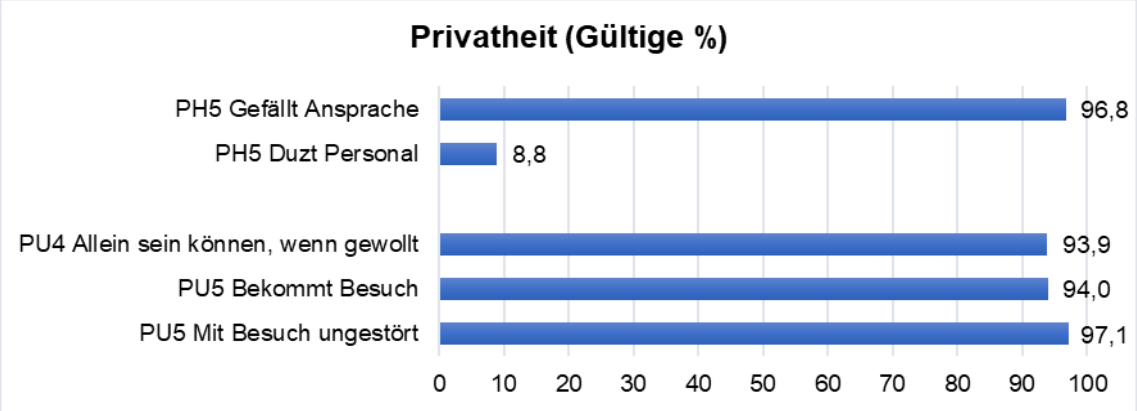

Abbildung 18 – Items der SLQA Dimension „Privatheit“ beider Handlungskontexte

8,8% der BewohnerInnen (29/328) werden vom Personal geduzt. Ob Ihnen das gefällt wurde als Filterfrage formuliert und nur noch an 31 Personen gestellt, von denen 96,8% die Ansprache gefällt. 93,9% geben an allein sein zu können, wenn sie wollen. Mit 94,0% bekommt ein Großteil der BewohnerInnen Besuch, mit diesem kann man die meiste Zeit ungestört sein (97,1%).
In der Dimension Sicherheit (Abbildung 19) im Handlungskontext Hilfe/Pflege und Betreuung (SH) geben 60,2% der BewohnerInnen (197/327) an, Personen vom Personal mit Namen zu kennen. Etwa 15,9% beklagen zu häufigen Personalwechsel (50/315) und knapp 10% (30/309) der Befragten sind es zu viele verschiedene Personen, die die Pflege verrichten. Im Handlungskontext Essen und Umgebung (SU) geben 81,5% (268/329) der BewohnerInnen an ihr Zimmer versperren zu können, dh. aber auch, dass knapp 20% ihr privates Reich nicht absperren können. Etwa 10% der Befragten geben an, vor etwas im Haus Angst zu haben. Ihr Zimmer finden jedoch 96,4% der BewohnerInnen.

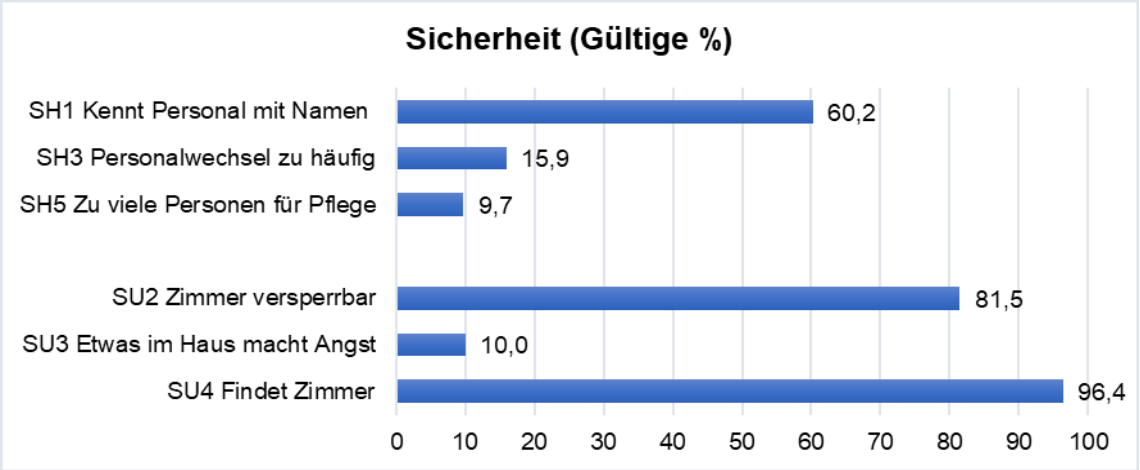

Abbildung 19 – Items der SLQA Dimension „Sicherheit" beider Handlungskontexte

Abschließend finden sich Items der Dimension Akzeptanz in Abbildung 20.

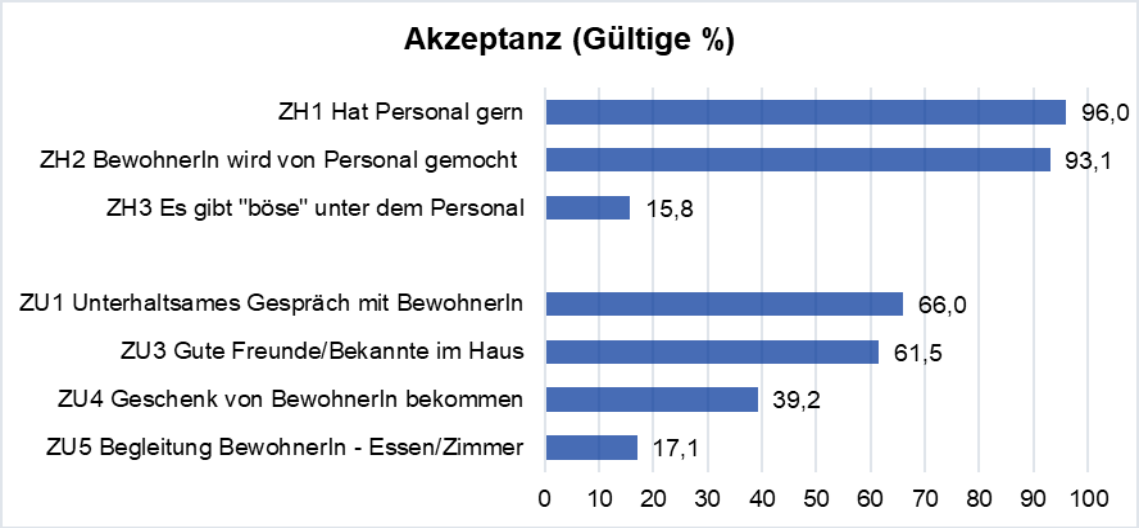

Abbildung 20 – Items der SLQA Dimension „Akzeptanz" beider Handlungskontexte

In der Dimension Akzeptanz geht es im Handlungskontext Hilfe/Pflege und Betreuung (ZH) um Beziehungen und Interaktionen mit dem Personal. 96,0% (310/323) der BewohnerInnen mögen das Personal und 93,1% (269/289) geben an selbst vom Personal gemocht zu werden. Allerdings meinen auch 15,8% (51/322) der BewohnerInnen, dass es „Böse" im Personal gibt. Im Handlungskontext Essen und Umgebung (ZU) geht es um andere BewohnerInnen. Nur 66,0% geben an, mit anderen zu einem unterhaltsamen Gespräch zusammen zu sitzen (217/329). Etwa zwei Drittel haben gute Freunde oder Bekannte im Haus (206/335) und knapp 40% haben von Anderen etwas geschenkt bekommen (130/332). Andere BewohnerInnen aufs Zimmer oder zum Essen begleiten etwa 17,1% (57/333) der BewohnerInnen.

Darstellung der Handlungskontexte und Dimensionen des SLQA

Die Items bzw. Fragen der Dimensionen werden zu Handlungskontexten und der Gesamtdimension zusammengefasst. Jede der Dimensionen ist in die zwei Handlungskontexte „Hilfe/Pflege und Betreuung (h)“ und „Essen und Umgebung (u)“ geteilt. In nachfolgender Tabelle 16 sind Mittelwerte und weitere statistische Kennzahlen der verschiedenen Autonomie-Handlungskontexte zu finden.

	ah	au	a_darf	a_kann	a_hilfe	aDim
mean	0,92	0,77	0,94	0,80	0,76	0,83
std	0,14	0,28	0,12	0,31	0,26	0,19
min	0,33	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00
25%	0,92	0,67	0,86	0,67	0,67	0,67
50%	1,00	1,00	1,00	1,00	0,75	0,88
75%	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
max	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Tabelle 16 - Mittelwerte und statistische Kennzahlen SLQA Dimension "Autonomie" (aDim) [Autonomie-Hilfe/Pflege ah, Autonomie Essen/Umgebung au, Entscheidungsautonomie a_darf, Handlungsautonomie a_kann, Hilfe bekommen a_hilfe]

Autonomie-Hilfe/Pflege und Betreuung (ah) hat einen Mittelwert von 0,92, der deutlich höher ist als in Autonomie-Essen und Umgebung (au) mit 0,77. Bei Autonomie ist die Unterscheidung zwischen Handlungs- und Entscheidungsautonomie sinnvoll, vor allem, wenn BewohnerInnen schon auf Unterstützung angewiesen sind. Entscheidungsautonomie bedeutet in diesem Kontext etwas dürfen (a_darf). Dieser Teilaspekt hat mit 0,94 einen hohen Mittelwert. Auch Handlungsautonomie, etwas können (a_kann), ist mit 0,80 relativ hoch, dh. nur etwa 20% der BewohnerInnen brauchen Hilfe bei alltäglichen Dingen. Zur Autonomie trägt auch bei, wenn BewohnerInnen Hilfe bekommen, wenn sie diese brauchen (a_hilfe). Von den 20% die Hilfe brauchen liegt der Durchschnittswert für Hilfe bekommen bei 0,76 (auch 76%). Insgesamt bekommt so die Dimension Autonomie (aDim) einen Mittelwert von 0,83.

Als nächste Dimensionen werden Empathie (eDim) und Privatheit (pDim) in Tabelle 17 betrachtet. Die Dimension Empathie (eDim) hat mit 0,93 einen höheren Mittelwert als Autonomie. Auch die beiden Handlungskontexte liegen jeweils bei über 0,9, wobei der Handlungskontext Hilfe/Pflege (eh) mit 0,97 höher bewertet wird als Essen/Umgebung (eu) mit 0,9. Diese Werte sind aufgrund der geringen Fragenanzahl mit Vorsicht zu betrachten. Ebenso ist es bei der Dimension Privatheit (pDim). Der Handlungskontext Hilfe/Pflege (ph) ist gar nicht repräsentiert, weil diese im Erhebungsinstrument nicht mit gültigen Fragen vertreten ist. Die Dimension Privatheit (pDim) entspricht daher dem Handlungskontext Essen/Umgebung (pu) mit 0,98. Beschreibung methodischer Entscheidungen bezüglich Inklusion/Exklusion einzelner Fragen finden sich in Kapitel 3.2.

	eh	eu	eDim	pu	pDim
mean	0,97	0,90	0,93	0,98	0,98
std	0,18	0,19	0,14	0,10	0,10
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25%	1,00	0,83	0,92	1,00	1,00
50%	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
75%	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
max	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Tabelle 17 - Mittelwerte und statistische Kennzahlen der SLQA Dimensionen "Sicherheit" (sDim) und "Privatheit" (pDim) [Empathie-Hilfe/Pflege eh, Empathie-Essen/Umgebung eu, Privatheit-Essen/Umgebung pu.Privatheit-Hilfe/Pflege ph ist im Datensatz nicht repräsentiert.]

In den Dimensionen Sicherheit (sDim) und Akzeptanz (zDim) zeigen sich in Tabelle 18 mehr Unterschiede.

	sh	su	sDim	zh	zu	zDim
mean	0,79	0,90	0,85	0,90	0,46	0,67
std	0,26	0,18	0,19	0,22	0,30	0,22
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25%	0,67	0,67	0,83	1,00	0,25	0,50
50%	1,00	1,00	0,83	1,00	0,50	0,75
75%	1,00	1,00	1,00	1,00	0,75	0,88
max	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Tabelle 18 - Mittelwerte und statistische Kennzahlen der SLQA Dimensionen "Sicherheit" (sDim) und "Akzeptanz" (zDim) [Sicherheit-Hilfe/Pflege sh, Sicherheit-Essen/Umgebung su, Akzeptanz-Hilfe/Pflege zh, Akzeptanz-Essen/Umgebung zu.]

In der Dimension Sicherheit wird der Handlungskontext Essen/Umgebung (su) mit 0,9 höher bewertet als Hilfe/Pflege (sh) mit 0,79. Insgesamt ergibt das einen Mittelwert von 0,85 für die Dimension Sicherheit (sDim). Der Handlungskontext Hilfe/Pflege in der Dimension Akzeptanz (zh) fokussiert auf Akzeptanz von und durch das Personal. Hier ergibt sich ein Mittelwert von 0,9. Im Handlungskontext Essen/Umgebung (zu) liegt der Fokus auf Akzeptanz von und durch BewohnerInnen. Hier wird nur ein Mittelwert von 0,46 erreicht. Insgesamt erreicht damit die Dimension Akzeptanz (zDim) einen Mittelwert von 0,67.

Die graphische Darstellung der Dimensionen anhand von Boxplots ermöglicht einen anschaulichen Vergleich (Abbildung 21).

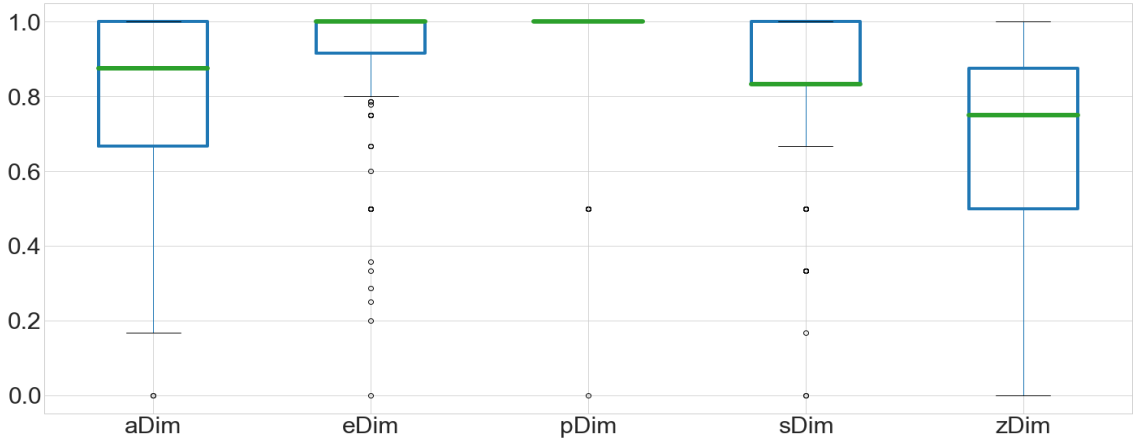

Abbildung 21 – Boxplots der SLQA Dimensionen „Autonomie“ (aDim), „Empathie“ (eDim), „Privatheit“ (pDim), „Sicherheit“ (sDim) und „Akzeptanz“ (zDim)

Die Dimensionen Empathie (eDim) und Privatheit (pDim) schneiden sehr gut ab, der Median (50% Perzentile) liegt beim Maximum 1. Aufgrund der geringen Fragenanzahl erreichen BewohnerInnen hier wenig unterschiedliche bzw. wenig abgestufte Werte. Die geringsten Dimensionswerte werden bei Akzeptanz (zDim) erzielt, hier liegt der Median bei 0,75. Die Dimension Sicherheit (sDim) liegt der Median bei 0,83. Die 75% Perzentile liegt schon bei 1, dh. dass 25% der Befragten den Wert 1 angeben. Selbes gilt für die Dimension Autonomie (aDim), die mit 0,88 den höchsten Medianwert hat.
Die Korrelation der Dimensionen (siehe Tabelle 19) liegt kaum über 0,3. Dimension Autonomie, Sicherheit und Akzeptanz zeigen eine leichte positive Korrelation. Auf Empathie und Privatheit wird aufgrund der Unterrepräsentanz durch geringe Fragenanzahl nicht weiter eingegangen. Alle Korrelationen sind hoch signifikant bei einem Signifikanzniveau von 0,01, außer die Korrelationen mit der Dimension Privatheit. Eine ausführliche Tabelle mit Korrelationen und Signifikanzniveaus befindet sich im Anhang.

	aDim	**eDim**	**pDim**	**sDim**	**zDim**
aDim	1	0,30	0,02	0,25	0,28
eDim	0,30	1	0,06	0,32	0,28
pDim	0,02	0,06	1	-0,02	-0,02
sDim	0,25	0,32	-0,02	1	0,25
zDim	0,28	0,28	-0,02	0,25	1

Tabelle 19 - Korrelationen der SLQA Dimensionen „Autonomie“ (aDim), „Empathie“ (eDim), „Privatheit“ (pDim), „Sicherheit“ (sDim) und „Akzeptanz“ (zDim)

Aus den Dimensionen Autonomie, Sicherheit und Akzeptanz wurde über das arithmetische Mittel der Handlungskontexte der SLQA-Gesamtwert der Lebensqualität berechnet (SLQA_gesamt3). Empathie und Privatheit sind nur mit einzelnen, überdurchschnittlich gut bewerteten Items repräsentiert. Um den Gesamtwert nicht zu verzerren werden sie daher nicht inkludiert. Der Mittelwert des Gesamtwertes liegt bei 0,79.

4.3 Vergleich der berechneten Lebensqualitätswerte

4.3.1 Berechnete Lebensqualität nach den drei Erhebungsinstrumente

Für jedes der Instrumente wurde ein Gesamtwert der Lebensqualität berechnet. Der Gesamtwert des EQ-5D beruht auf einem Summenindex, während die anderen beiden über Mittelwertsbildung erstellt wurden. Die Berechnung erfolgte anhand von Vorschriften der jeweiligen Instrumente, die in Kapitel 3.3 näher beschrieben sind. In nachfolgende Tabelle 20 listet statistische Kennzahlen aller Gesamtwerte auf.

	WHO_gesamt3	EQ5D_gesamt	SLQA_gesamt3
mean	0,62	0,76	0,79
std	0,19	0,19	0,14
min	0,09	0,10	0,22
25%	0,51	0,60	0,71
50%	0,64	0,80	0,81
75%	0,75	0,90	0,90
max	0,99	1,00	1,00

Tabelle 20 - Mittelwerte und statistische Kennzahlen der berechneten Gesamtwerte der Lebensqualität der drei Erhebungsinstrumente

EQ-5D (0,76) und SLQA (0,79) haben einen sehr ähnlichen Mittelwert, während das WHO-Instrument mit 0,62 deutlich darunter liegt. Hiermit kann ein Teil der Hypothese H2.2 bestätigt werden, dass der auf „Problembereiche“ fokussierende WHOQOL einen niedrigeren Mittelwert ergibt. Während SLQA auf Dimensionen fokussiert, bei denen es organisatorische Standards gibt oder zumindest geben sollte. WHOQOL erfragt eher gesundheitsbezogene Aspekte. Nachdem in öffentlichen Einrichtungen mittlerweile Pflegestufe 3 oder mehr Voraussetzung für eine Aufnahme ist, spiegelt dieses Ergebnis die Realität der gesundheitlichen Einschränkungen der BewohnerInnen wieder. EQ-5D ist ähnlich gelagert, misst aber weniger „scharf“ diese Einschränkungen. Der SLQA-Mittelwert hat die geringste Standardabweichung und streut damit weniger. Aufgrund der höheren Fragenanzahl ist der Mittelwert hier stabiler. An den Boxplots (Abbildung 22) sieht man auch, dass die mittleren 50% der Befragten beim SLQA am nächsten um den Mittelwert liegen. Bei SLQA und EQ-5D wird die Bestmarke von einigen Personen erreicht, beim WHOQOL nicht ganz.

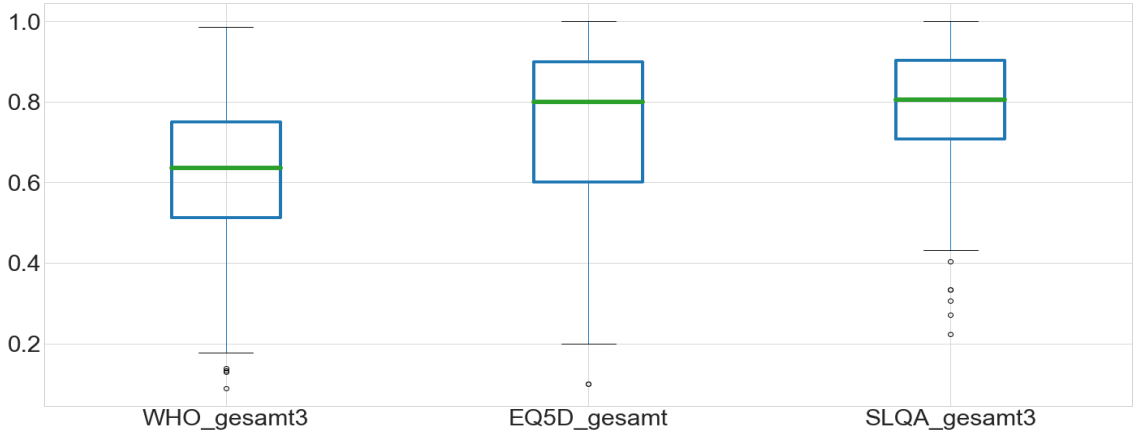

Abbildung 22 – Boxplots der berechneten Lebensqualitätswerte der drei Erhebungsinstrumente

Neben dem Vergleich der Mittelwerte ist auch noch interessant inwieweit die Gesamtwerte miteinander korrelieren (Abbildung 23). Alle Korrelationen sind hoch signifikant bei einem Signifikanzniveau von 0,01. Eine ausführliche Tabelle mit Korrelationen und Signifikanzniveaus befindet sich im Anhang.

