

ipg research notes 01/2008

F. R. Lang, S. A. Engel, R. Rupprecht,  
M. Sonnenberg & A. Szymanska

## Das Einzelzimmer im Alten- und Pflegeheim

Bestandsaufnahme, Literaturüberblick und Feldstudie zu den  
Qualitätsstandards von Einzel- und Doppelzimmern  
in Alten- und Pflegeheimen in  
Deutschland und in Bayern

**Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg**



**Institut für Psychogerontologie**

©2008

Institut für Psychogerontologie  
Universität Erlangen-Nürnberg

Nägelsbachstr. 25  
91052 ERLANGEN, GERMANY

Telefon: +49 9131 85-26526  
Telefax: +49 9131 85-26554

E-Mail: [psycho@geronto.uni-erlangen.de](mailto:psycho@geronto.uni-erlangen.de)  
[www.geronto.uni-erlangen.de](http://www.geronto.uni-erlangen.de)

Frieder R. Lang, Sabine A. Engel, Roland Rupprecht,  
Magdalena Sonnenberg & Anna Szymanska

*Institut für Psychogerontologie  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*

## **Das Einzelzimmer im Alten- und Pflegeheim**

Bestandsaufnahme, Literaturüberblick und Feldstudie zu den  
Qualitätsstandards von Einzel- und Doppelzimmern in Alten- und  
Pflegeheimen in Deutschland und in Bayern

16. Dezember 2007

Abschlussbericht im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und  
Sozialordnung, Familie und Frauen

## Inhaltsverzeichnis

Synopsis	4
1. Die Frage des Einzelzimmers in Alten- und Pflegeheimen	8
2. Die Situation von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen: Bestandsaufnahme	12
3. Vor- und Nachteile von Einzel- und Doppelzimmern in Alten- und Pflegeheimen – Ein Überblick zum Stand der Forschungsliteratur	16
3.1 Zu Grundlage und Vorgehen der Literaturanalyse	16
3.2 Psychosoziale Aspekte aus Sicht von Bewohnern und Angehörigen	18
3.2.1 <i>Bewohner(innen) und Angehörige bevorzugen Einzelzimmer</i>	19
3.2.2 <i>Die Befundlage zur Zufriedenheit von Bewohnern in Einzel- und Doppelzimmern ist uneinheitlich</i>	20
3.2.3 <i>Mehrbett- und Doppelzimmer beeinträchtigen die Privat- und Intimsphäre</i>	21
3.2.4 <i>Bewohner(innen) von Einzelzimmern halten sich häufiger und länger in ihrem Zimmer auf</i>	22
3.2.5 <i>Die Lebensqualität im Doppelzimmer hängt von der Beziehung zu Mitbewohnern ab</i>	23
3.2.6 <i>Subjektiv empfundener Einfluss von Krankheit und Tod des Mitbewohners auf das eigene Wohlbefinden</i>	24
3.3 Medizinisch-gesundheitsbezogene Qualitätsmerkmale	24
3.4 Organisatorische und ökonomische Aspekte	26
3.4.1 <i>Versorgungsqualität in Einzel- und Doppelzimmern aus Sicht des Personals</i>	27
3.4.2 <i>Betriebswirtschaftliche Aspekte: Investitions- und Betriebskosten von Einzel- und Doppelzimmern</i>	29
4. Eine Feldstudie zu den Vor- und Nachteilen von Einzel- und Doppelzimmern	31
4.1 Einleitung: Begründung und Fragestellung	31
4.2 Methodisches Vorgehen und Stichproben	32
4.2.1 <i>Instrumente und Verfahren</i>	34
4.2.2 <i>Heime und Stationen</i>	35
4.2.3 <i>Bewohnerinnen, Angehörige, Pflegekräfte</i>	37
4.3 Ausführliche Darstellung der Ergebnisse der Feldstudie	41
4.3.1 <i>Die Situation der Bewohner in Einzel- und Doppelzimmern</i>	41
4.3.2 <i>Die Bewertung durch die Angehörigen</i>	58
4.3.3 <i>Die Situation des Personals</i>	67
4.3.4 <i>Strukturelle und ökonomische Kriterien</i>	71
5. Das Einzelzimmer als Standard? – Zusammenschau und Abschluss	75
6. Literaturverzeichnis	81

7. Anhang (s. Ergänzende Materialien<sup>1</sup>)

7.1 Überblickstabelle der analysierten Literatur	2
7.2 Erhebungsinstrumente	7
7.3 Detaillierte Beschreibung der untersuchten 12 Heime	55
7.4 Ergänzende Tabellen und Übersichten	60

---

<sup>1</sup> [www.geronto.uni-erlangen.de/forschung/ipg\\_research\\_notes\\_2008-01\\_Suppl.pdf](http://www.geronto.uni-erlangen.de/forschung/ipg_research_notes_2008-01_Suppl.pdf)

### *Zusammenfassung*

Bislang liegen nur wenige gesicherte Erkenntnisse darüber vor, welche ökonomischen, gesundheitlichen, sozialen und psychischen Vor- und Nachteile die Versorgung älterer Bewohner in Einzel- oder Doppelzimmern hat. Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über den Stand der internationalen Forschung zu Unterschieden der Versorgungs- und Lebensqualität von Heimbewohnern in Einzel- und Doppelzimmern. Obgleich die wenigen Befunde mehrheitlich für eine bessere Lebensqualität bei Heimbewohnern in Einzelzimmern sprechen, ergibt sich dennoch überraschenderweise kein einheitliches Bild. Einige Belege weisen beispielsweise darauf hin, dass eine Betreuung in Doppelzimmern unter bestimmten Bedingungen durchaus eine gute Versorgungs- und Lebensqualität für ältere Heimbewohner sichert. Zentraler Mangel und Problematik der wissenschaftlichen Befundlage ist, dass die bekannten Studien meist auf der Befragung einer sehr kleinen Stichprobe von Betroffenen beruhen. Dabei verlassen sich viele Studien entweder auf die Befragung von Bewohnern oder einer ausschließlichen Befragung von Angehörigen bzw. Pflegepersonal. Eine Konsequenz ist, dass sich die unterschiedlichen Sichtweisen der in die Studien einbezogenen Akteure (Bewohner, Angehörige, Leitung, Personal) entsprechend auch zu divergierenden Ergebnissen führen und die uneinheitliche Befundlage bedingen.

Keine Studie hat bislang die Sichtweisen aller an der Heimbetreuung Beteiligten zugleich berücksichtigt. Hinzu kommt, dass die Literatur meist nur Ausschnitte des Themenfelds betrachtet (je nachdem, welche Akteure befragt wurden), so dass Themen, wie etwa die ökonomische Situation, das Sturz- und Unfallsrisiko, die soziale Isolation der Bewohner von Einzel- und Doppelzimmern bislang in keiner bekannten Studie systematisch verglichen wurden. Schließlich liegen keine Studien vor, in denen die besonderen Situationen der ländlichen und der städtisch geprägten Regionen Bayerns verglichen wurden. Um die vorhandene Forschungs- und Wissenslücken zu Implikationen und Auswirkungen unterschiedlicher Raumstandards in deutschen Alten- und Pflegeheimen zu schließen, wäre zwingend eine Langzeitstudie erforderlich, mit der eine umfassende Beschreibung und Analyse der räumlichen und sozialen Bedingungen der Heimbetreuung aus den Perspektiven aller Beteiligten angestrebt wird. Eine solche Studie könnte abklären, welche ökologischen, d.h. räumlich-sozialen Bedingungen, in Alten- und Pflegeheimen tatsächlich zu einer langfristigen und nachhaltig wirkenden optimalen Versorgung beitragen, mit der Selbstbestimmung, Lebensqualität und Eigenverantwortung der Heimbewohner möglichst lange gefördert und erhalten werden. Allerdings erforderte dies eine aufwändige Planung, Finanzierung und personelle Ausstattung, die zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich war, gleichwohl aber angestrebt werden sollte.

Im Hinblick auf eine Abklärung der zentralen Fragestellung wurde im Oktober 2007 in 12 nordbayerischen Heimen eine explorative Feldstudie zu den psychosozialen Folgen der räumlichen Ausstattung in den beteiligten Heimen durchgeführt. In der Studie wurden jeweils Perspektiven der verschiedenen Beteiligten (d.h. Bewohner, Angehörige, Personal, Heimleitung) einbezogen. Die multi-methodale Vorgehensweise zielte darauf, subjektive Sichtweisen der Beteiligten mit strukturierten, objektivierenden Beobachtungen und Dokumentationsanalysen zu verbinden. An der Studie nahmen insgesamt 120 Bewohner von 12 nordbayerischen Heimen teil, sowie 39 Pfleger der jeweiligen Pflegestationen (durchschnittlich 2-4 geschulte Pflegerinnen je Station) und die jeweiligen Heimleiter/innen. Untersucht wurden auch Arbeitsläufe und Zeitverwendungen des Personals in jeweils zwei längeren Zeitintervallen (früh morgens, mittags).

Schließlich wurde eine separate postalische Angehörigenbefragung durchgeführt, an der 270 Angehörige der Bewohner der beteiligten Heime teilnahmen (Teilnahmequote: 49%).