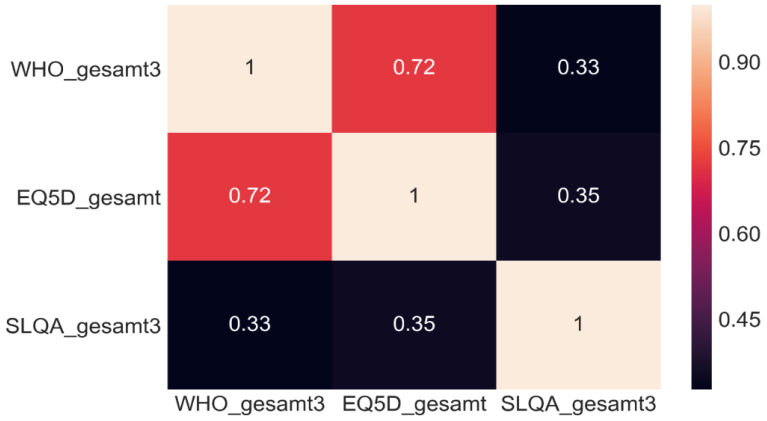

Abbildung 23 – Heatmap der Korrelation der errechneten Lebensqualitätswerte

Hier zeigt sich ein anderes Bild als beim Vergleich der Mittelwerte. Hier weisen EQ-5D und WHOQOL eine deutlich höhere Korrelation von 0,72 auf als der SLQA mit den beiden anderen Instrumenten auf. Dadurch bestätigt sich Hypothese 2.1, dass WHOQOL und EQ-5D etwas Ähnliches messen. Durch die geringe Korrelation des SLQA mit dem WHO-Instrument (0,33) und der ähnlich geringen Korrelation zum EQ-5D (0,35) lässt sich ableiten, dass SLQA andere Lebensqualitätsaspekte berücksichtigt. Die Ähnlichkeit des SLQA zu den anderen beiden Instrumenten ist durch die geringe Korrelation nicht gegeben, Hypothese 2.2 und 2.3 müssen daher abgelehnt werden. In Anlehnung an Pelikans Handlungsmodell kann man sagen, dass WHOQOL und EQ-5D mehr auf persönliche und im speziellen auf gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten eingehen, während SLQA mehr die persönlichen Präferenzen und vor allem auch situative Möglichkeiten fokussiert.

Um diese Zusammenhänge näher zu betrachten liefern Scatterplots (Abbildung 24) einen anschaulichen Vergleich. Im Scatterplot zwischen WHQOL und EQ-5D ist die Korrelation von 0,72 in linearer Tendenz zu erkennen. Im Gegensatz dazu sind in den Scatterplots mit SLQA die einzelnen Beobachtungen flächiger verteilt, was wiederum die geringe Korrelation veranschaulicht.

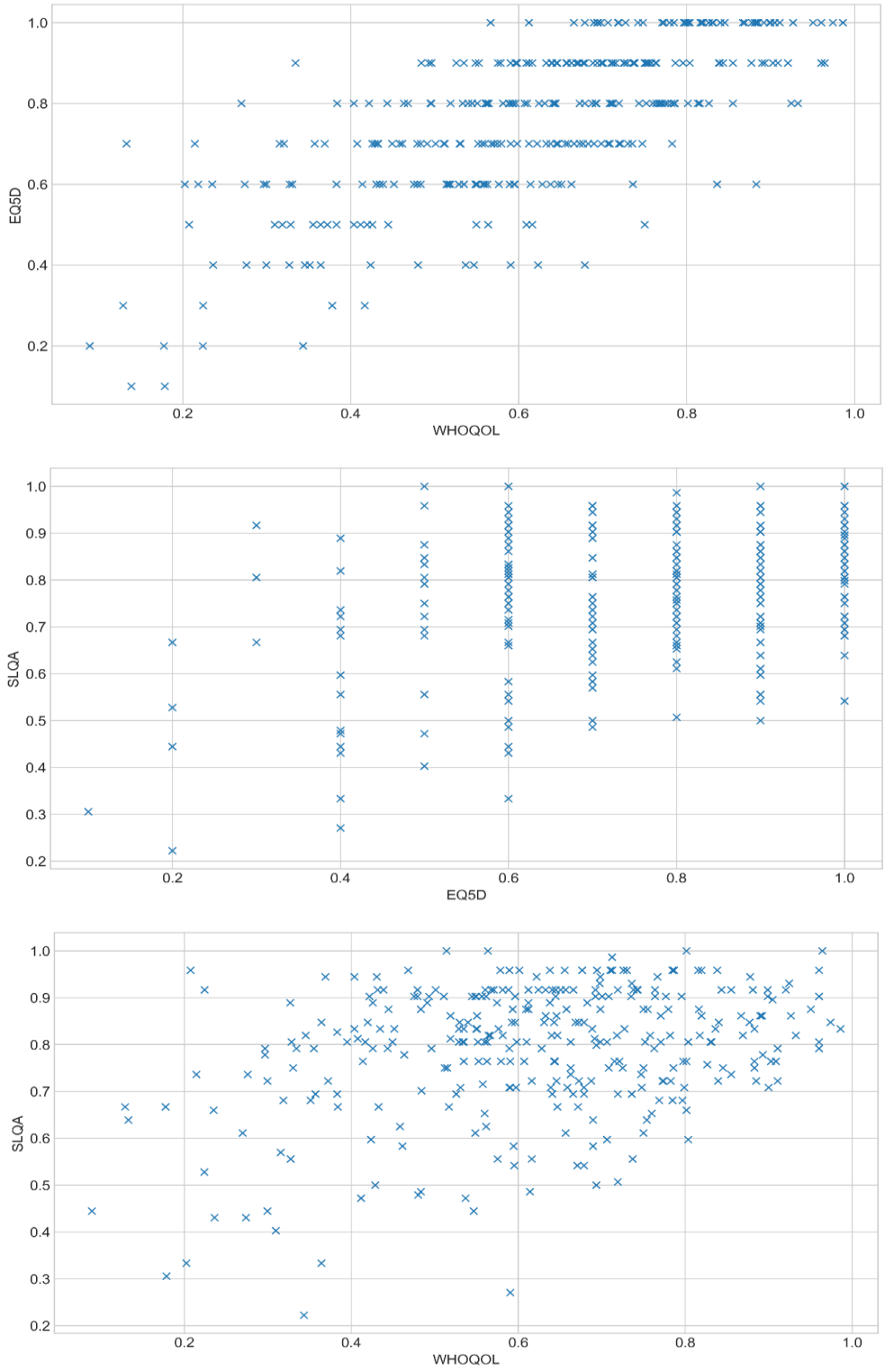

Abbildung 24 – Scatterplots der Lebensqualitätswerte im Zweier-Vergleich der Erhebungsinstrumente

4.3.2 Berechnete Lebensqualität getrennt nach Wohnbereichen

Der SLQA ist speziell auf die Zielgruppe von BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen ausgelegt. In den hier untersuchten Altenbetreuungseinrichtungen wird bei allen Instrumenten zwischen verschiedenen Wohnbereichen unterschieden, nämlich Apartments und Pflege- bzw. Betreuungsstation. Im Apartmentbereich sind BewohnerInnen großteils selbstständig, bekommen aber einzelne Unterstützungsangebote, während auf Pflege- und Betreuungsstationen höherer Unterstützungs- und Pflegebedarf herrscht. Der SLQA wäre nach seiner Spezifikation besonders für BewohnerInnen von Pflege- und Betreuungsstationen geeignet. Daher werden nun die Gesamtwerte der einzelnen Erhebungsinstrumente im Vergleich zwischen Apartment und Station betrachtet (Tabelle 21). Ein Großteil der Befragten lebt noch in Apartments (72,2% - 249/345), während 27,8% (96/345) auf einer Station betreut werden.

	WHO_gesamt	**WHO_Apartment**	**WHO_Station**
mean	0,62	0,63	0,58
std	0,19	0,17	0,22
min	0,09	0,18	0,09
max	0,99	0,97	0,99
	EQ5D_gesamt	**EQ5D_Apartment**	**EQ5D_Station**
mean	0,76	0,78	0,69
std	0,19	0,17	0,24
min	0,10	0,20	0,10
max	1,00	1,00	1,00
	SLQA_gesamt	**SLQA_Apartment**	**SLQA_Station**
mean	0,79	0,82	0,67
std	0,14	0,12	0,14
min	0,22	0,22	0,27
max	1,00	1,00	0,92

Tabelle 21 - Mittelwerte der errechneten Lebensqualität für die drei Erhebungsinstrumente im Vergleich zwischen ApartmentbewohnerInnen und StationsbewohnerInnen

Nachdem mehr Personen in Apartments leben, wird auch der Gesamtwert stärker durch diese Gruppe beeinflusst. Das sieht man daran, dass die Abweichungen der Apartmentwerte geringer sind als die der Stationswerte. Durchgehend durch alle Erhebungsinstrumente erzielen BewohnerInnen aus Pflege- oder Betreuungsstationen schlechtere Werte in den errechneten Gesamtwerten der Lebensqualität. Im WHO-Instrument unterscheiden sich die Werte zwischen Apartment und Station um 5%-Punkte, bei EQ-5D um 9%-Punkte und bei SLQA sogar um 15%-Punkte. Wegen des unterschiedlichen Mittelwertsniveaus zwischen den Instrumenten macht es Sinn, die Unterschiede in Relation der beiden Wohnbereiche zu betrachten (meanApartment/meanStation minus 1). Dabei wird der Mittelwert der Station als Basis genommen

und analysiert, um wieviel Prozent der Apartment-Wert höher liegt. So ergibt sich ein tatsächlicher Prozent-Unterschied der Mittelwerte im SLQA von 23%, während WHOQOL mit 10% und EQ-5D mit 12% weniger starke Unterschiede zwischen den Wohnbereichen aufweisen. Daraus kann man ableiten, dass der SLQA sensibler auf die unterschiedlichen Wohn- und Betreuungsverhältnisse eingeht. Je abhängiger BewohnerInnen von der Einrichtung, der Organisation sind, desto wichtiger werden die SLQA Dimensionen.

Diese Unterschiede lassen sich graphisch mit Boxplots betrachten (Abbildung 25). In der Abbildung steht immer der erste der beiden Boxplots eines Erhebungsinstrumentes immer für BewohnerInnen aus dem Apartmentbereich und der zweite für BewohnerInnen der Pflege- und Betreuungsstation. Hier sieht man, dass der Median für Station bei allen drei Instrumenten niedriger ist als jener für Apartment. Vor allem bei WHO und EQ-5D sind die Werte von BewohnerInnen auf Stationen mehr gestreut, das bedeutet, dass die Variation der Antworten größer ist, während die Antworten von Apartmentbewohnerinnen eher einheitlicher sind.

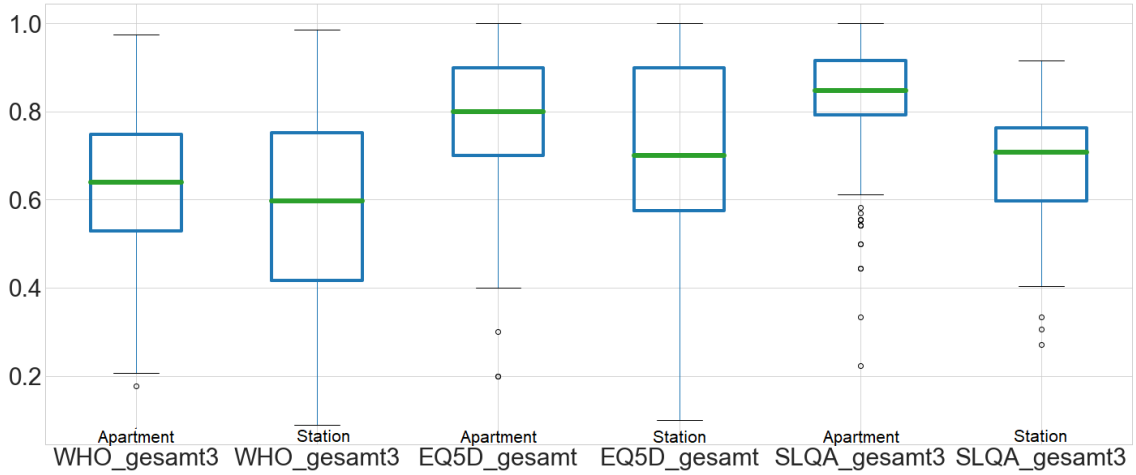

Abbildung 25 – Boxplots der errechneten Lebensqualitätswerte der drei Erhebungsinstrumente im Vergleich der Wohnbereiche Apartment und Station

4.3.3 Berechnete Lebensqualität im Vergleich zur selbsteingeschätzten Lebensqualität

Im Erhebungsinstrument GHKA_Bew gibt es am Beginn des WHOQOL eine Frage zur Selbsteinschätzung der Lebensqualität. Nachdem diese Frage dem Index Global zugeordnet wird, ist sie nicht in den WHO-Gesamtwert eingegangen. Die Lebensqualitäts-Selbsteinschätzung wurde mit folgender Frage erhoben: „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?“ (Antwortkategorien: 1 sehr schlecht, 2 schlecht, 3 mittelmäßig, 4 gut, 5 sehr gut). Diese Frage erreicht einen Mittelwert von 0,65. Eine Korrelation der Gesamtwerte mit dieser Lebensqualitäts-Selbsteinschätzung erlaubt eine differenziertere Betrachtung. Folgende Abbildung 26 zeigt die Korrelationen der Gesamtwerte

mit dieser Lebensqualitäts-Selbsteinschätzung. Alle Korrelationen sind hoch signifikant bei einem Signifikanzniveau von 0,01. Eine ausführliche Tabelle 45 mit Korrelationen und Signifikanzniveaus befindet sich im Anhang.

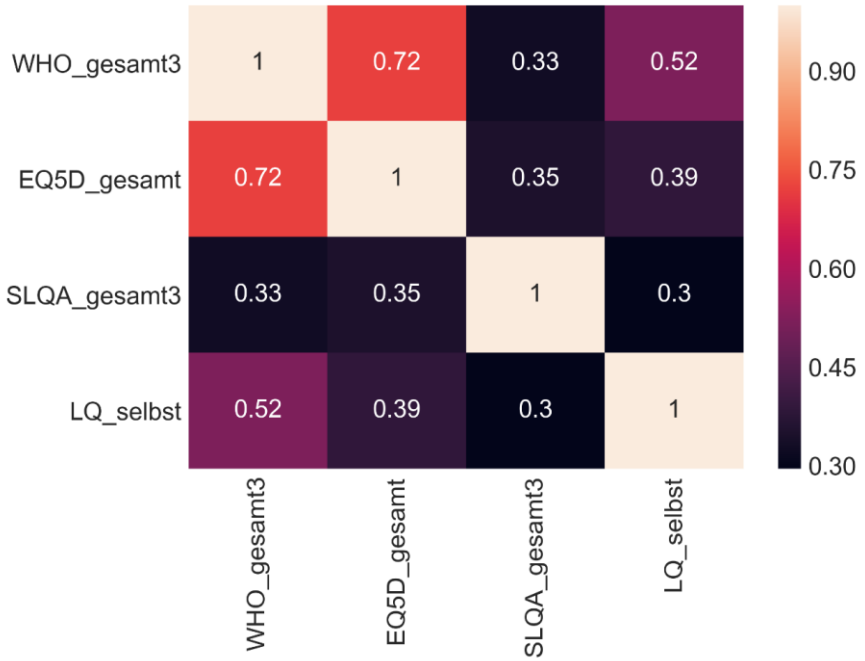

Abbildung 26 – Heatmap der Korrelation der errechneten Lebensqualitätswerte der drei Erhebungsinstrumente und der selbsteingeschätzten Lebensqualität (LQ_selbst)

Die selbsteingeschätzte Lebensqualität korreliert am höchsten mit dem WHO-Gesamtwert (0,52) und am wenigsten mit dem SLQA-Gesamtwert (0,30). Der WHOQOL erfragt vor allem physische und psychische Aspekte, also persönliche Ressourcen, während SLQA mehrere verschiedene (auch soziale und umweltbezogene) Aspekte abfragt. Auf der einen Seite kann die hohe Korrelation zwischen der Lebensqualitäts-Selbsteinschätzung und dem WHOQOL-Gesamtwert deshalb zustande kommen, weil BewohnerInnen in ihren Überlegungen zu Lebensqualität vor allem die im WHOQOL abgefragten Aspekte berücksichtigen. Obwohl theoretische Überlegungen dazu tendieren, dass physische und psychische Aspekte nicht allein Lebensqualität erklären, scheinen BewohnerInnen doch diese zu fokussieren. Der SLQA fokussiert andere Aspekte, woraus abgeleitet werden kann, dass der SLQA nicht Lebensqualität im Verständnis der BewohnerInnen, sondern vielleicht eine andere Qualität abbildet, wie zum Beispiel Lebensgegebenheitenqualität oder auch Wohn- und Pflegequalität. Der SLQA bildet vor allem jene Aspekte von Lebensqualität ab, die die Organisation Altenbetreuung beeinflussen kann, wie beispielsweise die Bereitstellung einer förderlichen Umgebung oder die (kompensatorische) Unterstützung in Bereichen, in denen BewohnerInnen schon Schwächen aufweisen. Auf der anderen Seite befindet sich die Lebensqualitäts-Selbsteinschätzung im WHO-Instrument, ist also mit ebenfalls fünf Antwortmöglichkeiten abgefragt und reiht sich in die Ähnlichkeit aller WHO-Indizes ein.

Die höhere Korrelation der Lebensqualitäts-Selbsteinschätzung könnte auch methodische Ursachen haben, wie die Erhebung als Interview, eine Antworttendenz zur mittleren Kategorie oder auch eine mögliche Nicht-Eignung des WHO-Instrumentes für diese Zielgruppe.

4.3.4 Berechnete Lebensqualität im Vergleich zur subjektiven Gesundheitseinschätzung

Die hohe Korrelation mit dem WHO-Gesamtwert könnte eine Prägung der Lebensqualitäts-Selbsteinschätzung durch gesundheitsbezogene Aspekte abbilden. Der Zusammenhang der Gesamtwerte mit Gesundheitseinschätzung kann genauer betrachtet werden, da zwei Fragen zum Gesundheitszustand im Gesamterhebungsinstrument (GHKA_Bew) enthalten sind. Erstens wird im EQ-5D nach dem Gesundheitszustand (EQ5Dgesund) gefragt, der auf einer visuellen Analogskala zwischen den Werten 0-100 angegeben wird. Zweitens gibt es im WHOQOL eine Frage zur Zufriedenheit mit der Gesundheit (WHOgesund), die auf einer fünf-stufigen Skala abgefragt wird. In Abbildung 27 werden die Korrelationen dargestellt, die alle hoch signifikant bei einem Signifikanzniveau von 0,01 sind. Eine ausführliche Tabelle (46) mit Korrelationen und Signifikanzniveaus befindet sich im Anhang.