Die Ergebnisse der Studie widerspiegeln die Uneinheitlichkeit der Perspektiven von Bewohnern, Angehörigen und Pflegepersonal, wobei in der Summe die nachweislichen Vorteile von Einzelzimmern deutlich vor deren Risiken überwiegen: Obgleich die Bewohner in Einzel- und Doppelzimmer sich in ihrer Lebens- und Wohnzufriedenheit, hinsichtlich ihres Schlafes und in der Qualität ihrer Sozialkontakte nicht nachweisbar unterschieden, ergaben die Befragungen der Angehörigen, des Personals und die eigenen Beobachtungen ein anderes Bild. Die Bewohner von Doppelzimmern waren im Vergleich zu Einzelzimmerbewohnern überwiegend Sozialhilfempfeänger (66%, EZ: 36%), verfügten in ihrem Zimmern nur selten über private Möbel (17.5%; EZ: 82.5%) oder persönliche Sachen (23%, EZ: 67%), hielten sich seltener in ihrem Zimmer auf (20%; EZ: 37%), zeigten deutlich häufiger ein passives Verhaltensmuster (30%, EZ: 19%) und waren häufiger erkennbar unangenehmen Gerüchen ausgesetzt (81%, EZ: 19%). Im Hinblick auf Besuchshäufigkeit und –bereitschaft bestand kein Unterschied zwischen den Angehörigen von Einzel- und Doppelzimmerbewohnern. Allerdings zeigten sich im Hinblick auf einige andere Einschätzung und Auskünften der Angehörigen deutliche Unterschiede: Angehörigen von Doppelzimmerbewohnern bewerteten deren Lebensqualität schlechter, verbrachten weniger Besuchszeit in den Doppelzimmern, monierten häufiger fehlende Privatsphäre bei Besuchen, hielten sich weniger gerne im Zimmer auf, und führten dies meist auf fehlenden Platz und fehlende Gemütlichkeit zurück, als die Angehörigen von Einzelzimmerbewohnern. Auch die Befragung und Beobachtung des Pflegepersonals fügt sich konsistent in das Bild ein: Die befragten Pfleger sahen deutlich häufiger ausschließlich Vorteile bei Einzelzimmern (32.7%) im Vergleich zu Doppelzimmern (12.2%), wobei allerdings eine klare Mehrheit keinen Unterschied (54.6%) feststellte. Entscheidende Vorteile des Einzelzimmers sehen die Pfleger im Hinblick auf deren größere Privatsphäre, im Hinblick auf die Situation bei der Sterbebegleitung sowie bei schweren Erkrankungen und im Hinblick auf unverträgliches oder konflikträchtiges Bewohnerverhalten, das im Einzelzimmer weniger störend wirkt.

Auch mögliche Nachteile von Einzelzimmern, etwa bei Betriebskosten, erweisen sich in unserer Studie als nicht belegbar. So ergab die Beobachtung der Zeitverwendung des Personals keine nachweisbaren Unterschiede: Das Pflegepersonal verwendete in der Studie weder für Pflegetätigkeiten noch für hauswirtschaftliche Tätigkeiten (z.B. Aufräumen) mehr Zeit in Einzelzimmern als in Doppelzimmern. Es zeigt sich in dieser Hinsicht somit keine Ersparnis durch den Betrieb von Doppelzimmern. Im Hinblick auf die betriebswirtschaftliche Seite ergeben sich sogar höhere Betriebskosten bei Doppelzimmern, beispielsweise in Folge der sehr häufigen Umzüge von Doppelzimmern in Einzelzimmern (rund die Hälfte aller Umzüge) und den häufigen Leerstand. Die in der Heimleiterbefragung ermittelten Kosten von Leerstand im Kalenderjahr 2006 summierten sich auf rund 485 Tausend Euro für Leerstand von Einzelzimmern und 541 Tausend EUR für Leerstand oder Einzelbelegung von Doppelzimmern. Die höheren Kosten der Doppelzimmer betragen somit rund 55 Tausend EUR im Jahr 2006 allein für die hier betrachteten 12 nordbayerischen Heime. Bei Bewohnern, Angehörigen, Pflegepersonal und Heimleitung überwog die Präferenz für das Einzelzimmer vor dem Doppelzimmer. Die Befunde zeigen auch keine Unterschiede zwischen Einzel- und Doppelzimmern im Hinblick auf Sturz- bzw. Erkrankungsrisiken, Medikation und Fixierungen.

In der Zusammenschau ergibt sich somit ein eindeutiges Bild, nach dem die Vorteile von Einzelzimmern in der Regel überwiegen. Allerdings gibt es auch einzelne Hinweise, nach denen beispielsweise bei guter Beziehungsqualität und Freundschaft zwischen Mitbewohnern das Doppelzimmer bei gleichzeitiger gesundheitlicher und kognitiver Indikation durchaus eine hohe Lebensqualität für die älteren Menschen gewährleisten kann. Entscheidend ist allerdings der Aspekt der Wahlfreiheit und Selbstbestimmung. Solange eine Entscheidung für ein Einzel- oder Doppelzimmer frei von ökonomischen Zwängen, im Einvernehmen und nach dem Willen der Bewohner erfolgt und im Prinzip auch reversibel gemacht werden kann, wird dies auch zu einer Verbesserung der Lebens- und Wohnqualität in Heimen beitragen können.



## **Das Einzelzimmer im Alten- und Pflegeheim:**

*Bestandsaufnahme, Literaturüberblick und Feldstudie zu den Vor- und Nachteilen von Einzel- und Doppelzimmern in Alten- und Pflegeheimen*

### **1**

#### **Die Frage des Einzelzimmers in Alten- und Pflegeheimen**

Der Schutz der Individualität, Persönlichkeit und Intimsphäre jedes einzelnen Menschen zählt zu den unveräußerlichen und nicht verhandelbaren Grundrechten und –bedürfnissen in unserer Gesellschaft und damit selbstverständlich auch für die Festlegung von Betreuungs- und Versorgungsstandards in der stationären Altenhilfe und Pflege älterer Menschen.

Die Frage nach Vor – und Nachteilen von Einzel- und Doppelzimmern in Alten – und Pflegeheimen stellt nicht in Frage, dass die Selbstverantwortung, die Selbstbestimmung und die Lebensqualität der Bewohner und Bewohnerinnen in aller Regel das Recht auf Privatsphäre sowie die Gewährleistung eines geschützten Rückzugsbereichs erfordert, in dem Individualität und Eigenheit der Person geschützt bleiben. Zu klären ist in diesem Zusammenhang aber die offene Frage, ob eine diesen Zweck verfolgende Betreuung und Pflege älterer Menschen tatsächlich mit Sicherheit dadurch zu erreichen wäre, dass eine Unterbringung in Einzelzimmern zu einer grundsätzlichen angestrebten Wohnform in Alten- und Pflegeheimen festgeschrieben wird. Eine solche Festschreibung müsste die Vorteile des Einzelzimmers nicht nur gegen dessen möglichen Risiken abwägen, sondern auch gegen die möglichen Vorteile der Unterbringung von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen in Doppelzimmern. Davor sollte prinzipiell und mit verlässlicher Sicherheit ausgeschlossen worden sein, dass eine bessere Lebens-, Wohn- und Betreuungsqualität in einem Doppelzimmer gegenüber einem Einzelzimmer erreicht werden kann. In diesem Sinne gilt es auch zu klären, wie hoch die Nachfrage nach Doppelzimmern ist, wenn eine kostenneutrale und selbstbestimmte Wahlfreiheit bei der Unterbringung besteht. Welche Umstände bedingen eine angemessene Betreuung von älteren Heimbewohnern in Doppelzimmern als in Einzelzimmern? Diese und ähnliche Fragen sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt mit den vorhandenen Forschungsergebnissen nicht gesichert beantwortet. Ein Grund ist darin zu sehen, dass in der bisherigen Entwicklung der Heimunterbringung eher eine Unterversorgung mit Einzelzimmern in den meisten deutschen Alten- und Pflegeheimen festgestellt wurde. Diese Situation wird bislang mit vermeintlich höheren Investitions- und Betriebskosten des Einzelzimmers be-

gründet. Allerdings gibt es auch Hinweise darauf, dass die Investitionskosten für Einzelzimmer nur geringfügig höher sind, als wenn ausschließlich Doppelzimmer ausgebaut würden (Daneke, 2004; Schaarschmidt, 2004).

Wenn ältere Menschen aufgrund körperlicher, kognitiver oder gesundheitlicher Einbußen einen bislang noch selbst geführten Privathaushalt zugunsten einer Betreuung oder Pflege im Alten- oder Pflegeheim aufgeben wollen oder müssen, wird dies von der überwiegenden Zahl der Menschen als bedrohlich erlebt. Ein Grund ist, dass es viele Menschen für sich ablehnen, auf andere angewiesen sein zu müssen, und einem solchen Leben in der überwiegenden Mehrheit sogar ein verkürztes Leben vorziehen würden (Lang, Baltes & Wagner, 2007). Es erscheint daher selbstverständlich, wenn die meisten Menschen für sich selbst oder für ihre Angehörigen im Fall einer notwendig werdenden Heimbetreuung oder -pflege grundsätzlich eine Unterbringung im Einzelzimmer beanspruchen. Das Grundbedürfnis der meisten Menschen, sich in einen geschützten und selbst kontrollierten Raum zurückziehen zu können, bleibt auch im Fall der stationären Pflege und Versorgung wirksam und gültig. Dennoch scheint eine grundsätzliche und undifferenzierte Forderung nach Heimbetreuung und -pflege in Einzelzimmern nicht unproblematisch.

Beispielsweise bringt der Lebens- und Entwicklungskontext des Alten- und Pflegeheims enorme Herausforderungen mit sich. So müssen ältere Menschen die neuen Bedingungen des Lebens im Alten- und Pflegeheim in aller Regel neu erlernen, und dabei ihre alltäglichen Aktivitäten, Gewohnheiten und Pläne auf diese veränderte Lebenssituation ausrichten. All dies stellt hohe Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit und Verhaltensplastizität des älteren Menschen (vgl. Baltes, 1996). In aller Regel bringt die pflegerische Versorgung beispielsweise mit sich, dass der hilfs- oder pflegebedürftige Mensch nur in engen Grenzen über Zeitpunkt, Umfang und Intensität von pflegerischen Versorgungs- und Betreuungstätigkeiten des Personals bestimmen kann. Meist müssen ältere Heimbewohner zunächst lernen, sich den festen Regeln und Erfordernissen des jeweiligen Heimkontextes anzupassen. Nicht anders als in anderen Sozialisationsphasen von der frühkindlichen Erziehung im Kindergarten, über die Schule und den Beruf, führen die Grenzen der Mitgestaltung und Selbstbestimmung auch im Pflegeheimkontext dazu, dass sich die Betroffenen über ihre Erfahrungen und Sorgen mit anderen austauschen wollen, und dazu den Kontakt zu Gleichgesinnten und vom gleichen Schicksal betroffenen Menschen suchen, Koalitionen schmieden oder dabei Bekannt- und Freundschaften mit anderen schließen wollen.

Es ist gut belegt, dass für die Lebensqualität älterer Heimbewohner, der Umgang mit anderen Menschen und der soziale Kontakt in vielen Fällen so bedeutsam beitragen, wie etwa die Kontrolle über persönliche Gegenstände (Rodin & Langer, 1977; Schulz, 1976) oder die Fähigkeit sich selbst zu pflegen (Baltes, 1996). Das Bedürfnis nach Autonomie und Selbstbestimmung ist daher im Prinzip abzuwägen gegen das Bedürfnis nach sozialem Austausch und sinnhaften Sozialkontakten. Es sollte angestrebt werden, beides miteinander in Einklang zu bringen. Die Situation eines Einzelzimmers, gerade im Fall der Bettlägerigkeit oder anderer schweren Erkrankungen bedeutet demnach auch ein Risiko der sozialen Entfremdung und Isolation innerhalb des Heimkontextes. Angesichts solcher Überlegungen erscheint es angemessen und notwendig, die Frage nach den Vorteilen von Einzelzimmern in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und anderen Wohnformen gegen deren Nachteile sowie die Vorteile von Doppelzimmern vergleichend und bewertend abzuwägen, auch unter ökonomischen und sozial-ökonomischen Gesichtspunkten.

Der vorliegende Bericht wurde im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen zwischen September und Dezember 2007 erstellt. Zielsetzung und Aufgabenstellung war die Klärung der Frage, welche belastbare Evidenz für die Vor- und Nachteile von Einzel- und Doppelzimmer es in der Literatur gibt sowie etwaige Mängel bisheriger Studien und Lücken im Kenntnisstand in einem explorativen Vorgehen auf Gehalt und Bedeutung hin abzuklären. Entsprechend gliedert sich der nachfolgende Bericht wie folgt:

Das nachfolgende Kapitel beruht auf einer Bestandsaufnahme der Verbreitung von Einzel- und Doppelzimmern und die Situation der Bewohner. Diese ergibt, dass seit mehreren Jahren ein Klärungsbedarf bezüglich der grundsätzlichen Vor- und Nachteilen von Einzel- und Doppelzimmern in Alten- und Pflegeheimen besteht. Beispielsweise wurde schon im 2001 erstellten Dritten Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland die Forderung geäußert, dass „... *in Zukunft niemand mehr gegen seinen Willen gezwungen sein sollte, mit einer anderen Person in einem Zimmer zusammenzuleben.*“ (S. 27).

Das daran anschließende Kapitel gibt einen zusammenfassenden Überblick über den Stand der Literatur zur Frage der empirischen Belege für die Vor- und Nachteile von Einzel- und Doppelzimmern. Dieser Überblick zeigt, dass die bisherige empirische Befundlage auf sehr kleinen Stichproben und auf wenig reliablen Untersuchungsmethoden beruht und dabei meist auch die vielfältigen Be-

dingungen anderer kultureller Kontexte widerspiegelt, die nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar sind. Ein Fazit dieses systematischen Literaturüberblicks ist, dass viele Aspekte, Risiken wie Chancen der Einzelzimmerversorgung bislang als ungeklärt gelten müssen, so etwa die Frage der sozioökonomischen Bedingungen, der Sturz- und Unfallrisiken und der sozialen Einbettung von Heimbewohnern.

Das vierte Kapitel fasst Ergebnisse einer empirischen Feldstudie zusammen, die im Oktober und November 2007 in 12 unter theoretischen Gesichtspunkten ausgewählten nordbayerischen Alten- und Pflegeheimen durchgeführt wurde. Die Untersuchung beruht auf Befragungen der Heimleitung (N = 12), des Pflegepersonals (N = 39), der Bewohner (N = 120) und der Angehörigen (N = 270) sowie auf eigenen Beobachtungen des Bewohnerverhaltens und des Zeitbudgets des Pflegepersonals. Die Ergebnisse der Studie sind eindeutig und lassen wenig Zweifel daran, dass Einzelzimmer in Alten- und Pflegeheimen in fast allen betrachteten Untersuchungsbereichen eine gleichwertige oder sogar bessere Versorgungs-, Wohn- und Lebensqualität der Bewohner erlauben. Allerdings gibt es auch Ausnahmen, auf die näher eingegangen wird. Zugleich zeigt sich, dass mögliche Sorgen um erhöhte Investitions- und Betriebskosten nach dieser ersten explorierenden Analyse unbegründet sind. Einschränkend ist anzumerken, dass die dargestellte Studie zunächst auf eine Bestandsaufnahme und vergleichende Beschreibung der Pflege in Einzel- und Doppelzimmern zielt und nur begrenzten Anspruch auf Allgemeingültigkeit und Übertragbarkeit auf die Gesamtsituation in Bayern erhebt. So ging es in der vorliegenden Studie um die Einbeziehung möglichst vielfältiger unterschiedlicher Randbedingungen, die sich auf Unterschiede zwischen Einzel- und Doppelzimmerbetreuung in Heimen auswirken können. Einbezogen wurden Heime von privaten, paritätischen und kommunalen Trägern, Heime aus städtischen und ländlichen Regionen sowie Heime mit und ohne Demenzstationen.

Im abschließenden Kapitel wird ein Fazit aus der Literaturanalyse und der eigenen Feldstudie gezogen und in einer Zusammenschau integriert und eingeordnet. Die Befundlage legt nahe, dass eine verpflichtende Sicherstellung von privaten Rückzugsräumen zum Schutz der Selbstbestimmung, Lebensqualität und Intimsphäre älterer Heimbewohner wünschenswert und notwendig erscheint, dass aber die Umsetzung nicht ohne Risiken ist. Vor dem Hintergrund des aktuell neu zu schaffenden Heimrechts in Bayern scheint es wünschenswert, wenn die Implementierung und Auswirkung eines solchen Gesetzes langfristig mit Hilfe einer unabhängigen wissenschaftlichen Studie begleitet und dokumentiert würde.

## 2

### **Die Situation von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen: Eine Bestandsaufnahme**

Die Diskussion über die Berechtigung der Forderung nach einem „Einzelzimmer-Standard“ in Alten- und Pflegeheimen ist nicht neu. Bereits der „Dritte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“ (BMFSFJ, 2001) widmete dieser Fragestellung eine ausführliche Betrachtung. Die damalige Expertenkommission kam dabei zu folgenden Schlüssen:

*„Im Jahre 1998 betrug der Anteil [der Ein-Bett-Zimmer] 51 Prozent in den alten und 43 Prozent in den neuen Bundesländern. ..., doch ist noch immer zu konstatieren, dass ein viel zu hoher Anteil der Bewohner in Zwei-Bett-Zimmern wohnen muss. ... Dies ist fachlich nicht zu begründen oder zu vertreten. Die Kommission empfiehlt eine durchgreifende Änderung der Heimmindestbauverordnung und der Länder-Richtlinien zum Bau und zur Modernisierung von Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel, das Ein-Bett-Zimmer zukünftig zur Norm zu erheben, von der in der Praxis im begründeten Ausnahmefall abgewichen werden kann (und dies lässt sich architektonisch berücksichtigen), wenn zwei pflegebedürftige Personen zusammen wohnen wollen“ (BMFSFJ, 2001; S. 135).*

Des Weiteren wird zur Frage der Mindestgröße von Heimzimmern festgestellt. *„Zurzeit wird eine Größe von 16 qm (mindestens aber 14 qm) als Untergrenze für ein Einzelzimmer erachtet“ (BMFSFJ, 2001; S. 135).*

Die Heimmindestbauverordnung wurde daraufhin im Jahre 2003 zwar aktualisiert, aber die Forderung nach dem Ein-Bett-Zimmer als Standardversorgung, sowie die vorgeschlagenen neuen Mindestgrößen wurden nicht aufgenommen. In §14 Abs.1 der Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV) ist Größe und Bettenzahl pro Zimmer wie folgt geregelt:

*„Wohnplätze für eine Person müssen mindestens einen Wohnschlafraum mit einer Wohnfläche von 12 qm, Wohnplätze für zwei Personen einen solchen mit einer Wohnfläche von 18 qm umfassen. Wohnplätze für mehr als zwei Personen sind nur ausnahmsweise mit Zustimmung der zuständigen Behörde, Wohnplätze für mehr als vier Personen sind nicht zulässig. Für die dritte oder vierte Person muß die zusätzliche Wohnfläche wenigstens je 6 qm betragen.“ (HeimMindBauV, §14 Abs 1)*

Es werden also weiterhin explizit sowohl Ein-Bett-Zimmer, als auch Wohnplätze für zwei und sogar (in Ausnahmefällen) für bis zu 4 Personen erlaubt.

Im Jahr 2006 erschien der „Erste Bericht des Bundesministeriums über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner“ (BMFSFJ, 2006). In diesem Bericht werden u. a. aktuelle Zahlen über die Häufigkeit von Einzel- und Doppelzimmern in den deutschen Alten- und Pflegeheimen berichtet. Zum Stichtag (Jahresende 2003) verteilten sich die insgesamt 694.939 vollstationären Pflegeplätze wie folgt auf die verschiedenen Zimmerformen:

- 50% der Plätze in Ein-Bett-Zimmern
- 47% der Plätze in Zwei-Bett-Zimmern
- 3% der Plätze in Drei- und Mehrbett-Zimmern

Abb. 2.1 Vollstationäre Pflegeplätze gegliedert nach Art der Zimmer (BMFSFJ, 2006; S. 63)