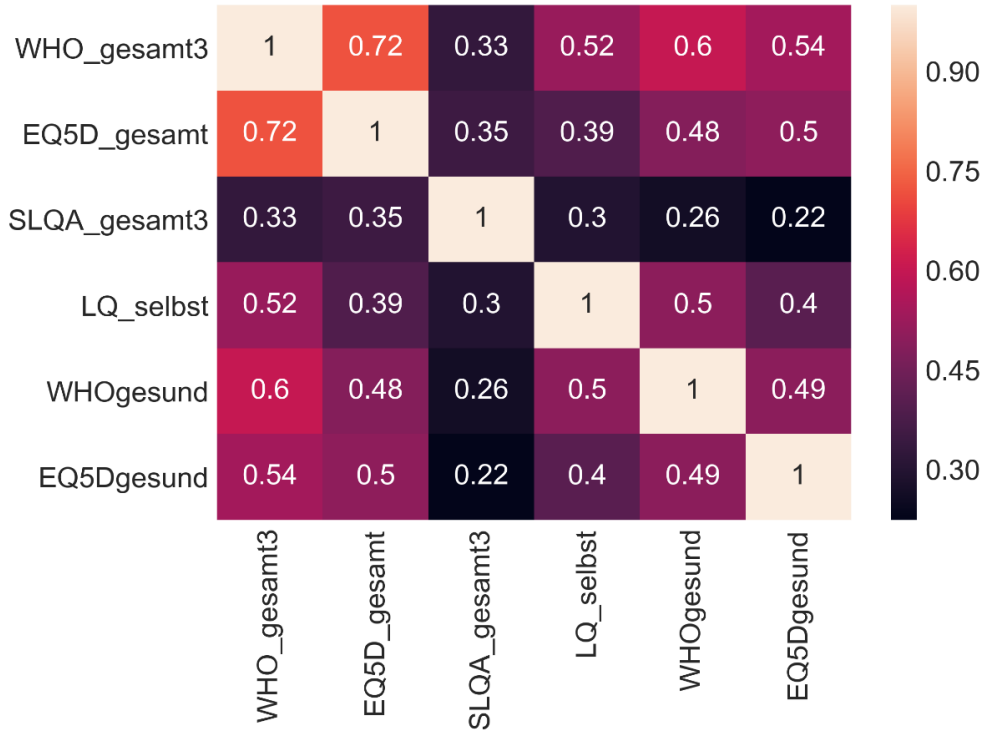

Abbildung 27 – Heatmap der Korrelation der errechneten Lebensqualitätswerte, der selbsteingeschätzten Lebensqualität und selbsteingeschätzte Gesundheitszustände (WHOgesund, EQ5Dgesund)

In den letzten beiden Zeilen sind die beiden Gesundheitseinschätzungen zu finden (WHOgesund und EQ5Dgesund). Zum WHO-Gesamtwert der Lebensqualität ergibt sich mit 0,6 und 0,54 eine starke Korrelation. Etwas schwächer ist der Zusammenhang zum EQ-5D-Gesamtwert (0,48 und 0,5). Der SLQA-Gesamtwert hingehen korreliert nur schwach mit den beiden Gesundheitseinschätzung (0,26 und 0,22). Dieses Ergebnis bestärkt bisherige Beschreibungen zu der Messung unterschiedlicher Lebensqualitätsaspekte zwischen SLQA und den anderen beiden Instrumenten. Der SLQA geht weniger auf Gesundheit und gesundheitsbezogene, persönliche Ressourcen ein, dafür mehr auf die Umwelt, die Lebenswelt der Altenbetreuungseinrichtung mit Betreuungsangebot, Autonomie und Beziehungen zu Personal und BewohnerInnen ein.

4.4 Gegenüberstellung der Subkategorien von Lebensqualität

Bei den Erhebungsinstrumenten werden verschiedene Subkategorien von Lebensqualität erfragt, die im SLQA als Dimensionen (Autonomie, Sicherheit und Akzeptanz) und im WHOQOL als Domänen (Physisch, Psychisch und Mobil) bezeichnet werden. Beim EQ-5D gibt es keine Subkategorien. Obwohl die Erhebungsinstrumente insgesamt eine unterschiedliche Ausrichtung haben, gibt es Teilaspekte bei denen durchaus inhaltliche Ähnlichkeiten zu beobachten sind.

4.4.1 Berechnete Lebensqualität nach Subkategorien

Im Folgenden werden nun Mittelwerte und Korrelationen der Subkategorien betrachtet. Nachfolgende Tabelle 22 gibt einen Überblick über statistische Kennzahlen der Subkategorien.

	aDim	sDim	zDim	WHOPhy	WHOPsy	WHOMobil	EQ5D
mean	0,83	0,85	0,67	0,61	0,64	0,60	0,76
std	0,19	0,19	0,22	0,19	0,19	0,27	0,19
min	0,00	0,00	0,00	0,11	0,13	0,00	0,10
25%	0,67	0,83	0,50	0,50	0,50	0,44	0,60
50%	0,88	0,83	0,75	0,61	0,67	0,63	0,80
75%	1,00	1,00	0,88	0,75	0,79	0,81	0,90
max	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Tabelle 22 - Mittelwerte und statistische Kennzahlen der Subkategorien von Lebensqualität [aDim - Autonomie, sDim - Sicherheit, zDim - Akzeptanz, WHOPhy - Physisch, WHOPsy - Psychisch, WHOMobil - Mobilität, EQ5D-Gesamtwert der Lebensqualität]

Ebenfalls Mittelwerte und Verteilung der Subkategorien sieht man in der graphischen Darstellung mittels Boxplots (Abbildung 28).

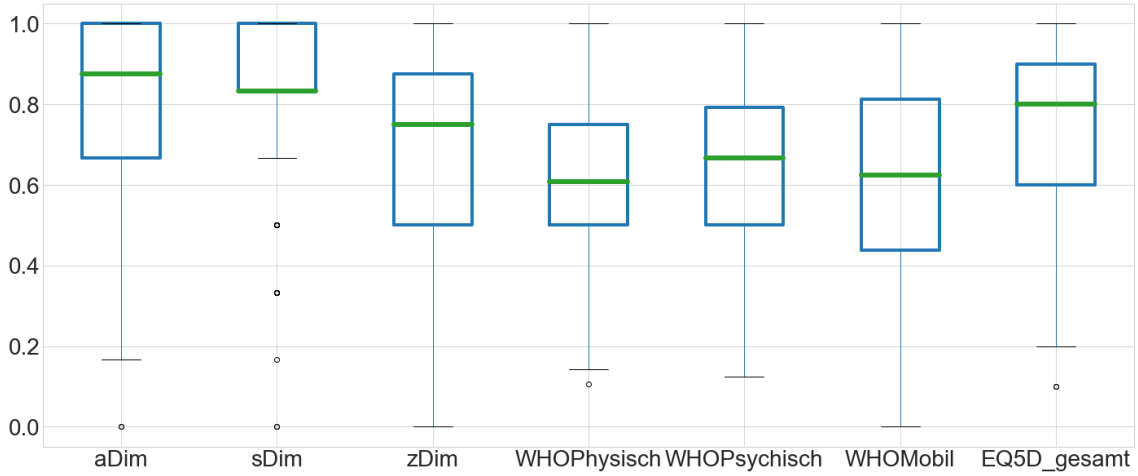

Abbildung 28 – Boxplots der Subkategorien von Lebensqualität [aDim - Autonomie, sDim - Sicherheit, zDim - Akzeptanz, WHOPhy - Physisch, WHOPsy - Psychisch, WHOMobil - Mobilität, EQ5D-Gesamtwert der Lebensqualität]

Hierbei sieht man, dass die WHO Subkategorien (WHOPhysisch, WHOPsychisch, WHOMobil) die niedrigsten und einander ähnliche Mittelwerte erreichen. WHOPsychisch schneidet mit einem Mittelwert von 0,64 innerhalb der WHO-Subkategorien am besten ab. Die SLQA Subkategorien erreichen insgesamt höhere Mittelwerte, Autonomie (aDim) und Sicherheit (sDim) liegen über 0,8, Akzeptanz (zDim) fällt mit einem Mittelwert von 0,67 etwas ab. Da der EQ-5D erfasst keine Subkategorien erfasst, ist der Gesamtwert im Vergleich dabei und liegt mit einem Mittelwert von 0,76 etwa mittig.
Interessanter bezüglich Ähnlichkeit der Kategorien ist noch die Korrelation zwischen den Subkategorien, die man in Abbildung 29 sieht. Hellere Farben markieren einen stärkeren Zusammenhang. Alle Korrelationen sind signifikant bei einem Signifikanzniveau von 0,05. Eine ausführliche Tabelle (47) mit Korrelationen und Signifikanzniveaus befindet sich im Anhang.

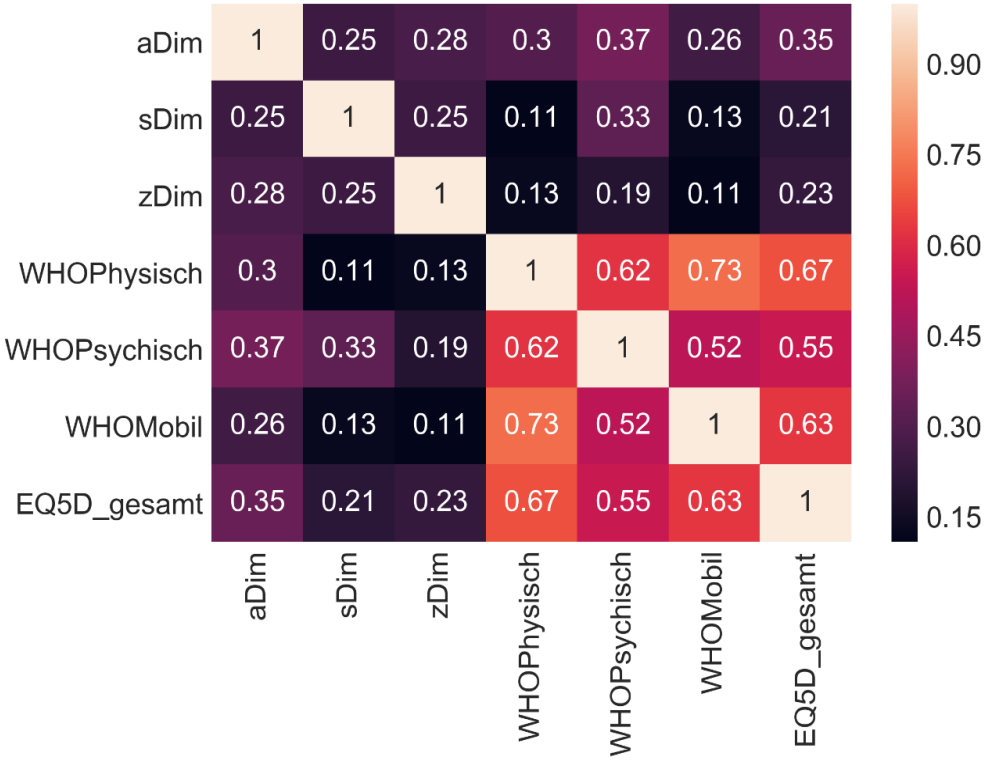

Abbildung 29 – Heatmap der Korrelation der Subkategorien der Lebensqualität [aDim - Autonomie, sDim - Sicherheit, zDim - Akzeptanz, WHOPhy - Physisch, WHOPsy - Psychisch, WHOMobil - Mobilität, EQ5D-Gesamtwert der Lebensqualität]

Insgesamt korrelieren die Subkategorien eher gering miteinander, nur die WHO Subkategorien untereinander und mit EQ-5D erreichen eine Korrelation über 0,5. Bei der zeilenweisen Betrachtung fällt auf, dass die SLQA-Dimension Autonomie (aDim) die höchste Korrelation (mit 0,37) zur WHO-Domäne Psychisch aufweist. Inhaltlich sehe ich Autonomie näher an WHOPhysisch, aber vielleicht ergeben Einschränkungen der Autonomie auch besondere psychische Herausforderungen aufgrund der höheren Abhängigkeit. Vor allem in Bezug auf alltägliche Verrichtungen und Aktivitäten von anderen Personen abhängig zu sein, stellt eine große psychische Herausforderung da. Die SLQA-Dimension Sicherheit (sDim) korreliert ebenfalls leicht mit WHOPsychisch (0,33) und noch etwas leichter mit den Dimensionen Autonomie und Akzeptanz (je 0,25). Die SLQA-Dimension Akzeptanz (zDim) erreicht leichte Korrelation mit Autonomie (aDim 0,28) und Sicherheit (sDim 0,25), aber zeigt kaum einen Zusammenhang mit den anderen beiden Instrumenten. Inhaltlich geht es um Akzeptanz und Beziehung zu BewohnerInnen und Personal und wird nur hier explizit erfragt. Die WHO-Domäne Physisch korreliert wie erwartet hoch mit der WHO-Domäne Mobil(ität) mit 0,73. Interessant ist auch der starke Zusammenhang von 0,62 mit der WHO-Domäne Psychisch. WHOPsychisch und WHOMobil haben jeweils eine starke Korrelation mit WHOPhysisch. Der EQ-5D zeigt den stärksten Zusammenhang mit WHOPhysisch (0,67) und WHOMobil (0,63), was dazu passt, dass sich diese Kategorien inhaltlich am ehesten

entsprechen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der WHOQOL und der SLQA eher in sich korrelieren, also höhere Korrelation zu eigenen Dimensionen als zu den anderen Instrumenten zeigen. Die Dimensionen des SLQA weisen in sich einen weniger starken Zusammenhang auf, was auf unabhängigere Konstrukte hindeutet als beim WHO, dessen Domänen hoch korrelieren. Einzelne Ähnlichkeiten zwischen den Instrumenten sind nicht augenscheinlich. Doch aufgrund der Hypothesen sollen bestimmte Zusammenhänge näher betrachtet werden.

In Hypothese 3.1 geht es um die Ähnlichkeit der SLQA-Dimension Autonomie und der WHO-Domäne Physisch. Die SLQA-Dimension Autonomie kann in die Aspekte Handlungsautonomie (a_kann) und Entscheidungsautonomie (a_darf) unterteilt werden. Handlungsautonomie (a_kann) umfasst Items, die sich darauf beziehen etwas selbst tun zu können. Auch wenn BewohnerInnen nicht mehr alle Handlungen selbstständig durchführen können, so kann ihnen doch eine gewisse Entscheidungsfreiheit/-autonomie eingeräumt werden. A_darf umfasst Items, in denen BewohnerInnen bestimmte Sachen dürfen. Die Zusammenhänge finden sich in nachfolgender Abbildung 30. Alle Korrelationen sind hoch signifikant bei einem Signifikanzniveau von 0,01. Eine ausführliche Tabelle (48) mit Korrelationen und Signifikanzniveaus befindet sich im Anhang.

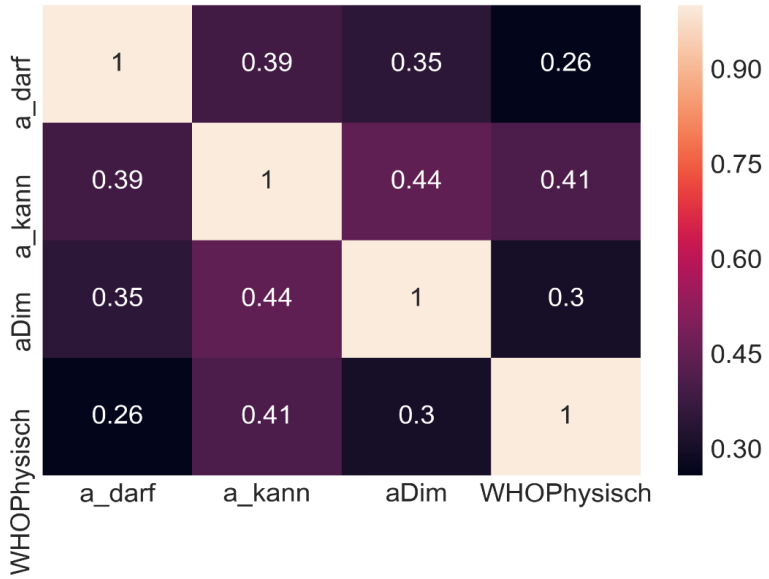

Abbildung 30 – Heatmap der Korrelation zwischen WHOPhysisch, Autonomie (aDim), Handlungsautonomie (a_kann) und Entscheidungsautonomie (a_darf)

WHOPhysisch erreicht eine mittlere Korrelation (0,30) mit der Dimension Autonomie (aDim). Diese beiden Subkategorien sind nicht ganz unabhängig, aber eine deutliche Ähnlichkeit mit einem Zusammenhang von mind. 0,5 ist nicht gegeben, daher wird die Hypothese 3.1 abgelehnt. Interessant ist auch, dass Handlungsautonomie (a_kann) mit 0,41 stärker mit WHOPhysisch korreliert als Entscheidungsautonomie (a_darf) mit

0,26. WHOPhysisch fokussiert mehr auf Selbstständigkeit im Sinne von Handlungsautonomie, weniger auf Entscheidungsautonomie. Nachdem der Aspekt der Handlungsautonomie höher mit WHOPhysisch korreliert, könnte es sein, dass der Aspekt der Entscheidungsautonomie die hohe Korrelation der Dimension Autonomie (aDim) mit WHOPsychisch verursacht. Dafür müsste auch WHOPsychisch mit a_darf und a_kann korreliert werden. Entscheidungs- und Handlungsautonomie haben eine mittlere Korrelation von (0,39) und auch die Mittelwerte unterscheiden sich (a_darf 0,94 und a_kann 0,80). Die Zuordnung zu den Autonomieaspekten ist ursprünglich nicht im Instrument vorgesehen, Amann et al. (2010) schlagen aber vor, diese Differenzierung noch expliziter herauszuarbeiten und schon bei der Konzeption der Fragen zu berücksichtigen. Die unterschiedliche Korrelation mit der Domäne Physisch unterstreicht, dass es sich hierbei um unterschiedliche Konstrukte handelt.

Hypothese 3.2 betrifft die Ähnlichkeit der WHO-Domäne Psychisch mit den SLQA-Dimensionen Sicherheit (sDim) und Akzeptanz (zDim). Ihre Korrelation wird in nachfolgender Abbildung 31 dargestellt. Alle Korrelationen sind hoch signifikant bei einem Signifikanzniveau von 0,01. Eine ausführliche Tabelle (49) mit Korrelationen und Signifikanzniveaus befindet sich im Anhang.

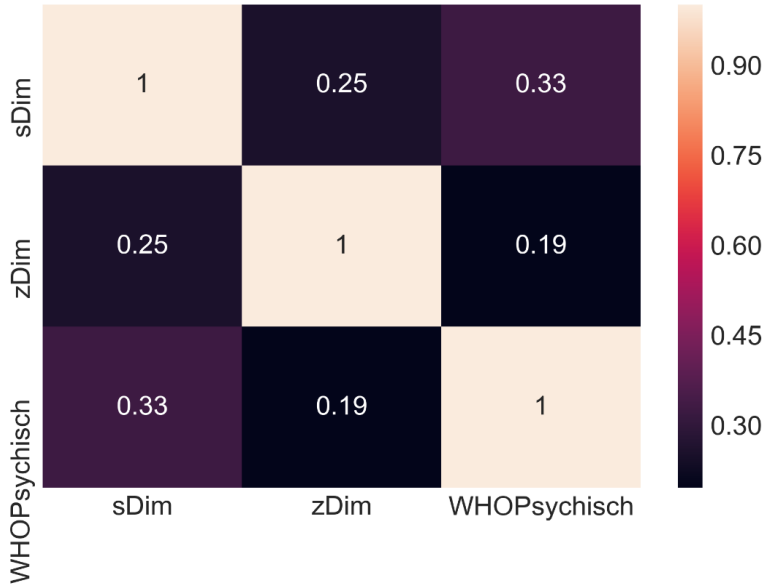

Abbildung 31 – Heatmap der Korrelation zwischen WHOPsychisch, Sicherheit (sDim) und Akzeptanz (zDim)

Die WHO-Domäne Psychisch umfasst Items zu negativen und positiven Gefühlen, neben weiteren Items zu beispielsweise Konzentration. In der SLQA-Dimension Sicherheit (sDim) geht es um Möglichkeit des Absperrens, Ängste und Zurechtfinden im Haus. Defizite in diesem Bereich äußern sich in negativen Gefühlen. Die SLQA-Dimension Akzeptanz (zDim) beschäftigt sich mit Beziehungen zu BewohnerInnen und zum Personal. Gelingende Beziehungen tragen zu positiven Gefühlen bei, bei nicht

gelingen zu negativen. Diese drei Subkategorien stehen über einen Gefühlsaspekt miteinander in Verbindung. Statistisch kann dieser Zusammenhang allerdings nicht bestätigt werden. Es gibt eine mittlere Korrelation von 0,33 zwischen Psychisch und Sicherheit, und eine geringe Korrelation von 0,19 zwischen Psychisch und Akzeptanz. Eine starke Ähnlichkeit durch einen Korrelationskoeffizienten von mehr als 0,5 ist nicht gegeben, daher muss auch die Hypothese 3.2 abgelehnt werden.

4.4.2 Subkategorien der Lebensqualität im Vergleich zur selbsteingeschätzten Lebensqualität

Wie bei den Gesamtwerten kann eine Korrelation mit der Lebensqualitäts-Selbsteinschätzung nähere Einblicke ermöglichen. In nachfolgender Abbildung 32 finden sich die Korrelationen der Subkategorien mit der Lebensqualitäts-Selbsteinschätzung. Alle Korrelationen sind bei einem Signifikanzniveau von 0,05 signifikant. Eine ausführliche Tabelle (50) mit Korrelationen und Signifikanzniveaus befindet sich im Anhang.