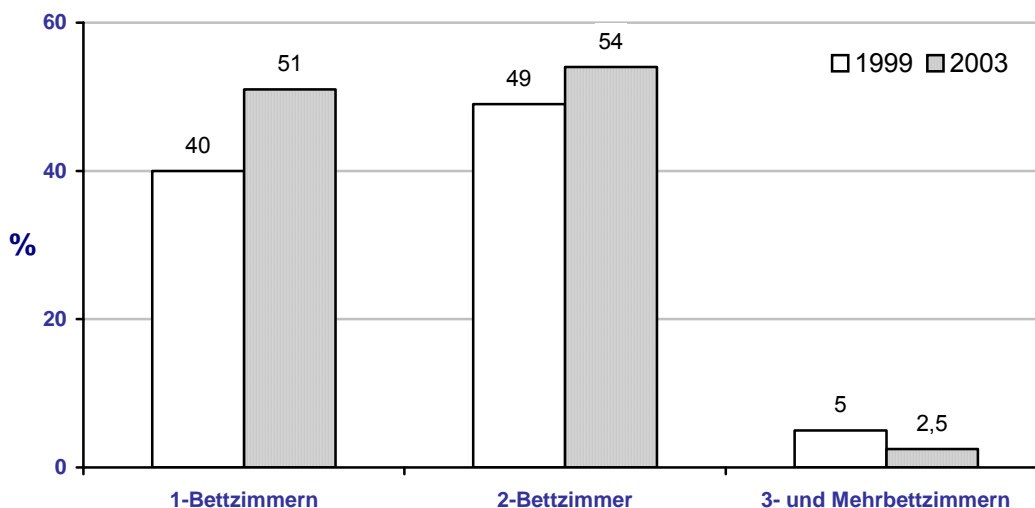


Abbildung 2.1 stellt die Veränderungen seit dem Jahr 1999 dar. Es zeigt sich, dass der Anteil der Einzelzimmer von ca. 40% auf knapp über 50% im Jahr 2003 gestiegen ist, der Anteil der Doppelzimmer und vor allem der Anteil der 3- und Mehrbettzimmer ist entsprechend gesunken. Im Ländervergleich weisen relativ hohe Anteile von Ein-Bett-Zimmern Thüringen (58.7 %), Brandenburg (55.7 %), Bremen (54.6 %) und Hamburg (54.2 %) auf. Besonders niedrige Anteile von Einzelzimmern finden sich dagegen vor allem im Saarland (35.5 %) und in Mecklenburg-Vorpommern (39.1 %). Bayern belegt in diesem Vergleich mit einem Anteil von 48.1% Einzelzimmern, 49.0% Doppelzimmern und 2.9% Mehrbettzimmern eine mittlere Position. Die neuesten Zahlen, die aktuell vorliegen bestä-

tigen diesen Trend. Die Pflegestatistik 2005 (Stichtag 15.12.2005; Statistisches Bundesamt, 2007) geht von einem Einzelzimmer-Anteil von ca. 52% bei den vollstationären Pflegeplätzen aus. Der Anteil von Doppelzimmern liegt bei ca. 46%, der Anteil von Drei- und Mehrbettzimmern noch bei ca. 2%. (Stat. Bundesamt, 2007; eigene Berechnungen).

Die Frage nach einem möglichen Einzelzimmerstandard für Pflegeheime scheint aktuell nicht mehr direkt im Fokus der Diskussion um die Qualität der Versorgung in Pflegeheimen zu stehen. So erwähnt der 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ (MDS, 2007) die Wohnform Einzel- bzw. Mehrbettzimmer überhaupt nicht. Dies wurde demnach nicht in den Kriterienkatalog der Qualitätsbetrachtung aufgenommen.

Auf der anderen Seite wird die Frage nach Einzel- bzw. Mehrbettzimmer vor allem unter dem Gesichtspunkt der Finanzierung durch die Sozialhilfe diskutiert. So kommt Hoffmann (2005) zu dem Schluss, dass aufgrund der aktuellen Pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse es keine Hinweise dafür gebe,

*„dass die Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen zwingend nur in einem Einzelzimmer erfolgen kann. [...] Auch aus den Vorgaben der Heimmindestbauverordnung ist nicht zu entnehmen, dass der Gesetzgeber das Einzelzimmer als Mindeststandard definieren wollte. [...] Aus diesen Überlegungen lässt sich ableiten, dass der sozialhilferechtlich erforderliche Bedarf von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen grundsätzlich auch im Doppelzimmer sichergestellt werden kann. Daraus wiederum ergibt sich, dass der Träger der Sozialhilfe aufgrund der rechtlichen Vorgaben (U. a. Grundsatz der Sparsamkeit) dazu verpflichtet ist, lediglich die erforderliche Leistung zu finanzieren, mit der der sozialhilferechtliche Bedarf, hier das Wohnen, sichergestellt werden kann.“* (Hofmann, 2005; S. 19).

Diese Meinung ist aber keineswegs unumstritten. So hat der Verwaltungsgerichtshof Stuttgart in einem Urteil vom 22.06.2006 bekräftigt:

*„Die Qualitätsvereinbarungen für den vollstationären Bereich gemäß § 80 SGB XI machen deutlich, dass auch in einem normalen Heim dem Wunsch des Bewohners nach Wohnen in einem Einzelzimmer Rechnung getragen werden soll“* (Klie, 2006; S. 32).

Vorangegangen war diesem Urteil ein Streit zwischen Heimaufsicht und Heimträgern. Die Heimaufsicht hatte es einem Träger untersagt, für Leistungsempfänger der Pflegeversicherung einen Einzelzimmeraufschlag zu verlangen. Laut dem Urteil ist die Unterbringung in einem Einzelzimmer an sich noch keine gesonderte Leistung. Ein Zuschlag für ein Einzelzimmer ist nur gestattet, wenn dafür besonderer Komfort geboten wird. Wenn ein Zimmer besonders groß ist,

oder eine besondere Ausstattung hat, müssen diese zusätzlichen investiven Kosten aus den „normalen“ Investitionskosten herausgerechnet werden und als „weitere Investitionskosten“ ausgewiesen werden. Diese können dann doch als Zuschläge für Einzelzimmer erhoben werden, aber nur wenn sie gesondert herausgerechnet und gesondert erhoben werden. „Größer als von der Heimmindestbauverordnung vorgeschrieben“ ist aber noch kein Grund für „weitere Investitionskosten“.

Inwieweit die weitere Aussage von Hoffmann (2005) zutrifft, dass es keine empirischen Belege für die Notwendigkeit eines Einzelzimmerstandards gebe, wird im folgenden Kapitel 3 zu klären sein.



## **Vor- und Nachteile von Einzel- und Doppelzimmern in Alten- und Pflegeheimen - Ein Überblick zum Stand der Forschungsliteratur**

### **3.1 Zu Grundlage und Vorgehen der Literaturanalyse**

Die Frage nach der räumlichen Ausstattung von Alten- und Pflegeheimen beschäftigt die Altersforschung bereits seit mehr als 30 Jahren. So hat beispielsweise der amerikanische Gerontologe M. Powell Lawton (Lawton & Bader, 1970) schon vor fast 40 Jahren berichtet, dass die meisten älteren Menschen es für sich bevorzugen, in einem Einzelzimmer untergebracht zu werden. Obgleich die Frage nach den Qualitätsstandards von Einzel- und Doppelzimmern in Alten- und Pflegeheimen also auch in der einschlägigen Literatur nicht neu ist, ist der Umfang der dazu verfügbaren wissenschaftlichen Literatur stark begrenzt. Ein vor kurzem publizierter Überblicksaufsatz von Calkins und Cassella (2007) zum Stand der Literatur in den USA identifizierte 55 Arbeiten, die sich direkt mit der räumlichen Situation in Alten- und Pflegeheimen beschäftigen. Einige weitere Studien beschäftigen sich mit Vor- und Nachteilen von Ein- und Mehrbettzimmern in Krankenhäusern oder anderen Spezialeinrichtungen wie Intensivstationen oder Geburtskliniken.

Die internationale Literaturrecherche ergab neben drei Überblicksaufsätzen zum gegenwärtigen Forschungsstand (Calkins & Cassella, 2007; Chaudhury, Mahmood & Valente, 2005; Ulrich et al., 2004), insgesamt lediglich 23 einschlägige empirische Forschungsarbeiten, die sich unmittelbar den Effekten von Einzel- und Doppelzimmern in stationären Einrichtungen der Altenhilfe widmen. Weitere 14 Aufsätze untersuchten Effekte von Doppel- und Mehrbettzimmern im Krankenhauskontext. Unter diesen Arbeiten berichteten lediglich sieben -- zum Teil ältere -- Aufsätze von Untersuchungen in Deutschland (Albrecht, 1997; Danek, 2004; Heinemann-Knoch, Korte, Schönberger, & Schwarz, 1999; König, 2005; Molter-Bock, 2004; Schneekloth & Müller, 1997; Schopp et al., 2001).

Einen Überblick über die zentralen Befunde dieser Arbeiten geben die Tabellen 7.1.1 (Altenheime) und 7.1.2 (Krankenhäuser) in Anhang 7-1. Über diese Arbeiten hinaus, gibt es zusätzlich eine Reihe weiterer Publikationen zum Thema der räumlichen Ausstattung in Alten- und Pflegeheimen, die aber meist eher Kommentare darstellen oder aber auf anekdotischen Fallbeschreibungen beruhen, ohne eigene empirische Erhebungen oder ohne konkrete Angabe der Datenquelle.

Solche Aufsätze wurden hier nicht systematisch dokumentiert und nur dann zitiert, wenn ein direkter inhaltlicher Bezug besteht.

Wo es angemessen war, wurden die Befunde der Studie zu Ein- und Mehrbettzimmern in Krankenhäuser in die zusammenfassende Darstellung der Befundlage einbezogen. Allerdings ist zu beachten, dass Krankenhaus und Altenheim sich in wesentlichen Punkten grundlegend unterscheiden: Krankenhauspatienten sind nur eine begrenzte Zeit im Krankenhaus, wobei das Behandlungsziel die völlige oder teilweise Genesung ist. Zudem bekommen sie häufig Besuch – oftmals von mehreren Personen gleichzeitig. Bewohner von Alten- oder Seniorenheimen verbringen dagegen eine oftmals unbestimmte Zeit ihres Lebens in der Einrichtung oder verbleiben dort sogar bis zu ihrem Tod. Dementsprechend stehen bei ihnen Fragen der Wohn- und Lebensqualität aber auch der Finanzierbarkeit im Vordergrund. Doch trotz dieser Unterschiede gibt es durchaus Aspekte, die für beide institutionellen Einrichtungen gleichermaßen relevant sind, wie beispielsweise die Fragen nach der möglichen unterschiedlichen Infektionsgefahr in Ein- und Mehrbettzimmern oder nach möglichen nächtlichen Ruhestörungen durch Zimmernachbarn. Der Begriff der „stationären Pflegeeinrichtung“ trägt dieser zweigleisigen Auswertung von Forschungsliteratur zu Alten- oder Seniorenheimen einerseits und Krankenhäusern andererseits Rechnung.

Die empirische Literatur beruht überwiegend auf subjektiven Einschätzungen und Bewertungen der Bewohner, wobei allerdings nicht immer die generelle Auskunftsfähigkeit berücksichtigt wurde (etwa im Hinblick auf deren generelle kognitive Leistungsfähigkeit). Einige Studien beruhten ausschließlich auf Befragungen des Personals (z.B. Morgan & Stewart, 1998). Eine besondere Forschungslücke zeigt sich im Hinblick auf Befragungen von Angehörigen, in denen deren Sichtweisen auf die räumlichen Unterbringung der Bewohner und Bewohnerinnen erhoben wurden (z.B. Cioffi, 2007; Farida et al., 2002; Grau, Teresi & Chandler, 1993; Nübling et al., 2004), wobei allerdings die Frage nach Vor- und Nachteilen von Ein- und Mehrbettzimmern mit nur wenigen Ausnahmen (Calkins & Cassella, 2007; Morgan & Stewart, 1998) nicht thematisiert wurden.

Keine der uns zugänglichen Studien berücksichtigte und verband die Sichtweisen mehrerer verschiedener Akteure im Alten- und Pflegeheimkontext (d.h. Bewohner, Angehörige und Personal). Die überwiegende Mehrzahl der Untersuchungen betrachtete zudem ausschließlich die psychosozialen oder subjektiven Implikationen und Auswirkungen von Einzel- oder Doppelzimmern auf die Bewohner. Ein kleiner Teil der Literatur behandelt ausschließlich medizinisch-gesundheitliche Risiken und Kosten der räumlichen Ausstattung im Heim und nur

wenige vereinzelte Untersuchungen behandelten ökonomische und organisatorische Fragen der Heimbetreuung in Einzel- und Doppelzimmern. Keine der bekannten Studien berücksichtigte mehrere dieser Bewertungskriterien zugleich.

Im Folgenden gliedern wir unsere Darstellung der Literatur nach zwei Gesichtspunkten: zum einen nach den Qualitätskriterien von Einzel- und Doppelzimmern (d.h. psychosozial-subjektive, medizinisch-gesundheitliche, ökonomisch-organisatorische) und zum zweiten nach der Informationsquelle (Bewohner, Angehörige, Personal). Zunächst beschreiben wir die empirische Befundlage zu den psychosozialen und subjektiven Qualitätskriterien einer Unterbringung in Einzel- und Doppelzimmer. Im Vordergrund stehen hierbei die Befunde aus Studien, die auf Bewohner- und Angehörigenbefragungen beruhen. Im zweiten Abschnitt behandeln wir empirische Befunde zu den medizinischen und gesundheitlichen Implikationen der Wohnraumform in Heimen. Ein letzter Abschnitt stellt schließlich die empirische Befundlage zu den organisatorischen und ökonomischen Implikationen der räumlichen Unterbringung von Heimbewohnern dar. In diesen letzten beiden Abschnitten überwiegen häufiger Befunde aus Befragungen des Personals, der Heimleitung oder auch aus Dokumentenanalysen.

### **3.2 Psychosoziale Aspekte aus Sicht von Bewohnern und Angehörigen**

Die Befragung der Bewohner und Bewohnerinnen von Alten- oder Seniorenheimen stellt in der Regel hohe methodische Herausforderungen und Hürden an empirische Untersuchung, da kognitive, psychische und gesundheitliche Beeinträchtigungen die Auskunft- und Beurteilungsfähigkeit von älteren Menschen einschränken (Kruse & Becker, 2004). Allerdings weisen Befunde einer methodisch gut kontrollierten Studie darauf hin, dass die Bewohner von Altenheimen durchaus in der Lage waren, die eigene Lebensqualität verlässlich und reliabel darzustellen (Kane et al., 2005). In der Studie wurden die Bewohner von 40 Altenheimen zu ihrer Lebensqualität befragt. Die Selbstauskünfte der Bewohner wurden danach mit Fremd-Einschätzungen eines Pfleger und eines Familienangehörigen verglichen. Die Befunde weisen auf eine hohe Reliabilität der Selbstauskünfte hin, sowohl für kognitive beeinträchtigte als auch für psychisch gesunde Bewohner. Allerdings deuten die beobachteten Abweichungen auch darauf hin, dass subjektive Einschätzungen gewissen Fehlern und Verzerrungen ausgesetzt sind. Diese liegen vermutlich nicht unwesentlich in der enormen Anpassungsfähigkeit des Menschen und dessen enorme Fähigkeit, sich auch an schwierige Lebensbedingungen im Verhalten und Erleben anzupassen. Auskünfte von anderen

Personen bezüglich der subjektiven Zufriedenheiten von Heimbewohnern und Heimbewohnerinnen sind vor diesem Hintergrund nur begrenzt aussagefähig.

Für den vorliegenden Bericht wurden dennoch nur solche Studien berücksichtigt, die auf den Aussagen auskunftsfähiger Heimbewohner beruhten.

### *3.2.1 Die Bewohner und Bewohnerinnen wie auch deren Angehörige bevorzugen Einzelzimmer.*

In ihrer frühen Studie fanden Lawton und Bader (1970), dass ältere Menschen ein Einbettzimmer generell bevorzugen würden, wenn sie in ein Altenheim ziehen sollten. Diese generelle Befundlage bestätigt sich in allen neueren Untersuchungen, so auch in der Studie der „American Association of Retired Persons (AARP)“ mit über 50-jährigen Personen (Baugh, 1996). Das Ergebnis war eindeutig: Das Verhältnis der Befragten, die ein Einbettzimmer vor einem Mehrbettzimmer bevorzugten, betrug 20 zu 1 (Baugh, 1996). In einer Untersuchung mit 605 älteren Bewohnern von Einrichtungen des Betreuten Wohnens<sup>2</sup> (Kane et al., 1998) gaben 94% der Befragten an, dass ein Einbettzimmer mit eigenem Bad für sie sehr wichtig sei. Auch in einer Studie mit Krankenhauspatienten fanden Pease und Finlay (2002), dass die Mehrheit der Befragten ein Einbettzimmer bevorzugten, da es größere Privatheit bietet, ruhiger sei, einen ruhigeren Schlaf garantiere und peinliche Situationen vermieden werden. Zudem erlaube das Einzelzimmer einen besseren Aufenthalt für Besucher, die zugleich nicht die Ruhe anderer Patienten stören könnten.

Dieser Befund bestätigt auch eine Studie, in denen Angehörige von Heimbewohnern und –bewohnerinnen interviewt wurden. Morgan und Stewart (1998) befragten 9 Familienangehörige von demenzkranken Bewohnerinnen eines Altenpflegeheims, die zunächst in einem Mehrbettzimmer und später in Einbettzimmern untergebracht waren. Die Angehörigen berichteten übereinstimmend, dass das Einzelzimmer aus ihrer Sicht für den Demenzkranken eine wirksame Rückzugsmöglichkeit gab und vor übermäßiger Reizstimulation schützte, was sich insgesamt positiv, beruhigend und ausgleichend auf das Verhalten auswirkte. Da es weniger Konflikte mit anderen Bewohnern gebe als im Mehrbettzimmer, ermögliche das Einzelzimmer nun auch tagsüber eine bessere Erholung und Ruhe, ungestört von anderen. Die Angehörigen berichteten in dieser Studie, dass die

---

<sup>2</sup> sog. „Assisted Living Residences“

Besuche für sie nun angenehmer verliefen. Für sie sei auch wichtig, das Zimmer des Bewohners sehr viel persönlicher einrichten zu können.

### *3.2.2 Die Befundlage zur Zufriedenheit von Bewohnern in Einzel- und Doppelzimmern ist uneinheitlich.*

In einer deutschen Studie mit 130 Bewohnern und Bewohnerinnen von Einzel- und Mehrbettzimmern kommt Albrecht (1997) zu anderen Ergebnissen: Bei den Bewohnern zweier Altenheime in Magdeburg zeigten sich keine signifikanten Unterschied in der allgemeinen Lebenszufriedenheit zwischen den Einbettzimmer- und Mehrbettzimmerbewohnerinnen. Diesen Befund bestätigt eine weitere deutsche Untersuchung mit Bewohnern von 20 Einrichtungen der stationären Altenhilfe (Heinemann-Knoch et al., 1999): In Einrichtungen mit einem überwiegenden Anteil von Einzelzimmern, berichteten die Bewohner eine größere Zufriedenheit und Lebensqualität, und zwar unabhängig von der sonstigen baulich-technischen Ausstattung und Qualität der Einrichtung.

In einer Krankenhausstudie analysierte Kaldenberg (1999) die Angaben und Selbstauskünfte von rund 2,1 Millionen Krankenhauspatienten. In dieser umfangreichen Stichprobe waren Patienten in Einbettzimmern in allen befragten Bereichen zufriedener, als die von Patienten in Mehrbettzimmern. Leider erlaubt der Befund von Kaldenberg keine Abschätzung der Effektgröße, da die Signifikanz des Unterschiedes bei einer solch umfangreichen Stichprobe wenig aussagekräftig ist. Der stärkste Unterschied zeigt sich bei den Fragen zur räumlichen Situation, also etwa Größe des Raumes, Geräusche, Sauberkeit und Temperatur im Zimmer. (Kaldenberg, 1999). Auch eine Analyse von rund 2 Millionen Patienten einer weiteren groß angelegten Krankenhausstudie (Press Ganey, 2007) zu Einbettzimmer und Mehrbettzimmern ergab zwar signifikante aber geringfügige Unterschiede: Patienten der Einbettzimmer waren durchschnittlich um 4.5% zufriedener als Patienten in Mehrbettzimmern, wobei insbesondere die Rückzugsmöglichkeit und der Schutz vor störenden Geräuschen als zentraler Grund der (Un-)Zufriedenheit genannt wurde.