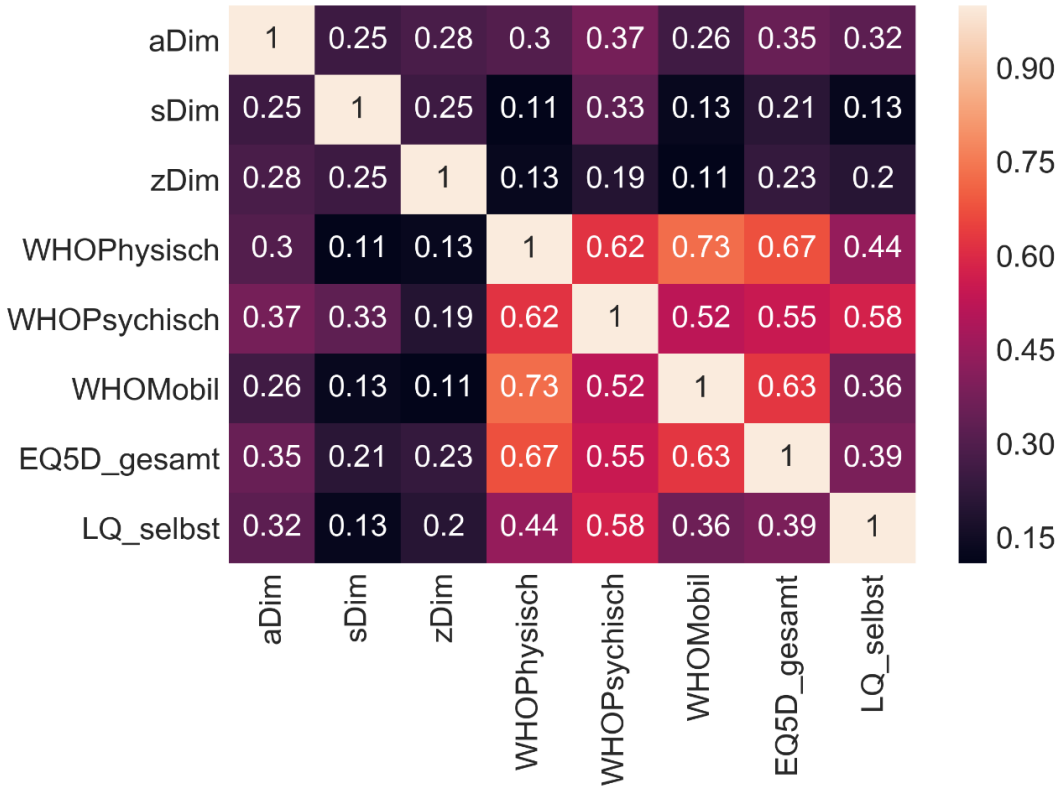

Abbildung 32 – Heatmap der Korrealtion der Subkategorien der Lebensqualität und der selbsteingeschätzten Lebensqualität (LQ_selbst) [aDim - Autonomie, sDim - Sicherheit, zDim - Akzeptanz, WHOPhy - Physisch, WHOPsy - Psychisch, WHOMobil - Mobilität, EQ5D-Gesamtwert der Lebensqualität]

Insgesamt zeigt sich hier ein Bild, das mit bisherigen Beschreibungen übereinstimmt. Nachdem die anderen Korrelationen schon betrachtet worden sind, wird jetzt

„LQ_selbst“ (letzte Zeile in der Abbildung) fokussiert. Die höchste Korrelation gibt es mit WHOPsychisch. BewohnerInnen beziehen scheinbar psychisches Wohlbefinden besonders stark in ihre Selbsteinschätzung der Lebensqualität ein. Mittelstarke Korrelation zeigt sich auch zu WHOPhysisch, WHOMobil und dem EQ-5D. Personenbezogene und speziell gesundheitsbezogene Aspekte wie sie in diesen Kategorien abgefragt werden gehen mittelstark in die Selbsteinschätzung der Lebensqualität von BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen ein. Einen ebenfalls mittleren Zusammenhang gibt es auch noch zu Autonomie, während Sicherheit und Akzeptanz mit der Selbsteinschätzung von Lebensqualität von BewohnerInnen kaum zusammenhängt. Die hohe Korrelation zwischen der selbsteingeschätzten Lebensqualität und psychischen Aspekten ist nachvollziehbar, zeigt aber auch auf, dass unterschiedliche Begriffe bzw. Verständnis in Alltags- und Wissenschaftssprache bei der Analyse bzw. Interpretation von Ergebnissen berücksichtigt werden müssen.

4.5 Multivariate Analyse der Subkategorien von Lebensqualität – Regressionsanalyse

Um den Einfluss der Subkategorien auf die selbsteingeschätzte Lebensqualität zu analysieren bedarf es einer multivariaten Analyse. Hypothese 3.3 geht nach SLQA Annahmen davon aus, dass in Altenbetreuungseinrichtungen die SLQA-Dimensionen (Autonomie, Sicherheit, Akzeptanz) höheren Erklärungsgehalt für Lebensqualität besitzen als die WHO-Domänen (Physisch, Psychisch, Mobilität) und Gesundheit. Diese Hypothese soll durch eine multiple lineare Regression überprüft werden.

Im Input-Output-Modell der Lebensqualität nach Amann et al. 2010 (siehe auch Kapitel 2.2.2) wird die subjektive Lebensqualität als Output bzw. Outcome gesehen, welche durch den Input verschiedener (objektiver bzw. objektivierbarer) Variablen entsteht und anhand dieser gemessen werden kann. In Anlehnung an dieses Modell und unter Hinzunahme der Überlegungen zu Ressourcen und Präferenzen von Person und Situation nach Pelikan 2007a kann folgendes lineares Modell der Lebensqualität (Abbildung 33) aufgezeichnet werden.

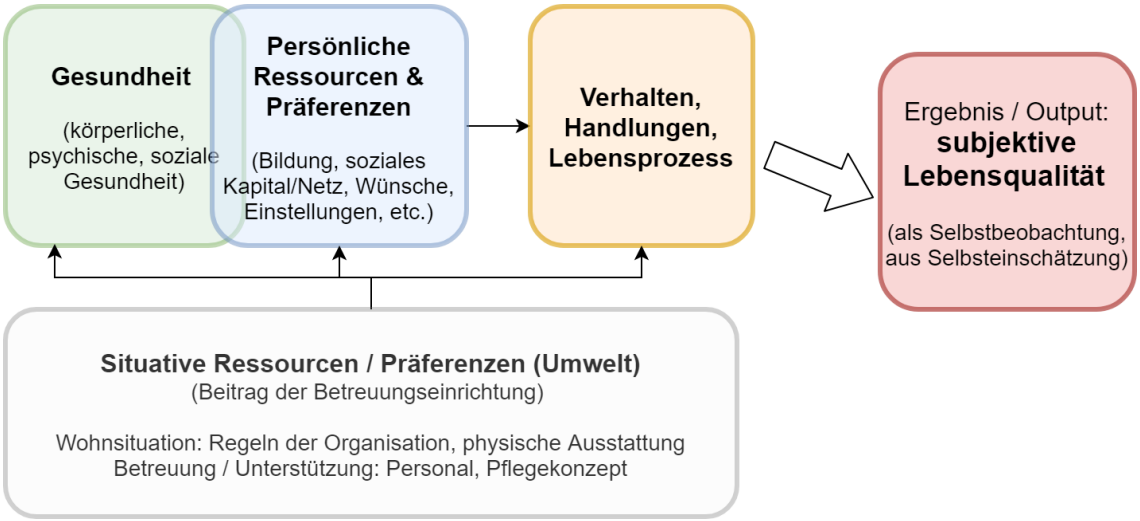

Abbildung 33 – Lineares Modell: subjektive Lebensqualität als Ergebnis von Inputvariablen (Gesundheit, persönliche und situative Ressourcen und Präferenzen)

Gesundheitsbezogene Aspekte, personenbezogene Aspekte und situative Aspekte haben Einfluss auf die Lebensqualität von BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen. Diese wird über Verhalten, Handlungen und Einstellungen im Lebensprozess beeinflusst. In der Regression werden nun die unterschiedlichen SLQA-Aspekte (Autonomie, Sicherheit, Akzeptanz) als persönliche und situative Ressourcen und Präferenzen, die WHO-Aspekte (Physisch, Psychisch, Mobilität) als stark gesundheitsbezogene persönliche Ressourcen, der Gesundheitszustand (EQ5Dgesund) und einige Kontrollvariablen (Alter, Geschlecht und Wohndauer in der Einrichtung) berücksichtigt. Nachdem der SLQA angibt, besonders für BewohnerInnen von Pflegestationen nützlich zu sein, wird die Regression einmal auf alle BewohnerInnen angewendet und danach getrennt nach den Wohnbereichen Apartment (A) und Pflege- und Betreuungsstation (S) durchgeführt. ApartmentbewohnerInnen wohnen noch relativ selbstständig in eigenen Wohneinheiten der Einrichtungen und bekommen einzelne Unterstützungsangebote, während auf Pflege- und Betreuungsstation durchgehende Unterstützung und Betreuung gegeben ist. Tabelle 23 gibt einen Überblick über die inkludierten Variablen und deren Mittelwerte im Vergleich der Wohnbereiche. Bei dieser ersten Auswertung zeigt sich, dass die Mittelwerte aller Befragten zwischen jenen der BewohnerInnen von Apartments und Stationen liegen, wobei sie näher an jenen der ApartmentbewohnerInnen liegen, da diese häufiger vertreten sind. Sieht man sich die Mittelwerte der StationsbewohnerInnen näher an, zeigt sich, dass sie im Durschnitt etwa 0,1 Einheiten (etwa 10%-Prunkte) unter dem von ApartmentbewohnerInnen liegen, der Unterschied ist nur bei WHOPhysisch und WHOMobil geringer. Bei den Kontrollvariablen ist es nicht so. Nachdem Geschlecht mit 0 für Männer und 1 für Frauen kodiert ist entspricht der Mittelwert dem Anteil an Frauen. Auf Pflege- bzw. Betreuungsstation ist der Frauenanteil höher als im Apartmentbereich. Auch das Durchschnittsalter der BewohnerInnen

und ihre Wohndauer in der Einrichtung ist auf den Stationen höher als im Apartment. Insgesamt wohnen 73 Personen (etwa 24%) auf Pflege- und Betreuungsstationen und 235 Personen (etwa 76%) in Apartments.

	Mittelwert		
	Gesamt	**Apartment**	**Station**
LQ_selbst (Selbsteinschätzung der Lebensqualität als abhängige Variable)	0,65	0,67	0,57
aDim (Autonomie)	0,83	0,86	0,76
sDim (Sicherheit)	0,85	0,91	0,65
zDim (Akzeptanz)	0,68	0,70	0,60
WHOPhysisch	0,61	0,62	0,59
WHOPsychisch	0,64	0,67	0,57
WHOMobil	0,60	0,61	0,59
Geschlecht	0,79	0,77	0,85
AlterJahre	85,01	84,13	87,85
WohndauerJahre	6,11	5,57	7,84
EQ5Dgesund (Gesundheitszustand)	0,59	0,60	0,56
N - Anzahl der BewohnerInnen im Regressionsmodell	308	235	73

Tabelle 23 - Mittelwerte nach Wohnbereichen Apartment und Station der in der Regression inkludierten Variablen

Die Tabelle Modellzusammenfassung (Tabelle 24) bezieht sich nun auf die multiple lineare Regression.

Modellzusammenfassung

						Statistikwerte ändern			
Modell	R	R2	Korr. R2	Standardfehler des Schätzers	Änderung in R-Quadrat	Änderung in F	df1	df2	Sig. Änderung in F
Gesamt	,632a	0,399	0,379	0,19703	0,399	19,721	10	297	0,000

a. Einflußvariablen : (Konstante), EQ5Dgesund, Geschlecht, WohndauerJahre, zDim, sDim, AlterJahre, aDim, WHOMobil, WHOPsychisch, WHOPhysisch

						Statistikwerte ändern			
Wohnbereich	R	R2	Korr. R2	Standardfehler des Schätzers	Änderung in R-Quadrat	Änderung in F	df1	df2	Sig. Änderung in F
Apartment 1	,632a	0,399	0,372	0,19265	0,399	14,889	10	224	0,000
Station 1	,734b	0,538	0,464	0,18873	0,538	7,227	10	62	0,000

a. Einflußvariablen : (Konstante), EQ5Dgesund, Geschlecht, WohndauerJahre, zDim, sDim, AlterJahre, aDim, WHOMobil, WHOPsychisch, WHOPhysisch

b. Einflußvariablen : (Konstante), EQ5Dgesund, Geschlecht, sDim, AlterJahre, zDim, aDim, WohndauerJahre, WHOMobil, WHOPsychisch, WHOPhysisch

Tabelle 24 - Modellzusammenfassung - Korrelationskoeffizient R und Determinationskoeffizient R^2 der multiplen linearen Regression Gesamt und nach Wohnbereichen Apartment und Station

Sowohl beim Gesamtmodell, als auch beim Apartmentmodell liegt der Korrelationskoeffizient R bei 0,6. Das Stationsmodell erreicht sogar ein R von 0,7. Das heißt die Korrelation der vorhergesagten Werte mit den tatsächlichen Werten ist sehr hoch. Der Determinationskoeffizient (oder auch Bestimmtheitsmaß) R^2 gibt Auskunft über die erklärte Varianz. Für die Interpretation wird das korrigierte R^2 herangezogen, welches mit etwa 0,38 (Gesamt, Apartment) und 0,46 (Station) auf starke Varianzerklärung hindeutet. Alle drei Modelle haben damit eine hohe Anpassungsgüte. Neben der hohen Anpassungsgüte sind alle drei Modelle statistisch signifikant, abzulesen an der Signifikanz-Spalte der nachfolgenden Anova-Tabelle 25. Das bedeutet, dass die erklärenden Variablen (auch Prädikatoren) die zu erklärende Variable (selbsteingeschätzte Lebensqualität) statistisch signifikant voraussagen können.

Signifikanz des Modells (ANOVA)

Modell		Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Gesamt	**Regression**	7,656	10	0,766	19,72	,000[b]
	Nicht stand. Residuen	11,530	297	0,039		
	Gesamt	19,186	307			

a. Abhängige Variable: LQ_selbst

b. Einflußvariablen : (Konstante), EQ5Dgesund, Geschlecht, AlterJahre, zDim, sDim, WohndauerJahre, aDim, WHOMobil, WHOPsychisch, WHOPhysisch

Wohnbereich			Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
0 Apartment	**1**	**Regression**	5,526	10	0,553	14,89	,000[b]
		Nicht stand. Residuen	8,313	224	0,037		
		Gesamt	13,839	234			
1 Station	**1**	**Regression**	2,574	10	0,257	7,23	,000[c]
		Nicht stand. Residuen	2,208	62	0,036		
		Gesamt	4,783	72			

a. Abhängige Variable: LQ_selbst

b. Einflußvariablen : (Konstante), EQ5Dgesund, Geschlecht, WohndauerJahre, zDim, sDim, AlterJahre, aDim, WHOMobil, WHOPsychisch, WHOPhysisch

c. Einflußvariablen : (Konstante), EQ5Dgesund, Geschlecht, sDim, AlterJahre, zDim, aDim, WohndauerJahre, WHOMobil, WHOPsychisch, WHOPhysisch

Tabelle 25 - Anova Tabelle der Signifikanz des Modells der multiplen linearen Regression Gesamt und nach Wohnbereichen Apartment und Station

Im nächsten Auswertungsschritt werden die Koeffizienten der unabhängigen, erklärenden Variablen betrachtet werden (Tabelle 26), beginnend mit dem Gesamtmodell. Vorerst betrachte ich die nicht standardisierten Koeffizienten. Die Kontrollvariablen Geschlecht, Alter (in Jahren) und Wohndauer (in Jahren) haben sehr geringe und zum Teil negative, kontraintuitive Koeffizienten. Das Geschlecht (Refenzkategorie 0 = Männer) wirkt sich insofern aus, als dass Frauen einen um 0,046 schlechteren Lebensqualitätswert erzielen. Nachdem der Lebensqualitätswert nur einen Wertebereich von 0 bis

1 hat entspricht das in etwa einem 5 Prozentpunkte schlechteren Ergebnis. Mit jedem zusätzlichen Lebensjahr sinkt die Lebensqualität um 0,001 (etwa 0,1%), man kann sagen, dass das biologische Alter keinen hohen Erklärungsgehalt hat. Bei Wohndauer verhält es sich ähnlich, pro Jahr Wohndauer steigt die Lebensqualität um 0,003 (0,003/1 entspricht 0,3%). Zu beachten ist jedoch, dass die Koeffizienten von allen drei Kontrollvariablen nicht signifikant sind, also keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität haben. Statistische Signifikanz bis zu einem Niveau von 0,05 werden grau markiert. Eine Einheit mehr Autonomie bringt eine Steigerung der Lebensqualität um 0,12 (etwa 12%) und eine Einheit mehr Akzeptanz 0,10 mehr Lebensqualität (etwa 10%). Bei Zunahme von Sicherheit nimmt Lebensqualität sogar ab (um 0,09). Analytisch bedeutet das, dass bei stärkerem Sicherheitsgefühl der BewohnerInnen sich die Lebensqualität verschlechtert. Die Dimension Sicherheit ist in sich nicht konsistent, sie umfasst Items zum Versperren des Zimmers, Angst im Haus oder auch Personalwechsel. Sie ist mit einem Signifikanzniveau von 0,182 auch nicht statistisch signifikant. Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von fast 20% kann dieses Ergebnis zufällig zustande kommen. Autonomie und Akzeptanz sind nur bei einem Signifikanzniveau von 0,1 signifikant. Die WHO-Variablen haben eine höhere Signifikanz, allerdings deutet die Kollinearitätsstatistik darauf hin, dass diese Variablen nicht komplett unabhängig sind (siehe Tabelle 51 im Anhang). WHOPhysisch (0,237) und vor allem WHOPsychisch (0,575) haben einen höheren Erklärungsgehalt. Eine Verbesserung in der Domäne WHOPsychisch um eine Einheit bewirkt eine Steigerung des Lebensqualitätswert um etwa 0,6. Auch der Gesundheitszustand (inkludiert über die Variable EQ5Dgesund) zeigt einen signifikanten Einfluss. Mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes steigt die subjektive Lebensqualität um 0,14.

Koeffizienten[a]									
			Nicht stand. Koeffizienten		Stand. Koeff.			95,0% Konfidenzintervalle (B)	
			Regress. koeff. B	Std.-Fehler	Beta	T	Sig.	Untergrenze	Obergrenze
Gesamt		**(Konstante)**	0,097	0,184		0,528	0,598	-0,26	0,46
		aDim (Autonomie)	**0,128**	0,066	0,100	1,928	0,055	0,00	0,26
		sDim (Sicherheit)	**-0,090**	0,067	-0,067	-1,336	0,182	-0,22	0,04
		zDim (Akzeptanz)	**0,105**	0,059	0,086	1,761	0,079	-0,01	0,22
		WHOPhysisch	**0,237**	0,101	0,175	2,341	0,020	0,04	0,44
		WHOPsychisch	**0,575**	0,088	0,421	6,510	0,000	0,40	0,75
		WHOMobil	**-0,058**	0,062	-0,063	-0,935	0,350	-0,18	0,06
		Geschlecht	**-0,046**	0,028	-0,075	-1,651	0,100	-0,10	0,01
		AlterJahre	**-0,001**	0,002	-0,029	-0,583	0,560	0,00	0,00
		Wohndauer	**0,003**	0,002	0,054	1,118	0,264	0,00	0,01
		EQ5Dgesund	**0,141**	0,069	0,111	2,035	0,043	0,00	0,28
			Nicht stand. Koeffizienten		**Stand. Koeff.**			**95,0% Konfidenzintervalle (B)**	
			Regress. koeff. B	**Std.-Fehler**	**Beta**	**T**	**Sig.**	**Untergrenze**	**Obergrenze**
0 - A	**1**	**(Konstante)**	**0,134**	0,215		0,624	0,533	-0,29	0,56
		aDim (Autonomie)	**0,177**	0,075	**0,136**	2,374	0,018	0,03	0,32
		sDim (Sicherheit)	**-0,217**	0,108	**-0,108**	-2,004	0,046	-0,43	0,00
		zDim (Akzeptanz)	**0,037**	0,065	**0,032**	0,572	0,568	-0,09	0,17
		WHOPhysisch	**0,267**	0,122	**0,190**	2,182	0,030	0,03	0,51
		WHOPsychisch	**0,507**	0,098	**0,355**	5,159	0,000	0,31	0,70
		WHOMobil	**-0,123**	0,076	**-0,129**	-1,604	0,110	-0,27	0,03
		Geschlecht	**-0,016**	0,030	**-0,027**	-0,525	0,600	-0,08	0,04
		AlterJahre	**-0,001**	0,002	**-0,014**	-0,249	0,803	0,00	0,00
		Wohndauer	**-0,001**	0,003	**-0,016**	-0,278	0,781	-0,01	0,00
		EQ5Dgesund	**0,311**	0,084	**0,234**	3,699	0,000	0,15	0,48
1 - S	**1**	**(Konstante)**	**0,590**	0,425		1,388	0,170	-0,26	1,44
		aDim (Autonomie)	**-0,045**	0,145	**-0,035**	-0,308	0,759	-0,34	0,25
		sDim (Sicherheit)	**-0,190**	0,122	**-0,160**	-1,563	0,123	-0,43	0,05
		zDim (Akzeptanz)	**0,236**	0,135	**0,166**	1,739	0,087	-0,04	0,51
		WHOPhysisch	**0,188**	0,187	**0,158**	1,004	0,320	-0,19	0,56
		WHOPsychisch	**0,695**	0,195	**0,550**	3,571	0,001	0,31	1,08
		WHOMobil	**0,080**	0,109	**0,098**	0,733	0,467	-0,14	0,30
		Geschlecht	**-0,141**	0,066	**-0,198**	-2,147	0,036	-0,27	-0,01
		AlterJahre	**-0,005**	0,005	**-0,108**	-1,042	0,301	-0,01	0,00
		Wohndauer	**0,010**	0,004	**0,242**	2,439	0,018	0,00	0,02
		EQ5Dgesund	**-0,156**	0,116	**-0,139**	-1,348	0,183	-0,39	0,08

Tabelle 26 - Koeffizienten der multiplen linearen Regression Gesamt und nach Wohnbereichen Apartment und Station

Für die Modelle aufgeteilt nach Wohnbereich greife ich nur einige Ergebnisse heraus. Für den Vergleich zwischen den Variablen eignen sich die standardisierten Koeffizienten (Beta-Koeffizienten) besser, weil hierbei die Stärke des Einflusses standardisiert ist. Dafür werden unterschiedliche Einheiten der Variablen herausgerechnet und der Einfluss einer Variable unter Konstanthaltung aller anderen berechnet. Für die Interpretation müssen allerdings die Veränderungen, der Einfluss, in Standardabweichungen gedacht werden. Während die Verbesserung einer Standardabweichung von Autonomie bei ApartmentbewohnerInnen zu einer Steigerung der Lebensqualität um 0,136 Standardabweichungen führt, erfahren StationsbewohnerInnen durch eine Steigerung der Autonomie sogar eine Verschlechterung der Lebensqualität um 0,035 Standardabweichungen. Während im Modell für ApartmentbewohnerInnen WHOPsychisch (0,355), WHOPhysisch (0,190) und EQ5Dgesund (0,234) hohen Erklärungsgehalt haben sind es im Modell für Stationsbewohner ebenfalls WHOPsychisch (0,550), aber auch Akzeptanz (0,166) und Wohndauer (0,242).