Eine Vielzahl von Studien in Krankenhäusern (Baker 1984, Southwell & Wistow, 1995, Yinnon et al. 1992) belegt, dass in Doppelzimmern in erster Linie der höhere Geräuschpegel als störend oder belastend empfunden wird, der auf die Anwesenheit eines weiteren Patienten (d.h. Geräusche der pflegerischen Versorgung, der Besuche oder auch das Stöhnen, Schnarchen, Schreien, Klagen des Mitpatienten) zurückzuführen ist. Entsprechend sind Patienten in Einbettzimmern

mit dem Geräuschpegel in ihrem Zimmer deutlich stärker zufrieden als die Patienten in Mehrbettzimmern (Press Ganey, 2007).

### *3.2.3 Mehrbett- und Doppelzimmer beeinträchtigen die Privat- und Intimsphäre.*

Unter Privatheit wird in den meisten Studien die Möglichkeit verstanden, sich von anderen Personen zurückziehen zu können, um dann ungestört Bedürfnissen oder eigenen Beschäftigungen nachgehen zu können. Eine Berliner Untersuchung von Schopp et al. (2001) in geriatrischen Einrichtungen und Heimen zeigt, dass die Bewohner in Mehrbettzimmern ihre Intimsphäre häufiger missachtet sahen als die Bewohner und Bewohnerinnen in Einbettzimmern. In einer weiteren deutschen Untersuchung untersuchte Saup (1984) belastende Umweltbedingungen in Altenheimen bei 35 Bewohnerinnen aus 7 Heimen. Die Ergebnisse belegen, dass die Unterbringung im Doppelzimmer für den größten Teil der befragten Personen eine hohe subjektive Belastung darstellte.

Ein bedeutsames Merkmal der Privatsphäre verbindet sich mit dem Bedürfnis, ungestört Zeit mit besuchenden Familienangehörigen und Freunden zu verbringen. Die bereits erwähnte US-amerikanische Krankenhausstudie (Press Ganey, 2007) ergab hier ebenfalls deutliche Unterschiede: Personen in Einbettzimmern waren deutlich zufriedener mit der Möglichkeit, ungestört Besuch empfangen zu können, als Patienten, die sich ein Zimmer mit anderen teilten (Press Ganey, 2007). Diesen generellen Befund bestätigen auch die Arbeiten von Ulrich et al. (2004), Chaudhury et al. (2005) sowie eine neue Überblicksarbeit von van de Glind, de Roode & Goossensen (2007). Van den Glind und Kollegen (2007) analysierten 25 empirische Studien zu der Zufriedenheit mit Lärmpegel, Schlafqualität und Privatsphäre bei Krankenhauspatienten, in denen die Zufriedenheit in Einbettzimmer prinzipiell höher war als in Mehrbettzimmern.

Die Anwesenheit von anderen Personen beeinträchtigt schließlich auch das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten bzw. Personal und gepflegter Person oder Patient. So fand beispielsweise Kaldenberg (1999) in seiner Krankenhausstudie, dass die Patienten in Mehrbettzimmern die Kommunikation mit Ärzten und Personal schlechter bewerteten als Patienten in Einbettzimmern. Ein Grund hierfür liegt in der Vertraulichkeit des Arzt-Patienten-Gesprächs, die durch die Anwesenheit anderer Personen nicht mehr gegeben ist und damit den Informationsfluss zwischen Personal und Patient behindert.

Ein nur selten berücksichtigter Aspekt der Privatsphäre betrifft die Situation des Sterbens, der für Bewohner von Doppelzimmern wie deren Angehörige meist

besonders belastend erlebt wird (Kayser-Jones, et al. 2003). Ein Sterben in Würde und Respekt kann für die Bewohner in Mehrbettzimmern nicht immer gewährleistet werden. Hinzu kommt, dass es auch für die anderen Bewohner meist eine besonders gravierende Belastung darstellt, wenn sie den Sterbeprozess und Tod eines Mitbewohners oder Mitpatienten im Mehrbettzimmer erleben müssen.

Eine Interviewstudie mit 14 früheren Patienten einer Intensivstation im Krankenhaus ergab, dass der Tod anderer Patienten enorme Furcht auslöste und als stark belastend erlebt wurde (McKinley et al. 2002). Auch Untersuchungen in Alten- und Pflegeheimen weisen auf die enorm hohe Belastung hin, die es bedeutet, wenn ein Mitbewohner im Doppelzimmer im Sterben liegt (vgl. Calkins & Cassella, 2007). Neben der Konfrontation mit dem Sterbeprozess, erleben es Heimbewohner auch als unangenehm, wenn sie durch ihre Anwesenheit unfreiwillig in die Privatsphäre des Sterbenden und seiner anwesenden Angehörigen eindringen. Die Hilflosigkeit und häufig geringe Möglichkeit auszuweichen, führt dabei zu starken seelischen Belastungen.

#### *3.2.4 Bewohner und Bewohnerinnen von Einzelzimmern halten sich häufiger und länger in ihrem Zimmer auf.*

Die Lebensqualität von Heimbewohnern hängt nicht unwesentlich davon ab, in welchem Umfang der eigene Wohn- und Lebensraum selbst bestimmt gestaltet und kontrolliert werden kann. Die häufig sehr unterschiedlichen Bedürfnisse, Schlafgewohnheiten, Tagesrhythmen und Gewohnheiten der Mitbewohner in Doppelzimmern schränken die Gestaltungs- und Entfaltungsmöglichkeiten der Betroffenen meist erheblich ein.

Eine Vielzahl von Studien aus Krankenhäusern belegen, dass die Kontrolle des eigenen Umfelds in Mehrbettzimmern deutlich stärker eingeschränkt ist als in Einbettzimmern (Harris et al., 2002; Kaldenberg, 1999; Kane et al. 1998; Ulrich et al., 2004). Vergleichbare Befunde berichtet auch die Altenheimstudie von Foltz-Gray (1995). Im Allgemeinen sind unterschiedliche Wünsche hinsichtlich Mediennutzung, Raumtemperatur, Ruhe- und Wachzeiten oder auch der Helligkeit im Zimmer die häufigsten Quellen von Konflikte und Reibungen zwischen den Patienten und Bewohnern in Mehrbettzimmern. Solche Konflikte bedeuten in der Regel für alle Beteiligten eine hohe Belastung und erfordern hohen Zeitaufwand. Auch die 131 befragten Altenheimbewohner in der Studie von Mosher-Ashley (2001) wünschten sich in erster Linie mehr Privatheit und Rückzugsmöglichkeit. Es zeigte sich dabei, dass Privatheit und Lebenszufriedenheit deutlich

korreliert waren, denn bei den Bewohnern, die sich mehr Privatheit wünschten, zeigte sich eine deutlich geringere Lebensqualität.

Dies ist insofern nicht verwunderlich, als Bewohner von stationären Altenhilfeeinrichtungen sehr viel Zeit in ihrem eigenen Zimmer verbringen. So kommt Ice (2002) in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass Bewohner der von ihr untersuchten Einrichtungen ihre Zeit zu 43% in ihrem eigenen Zimmer verbrachten. In einer frühen Studie von Baltes et al. (1983) beobachteten die Untersucher zwei Tage die Bewohner eines Heimes hinsichtlich der Frage, wo sie sich aufhielten und was sie dort taten. Es zeigte sich dass sich die Bewohner zu 67% aller Beobachtungszeitpunkte in ihrem eigenen Zimmer aufhielten. Kane und Kollegen (2004), die in 40 Einrichtungen der stationären Altenhilfe die Lebensqualität der Bewohner mithilfe des QOL erhoben und die Ergebnisse mit Merkmalen der Einrichtung in Beziehung setzen, stellten fest, dass ein höherer Prozentanteil an Einbettzimmern mit höheren Durchschnittswerten der Lebensqualität Dimensionen „Komfort“ und „Privatheit“ assoziiert ist.

### *3.2.5 Die Lebensqualität im Doppelzimmer hängt von der Beziehung zu Mitbewohnern ab.*

Einige ältere Krankenhausuntersuchungen weisen darauf hin, dass andere im selben Zimmer untergebrachte Mitpatienten meist als Belastung und nur selten als unterstützend erlebt werden (Van der Ploeg, 1988; Volicer, Isenberg & Burns, 1977).

Für die Situation in Altenheimen lassen sich nur wenige Studien finden, die das Thema „Beziehungsqualität der Zimmernachbarn“ am Rande berücksichtigten. In der Studie von Kovach und Robinson (1996) wurden 50 Altenheimbewohner, die mit einem Zimmernachbarn ein Zimmer bewohnten, hinsichtlich ihrer Kommunikationsfähigkeit, -häufigkeit und ihrer Lebenszufriedenheit befragt. Fast die Hälfte aller Befragten sprach nie mit ihren Mitbewohner(innen), obwohl diese durchaus in der Lage waren zu kommunizieren. Bitzan (1998) untersuchte die Bewohner von 31 Altenheimen und fand heraus, dass nur 22% der in die Untersuchung eingeschlossenen Bewohner mit Zimmernachbarn eine starke oder positive Bindung zu diesem Mitbewohner hatten, 78% gaben eine moderate oder schwache Bindung an. Aber selbst in den Fällen, in denen eine positive Beziehung zum Mitbewohner bestand, sagten die Bewohner häufig, dass sie ihre Zeit lieber ohne den anderen verbringen würden. Auch Heinemann-Knoch und Kollegen (1999) halten nach ihrer Studie von 20 Altenheimen ein gelungenes Zusam-



menleben in einem Doppelbettzimmer eher für ein Zufallsprodukt und stellen fest, dass Konflikte in Doppelzimmer häufig konflikthaft und belastend verlaufen.

### *3.2.6 Subjektiv empfundener Einfluss von Krankheit und Tod des Mitbewohners auf das eigene Wohlbefinden*

Eine südkoreanische Untersuchung von Oh (2006) veranschaulicht, welche Belastungen die Krankheiten eines Mitbewohners für Heimbewohnern in Doppelzimmer bedeuten können. In der Studie wurden 14 Schlaganfallpatienten, die ihr Zimmer im Pflegeheim mit einem demenzkranken Mitbewohner teilten, zu ihrer Erfahrung im Doppelzimmer interviewt. Die Bewohner fühlten sich in dieser Situation durchgehend hilflos und überfordert, da sie das Verhalten ihres demenzkranken Mitbewohners weder gut verstehen noch verändern konnten. Auch die gelegentlichen Distanzlosigkeiten, die Verhaltensunruhe und –auffälligkeit des Mitbewohners wurden als störend empfunden und bedingten eine zunehmende Unruhe bei den Befragten. Eine besonders stark belastende Folge war die zunehmende Furcht davor, selbst dement zu werden.