Während die Modelle im Ganzen ein Signifikanzniveau von 0,01 erreichen (Signifikanzwert in Anova-Tabelle 25 liegt unter 0,01), sind die wenigsten der Koeffizienten statistisch signifikant (siehe Tabelle 26 der Koeffizienten). Statistische Signifikanz wird in den Tabellen grau markiert. Dieses Ergebnis kann aufgrund von Multikollinearität zustande kommen. Obwohl die Werte der Kollinearitätsstatistik nicht eindeutig auf eine starke Korrelation der einzelnen Variablen miteinander hindeuten, gibt es diese zumindest zwischen den WHO-Domänen. Weiters kann es auch sein, dass die Signifikanz des Modells aufgrund der hohen Anzahl an unabhängigen Variablen zustande kommt. Damit ist die Aussagekraft der Regression als eingeschränkt zu beurteilen.

Als Fazit kann gesagt werden, dass die Varianz der Lebensqualitäts-Selbsteinschätzung vor allem durch die Komponenten WHOPsychisch und WHOPhysisch erklärt wird. Dieser Erklärungsgehalt ist bei ApartmentbewohnerInnen höher als bei StationsbewohnerInnen. Neben den bereits genannten Variablen sind auch noch Autonomie und Gesundheitszustand vor allem für ApartmentbewohnerInnenn wichtig, während im Stationsbereich auch Akzeptanz relevant ist. Je stärker BewohnerInnen eingeschränkt sind, desto höher ist die Abhängigkeit vom Personal, aber auch von den MitbewohnerInnen. MitbewohnerInnen können nicht gewählt werden, das Zusammenleben ist auf Stationen viel enger, näher bzw. durchgehender als wenn BewohnerInnen sich selbst freier bewegen können. Die höhere Bedeutung von Akzeptanz von und durch Personal und andere BewohnerInnen auf Stationen ist auch inhaltlich logisch.

Die Hypothese 3.3, dass SLQA-Dimensionen (Autonomie, Sicherheit und Akzeptanz) einen höheren Erklärungsgehalt haben als die WHO-Domänen (Physisch, Psychisch und Mobilität) kann durch diese Analyse nicht bestätigt werden, weil im Regressions-

modell die WHO-Aspekte stärkeren Einfluss auf die selbsteingeschätzte Lebensqualität haben. Die Formulierung der Hypothese ist recht deterministisch und muss daher abgelehnt werden. Allerdings zeigt sich schon die Tendenz, dass auf Betreuungsstationen die Dimensionen unterschiedliche Bedeutung habe. Während zwar der gesundheitliche Zustand und auch die psychische Verfassung jedenfalls zentral sind, können Faktoren der Umgebung aber intervenieren, also verstärken oder abschwächen. Es kann nicht generell gesagt werden, dass für StationsbewohnerInnen mit höherem Betreuungsbedarf die Dimensionen Autonomie, Sicherheit und Akzeptanz wichtiger werden als physische oder psychische Aspekte. Es zeigt sich aber, dass in der Gegenüberstellung von BewohnerInnen von Stationen und Apartments vor allem unterschiedliche SLQA-Dimensionen relevant sind. Während im Apartmentbereich Autonomie höheren Einfluss hat, ist es im Stationsbereich die Akzeptanz. WHOPsychisch ist für beide Gruppen relevant, während die Bedeutung von WHOPhysisch bei StationsbewohnerInnen abnimmt. Allerdings reduziert vor allem die hohe Irrtumswahrscheinlichkeit der Koeffizienten die Aussagekraft. Insgesamt ist auch die abhängige Variable der selbsteingeschätzten Lebensqualität kritisch zu betrachten, da sie als Teil des WHO-Instrumentes ebenfalls eine hohe Korrelation zu den WHO-Domänen aufweist und damit deren hoher Erklärungsgehalt zustande kommen kann. Außerdem könnte es sein, dass diese Frage bezüglich Antwortdifferenzierung für diese Zielgruppe nicht geeignet ist. Auch scheinen BewohnerInnen in ihrer Selbsteinschätzung Gesundheit und gesundheitsbezogene Aspekte (wie durch die WHO-Domänen abgefragt) stärker miteinzubeziehen als situative und umweltbezogene Aspekte, wie im SLQA. An sich erachte ich die Regressionsanalyse als eine sinnvolle Methode, die unterschiedliche Wichtigkeit verschiedener Aspekte zu überprüfen. Neben den hier untersuchten, gibt es aber auch noch weitere Aspekte, innerhalb und außerhalb der Ursprungsinstrumente, die zu berücksichtigen sind. Ergänzungen aus den Ursprungsinstrumenten sind Aspekte wie Empathie, Privatheit, soziale Beziehungen und Umwelt, externe Merkmale des sozioökonomischen Status (Bildung, Familie und soziale Ressourcen) wären es auch Wert, in einer Gesamtanalyse betrachtet zu werden.

5. Diskussion und Ausblick

In diesem Kapitel sollen in zusammenfassender Weise noch einmal die wesentlichsten Ergebnisse und Erkenntnisse hervorgehoben werden. Zuerst wird ein Fazit nach den drei Instrumenten (EQ-5D, WHOQOL-BREF und SLQA) gezogen, die im Gesamterhebungsinstrument GHKA_Bew inkludiert sind. Anschließend erfolgt eine Auseinandersetzung mit empirischen Ergebnissen und Forschungsfragen. Weiters werden einige Limitationen angeführt, bevor es im Ausblick um Vorschläge für Veränderung der Instrumente und weitere Forschung geht.
Schon in der Auseinandersetzung mit Begriffen und theoretischen Überlegungen zu Gesundheit und Lebensqualität fällt auf, dass diese nicht eindeutig voneinander zu trennen sind. In der Beschreibung der positiven Gesundheit nach systemtheoretischer Perspektive wird Wohlbefinden als ein Teil von Gesundheit erachtet. Ein Großteil der Beschreibungen zu Lebensqualität beinhaltet gesundheitsbezogene Aspekte. Darüber hinaus wird nicht immer zwischen Determinanten von Lebensqualität und der Verwendung von Lebensqualität als Ergebnisvariable unterschieden. Neben den unscharfen theoretischen bzw. wissenschaftlichen Definitionen und Konzepten zu Gesundheit und Lebensqualität stehen auch noch Wissenschafts- und Alltagssprache einander gegenüber. Die Ergebnisse dieser Arbeit deuten darauf hin, dass BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtung in ihrer Selbsteinschätzung der Lebensqualität eher personenbezogene und gesundheitsbezogene Fähigkeiten und Ressourcen (also physische und psychische Aspekte) berücksichtigen. Persönliche Präferenzen und vor allem situative, umweltbezogene Möglichkeiten (wie Autonomie, Wohnumfeld, Betreuung und Akzeptanz) zeigen trotz der theoretischen Bedeutung wenig Zusammenhang mit der Lebensqualitäts-Selbsteinschätzung.

5.1 Diskussion zentraler Ergebnisse

Der EQ-5D punktet mit seiner Kürze, sowohl bei Durchführung als auch Auswertung. Inhaltlich zeigt sich ein Fokus auf personenbezogene und gesundheitsbezogene Fähigkeiten bzw. Defizite, die Ergebnisse ermöglichen eine körperliche Zustandsbeschreibung, betreuungs- und organisationsbezogene Aspekte werden nicht berücksichtig. Die Einzelfragen des EQ-5D beziehen sich auf das Ausmaß an Problemen in verschiedenen Bereichen. Die Einzelfragen sind auf einer dreistufigen Ordinalskala operationalisiert. Durch die Berechnung eines Index kann ein höheres Datenniveau für statistische Auswertungen erreicht werden. Interessant, aber in dieser Arbeit nicht umgesetzt, ist auch die Möglichkeit, die Fragen des Index über Durchschnittswerte der Be-

völkerung zu gewichten. Diese Gewichtung ist mathematisch die korrektere Lösung, weil es eher unwahrscheinlich ist, dass alle Fragen und Aspekte in Bezug auf Lebensqualität gleich wichtig sind. Darüber hinaus wird Gesundheit über eine visuelle Analogskala abgefragt. Die unterschiedlichen Mittelwerte von Lebensqualität und Gesundheit deuten darauf hin, dass es sich hierbei um unterschiedliche Konzepte handelt, die aber nicht unabhängig voneinander sind. Durch die Kürze und Einfachheit der Fragen und Antworten scheint er für das Setting von Altenbetreuungseinrichtungen geeignet zu sein. Trotzdem muss davon ausgegangen werden, dass bei Erhebungen in Altenbetreuungseinrichtungen nicht alle BewohnerInnen an einer Befragung teilnehmen können. Der EQ-5D bietet hier die Möglichkeit auch eine Fremdperspektive durch das Personal zu erheben. Obwohl das nicht Fokus dieser Arbeit war, habe ich auch die Mittelwerte für Lebensqualität und Gesundheit aus der Fremdperspektive berechnet. Während Gesundheit aus der Fremdperspektive etwas höher eingeschätzt wird, deckt sich die Lebensqualitätseinschätzung größtenteils.

Der WHOQOL-BREF erhebt Lebensqualität über mehrere Fragen, wobei die Aspekte dem EQ-5D ähnlich sind. In der Version, die im Gesamterhebungsinstrument GHKA_Bew enthalten ist, gibt es ebenfalls einen Fokus auf personenbezogene und gesundheitsbezogene Fähigkeiten und Ressourcen. Die Ähnlichkeit der beiden Instrumente in der inkludierten Version zeigt sich an einer hohen Korrelation. Die Einzelfragen im WHOQOL-BREF sind über eine fünfstufige Skala einzuschätzen, was ein hohes Datenniveau und eine hohe Differenzierung verspricht. Allerdings zeigen die Items eine ähnliche Aufteilung der fünf Antwortkategorien. Alle Indizes der Kategorien von Lebensqualität haben im Wertebereich von 0 (schlecht) bis 1 (gut) einen Mittelwert zwischen 0,60 und 0,67. Die Indizes zeigen auch untereinander eine hohe Korrelation zwischen 0,5 und 0,7, was auf eine nicht eindeutige Zuordnung der Items zu den Kategorien hindeutet. Auch Angermeyer et al. (2002, S.46) beschreiben, dass die interne Konsistenz nicht immer zufriedenstellend ist. Zu dieser Ähnlichkeit gibt es verschiedene Hypothesen. Jede/r Befragte wird mehr oder weniger psychische und / oder physische Defizite aufweisen. Jetzt kann es sein, dass über den Durchschnitt der mehr als 300 Befragten sich die Unterschiede vereinheitlichen und im Mittel überall ähnliche Einschränkungen vorliegen. Eine Analyse nach verschiedenen Subgruppen (Wohnbereich, Mobilität, kognitiver Status) könnte in weiterführender Forschung genauere Einblicke ermöglichen. Dass die Mittelwerte alle knapp über der Mitte liegen, könnte mit dem bekannten Antwortschema, nämlich der Tendenz zur Mitte, zusammenhängen, bei dem Rangkategorien (in diesem Fall 1 und 5) weniger häufig angegeben werden. Tatsächlich zeigt sich eine Überrepräsentanz der mittleren Kategorien, insbesondere

der Werte 3 und 4. Die Überrepräsentanz könnte auch daran liegen, dass BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen mit fünf Antwortkategorien überfordert sind. Weiters spielen auch nicht kontrollierte Interviewereffekte hier eine Rolle. Die Interviewform lässt einen gewissen Interpretationsspielraum beim Dokumentieren des Gesprächs zu, welcher sich bei größerer Differenzierung der Antwortkategorien stärker auswirkt. Der WHOQOL-BREF gibt an, auch für Personen mit akuten oder chronischen Erkrankungen und für verschiedene PatientInnengruppen einsetzbar zu sein und dass körperliche und psychische Einschränkungen auch kein Ausschlusskriterium sind (vgl. Angermeyer et al. 2002, S.44f.). Aufgrund der vorherigen Ausführungen komme ich zu dem Schluss, dass es eine differenzierte Untersuchung des WHOQOL-BREF bezüglich der Eignung für die Zielgruppe geben muss. Seit 2016 gibt es dieses Instrument in einer Version, die speziell auf alte Menschen ausgerichtet ist (WHOQOL-OLD), dieses könnte eine Verbesserung darstellen.

Der SLQA ist das einzige in der Erhebung eingesetzte Instrument, welches auf die Zielgruppe der BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen spezialisiert ist. Die Themen des SLQA sind differenzierter als bei den anderen Instrumenten, vor allem was die Sensitivität bezüglich verschiedener Wohnbereiche betrifft. SLQA deckt eher Determinanten von Lebensqualität ab, die sich auf organisatorische Strukturen, Prozesse und Alltag beziehen, die Erfahrungen im Organisationsalltag erfragen. Um die Komplexität der Befragung gering zu halten, wird mit dichotomen Antwortkategorien gearbeitet. Durch diese einfache Operationalisierung erhöht sich das Ausmaß an Fragen und auch die Interviewdauer. Die Autonomie der BewohnerInnen ist insgesamt relativ hoch einzuschätzen, nur etwa 20% brauchen Hilfe bei verschiedenen Tätigkeiten. Entscheidungsfreiheit liegt mit etwa 95% ebenfalls hoch, trotzdem geben etwa 10% der Befragten an, gegen ihren Willen duschen zu müssen. 10-15% der BewohnerInnen geben an, vor etwas im Haus Angst zu haben. Ebenso Viele geben an, dass es zu häufigem Personalwechsel kommt. Während die Akzeptanz von und gegenüber dem Personal hoch ist, ist sie gegenüber anderen BewohnerInnen geringer. Nur etwa 60% haben gute Freunde oder Bekannte im Haus. Akzeptanz ist besonders für StationsbewohnerInnen eine relevante Dimension der umweltbezogenen Lebensqualität. Besonders die Akzeptanz und Wertschätzung unter den BewohnerInnen scheint schwierig zu organisieren und zu beeinflussen bzw. wird vielleicht deren Gestaltung in dem Setting (zu) wenig Aufmerksamkeit geschenkt.
Auswertung und Beschreibung auf Itemebene sind für die Einrichtungen in Bezug auf Qualitätsentwicklung und -sicherung interessant. Zusätzlich würde der SLQA durch die Aggregation der Daten über mehrere Ebenen das Potential für eine abstrakte und sta-

tistische Auseinandersetzung mit dem Thema Lebensqualität in Altenbetreuungseinrichtungen bieten. Während die Fragetechnik für die Zielgruppe sinnvoll erscheint, fehlt die Optimierung hinsichtlich Datenaufbereitung, Kodierung und Auswertung. Die Spezifikationsarbeit des SLQA scheint nicht nur methodisch, sondern insgesamt noch nicht abgeschlossen zu sein. Auch inhaltlich gibt es Dimensionen, die in sich keine hohe Korrelation aufweisen. Die Dimensionen “Privatheit” und “Sicherheit” umfassen Items, die inhaltlich nicht nur einem Konstrukt zuordenbar sind (vgl. Lang et al. 2007, S.116). “Autonomie” umfasst die meisten Items, Amann et al. (2010) plädieren hier für eine Differenzierung in Handlungs- und Entscheidungsautonomie. Dafür sprechen auch empirische Befunde. Entscheidungsautonomie liegt mit einem Mittelwert (Wertebereich 0-1) von 0,94 deutlich über der Handlungsautonomie mit 0,80. Auch die nur mittelstarke Korrelation von 0,4 deutet auf unterschiedliche Konstrukte hin.

Im Vergleich der errechneten Gesamtwerte der Lebensqualität (Wertebereich 0 schlecht bis 1 gut) zeigt sich, dass SLQA (mean=0,79) und EQ-5D (mean=0,76) deutlich über dem WHOQOL-BREF (mean=0,62) liegen. Wie bereits erwähnt fokussiert WHOQOL-BREF gesundheitsbezogene Aspekte. Bei BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen werden in diesen Bereichen, nicht zuletzt aufgrund der Voraussetzung von Pflegestufe 3 und mehr, bereits Einschränkungen vorliegen. Durch die Fokussierung auf „Problembereiche“ ist der geringere Mittelwert nachvollziehbar. Obwohl der Mittelwert des EQ-5D höher liegt, zeigt die hohe Korrelation von 0,72 zwischen EQ-5D und WHOQOL-BREF, dass sich diese beiden Instrumente in der inkludierten Version ähnlich sind, daraus ergibt sich hier ein Kürzungspotenzial. Der höhere Wert des EQ-5D deutet darauf hin, dass dieser gesundheitliche Einschränkungen nicht so „scharf“ beurteilt. SLQA hat mit den beiden anderen nur eine mittlere Korrelation von knapp über 0,3. Die Instrumente scheinen damit verschiedene Aspekte abzufragen.
Eine Korrelation mit der selbsteingeschätzten Lebensqualität zeigt den stärksten Zusammenhang zu WHOQOL-BREF (0,5), dann EQ-5D (0,4) und am wenigsten mit SLQA (0,3). BewohnerInnen scheinen personenbezogene und gesundheitsbezogene Aspekte (wie in WHOPhysisch und WHOPsychisch abgefragt) in ihrer Selbsteinschätzung eher zu fokussieren. Auch eine Korrelation der Gesamtwerte mit Gesundheit bestätigt bisherige Beschreibungen. Während EQ-5D und WHOQOL-BREF einen starken Zusammenhang von etwa 0,5 zu Gesundheit haben, ist bei SLQA nur eine leichte Korrelation von 0,25 zu beobachten. Überspitzt gesagt erfasst SLQA nicht Lebensqualität im (gesundheitsbezogenen) Verständnis der BewohnerInnen, sondern bildet vielleicht eine andere Qualität ab, wie zum Beispiel Wohn-, Pflege- und Betreuungsqualität oder umweltbezogene Lebensqualität. Wenn man die Gesamtwerte getrennt nach den

Wohnbereichen betrachtet, zeigt sich, dass durchgehend durch alle Erhebungsinstrumente BewohnerInnen aus Pflege- oder Betreuungsstationen schlechtere Werte der berechneten Lebensqualität erzielen als ApartmentbewohnerInnen. Während sich die Werte nach Wohnbereich bei EQ-5D und WHOQOL-BREF um etwa 10% unterscheiden, sind es bei SLQA sogar 20%. Daraus kann man ableiten, dass der SLQA sensitiver auf unterschiedlichen Wohn- und Betreuungsverhältnisse ist.
Die Dimensionen des SLQA weisen in sich einen weniger starken Zusammenhang auf, was auf unabhängigere Konstrukte hindeutet als beim WHOQOL-BREF, dessen Domänen hoch korrelieren. Insgesamt hat “Akzeptanz” die geringsten Zusammenhänge zu anderen Subkategorien, was auf ein besonders unabhängiges Konstrukt hindeutet. Hingegen besitzt die SLQA-Dimension “Autonomie” eine mittelhohe Korrelation (mit 0,37) zur WHO-Domäne “Psychisch”, die durch den Aspekt der Entscheidungsautonomie verursacht sein könnte. “WHOPhysisch” fokussiert mehr auf Selbstständigkeit im Sinne von Handlungsautonomie. Scheinbar ergeben Einschränkungen der Autonomie auch besondere psychische Herausforderungen aufgrund der höheren Abhängigkeit. In der Regressionsanalyse zeigen sich ähnliche Tendenzen. Das biologische Alter und die Wohndauer in der Einrichtung haben im Gesamtmodell keinen Einfluss. Den größten Erklärungsgehalt hat “WHOPsychisch” sowohl für BewohnerInnen von Apartments als auch von Stationen. Weiters für beide relevant ist “WHOPhysisch”. Gesundheitszustand und “Autonomie” sind eher für ApartmentbewohnerInnen relevant, dafür ist für StationsbewohnerInnen “Akzeptanz” wichtig.