## **3.3 Medizinisch-gesundheitliche Qualitätsmerkmale**

Die Befundlage bezüglich der medizinischen und gesundheitlichen Vor- und Nachteile von Einzel- und Doppelzimmern ist vergleichsweise einheitlich und ergibt ein klares Bild: Der Forschungsstand weist auf deutlich erhöhte gesundheitliche Risiken in Doppelzimmern hin, etwa im Hinblick auf Störungen des Schlafes, auf Fehler der Medikation und im Hinblick auf erhöhte Infektionsrisiken. Die Befundlage ist weniger klar und teilweise lückenhaft im Hinblick auf die Frage der Sturzgefährdung und mögliche Auswirkungen auf den kognitiven Status der Bewohner und Bewohnerinnen. Mögliche Einflüsse der räumlichen Unterbringung auf psychische Erkrankungen, etwa im Hinblick auf Depressionen und Angststörungen sind mit der Ausnahme einer älteren Studie (Wiltzius, Gamber & Duthie, 1981) bislang kaum systematisch untersucht worden.

*Störung des Schlafes.* Wie bereits dargestellt, ist gut belegt, dass in Mehrbettzimmern mehr Geräuschbelästigung besteht: Diese ist zugleich auch einer der häufigsten Gründe für Durchschlafstörungen bei Bewohnern in Doppelzimmer (Gabor, et al. 2003; Meyer et al. 1994; Parthasarathy & Tobin, 2004; Yinnon et al. 1992). In einer älteren Studie wurden Belege dafür gefunden, dass sich die Mehrbettbelegung in stationären Pflegeeinrichtung auch negativ auf die Qualität des Schlafes der Heimbewohner auswirkt (Schnelle et al., 1993).

*Medikamentöse Behandlung.* In der neueren Untersuchung von Chaudhury et al (2006) gaben 43% der befragten Pflegekräfte (N = 77) aus vier US-amerikanischen Krankenhäusern an, dass ein mittleres Risiko bestünde, einen Fehler bei der Vergabe von Medikamenten in Mehrbettzimmern zu machen. Dieses Fehlerrisiko wurde von den Pflegekräften für Einbettzimmer gering eingestuft. Eine Studie zu Medikationsfehlern in stationären Einrichtungen der Altenhilfe liegt uns nicht vor. Allerdings berichtet die ausführliche Studie von Molter-Bock (2004) zur „Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen“ einige beachtliche Unterschiede zwischen Einzel- und Mehrbettzimmern: Nach den Befunden dieser Studie wurden Bewohner von Doppelzimmern mit doppelt so hoher Wahrscheinlichkeit Antipsychotika verordnet als Bewohnern von Einbettzimmern. Die Autorin erklärt diesen Befund damit, dass bei Bewohnern vermehrt Neuroleptika vergeben werden, wenn der Zimmermitbewohner durch das Verhalten gestört oder gesundheitlich beeinträchtigt ist.

*Krankheitsentstehung, Störungen und psychische Veränderungen.* In einem Literaturüberblick zu den Einflüssen der räumlichen Umgebung auf die Infektionsgefahren in US-amerikanischen Krankenhäusern, analysierten Ulrich und Kollegen (2004) die Befunde aus insgesamt 120 Studien. Von diesen konnte in 16 Studien nachgewiesen werden, dass die Gefahr von nosokomialen Infektionen (sog. „Krankenhausinfektionen“) in Einbettzimmern deutlich geringer ist als in Mehrbettzimmern war. Zwar ist die Datenlage für Alteneinrichtungen nicht so klar, doch gibt es auch hier einige erste Befunde. In einer Studie mit Pflegeheimbewohnern und –bewohnerinnen (Drinka et al., 2003) war die Gefahr ebenfalls an der Influenza A zu erkranken bei Doppelzimmerbewohnern, deren Mitbewohner infiziert waren, um das 3,1-fache Risiko erhöht im Vergleich zu Bewohnern in Einbettzimmern. In Einklang damit steht der Befund von Pegues und Woernle (1993), wonach 84% der Altenheimbewohner, die während eines Ausbruchs an nichtbakterieller Gastroenteritis erkrankten, einen Zimmermitbewohner hatten, während nur 16% der Erkrankten in einem Einbettzimmern lebten.

Nicht nur das Entstehen von Infektionskrankheiten scheint in einem Mehrbettzimmer begünstigt zu werden, auch andere Störungen und Erkrankungen können durch bestimmte Zimmermitbewohner verstärkt verursacht werden. So zeigen Wiltzius, Gambert und Duthie (1981), dass der geistige und emotionale Zustand der von ihnen untersuchten geistig gesunden Altenheimbewohner innerhalb weniger Wochen deutlich sank, wenn ein demenzkranker Bewohner in das Zimmer mit einzog. Diese Befunde werden bestärkt durch die südkoreanische Untersuchung von Oh (2006), der zeigt, dass nicht-demenzkranke Schlaganfallpa-

tienten an Motivation und Aktivität verlieren, verstärkt inaktive Verhaltensweisen zeigen und ihre sozialen Interaktionen mit anderen Bewohnern einschränken, wenn demenzkranke Personen in ihr Zimmer als Mitbewohner einziehen.

Doch auch auf demenzkranke Bewohner kann die Anwesenheit eines weiteren Mitbewohners im Zimmer negative Auswirkungen haben: Low, Draper und Brodaty (2004) fanden, dass sich „unkooperative Verhaltensweisen“ – gemessen mit standardisierten Erhebungsinstrumenten, bei Altenheimbewohnern in Mehrbettzimmern deutlich häufiger feststellen lassen als bei Bewohnern in Einbettzimmern. Dieses Ergebnis wird zwar einerseits durch die Untersuchung von Morgan und Stewart (1998) unterstützt, andererseits betonen aber auch Pflegekräfte, die bei Morgan und Stewart (1998) in Fokusgruppen interviewt werden, dass es auch Demenzkranke gibt, die gerne mit einem anderen Menschen ein Zimmer bewohnen.

*Sturzgefährdung.* Zu der Frage, ob sich Sturzgefährdung bzw. -häufigkeit in Einbett- und Mehrbettzimmern unterscheiden, gibt es keine bekannte empirische Studie, jedoch unterschiedlich geäußerte Vermutungen. So referieren Chaudhury und Kollegen (2005) die in der Literatur verbreitete Vermutung, dass Menschen, die sehr sturzgefährdet sind, in Mehrbettzimmern in Krankenhäusern möglicherweise weniger stürzen, weil der Zimmernachbar die Person vielleicht daran hindern kann, ohne fremde Hilfe aufzustehen. Die Pflegekräfte der Fokusgruppen von Calkins und Cassella (2007) äußern dagegen, dass sie sich fast sicher seien, dass Bewohner in Mehrbettzimmern häufiger stürzen, obwohl sie keinen empirischen Beweis für diese Annahme hätten.

*Kognitiver Status.* In einer Repräsentativerhebung zur Lebenssituation und zum Hilfebedarf aller pflege- und hilfebedürftiger Menschen in Heimen kann gezeigt werden, dass psychisch veränderte Heimbewohner signifikant häufiger in Mehrbettzimmern untergebracht werden, als Bewohner ohne nennenswerte psychische Verhaltensauffälligkeiten (Schneekloth & Müller, 1997). Dennoch ist bei diesen Aussagen zu bedenken, dass sie sich nicht nur auf Bewohner der stationären Altenhilfe beziehen, sondern auch auf Bewohner der stationären Behindertenhilfe.

### **3.4 Organisatorische und betriebsökonomische Aspekte**

Die Kosten von Einzel- und Doppelzimmern sind nicht unabhängig von den betrieblichen und organisatorischen Kriterien der Betreuung und Pflege von Altenheimbewohnern und –bewohnerinnen. So sind insbesondere die Sichtweisen des Personals relevant für die Planung, Organisation und Umsetzung der Versor-

gung in Einzel- und Doppelzimmern. Ein hoher Stellenwert kommt dabei der Frage zu, inwieweit das Pflegepersonal und die Heimleitung die möglichen sekundären und verborgenen Folgekosten verschiedener gesundheitlicher, psychosozialer oder struktureller Nachteile von Einzel- und Doppelzimmern benennen können. Diese sekundären Folgekosten sind für die betriebswirtschaftliche Berechnung der Kostenunterschiede von Einzel- und Doppelzimmern wesentlich und bislang nicht systematisch erfasst.

Trotz dieser grundsätzlichen Bedeutung dieser Thematik, ist uns keine Studie bekannt, in der die Befragungen und Beobachtungen des Zeitbudgets des Pflegepersonals in Beziehung gesetzt wurde zu Merkmalen der Lebensqualität und Gesundheit der Bewohner und Bewohnerinnen. Die verfügbare Literatur zu den institutionellen, organisatorischen und ökonomischen Kosten von Einzel- und Doppelzimmern in stationären Pflegeeinrichtungen beschränkt sich meist auf Interviewstudien, in denen nur wenig Pflegekräfte oder Leitungspersonal einbezogen wurden. Meist werden in solchen Fokusgruppen-Studien keine Angaben über die Anzahl und Merkmale der befragten Teilnehmer gemacht. Die wenigen vorhandenen Studien von Morgan und Stewart (1998) sowie von Calkins und Cassella (2007) waren als explorative Studien zur Vorbereitung der eigenen Literaturrecherche und Forschungsplanung durchgeführt worden. Beide Studien sind daher von rein deskriptiver Bedeutung und erlauben deshalb keine belastbaren und verallgemeinerbare Rückschlüsse über allgemeingültige Unterschiede zwischen Einzel- und Doppelzimmern. Wir stellen diese Studien dennoch dar, soweit sie für die hier behandelte Thematik relevante Einblicke und Überlegungen beitragen. Zunächst werden die aus Sicht des Pflegepersonals benannten Unterschiede in der Betreuungs- und Versorgungsqualität der Bewohner von Einzel- und Doppelzimmern dargestellt. Ein zweiter Abschnitt fasst den empirischen Kenntnisstand bezüglich der ökonomischen Investitions- und Betriebskosten von verschiedenen räumlichen Ausstattungen in Altenheimen zusammen.