Bezüglich Forschungsfrage eins nach Konzeption und Operationalisierung der Erhebungsinstrumente kann gesagt werden, dass der SLQA umfassendere Aspekte abfragt und umweltbezogene Lebensqualität fokussiert. EQ-5D und WHOQOL-BREF in der inkludierten Version sind einander inhaltlich ähnlicher als zum SLQA. Die dichotome Operationalisierung auf Ja/Nein Fragen des SLQA erzeugt zwar eine höhere Anzahl an Fragen, allerdings scheint die fünfstufige Operationalisierung des WHOQOL-BREF methodisch problematisch.
Bezugnehmend auf Forschungsfrage zwei nach den Unterschieden der Ergebnisse kann gesagt werden, dass SLQA den höchsten Wert der Lebensqualität erzielt und gleichzeitig eine geringe Korrelation zu den beiden anderen Instrumenten und zum Gesundheitszustand aufweist. SLQA reagiert besonders sensibel auf unterschiedliche Wohnbereiche, was für eine besondere Eignung bezüglich der Zielgruppe der BewohnerInnen spricht.
Forschungsfrage drei nimmt Bezug auf ähnliche bzw. unterschiedliche Abbildung von Lebensqualität durch die SLQA-Dimensionen im Vergleich zu den anderen Subkatego-

rien. Die SLQA-Dimensionen zeigen maximal mittleren Zusammenhang (von etwa 0,3) zu den anderen Subkategorien, woraus abgeleitet werden kann, dass der SLQA Lebensqualität anders abbildet bzw. womöglich einen anderen Aspekt von Qualität abbildet. Der Einfluss der SLQA-Dimensionen ist im Regressionsmodell geringer als der der WHO-Subkategorien. Allerdings kann bezüglich SLQA gesagt werden, dass sich vor allem im Vergleich zwischen den Wohnbereichen zeigt, dass jeweils andere SLQA-Dimensionen relevant sind. Je höher der Betreuungsbedarf und desto geringer die Selbstständigkeit, desto wichtiger wird Akzeptanz in der Einrichtung und die Beziehung zu Personal und MitbewohnerInnen.

5.2 Limitationen

Es gibt jedoch ein paar Limitationen zu berücksichtigen. Als einen ganz wesentlichen Punkt erachte ich Interviewereffekte. Bei jedem Interview gibt es Effekte, die durch die Person des/der InterviewerIn oder durch sozial erwünschtes Antwortverhalten entstehen. SLQA ist sich dieser Interviewereffekte bewusst, bzw. geht davon aus, dass Antworten von BewohnerInnen z.T. interpretiert werden müssen. Um die Komplexität aber auch den Interpretationspielraum gering zu halten, sind die Antwortkategorien dichotom. Trotzdem wird davon gesprochen, dass Interviewereffekte für 10% der Varianz der Ergebnisse verantwortlich sind (vgl. Estermann und Kneubühler 2008, S.206). Nachdem das WHO-Instrument nicht als Interview vorgesehen ist, finden sich dazu auch keine Beschreibungen in der Literatur. Auch beim Abfragen einer fünfstufigen Skala wird es bei der Dokumentation durch den/die InterviewerIn ebenfalls einen (womöglich größeren) Interpretationsspielraum geben.

SLQA erachtet eine Interviewdauer von mehr als 20 Minuten für BewohnerInnen von Altenbetreuungseinrichtungen als nicht zielführend, da die Konzentration nicht so lange aufrechterhalten werden kann. Die durchschnittliche Dauer der Befragung mittels GHKA_Bew liegt bei 40 Minuten. Daher kann auch die Dauer der Interviews, vor allem auf später abgefragte Instrumente Auswirkungen haben. Insgesamt kann auch die Reihenfolge der Instrumente in der Erhebung Einfluss auf die Ergebnisse haben. Im GHKA_Bew wird mit der WHOQOL-BREF Erhebung begonnen, dann folgt der EQ-5D und abschließend wird der SLQA erfragt.

Der Vergleich der Instrumente ist auf die inkludierten Aspekte limitiert. Nachdem ein Vergleich der Instrumente in der Ursprungserhebung nicht vorgesehen war, wurden die Instrumente WHOQOL-BREF und SLQA nicht vollständig erhoben. Eine vollständige Erhebung hätte sowohl Ressourcen des Projektteams sowie wahrscheinlich die Aufmerksamkeit mancher BewohnerInnen überstrapaziert. Durch die starke Reduzierung

der Items der SLQA Dimensionen “Empathie” und “Privatheit” können darüber nur wenig detaillierte Aussagen getroffen werden.
Bezüglich der Eruierung von Kürzungspotenzial des GHKA_Bew ist auch zu erwähnen, dass dieser neben den hier analysierten auch noch weitere Themen wie Aktivitäten, Sinnesfunktionen und soziales Netz abdeckt. Inwiefern diese für Qualitätssicherung in den Einrichtungen relevant sind, kann hier nicht weiter erörtert werden.
Als Limitation anzumerken sind auch methodische Schwierigkeiten beim WHOQOL-BREF, die sich in einer Gleichartigkeit bzw. mittigen Lage aller WHO-Indizes der Kategorien von Lebensqualität zeigen. Die Ähnlichkeit der Indizes kann durch das Antwortschema Mittelkategorien zu bevorzugen, zu starke Antwortdifferenzierung für die Zielgruppe, nicht eindeutige Abgrenzung der Kategorien von Lebensqualitöt oder nicht kontrollierte Interviewereffekte zustande kommen. Diese methodischen Probleme treffen auch auf die abhängige Variable der selbsteingeschätzten Lebensqualität in der Regression zu. Außerdem weist diese eine vergleichsweise hohe Korrelation zu den WHO-Indizes auf. Durch diese methodischen Effekte und die fragmentierte Datenstruktur ergeben sich Einschränkungen der Aussagekraft der Regressionsanalyse, aufgrund der hohen Irrtumswahrscheinlichkeiten einzelner Koeffizienten.

5.3 Ausblick

Aus der Analyse ergeben sich weitere Ansatzpunkte für zukünftige Forschungsarbeiten. Der Einsatz des WHO-Instrumentes erscheint mir in erster Linie dann sinnvoll zu sein, wenn der Bogen selbst ausgefüllt werden kann. Die Eignung als Befragungsinstrument erscheint mir aufgrund früherer Ausführungen fraglich zu sein. Seit 2016 gibt es auch ein auf alte Menschen spezialisiertes Instrument, den WHOQOL-OLD. Ein systematischer Vergleich mit dem SLQA, wobei dieser als Interview geführt wird und der WHOQOL-OLD schriftlich ausgefüllt wird, könnte folgende zwei Aspekte genauer beleuchten. Zum einen könnte dadurch festgestellt werden, wieviele BewohnerInnen, aufgrund von Sehschwäche oder Defiziten der Feinmotorik und des Verständnisses, nicht in der Lage sind diesen Selbsteinschätzungsbogen auszufüllen. Dadurch könnte die Eignung des WHOQOL-BREF für diese Zielgruppe betrachtet werden. Zum anderen könnte so ein Vergleich auf inhaltlicher Ebene darstellen, welche Aspekte SLQA und WHOQOL-BREF gleichermaßen beinhalten und ob sie in diesen konsistente Ergebnisse liefern. Um die Eignung der Instrumente für verschiedene Subgruppen festzustellen, sind Vergleiche der Gesamtwerte und der Subkategorien der Instrumente nach verschiedenen Merkmalen (wie beispielsweise dem kognitiven Status) interessant. Weiterführende Regressionsanalysen geben Auskunft über die Relevanz unter-

schiedlicher Aspekte. Neben den verschiedenen Aspekten der Instrumente stellen des Weiteren soziodemographische und sozioökonomische Merkmale wie Bildung oder soziales Netz eine interessante Ergänzung dar.
Auf der einen Seite sehe ich das Potential des SLQA sowohl für Qualitätssicherung in den Einrichtungen nützlich zu sein. Auf der anderen Seite eignen sich die aggregierten Daten auch für wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Lebensqualität in Altenbetreuungseinrichtungen. Dafür müsste, wie schon erwähnt, weitere inhaltliche und methodische Spezifikationsarbeit geleistet werden. Eine Unterscheidung in Handlungs- und Entscheidungsautonomie und erreichte Autonomie durch Unterstützung erscheint sinnvoll. Bei einigen Dimensionen wird Bedarf an inhaltlicher Differenzierung deutlich. Besonders “Sicherheit” und “Privatheit”, aber auch “Empathie” müssten auf ihre interne Konsistenz überprüft werden, zum Beispiel über Faktorenanalyse. Nicht alle Items scheinen gleich relevant zu sein, außerdem gibt es eine deutlich unterschiedliche Anzahl an Items in den Dimensionen und Handlungskontexten. Eine Ergänzung um physische und psychische Aspekte in der bewährten „Ja/Nein-Frageart“ würde den SLQA themenmäßig noch breiter aufstellen. Insgesamt sind einige Filterfragen vorgesehen, die jedoch vereinzelt ungünstig positioniert sind bzw. nicht vollständig durchgehalten worden sind. Würden Filterfragen bzw. auch offene Fragen schon während des Gespräches kategorisiert bzw. kodiert werden, würde das die Auswertung erleichtern. Für eine optimale Verwendung der Daten ist eine genaue Beschreibung der Kodierung, der Dateneingabe und des Auswertungsvorgangs wünschenswert. Zukünftige Forschung bezüglich SLQA sollte sich mit der internen Konsistenz der Dimensionen und der Reduktion der Items beschäftigen.

Mit dem Ziel das GHKA_Bew Instrument als Qualitätssicherungs-Instrument für Einrichtungen der stationären Altenbetreuung einzusetzen, ergeben sich aus dieser Arbeit Aspekte, die gekürzt bzw. auch intensiviert werden sollten. Der SLQA fokussiert vor allem umweltbezogene Lebensqualität und ist speziell auf dieses Setting ausgerichtet. Eine besonders relevante Dimension ist “Autonomie”, speziell wenn zwischen Handlungs- und Entscheidungsautonomie unterschieden wird. Der zweite wesentliche Aspekt ist “Akzeptanz”. Interessanterweise sind für diese Dimension die wenigsten Items formuliert worden, hier sehe ich Ausweitungspotenzial, zum Beispiel durch Items aus den Dimensionen “Empathie” und “Privatheit”, die sich mit Beziehungen und Interaktionen innerhalb der Einrichtung beschäftigen. Wegen Unspezifität könnte vor allem “Sicherheit” ausgespart werden. “Empathie” und “Privatheit” können anhand dieser Analyse nur schwer beurteilt werden, weil so wenige Items vorhanden waren. Inhaltlich scheinen sie ebenfalls unspezifischer bzw. unergiebiger als “Autonomie” und “Akzep-

tanz". Eine Ergänzung um Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erachte ich als sinnvoll, da sie hohen Erklärungsgehalt in der multivariaten Analyse aufweisen. In Bezug auf die „Ökonomisierung" des Gesamterhebungsinstrumentes GHKA_Bew bietet die Ähnlichkeit von WHOQOL-BREF und EQ-5D eine Kürzungsmöglichkeit. Im Projekt wurde die doppelte Erhebung mancher Themen aufgrund der gewünschten unterschiedlichen Datenstruktur in Kauf genommen. Die Ähnlichkeit der Instrumente ist so hoch, dass eines durch das andere ersetzbar ist. Aufgrund methodischer Schwierigkeiten des WHOQOL-BREF sollte der EQ-5D vorgezogen werden. Mit der Zusammenfassung der Einzelfragen zu einem Index kann auch hier ein für wissenschaftliche Zwecke und Publikationen nutzbares Datenniveau erreicht werden. Falls eine schriftliche Befragung dennoch möglich ist, könnte auch der WHOQOL-OLD eine sinnvolle bzw. umfangreichere Ergänzung zum SLQA (Interview) darstellen. Bei Inklusion des WHOQOL-OLD ist dessen Itembatterie ausreichend, eine Ergänzung durch Mobilitätsfragen bringt keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn. Bei einem Einsatz des WHOQOL-OLD kann auf den EQ-5D verzichtet werden. Abschließend plädiere ich für eine unabhängige Eingangsfrage nach der selbsteingeschätzten Lebensqualität. In Anlehnung an die visuelle Analogskala des Gesundheitszustandes des EQ-5D scheint eine Einschätzung bzw. Markierung auf einer 10er oder 100er Skala zielführend.

Zusammenfassend würde ich ein verdichtetes Instrument zur Qualitätssicherung in Altenbetreuungseinrichtungen zusammenstellen, das aus einer unabhängigen Einschätzung der Lebensqualität (10er Skala), den SLQA Dimensionen "Autonomie" und "Akzeptanz" und dem EQ-5D besteht.

Literaturverzeichnis

Amann, Anton, Bernd Löger und Gert Lang. 2005. *Lebensqualität im Altenpflegeheim. Teil I: Lebensqualität im Pflegeheim*; ZENTAS. Schriftenreihe der NÖ Landesakademie. Band 30.

Amann, Anton, Wilfried Datler, Elisabeth Seidl, Günther Ehgartner, Gert Lang, Kathrin Trunkenpolz und Ilsemarie Walter. 2010a. *Lebensqualität im Pflegeheim. An empirical investigation into the life world and life quality of nursing home residents.* Band I: Kontexte und Konzepte – Integrierte Ergebnisse. Projektbericht. Universität Wien.

Amann, Anton, Gert Lang, Günther Ehgartner und Angelika Hausenbiegl. 2010b. *Lebensqualität im Pflegeheim. An empirical investigation into the life world and life quality of nursing home residents.* Band II: Soziologische Untersuchungen. Projektbericht. Universität Wien.

Angermeyer, Matthias C., Reinhold Kilian, Herbert Matschinger. 2000. *WHOQOL - 100 und WHOQOL - BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität.* Göttingen / Bern / Toronto / Seattle: Hogrefe Verlag.

Angermeyer, Matthias C., Reinhold Kilian, Herbert Matschinger. 2002. Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. *Zeitschrift für medizinische Soziologie* 1:44-48.

Cichocki, M., K. Krajic, J. Zottel und V. Quehenberger. 2012. Gesundheit hat kein Alter: Evaluationsbericht zur Bedarfserhebung der Zielgruppen (einschließlich Gesundheitszirkel). LBIHPR Forschungsbericht.

Cohan, Jacob. 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2.Auflage. New York: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Conrad, Ines und Steffi G. Riedel-Heller. 2016. Lebensqualität im Alter. In *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen*

Erkrankungen. Hrsg. Sandra Verena Müller und Claudia Gärtner, 39-51, Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Donabedian, Avedis. 2005. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4): 691-729.

Estermann, Josef, Hans-Ulrich Kneubühler. 2008. Warum Lebensqualität im Pflegeheim bedeutsam ist und wie sie gemessen werden kann. *Swiss Journal of Sociology*, 34(1):187-210.

EuroQol Gruppe. 2009. User Guide. Basic Information on how to use EQ5D. Onlinebroschüre. https://euroqol.org/

EuroQol Gruppe. 2018. User Guide. Basic Information on how to use EQ5D. Onlinebroschüre. *https://euroqol.org/wp-content/uploads/2018/12/EQ-5D-3L-User-Guide_version-6.0.pdf*

Gebert, Alfred J. und Hans-Ulrich Kneubühler. 2003. *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen.* 1.Auflage, Bern: Hans Huber.

Germov, John. 2009. Imagining Health Problems as Social Issues. In: *Second Opinion: an introduction to health sociology.* Hrsg. John Germov, 3-24, South Melbourne, Victoria, Australia: Oxford University Press.

Hemmerich, Wanja. 2019. StatistikGuru. Multiple lineare Regression. https://statistikguru.de/spss/multiple-lineare-regression/modellanpassung-bestimmen.html (abgerufen am 16.03.2019)

Hinz, Andreas, Antje Klaiberger, Elmar Brähler und Hans-Helmut König. 2006. Der Lebensqualitätsfragebogen EQ5D: Modelle und Normwerte für die Allgemeinbevölkerung. *Psychotherapie Psychosomatik Medinische Psychologie* 56: 42-48.

IBM Support. Can I compute a grand mean from a group of means?. https://www-01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg21474802 (abgerufen am 10.02.2019)

Janssen, M.F., A. Simon Pickard, Dominik Golicki, Claire Gudex, Maciej Niewada, Luciana Scalone, Paul Swinburn und Jan Bisschbach. 2012. Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5, D-3L across eight patient groups: a multi-county study. *Quality of Life Research*, 22(7), 1717-1727.

Jylhä, Marja. 2009. What is self-rated health and why does ist predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine* 69: 307-316.

Krajic, Karl, Martin Cichocki und Viktoria Quehenberger. 2014. Health-promoting residential aged care: a pilot project in Austria. *Health Promotion International* Jg.30, Heft 3: 769-781.

Kuckartz, Udo, Stefan Rädiker, Thomas Ebert und Julia Schehl. 2010. Statistik. Eine verständliche Einführung. Wiesbaden: VS Springer.

Kyrkou, Margaret M. 2014. Health-related quality of life. *Public Health* 6, 4: 355-370.

Lang, Gerd, Bernd Löger und Anton Amann. 2007. Well-beeing in the nursing home. a methodological approach towards the quality of life. *Journal of Public Health*, 15: 109-120.

Lang, Gert. 2014. Zur Befragung und Befragbarkeit von kognitiv eingeschränkten und demenziell veränderten Menschen in Alten- und Pflegeheimen. In *Das erzwungene Paradies des Alters?* Hrsg. Anton Amann und Franz Kolland, S.207-230. Wiesbaden: Springer VS.

Leinonen, Raija, Eino Heikkinen und Marja Jylhä. 1998. Self-rated health and self-assessed change in health in elderly men and women - a five-year longitudinal study. Social Science & Medicine, 46: 591-597.

Mergenthaler, Andreas. 2012. Gesundheitliche Lebensqualität. In: *Gesundheitliche Resilienz. Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter.* Hrsg. Mergenthaler, Andreas, S.79-89, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mittelmark, Maurice B. und Georg F. Bauer. 2017. The Meanings of Salutogenesis. In *The Handbook of Salutogenesis*. Hrsg. Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström und Geir Arild Espnes, 7-13, Schweiz: Springer.

Neise, Michael und Susanne Zank. 2016. Lebensqualität. In *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen*. Hrsg. Sandra Verena Müller und Claudia Gärtner, 3-22, Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Obradovic, Marko, Arun Lal und Hiltrud Liedgens. 2013. Validity and responsiveness of EroQol-5 dimension (EQ-5D) versus Short Form-6 dimension (SF-6D) questionnaire in chronic pain. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(110), 1-9.

Pelikan, Jürgen. 2007a. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang. *Prävention und Gesundheitsförderung,* 2(2): 74-81.

Pelikan, Jürgen, 2007b. Understanding Differentiation of Health in Late Modernity by Use of Sociological Systems Theory. In: *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion.* Hrsg. David V. McQueen und Ilona Kickbusch. 74-102. New York: Springer.

Pelikan, Jürgen. 2009. Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der Gesundheitsgesellschaft? *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34(2): 28-47

Pelikan, Jürgen. 2011. Zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings. In *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung.* Hrsg. Wolfgang Dür und Rosemarie Felder-Puig, 63-72, Bern: Hans Huber.

Perret, Jens K. 2018. Quantitatives Methoden-Brevier SPSS. Eine problemorientierte Referenz für Marktforscher. Norderstedt: BoD Books on Demand.

Pickard, A. Simon, Maria C. De Leon, Thomas Kohleman, David Cella und Sarah Rosenbloom. 2007. Psychometric Comparison of the Standard EQ-5D to 5 Level Version in Cancer Patients. *Medical Care*, 45(3): 259-263.

Project Jupyter. 2019. Jupyter. https://jupyter.org/ (abgerufen am 11.02.2019)

Richter, Matthias und Klaus Hurrelmann. 2016. Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Hrsg. Matthias Richter und Klaus Hurrelmann, 3-19, Wiesbaden: Springer VS.

Schnell, Rainer, Paul B. Hill und Elke Esser. 2013. Methoden der empirischen Sozialforschung. 10.Auflage, München: Oldenbourg Verlag.

Teufl, Ingrid. 2017. Das fürchten die Österreicher im Alter. Kurier. https://kurier.at/leben/das-fuerchten-die-oesterreicher-im-alter/299.032.523 (abgerufen am 17.03.2019)

Uman, Gwen C., Dennis Hocevar, Harold N. Urman, Roy Young, Maureen Hirsch und Susan Kohler. 2000. Satisfaction Surveys with the Cognitive Impaired. In: Satisfaction Surveys in Long-Term-Care. Hrsg. Jiska Cohen-Mansfield, Farida K. Ejaz und Perla Werner, 166-186, New York: Springer Publishing Company.

Urban, Dieter und Jochen Mayerl. 2011. Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung. 4.Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Vinje, Hege Forbech, Eva Langeland und Torill Bull. 2017. Aaron Antonovsky´s Develpment of Salutogenesis, 1979-1994. In *The Handbook of Salutogenesis*. Hrsg. Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström und Geir Arild Espnes, 25-40, Schweiz: Springer.

WHOQOL. 1997. WHOQOL. Measuring Quality of Life. Working Paper. https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Zubritsky, Cynthia, Katherine M. Abbott, Karen B. Hirschman, Kathryn H. Bowles, Janice B. Foust and Mary D. Naylor. 2013. Health-related Quality of Life. Expanding a Conceptual Framework to Include Older Adults Who Receive Long-term Services and Supports. *The Gerontologist* 53, 2: 205-210.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Reproduktion des Systems in relevanten Umwelten (Pelikan 2007a, S.76) 12

Abbildung 2 - Strukturell gekoppelte Systeme des Individuums: Körper, Psyche und sozialer Status in ihren Umwelten (Pelikan 2007a, S.77) 13

Abbildung 3 – Lebensqualität - Strömungen 21

Abbildung 4 - Dimensionen der Lebensqualität im WHOQOL-BREF + WHOQOL-OLD (vgl. Conrad und Riedel-Heller 2016, S.43) 24

Abbildung 5 - Interdependente Struktur der Lebensqualität im Heim (vgl. Amann et al. 2005, S.14; Amann et al. 2010a, S.24, Lang et al. 2007, S.111) 26

Abbildung 6 – Ablaufschema der SLQA-Auswertung 60

Abbildung 7 – Themen und Aspekte der Lebensqualität in den verschiedenen Erhebungsinstrumenten, die in GHKA_Bew eingeflossen sind. 66

Abbildung 8 – Fünf Fragen der Lebensqualität im EQ-5D (in %). 69

Abbildung 9 – Boxplot für den Lebensqualitätsindex (EQ5D_gesamt) und den Gesundheitszustand (EQ5Dgesund) des EQ-5D Instrumentes. 70

Abbildung 10 – Items der Domäne „Global“ des WHOQOL-BREF. 71

Abbildung 11 – Items der Domäne „Physisch“ des WHOQOL-BREF. 72

Abbildung 12 – Items der Domäne „Psychisch“ des WHOQOL-BREF. 73

Abbildung 13 – Items der Facette „Mobilität“ des WHOQOL-100. 74

Abbildung 14 – Boxplots der WHO-Indizes, die in den Gesamtindex der Lebensqualität (WHO_gesamt3) eingegangen sind. 75

Abbildung 15 – Items der SLQA Dimension „Autonomie“ im Handlungskontext „Hilfe/Pflege und Betreuung“. 77

Abbildung 16 – Items der SLQA Dimension „Autonomie“ im Handlungskontext „Essen und Umgebung“. 78

Abbildung 17 – Items der SLQA Dimension „Empathie“ beider Handlungskontexte. 78

Abbildung 18 – Items der SLQA Dimension „Privatheit“ beider Handlungskontexte. 79

Abbildung 19 – Items der SLQA Dimension „Sicherheit“ beider Handlungskontexte. 80

Abbildung 20 – Items der SLQA Dimension „Akzeptanz“ beider Handlungskontexte. 80

Abbildung 21 – Boxplots der SLQA Dimensionen „Autonomie“ (aDim), „Empathie“ (eDim), „Privatheit“ (pDim), „Sicherheit“ (sDim) und „Akzeptanz“ (zDim). 83

Abbildung 22 – Boxplots der berechneten Lebensqualitätswerte der 3 Erhebungsinstrumente. 85

Abbildung 23 – Heatmap der Korrelation der errechneten Lebensqualitätswerte. 85

Abbildung 24 – Scatterplots der Lebensqualitätswerte im Zweier-Vergleich der Erhebungsinstrumente. 86

Abbildung 25 – Boxplots der errechneten Lebensqualitätswerte der drei Erhebungsinstrumente im Vergleich der Wohnbereiche Apartment und Station. 88

Abbildung 26 – Heatmap der Korrelation der errechneten Lebensqualitätswerte der drei Erhebungsinstrumente und der selbsteingeschätzten Lebensqualität (LQ_selbst). 89

Abbildung 27 – Heatmap der Korrelation der errechneten Lebensqualitätswerte, der selbsteingeschätzten Lebensqualität und selbsteingeschätzte Gesundheitszustände (WHOgesund, EQ5Dgesund). 90

Abbildung 28 – Boxplots der Subkategorien von Lebensqualität 92

Abbildung 29 – Heatmap der Korrelation der Subkategorien der Lebensqualität 93

Abbildung 30 – Heatmap der Korrelation zwischen WHOPhysisch, Autonomie (aDim), Handlungsautonomie (a_kann) und Entscheidungsautonomie (a_darf). 94

Abbildung 31 – Heatmap der Korrelation zwischen WHOPsychisch, Sicherheit (sDim) und Akzeptanz (zDim). 95

Abbildung 32 – Heatmap der Korrealtion der Subkategorien der Lebensqualität und der selbsteingeschätzten Lebensqualität (LQ_selbst) 96

Abbildung 33 – Lineares Modell: subjektive Lebensqualität als Ergebnis von Inputvariablen (Gesundheit, persönliche und situative Ressourcen und Präferenzen). 98

Abbildung 34 – Boxplots für Lebensqualität und Gesundheit in Selbst- und Fremdeinschätzung durch das Personal. 125

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Vergleich von biomedizinischem und sozialem Modell (vgl. Germov, 2009, S.17) 9

Tabelle 2 - Salutogene vs. pathogene Orientierung (angelehnt an Vinje et al. 2017, S.38f.) 11

Tabelle 3 - Vereinfachte Darstellung des Handlungsmodells (angelehnt an Pelikan 2007, S.77) 13

Tabelle 4 - Beobachtungskriterien positiver Gesundheit (Pelikan 2009, S.34f.) 15

Tabelle 5 - Subjektive Lebensqualität als Ergebnis von Möglichkeiten und Präferenzen von System und Umwelt (angelehnt an Pelikan 2007, S.77f) 27

Tabelle 6 - Themen des GHKA_Bew 31

Tabelle 7 - Gegenüberstellung bisheriger empirischer Projekte mit dem SLQA 46

Tabelle 8 - Anzahl an Personen pro Einrichtung 48

Tabelle 9 - Demographische Merkmale der BewohnerInnen nach den drei Einrichtungen 49

Tabelle 10 - Inkludierte Teiles des WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF 51

Tabelle 11 - Unterschiede in der Fragenanzahl zwischen GHKA_Bew und SLQA 52

Tabelle 12 – Gegenüberstellung wesentlicher inhaltlicher und methodischer Aspekte der drei Erhebungsinstrumente. 68

Tabelle 13 - Statistische Kennzahlen des EQ-5D Lebensqualitätsindex und des EQ-5D Gesundheitszustandes. 70

Tabelle 14 - Statistische Kennzahlen der WHO-Indizes. 74

Tabelle 15 - Korrelation der WHO-Indizes mit dem Gesamtwert der Lebensqualität des WHO-Instrumentes (WHO_gesamt3). 76

Tabelle 16 - Mittelwerte und statistische Kennzahlen SLQA Dimension "Autonomie" (aDim) ... 81

Tabelle 17 - Mittelwerte und statistische Kennzahlen der SLQA Dimensionen "Sicherheit" (sDim) und "Privatheit" (pDim) 82

Tabelle 18 - Mittelwerte und statistische Kennzahlen der SLQA Dimensionen "Sicherheit" (sDim) und "Akzeptanz" (zDim) 82

Tabelle 19 - Korrelationen der SLQA Dimensionen „Autonomie“ (aDim), „Empathie“ (eDim), „Privatheit“ (pDim), „Sicherheit“ (sDim) und „Akzeptanz“ (zDim). 83

Tabelle 20 - Mittelwerte und statistische Kennzahlen der berechneten Gesamtwerte der Lebensqualität der drei Erhebungsinstrumente. 84

Tabelle 21 - Mittelwerte der errechneten Lebensqualität für die drei Erhebungsinstrumente im Vergleich zwischen ApartmentbewohnerInnen und StationsbewohnerInnen. 87

Tabelle 22 - Mittelwerte und statistische Kennzahlen der Subkategorien von Lebensqualität ... 91

Tabelle 23 - Mittelwerte nach Wohnbereichen Apartment und Station der in der Regression inkludierten Variablen. 99

Tabelle 24 - Modellzusammenfassung der multiplen linearen Regression 99

Tabelle 25 - Anova Tabelle der Signifikanz des Modells der multiplen linearen Regression ... 100

Tabelle 26 - Koeffizienten der multiplen linearen Regression 102

Tabelle 27 – Alter und Wohndauer der BewohnerInnen nach den 3 Einrichtungen 124

Tabelle 28 - Fünf Fragen des EQ-5D zu Lebensqualität nach den 3 Einrichtungen. 125

Tabelle 29 - Statistische Kennzahlen für Gesundheitszustand und Lebensqualitätsindex des EQ-5D. 125

Tabelle 30 - Korrelation zwischen Lebensqualitätsindex und Gesundheitszustand des EQ5D. 126

Tabelle 31 - Items der WHO Domäne "Physisch" nach den drei Einrichtungen..... 126

Tabelle 32 - Items der WHO Domäne "Psychisch" nach den drei Einrichtungen..... 127

Tabelle 33 - Items der WHO Facette "Mobilität" nach den drei Einrichtungen 128

Tabelle 34 - Mittelwerte und statistische Kennzahlen der WHO Indizes. 129

Tabelle 35 - Korrelation der WHO Indizes mit dem Gesamtwert der Lebensqualität. 129

Tabelle 36 - Items der Dimension Autonomie im Handlungskontext Hilfe/Pflege (Anzahl und %) 129

Tabelle 37 - Items der Dimension Autonomie im Handlungskontext Essen/Umgebung (Anzahl und %)..... 130

Tabelle 38 - Items der Dimension Empathie (Anzahl und %) 130

Tabelle 39 - Items der Dimension Privatheit (Anzahl und %) 130

Tabelle 40 - Items der Dimension Sicherheit (Anzahl und %) 130

Tabelle 41 - Items der Dimension Akzeptanz (Anzahl und %) 130

Tabelle 42 - Korrelation der SLQA Dimensionen (aDim - Autonomie, eDim - Empathie, pDim - Privatheit, sDim - Sicherheit, zDim - Akzeptanz)..... 131

Tabelle 43 - Aufteilung der BewohnerInnen in die Wohnbereiche Apartment und Pflege-/Betreuungsstation. 131

Tabelle 45 - Korrelationen der errechneten Gesamtwerte der Lebensqualität 131

Tabelle 46 - Korrelationen der berechneten Gesamtwerte und der selbsteingeschätzten Lebensqualität..... 132

Tabelle 47 - Korrelationen Gesamtewerte, selbsteingeschätzte LQ und Gesundheitszustände 132

Tabelle 48 - Korrelationen der Subkategorien 133

Tabelle 49 - Korrelation WHOPhysisch, Autonomie (aDim), Handlungsautonomie (a_kann) und Entscheidungsautonomie (a_darf)..... 133

Tabelle 50 - Korrelation WHOPsychisch, Sicherheit (sDim) und Akzeptanz (zDim) 133

Tabelle 51 - Korrelation der Subkategorien mit selbsteingeschätzter Lebensqualität..... 134

Tabelle 52 - Koeffizienten der multiplen linearen Regression (Teil 2 Kolinearitätsstatistik) 135

Anhang

		Einrichtung			
		Haus A	**Haus B**	**Haus C**	**Gesamt**
Alter	**Minimum**	55,00	70,58	64,33	55,00
	Maximum	96,00	99,58	99,58	99,58
	Mittelwert	86,01	86,56	84,59	85,68
	Standardabweichung	5,74	6,54	6,97	6,47
	Fehlend	0	0	0	0
	Gesamtzahl	119	105	121	345
Wohndauer Jahre	**Minimum**	0,25	0,08	0,42	0,08
	Maximum	22,08	22,92	26,75	26,75
	Mittelwert	6,27	6,82	5,48	6,15
	Standardabweichung	4,86	5,73	4,84	5,14
	Fehlend	2	4	0	6
	Gesamtzahl	119	105	121	345

Tabelle 27 – Alter und Wohndauer der BewohnerInnen nach den drei Einrichtungen

		Einrichtung			
		Haus A	**Haus B**	**Haus C**	**Gesamt**
EQ5D - 5 Variablen nach Einrichtungen		**%**	**%**	**%**	**%**
Beweglichkeit und Mobilität	keine Probleme	51,7%	42,3%	38,3%	44,2%
	einige Probleme	44,1%	54,8%	58,3%	52,3%
	ans Bett gebunden	4,2%	2,9%	3,3%	3,5%
	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Für sich selbst sorgen	keine Probleme	83,9%	73,1%	66,7%	74,6%
	einige Probleme	11,9%	17,3%	23,3%	17,5%
	nicht in der Lage	4,2%	9,6%	10,0%	7,9%
	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Alltägliche Tätigkeiten	keine Probleme	68,6%	68,0%	45,0%	60,1%
	einige Probleme	28,0%	28,2%	45,0%	34,0%
	nicht in der Lage	3,4%	3,9%	10,0%	5,9%
	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Schmerzen und körperliche Beschwerden	keine Schmerzen/ Beschwerden	36,4%	42,3%	35,0%	37,7%
	mäßige Schmerzen/ Beschwerden	50,0%	53,8%	59,2%	54,4%
	extreme Schmerzen/ Beschwerden	13,6%	3,8%	5,8%	7,9%
	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Angst und Niedergeschlagenheit	nicht ängstlich/ deprimiert	76,1%	69,2%	57,0%	67,3%
	mäßig ängstlich/ deprimiert	21,4%	29,8%	33,1%	28,1%
	extrem ängstlich/ deprimiert	2,6%	1,0%	9,9%	4,7%

	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 28 - Fünf Fragen des EQ-5D zu Lebensqualität nach den drei Einrichtungen.

		Einrichtung			
		Haus A	**Haus B**	**Haus C**	**Gesamt**
EQ5D Gesundheits-zustand	**Minimum**	0,00	0,05	0,00	0,00
	Maximum	1,00	1,00	1,00	1,00
	Mittelwert	0,61	0,59	0,56	0,59
	Standardabweichung	0,20	0,17	0,20	0,19
	Perzentil 25	0,50	0,50	0,50	0,50
	Perzentil 50	0,60	0,51	0,55	0,55
	Perzentil 75	0,80	0,70	0,70	0,70
	Fehlend	1	7	4	12
	Gesamtzahl	119	105	121	345
EQ5D-LQ Index	**Minimum**	0,10	0,30	0,10	0,10
	Maximum	1,00	1,00	1,00	1,00
	Mittelwert	0,79	0,78	0,70	0,76
	Standardabweichung	0,19	0,18	0,20	0,19
	Perzentil 25	0,70	0,70	0,60	0,60
	Perzentil 50	0,80	0,80	0,70	0,80
	Perzentil 75	0,90	0,90	0,90	0,90
	Fehlend	2	2	3	7
	Gesamtzahl	119	105	121	345

Tabelle 29 - Statistische Kennzahlen für Gesundheitszustand und Lebensqualitätsindex des EQ-5D.

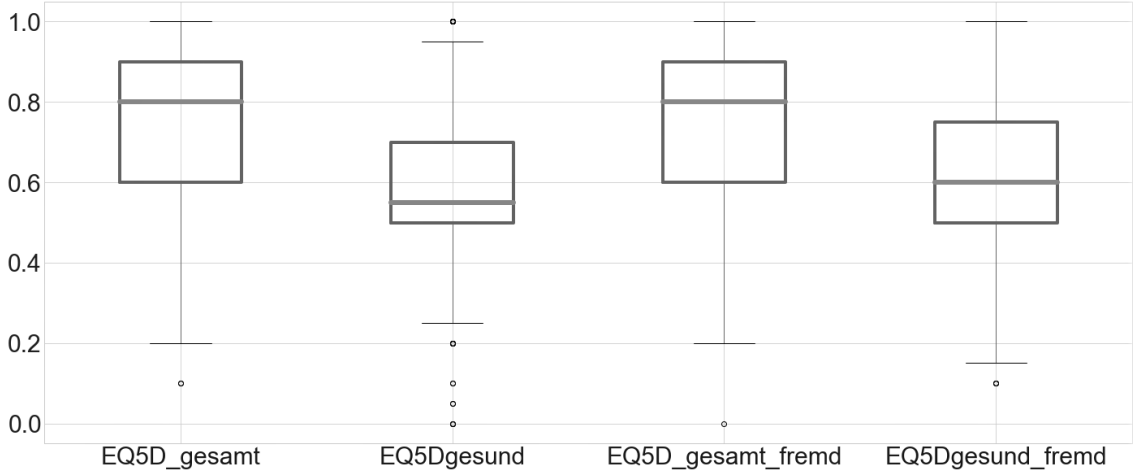

Abbildung 34 – Boxplots für Lebensqualität und Gesundheit in Selbst- und Fremdeinschätzung durch das Personal.

		EQ5D_gesamt	**EQ5Dgesund**
EQ5D_gesamt	**Korrelation Pearson**	1	,502**
	Signifikanz (2-seitig)		0,000
	N	338	329
EQ5Dgesund	**Korrelation Pearson**	,502**	1

	Signifikanz (2-seitig)	0,000	
	N	329	333
**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.			

Tabelle 30 - Korrelation zwischen Lebensqualitätsindex und Gesundheitszustand des EQ5D.

		Einrichtung			
		Haus A	**Haus B**	**Haus C**	**Gesamt**
WHO Physisch nach Einrichtungen		**%**	**%**	**%**	**%**
WHO Behinderung durch Schmerzen	**1,00**	8,4%	3,8%	8,3%	7,0%
	2,00	16,8%	26,0%	14,2%	18,7%
	3,00	19,3%	22,1%	30,8%	24,2%
	4,00	22,7%	10,6%	19,2%	17,8%
	5,00	32,8%	37,5%	27,5%	32,4%
WHO auf med. Behanldung angewiesen	**1,00**	11,8%	23,1%	14,5%	16,2%
	2,00	31,9%	32,7%	33,3%	32,6%
	3,00	24,4%	17,3%	33,3%	25,3%
	4,00	22,7%	9,6%	12,0%	15,0%
	5,00	9,2%	17,3%	6,8%	10,9%
WHO Energie	**1,00**	2,5%	2,9%	6,8%	4,1%
	2,00	8,5%	6,7%	14,4%	10,0%
	3,00	14,4%	26,9%	32,2%	24,4%
	4,00	39,8%	37,5%	33,1%	36,8%
	5,00	34,7%	26,0%	13,6%	24,7%
WHO Schlaf	**1,00**	8,5%	9,7%	7,4%	8,5%
	2,00	11,0%	8,7%	7,4%	9,1%
	3,00	12,7%	12,6%	14,9%	13,5%
	4,00	32,2%	37,9%	42,1%	37,4%
	5,00	35,6%	31,1%	28,1%	31,6%
WHO alltägl. Dinge erledigen	**1,00**	5,9%	4,9%	7,9%	6,3%
	2,00	12,7%	9,8%	10,5%	11,1%
	3,00	16,9%	18,6%	9,6%	15,0%
	4,00	44,9%	54,9%	50,9%	50,0%
	5,00	19,5%	11,8%	21,1%	17,7%
WHO Arbeitsfähigkeit	**1,00**	6,8%	10,0%	8,6%	8,4%
	2,00	16,2%	14,0%	13,8%	14,7%
	3,00	19,7%	31,0%	11,2%	20,1%
	4,00	42,7%	37,0%	48,3%	42,9%
	5,00	14,5%	8,0%	18,1%	13,8%
WHO Fortbewegen können	**1,00**	5,9%	5,8%	8,6%	6,8%
	2,00	12,7%	12,5%	12,1%	12,4%
	3,00	28,0%	23,1%	25,0%	25,4%
	4,00	36,4%	44,2%	34,5%	38,2%
	5,00	16,9%	14,4%	19,8%	17,2%

Tabelle 31 - Items der WHO Domäne "Physisch" nach den drei Einrichtungen (1-- 5++)

WHO Psychisch nach Einrichtungen		Einrichtung			
		Haus A	**Haus B**	**Haus C**	**Gesamt**
		%	**%**	**%**	**%**
WHO Leben genießen	**1,00**	9,2%	7,8%	16,0%	11,1%
	2,00	10,1%	8,7%	14,3%	11,1%
	3,00	24,4%	30,1%	18,5%	24,0%
	4,00	33,6%	37,9%	40,3%	37,2%
	5,00	22,7%	15,5%	10,9%	16,4%
WHO Leben sinnvoll	**1,00**	12,0%	10,0%	15,3%	12,5%
	2,00	9,4%	12,0%	9,3%	10,1%
	3,00	18,8%	21,0%	15,3%	18,2%
	4,00	31,6%	31,0%	42,4%	35,2%
	5,00	28,2%	26,0%	17,8%	23,9%
WHO Konzentration	**1,00**	0,0%	1,0%	1,7%	0,9%
	2,00	7,6%	3,8%	2,5%	4,7%
	3,00	23,5%	28,8%	26,9%	26,3%
	4,00	41,2%	51,9%	40,3%	44,2%
	5,00	27,7%	14,4%	28,6%	24,0%
WHO Aussehen akzeptieren	**1,00**	4,2%	2,0%	2,6%	3,0%
	2,00	16,9%	6,1%	6,8%	10,2%
	3,00	12,7%	28,3%	36,8%	25,7%
	4,00	36,4%	37,4%	39,3%	37,7%
	5,00	29,7%	26,3%	14,5%	23,4%
WHO Zufrieden mit sich selbst	**1,00**	5,1%	2,9%	15,0%	7,9%
	2,00	9,4%	12,6%	10,0%	10,6%
	3,00	24,8%	23,3%	15,0%	20,9%
	4,00	41,9%	51,5%	50,8%	47,9%
	5,00	18,8%	9,7%	9,2%	12,6%
WHO negative Gefühle	**1,00**	4,3%	1,9%	8,5%	5,0%
	2,00	8,6%	25,0%	13,6%	15,4%
	3,00	19,8%	28,8%	28,0%	25,4%
	4,00	27,6%	26,9%	28,8%	27,8%
	5,00	39,7%	17,3%	21,2%	26,3%

Tabelle 32 - Items der WHO Domäne "Psychisch" nach den drei Einrichtungen (1-- 5++)

WHO Mobilität nach Einrichtungen		Einrichtung			
		Haus A	**Haus B**	**Haus C**	**Gesamt**
		%	**%**	**%**	**%**
WHO Fortbewegen können	**1,00**	5,9%	5,8%	8,6%	6,8%
	2,00	12,7%	12,5%	12,1%	12,4%
	3,00	28,0%	23,1%	25,0%	25,4%
	4,00	36,4%	44,2%	34,5%	38,2%
	5,00	16,9%	14,4%	19,8%	17,2%

WHO Probleme bei Fortbewegung	**1,00**	9,3%	6,7%	10,1%	8,8%
	2,00	16,9%	19,2%	19,3%	18,5%
	3,00	22,0%	26,0%	26,1%	24,6%
	4,00	23,7%	24,0%	20,2%	22,6%
	5,00	28,0%	24,0%	24,4%	25,5%
WHO Einschränkung durch Mobilitätsdefizit	**1,00**	9,3%	2,0%	11,0%	7,7%
	2,00	15,3%	18,8%	23,7%	19,3%
	3,00	28,0%	26,7%	24,6%	26,4%
	4,00	16,9%	20,8%	17,8%	18,4%
	5,00	30,5%	31,7%	22,9%	28,2%
WHO Zufriedenheit mit Fortbewegung	**1,00**	7,6%	10,6%	12,1%	10,1%
	2,00	15,3%	17,3%	18,1%	16,9%
	3,00	16,1%	23,1%	8,6%	15,7%
	4,00	46,6%	36,5%	44,8%	42,9%
	5,00	14,4%	12,5%	16,4%	14,5%

Tabelle 33 - Items der WHO Facette "Mobilität" nach den drei Einrichtungen (1-- 5++)

		Einrichtung			
		Haus A	**Haus B**	**Haus C**	**Gesamt**
WHOPhysisch	**Mittelwert**	0,63	0,60	0,60	**0,61**
	Standardabweichung	0,20	0,17	0,19	0,19
	Minimum	0,11	0,18	0,14	0,11
	Maximum	0,96	0,96	1,00	1,00
	Perzentil 25	0,50	0,50	0,46	0,50
	Perzentil 75	0,79	0,75	0,75	0,75
	Fehlend	1	2	5	8
	Gesamtzahl	119	105	121	345
WHOPsychisch	**Mittelwert**	0,67	0,64	0,61	**0,64**
	Standardabweichung	0,19	0,16	0,20	0,19
	Minimum	0,13	0,25	0,13	0,13
	Maximum	1,00	1,00	0,96	1,00
	Perzentil 25	0,54	0,54	0,50	0,50
	Perzentil 75	0,79	0,75	0,75	0,79
	Fehlend	2	4	2	8
	Gesamtzahl	119	105	121	345
WHOMobil	**Mittelwert**	0,61	0,61	0,58	**0,60**
	Standardabweichung	0,28	0,23	0,29	0,27
	Minimum	0,00	0,06	0,00	0,00
	Maximum	1,00	1,00	1,00	1,00
	Perzentil 25	0,44	0,44	0,38	0,44
	Perzentil 75	0,88	0,78	0,75	0,81
	Fehlend	1	1	5	7
	Gesamtzahl	119	105	121	345
WHOGlobal	**Mittelwert**	0,61	0,62	0,57	**0,60**
	Standardabweichung	0,23	0,22	0,23	0,23
	Minimum	0,00	0,00	0,00	0,00

	Maximum	1,00	1,00	1,00	1,00
	Perzentil 25	0,50	0,50	0,38	0,50
	Perzentil 75	0,75	0,75	0,75	0,75
	Fehlend	0	1	0	1
	Gesamtzahl	119	105	121	345

Tabelle 34 - Mittelwerte und statistische Kennzahlen der WHO Indizes.

		WHO Physisch	**WHO Psychisch**	**WHO Mobil**	**WHO_ gesamt3**
WHO Physisch	**Korrelation Pearson**	1	,618**	,727**	,893**
	Signifikanz (2-seitig)		0,000	0,000	0,000
	N	337	333	336	332
WHO Psychisch	**Korrelation Pearson**	,618**	1	,523**	,797**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000		0,000	0,000
	N	333	337	334	332
WHO Mobil	**Korrelation Pearson**	,727**	,523**	1	,904**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000		0,000
	N	336	334	338	332
WHO_ gesamt3	**Korrelation Pearson**	,893**	,797**	,904**	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,000	
	N	332	332	332	332
**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.					

Tabelle 35 - Korrelation der WHO Indizes mit dem Gesamtwert der Lebensqualität.

Autonomie - Hilfe/Pflege und Betreuung - Items	**Gültige %**	**Gültige n**	**N**
AH1 Lieblingskleidung anziehen dürfen	96,5	333	340
AH1 Hilfe brauchen beim Anziehen	16,5	56	340
AH2 Beschwerde erfolgreich	15,6	10	64
AH4 Widerwillen Baden/Duschen müssen	9,2	31	336
AH5 Nach draußen dürfen	96,7	321	332
AH5 braucht Hilfe beim nach draußen kommen	24,9	80	321
AH5 bekommt Hilfe beim nach draußen kommen	86,1	62	72
AH6 an Lieblingsort dürfen	96,3	290	301
AH6 braucht Hilfe um an Lieblingsort zu kommen	6,4	18	280
AH6 bekommt Hilfe um an Lieblingsort zu kommen	76,5	13	17
AH7 Spazierengehen dürfen	99,4	313	315
AH7 Hilfe brauchen beim Spazieren gehen	19,6	62	317
AH7 Hilfe beim Spazieren gehen bekommen	85,7	48	56

Tabelle 36 - Items der Dimension Autonomie im Handlungskontext Hilfe/Pflege (Anzahl und %)

Autonomie - Essen und Umgebung - Items	**Gültige %**	**Gültige n**	**N**
AU5 mit Lieblingsperson essen dürfen	96,0	194	202
AU4 braucht Hilfe bei Veränderung in Zimmer	57,7	30	52
AU4 bekommt Hilfe bei Veränderung in Zimmer	42,9	12	28
AU4 Änderung am Zimmer erlaubt bei nicht gefallen	33,3	23	69
AU3 Freut sich auf Essen	62,5	208	333

AU2 manchmal Hunger haben	9,5	32	337
AU2 bekommt etwas zu Essen bei Hunger	74,1	20	27
AU1 Findet Essen gut	73,1	242	331

Tabelle 37 - Items der Dimension Autonomie im Handlungskontext Essen/Umgebung (Anzahl und %)

Empathie - Items	**Gültige %**	**Gültige n**	**N**
EH5 Personal grüßt	96,7	320	331
EU1 Wohlfühlen im Haus	92,9	314	338
EU1 Wohlfühlen im Zimmer	93,0	317	341
EU1 Wohlfühlen im Speisesaal	87,9	240	273
EU1 Wohlfühlen in Cafeteria	91,7	166	181
EU1 Wohlfühlen in Aufenthaltsraum	90,0	126	140
EU1 Wohlfühlen in Garten	96,8	240	248
EU1 Wohlfühlen in Eingangsbereich	89,0	218	245
EU1 Wohlfühlen in Bibliothek	86,2	81	94
EU1 Wohlfühlen in Wellnessbereich	88,5	77	87

Tabelle 38 - Items der Dimension Empathie (Anzahl und %)

Privatheit - Items	**Gültige %**	**Gültige n**	**N**
PH5 Duzt Personal	8,8	29	328
PH5 Gefällt Ansprache	96,8	30	31
PU4 Allein sein können, wenn gewollt	93,9	217	231
PU5 Bekommt Besuch	94,0	315	335
PU5 Mit Besuch ungestört	97,1	305	315

Tabelle 39 - Items der Dimension Privatheit (Anzahl und %)

Sicherheit - Items	**Gültige %**	**Gültige n**	**N**
SH1 Kennt Personal mit Namen	60,2	197	327
SH3 Personalwechsel zu häufig	15,9	50	315
SH5 Zu viele Personen für Pflege	9,7	30	309
SU2 Zimmer versperrbar	81,5	268	329
SU3 Etwas im Haus macht Angst	10	34	340
SU4 Findet Zimmer	96,4	320	332

Tabelle 40 - Items der Dimension Sicherheit (Anzahl und %)

Akzeptanz - Items	**Gültige %**	**Gültige n**	**N**
ZH1 Hat Personal gern	96	310	323
ZH2 BewohnerIn wird von Personal gemocht	93,1	269	289
ZH3 Es gibt "böse" unter dem Personal	15,8	51	322
ZU1 Unterhaltsames Gespräch mit BewohnerIn	66	217	329
ZU3 Gute Freunde/Bekannte im Haus	61,5	206	335
ZU4 Geschenk von BewohnerIn bekommen	39,2	130	332
ZU5 Begleitung BewohnerIn - Essen/Zimmer	17,1	57	333

Tabelle 41 - Items der Dimension Akzeptanz (Anzahl und %)

		aDim	**eDim**	**pDim**	**sDim**	**zDim**
aDim	**Korrelation Pearson**	1	,303**	0,017	,253**	,281**

	Signifikanz (2-seitig)		0,000	0,759	0,000	0,000
	N	336	336	310	329	327
eDim	**Korrelation Pearson**	,303**	1	0,056	,320**	,284**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000		0,323	0,000	0,000
	N	336	343	314	331	331
pDim	**Korrelation Pearson**	0,017	0,056	1	-0,017	-0,019
	Signifikanz (2-seitig)	0,759	0,323		0,760	0,739
	N	310	314	314	309	311
sDim	**Korrelation Pearson**	,253**	,320**	-0,017	1	,255**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,760		0,000
	N	329	331	309	331	327
zDim	**Korrelation Pearson**	,281**	,284**	-0,019	,255**	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,739	0,000	
	N	327	331	311	327	331
**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.						

Tabelle 42 - Korrelation der SLQA Dimensionen (aDim - Autonomie, eDim - Empathie, pDim - Privatheit, sDim - Sicherheit, zDim - Akzeptanz)

Wohnbereich	**Häufigkeit**	**%**	**Gültige %**
0 Apartment	249	72,2	72,2
1 Pflege/ Betreuungsstation	96	27,8	27,8
Gesamt	345	100,0	100,0

Tabelle 43 - Aufteilung der BewohnerInnen in die Wohnbereiche Apartment und Pflege-/Betreuungsstation.

		EQ5D_ gesamt	**WHO_ gesamt3**	**SLQA_ gesamt3**
EQ5D_ gesamt	**Korrelation Pearson**	1	,719**	,351**
	Signifikanz (2-seitig)		0,000	0,000
	N	338	328	322
WHO_ gesamt3	**Korrelation Pearson**	,719**	1	,327**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000		0,000
	N	328	332	318
SLQA_ gesamt3	**Korrelation Pearson**	,351**	,327**	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	
	N	322	318	325
**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.				

Tabelle 44 - Korrelationen der errechneten Gesamtwerte der Lebensqualität

		EQ5D_ gesamt	**WHO_ gesamt3**	**SLQA_ gesamt3**	**LQ_selbst**
EQ5D_ gesamt	**Korrelation Pearson**	1	,719**	,351**	,386**
	Signifikanz (2-seitig)		0,000	0,000	0,000
	N	338	328	322	336
WHO_ gesamt3	**Korrelation Pearson**	,719**	1	,327**	,520**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000		0,000	0,000
	N	328	332	318	332
SLQA_ gesamt3	**Korrelation Pearson**	,351**	,327**	1	,296**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000		0,000
	N	322	318	325	325

LQ_selbst	**Korrelation Pearson**	,386**	,520**	,296**	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,000	
	N	336	332	325	342
**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.					

Tabelle 45 - Korrelationen der berechneten Gesamtwerte und der selbsteingeschätzten Lebensqualität

		EQ5D_ gesamt	WHO_ gesamt3	SLQA_ gesamt3	LQ_ selbst	WHO gesund	EQ5D gesund
EQ5D_ gesamt	**Korrelation Pearson**	1	,719**	,351**	,386**	,483**	,502**
	Signifikanz (2-seitig)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	338	328	322	336	338	329
WHO_ gesamt3	**Korrelation Pearson**	,719**	1	,327**	,520**	,603**	,538**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000
	N	328	332	318	332	332	324
SLQA_ gesamt3	**Korrelation Pearson**	,351**	,327**	1	,296**	,263**	,224**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000
	N	322	318	325	325	325	319
LQ_ selbst	**Korrelation Pearson**	,386**	,520**	,296**	1	,498**	,403**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000
	N	336	332	325	342	342	332
WHO gesund	**Korrelation Pearson**	,483**	,603**	,263**	,498**	1	,494**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000
	N	338	332	325	342	344	333
EQ5D gesund	**Korrelation Pearson**	,502**	,538**	,224**	,403**	,494**	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	329	324	319	332	333	333
**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.							

Tabelle 46 - Korrelationen Gesamtewerte, selbsteingeschätzte LQ und Gesundheitszustände

		aDim	sDim	zDim	WHO Phy	WHO Psy	WHO Mobil	EQ5D_ gesamt
aDim	**Korrelation Pearson**	1	,253**	,281**	,303**	,375**	,261**	,349**
	Signifikanz (2-seitig)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	336	329	327	331	330	332	332
sDim	**Korrelation Pearson**	,253**	1	,255**	,109*	,326**	,127*	,208**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000		0,000	0,048	0,000	0,021	0,000
	N	329	331	327	329	327	330	328
zDim	**Korrelation Pearson**	,281**	,255**	1	,127*	,195**	,111*	,234**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000		0,022	0,000	0,045	0,000
	N	327	327	331	326	326	327	327
WHO Physisch	**Korrelation Pearson**	,303**	,109*	,127*	1	,618**	,727**	,673**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,048	0,022		0,000	0,000	0,000
	N	331	329	326	337	333	336	333
WHO Psychisch	**Korrelation Pearson**	,375**	,326**	,195**	,618**	1	,523**	,550**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000
	N	330	327	326	333	337	334	333
WHO Mobil	**Korrelation Pearson**	,261**	,127*	,111*	,727**	,523**	1	,626**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,021	0,045	0,000	0,000		0,000
	N	332	330	327	336	334	338	334

EQ5D_ gesamt	**Korrelation Pearson**	,349**	,208**	,234**	,673**	,550**	,626**	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	332	328	327	333	333	334	338

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 47 - Korrelationen der Subkategorien

		a_darf	a_kann	aDim	WHO Phy-sisch
a_darf	**Korrelation Pearson**	1	,386**	,345**	,257**
	Signifikanz (2-seitig)		0,000	0,000	0,000
	N	339	334	333	335
a_kann	**Korrelation Pearson**	,386**	1	,443**	,405**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000		0,000	0,000
	N	334	335	331	330
aDim	**Korrelation Pearson**	,345**	,443**	1	,303**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000		0,000
	N	333	331	336	331
WHO Phy-sisch	**Korrelation Pearson**	,257**	,405**	,303**	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,000	
	N	335	330	331	337

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 48 - Korrelation WHOPhysisch, Autonomie (aDim), Handlungsautonomie (a_kann) und Entscheidungsautonomie (a_darf)

		sDim	zDim	WHO Psychisch
sDim	**Korrelation Pearson**	1	,255**	,326**
	Signifikanz (2-seitig)		0,000	0,000
	N	331	327	327
zDim	**Korrelation Pearson**	,255**	1	,195**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000		0,000
	N	327	331	326
WHO Psychisch	**Korrelation Pearson**	,326**	,195**	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	
	N	327	326	337

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 49 - Korrelation WHOPsychisch, Sicherheit (sDim) und Akzeptanz (zDim)

		aDim	sDim	zDim	WHO Phy	WHO Psy	WHO Mobil	EQ5D	LQ_ selbst
aDim	**Korrelation Pearson**	1	,253**	,281**	,303**	,375**	,261**	,349**	,322**
	Signifikanz (2-seitig)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	336	329	327	331	330	332	332	334
sDim	**Korrelation Pearson**	,253**	1	,255**	,109*	,326**	,127*	,208**	,126*
	Signifikanz (2-seitig)	0,000		0,000	0,048	0,000	0,021	0,000	0,022
	N	329	331	327	329	327	330	328	331
zDim	**Korrelation Pearson**	,281**	,255**	1	,127*	,195**	,111*	,234**	,203**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000		0,022	0,000	0,045	0,000	0,000
	N	327	327	331	326	326	327	327	330

WHO Physisch	**Korrelation Pearson**	,303**	,109*	,127*	1	,618**	,727**	,673**	,441**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,048	0,022		0,000	0,000	0,000	0,000
	N	331	329	326	337	333	336	333	337
WHO Psychi-sch	**Korrelation Pearson**	,375**	,326**	,195**	,618**	1	,523**	,550**	,578**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000
	N	330	327	326	333	337	334	333	336
WHO Mobil	**Korrelation Pearson**	,261**	,127*	,111*	,727**	,523**	1	,626**	,357**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,021	0,045	0,000	0,000		0,000	0,000
	N	332	330	327	336	334	338	334	338
EQ5D_ gesamt	**Korrelation Pearson**	,349**	,208**	,234**	,673**	,550**	,626**	1	,386**
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000
	N	332	328	327	333	333	334	338	336
LQ_ selbst	**Korrelation Pearson**	,322**	,126*	,203**	,441**	,578**	,357**	,386**	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,022	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	334	331	330	337	336	338	336	342

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 50 - Korrelation der Subkategorien mit selbsteingeschätzter Lebensqualität

Regression - Koeffizienten - Teil 2							
			Korrelationen			**Kollinearitäts-statistik**	
			Nullter Ordnung	**Partiell**	**Teil**	**Toleranz**	**VIF**
Gesamt		**(Konstante)**					
		aDim	0,34	0,11	0,09	0,76	1,32
		sDim	0,15	-0,08	-0,06	0,79	1,26
		zDim	0,19	0,10	0,08	0,85	1,18
		WHOPhysisch	0,47	0,13	0,11	0,36	2,76
		WHOPsychisch	0,59	0,35	0,29	0,48	2,07
		WHOMobil	0,35	-0,05	-0,04	0,45	2,23
		Geschlecht	-0,07	-0,10	-0,07	0,98	1,02
		AlterJahre	-0,06	-0,03	-0,03	0,84	1,20
		Wohndauer	-0,02	0,06	0,05	0,85	1,17
		EQ5Dgesund	0,40	0,12	0,09	0,68	1,47
0 - A	**1**	**(Konstante)**					
		aDim	0,31	0,16	0,12	0,81	1,23
		sDim	0,01	-0,13	-0,10	0,92	1,09
		zDim	0,16	0,04	0,03	0,87	1,15
		WHOPhysisch	0,44	0,14	0,11	0,35	2,84
		WHOPsychisch	0,55	0,33	0,27	0,57	1,77
		WHOMobil	0,30	-0,11	-0,08	0,41	2,42
		Geschlecht	-0,01	-0,04	-0,03	0,98	1,02
		AlterJahre	-0,05	-0,02	-0,01	0,87	1,15
		Wohndauer	-0,09	-0,02	-0,01	0,85	1,18
		EQ5Dgesund	0,48	0,24	0,19	0,67	1,49
1 - S	**1**	**(Konstante)**					

		aDim	0,34	-0,04	-0,03	0,58	1,74
		sDim	0,14	-0,19	-0,13	0,71	1,41
		zDim	0,19	0,22	0,15	0,81	1,23
		WHOPhysisch	0,55	0,13	0,09	0,30	3,33
		WHOPsychisch	0,63	0,41	0,31	0,31	3,18
		WHOMobil	0,49	0,09	0,06	0,42	2,38
		Geschlecht	-0,22	-0,26	-0,19	0,88	1,14
		AlterJahre	0,12	-0,13	-0,09	0,69	1,45
		Wohndauer	0,24	0,30	0,21	0,75	1,33
		EQ5Dgesund	0,20	-0,17	-0,12	0,70	1,44

Tabelle 51 - Koeffizienten der multiplen linearen Regression (Teil 2 Kolinearitätsstatistik)