#### *3.4.1 Die Versorgungsqualität in Einzel- und Doppelzimmern aus Sicht des Pflegepersonals*

Die Perspektive des Pflegepersonals ist in hohem Maße abhängig von der beruflichen Qualifikation sowie vom Umfang der Erfahrung mit Einzel- und Doppelzimmern bei den Befragten. Die Befunde von Interviewstudien sind dabei vermutlich stark durch aktuelle Anforderungen, Engpässe und Konflikte der jeweiligen Pflegestation geprägt. Bislang liegen nur zwei Interview-Studien vor, in denen Pflegekräfte ausführlich zu Vor- und Nachteilen der Unterbringung von

Heimbewohnern und –bewohnerinnen in ihren eigenen stationären Pflegeeinrichtungen befragt wurden: Zum einen ist dies die Studie von Morgan und Stewart (1998), an der neun Pflegekräfte nach dem Umzug ihrer Demenzstation von einer Station mit Mehrbettzimmern in ein neues Gebäude mit ausschließlich Einbettzimmern befragt wurden, sowie zum zweiten die Studie von Calkins und Cassella (2007) mit Fokusgruppen-Interviews (ohne Angabe zur Teilnehmerzahl). In beiden Studien ergibt sich ein konsistentes und weitgehend übereinstimmendes Bild, das sich wie folgt zusammenfassen lässt:

- Der Umzug der Demenz-Station in Einbettzimmer ermöglichte dem Personal eine verbesserte Betreuung sowie bessere Beziehungsqualität zu den Bewohnerinnen, denen nach dem Umzug insgesamt mehr ungeteilte Aufmerksamkeit geschenkt werden konnte.
- Der Umzug auf die Einzelbettstation führte zu einer Verminderung der Agitation und Verhaltensauffälligkeit bei den Bewohnern und zu verringerten Konflikten zwischen den Bewohnern.
- Für einige Bewohner bedeutete der Zwangsumzug auch einen Verlust an Beziehungsqualität, wenn die Demenzkranken gut miteinander auskamen. Ein zentrales Problem stellt dabei die Trennung von Paaren dar.
- Die Schlafqualität der Bewohner hat sich verbessert.
- Aus Sicht des Pflegepersonals bleiben Angehörige länger zu Besuch, wenn die Bewohner in Einzelzimmern untergebracht sind. Verlässliche Erhebungen hierzu liegen aber nicht vor.
- Der größere Platz rund um die Betten und in den Toiletten stellt für Pflegekräfte eine deutliche Arbeitserleichterung dar.
- Einige Pflegekräften meinten, dass die vielen Einzelzimmer allerdings auch weitere Wege mit sich bringen sowie einen erhöhten koordinativen und planerischen Aufwand in der pflegerischen Versorgung, weil beispielsweise nicht mehr mehrere Bewohner und Bewohnerinnen gleichzeitig beaufsichtigt werden können.

In einer eigenen Studie untersuchten Cutler und Kollegen (2006) insgesamt 1988 Zimmer in 40 Pflegeeinrichtungen: Nach diesen Befunden war in Einbettzimmern mehr Platz für persönliche Möbel und Gegenstände vorhanden, so dass diese insgesamt eine persönlichere Note und Individualität hatten. Auch die Ergebnisse der Magdeburger Studie von Albrecht (1997) belegt, dass Einbettzimmer durch die häufiger vorhandenen persönlichen Möbel und Gegenstände eine größere Individualität, Wohnlichkeit und private Atmosphäre ausstrahlten.

In der Summe weisen die Befunde dieser beiden Pilotstudien (Morgan & Stewart, 1998; Calkins & Cassella, 2007) darauf hin, dass die Betreuung von Bewohnern in Einzelzimmern in verschiedenen Hinsichten zu einer Kostenreduktion im Betrieb wird. So gibt es in Einzelzimmern deutlich weniger Konflikte zwischen den Bewohnern, so dass weniger Umzüge innerhalb des Hauses anfallen, der als substanzieller Kostenfaktor anzusehen ist. Jeder Umzug innerhalb des Hauses erfordert zusätzliche Kosten für die Grundreinigung, Renovierung und den eigentlichen Umzug. Hinzu kommt, dass eine Fehl- bzw. Unterbelegung fast ausschließlich nur in Mehrbettzimmern zu beobachten ist, während frei werdende Einbettzimmer sofort wieder belegt werden und nie lange leer stehen. Die Arbeitsabläufe und Zeitverwendung der Pflegekräfte wurden bislang in keiner bekannten Studie untersucht.

#### *3.4.2 Betriebswirtschaftliche Aspekte: Investitions- und Betriebskosten von Einzel- und Doppelzimmern*

Im Hinblick auf die betriebswirtschaftlichen Unterschiede zwischen Einzel- und Doppelzimmern liegen nur wenige Studien vor. Bei diesen handelt es sich zumeist um Kommentare von Experten, die aber nicht auf eigenen empirischen Grundlagen beruhen. Es gibt jedoch empirische Daten zur Kostenanalyse in Krankenhäusern (Chaudhury et al, 2005), nach denen die Konstruktions- und Investitionskosten von Einbettzimmern höher sind, als bei Mehrbettzimmern. Es besteht dabei in der Fachliteratur weitgehend Einigkeit darin, dass die Mehrkosten im Umfang zwischen 10% und 20% liegen und damit weitaus geringer als allgemein angenommen. In Bezug auf stationäre Einrichtungen der Altenhilfe gibt es bislang keine verlässlichen Kostenanalysen (Calkins & Cassella, 2007). Bereits bei der Berechnung der Investitionskosten weisen die veröffentlichten Daten zum Teil in sehr verschiedene Richtungen: Nach den vermutlich veralteten Berechnungen von König (2005) sind die Investitionskosten eines Einbettzimmers in einem Altenpflegeheim um 33% höher als die eines Doppelzimmers. Im Gegensatz dazu stehen aktuellere Berechnungen des Architekten Schaarschmidts (2004), wonach eine 100%ige Einbettzimmer-Rate in einem Neubau mit 80 Plätzen etwa Mehrkosten von 18% verursacht. Berücksichtigt man, dass auch in Zukunft weiterhin Doppelzimmerplätze, etwa für Paare und Freunde bzw. Freundinnen, nachgefragt sein werden, und somit die Heime eine Mischung von Einzel- und Doppelzimmern etwa im Verhältnis von 85 zu 15 Prozent haben sollten, stellen diese Berechnungen eine Überschätzung der tatsächlich erhöhten Investitions- und Konstruktionskosten dar.

*Laufende Kosten und Belegbarkeit bzw. Leerstände.* Nach Widmer (2005) sind zudem weniger die Investitionskosten für die räumliche Ausstattung von Alten- und Pflegeheimen von Bedeutung, sondern die fortlaufenden Betriebskosten, deren Umfang rund 10 mal höher liegen als die für Baukosten aufzuwendenden Amortisierungen (z.B. Zinsen und Tilgungsraten).

Eine entscheidende, aber schwer zu kalkulierende Berechnungsgröße sind die durch Lehrstand und Fehlbelegung entstehenden Kosten. Werden diese einbezogen ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht meist kein ökonomischer Vorteil von Doppelbettzimmern. So kommen beispielsweise Calkins und Casella (2007) in ihrer Kostenschätzung zu dem Schluss, dass die für Einzelzimmer erforderlichen Mehrkosten bei der baulichen Investition in der Regel nach zwei Jahren der Vollbelegung amortisiert sind, aber schon nach wenigen Monaten, wenn ein Doppelbettzimmer un- oder unterbelegt bleibt.

Der mutmaßliche ökonomische Vorteil des Doppelzimmers bei den Investitions-, Konstruktions- und Betriebskosten verringert sich deutlich oder wendet sich sogar zu einem Nachteil, wenn die Kosten einberechnet werden, die durch Fehler in der Verabreichung von Medikamenten, durch erhöhte Infektionsrisiken, durch Schlafstörungen, psychische Belastung und häufigere Umzüge innerhalb des Heimes entstehen. Eine systematische Studie, die solche Sekundärkosten der Doppelbettunterbringung systematisch in die Kalkulation der Betriebskosten einberechnet liegt nach dem gegenwärtigen Forschungsstand nicht vor.

## 4

### **Eigene Feldstudie zu den Vor- und Nachteilen von Einzel- und Doppelzimmern**

#### **4.1 Einleitung: Begründung und Fragestellung**

Die Analyse der einschlägigen Forschungsliteratur ergibt vier offene Fragen, die mit einer eigenen Feldstudie beantwortet werden sollten. Ausgangspunkt ist dabei die Tatsache, dass weder für Bayern noch für Deutschland aktuelle und verlässliche Studien zu den Vor- und Nachteilen von Einzel- und Doppelzimmern in Alten- und Pflegeheimen vorliegen. Daraus folgt für die eigene Studie zunächst einmal die Notwendigkeit zu klären, inwieweit sich die Befundlage des internationalen und zumeist US-amerikanischen Forschungsstands auch auf die Situation in bayerischen Alten- und Pflegeheimen verallgemeinern bzw. übertragen lässt. Besonderheiten sind dabei insbesondere die Tatsache der gültigen und im deutschen Kontext bislang wirksamen gesetzlichen Regelungen (vgl. Kap. 2), die jeweils überwacht und kontrolliert werden. Eine Folge könnte sein, dass beispielsweise im Hinblick auf Hygiene, Infektions- und Medikationsrisiken geringere Unterschiede zwischen Einzel- und Doppelzimmern in Bayerischen Heimen bestehen könnten.

Eine weitere offene Frage ist, ob und inwieweit die Sichtweisen und Bewertungen von Bewohnern, deren Angehörigen, Pflegepersonal und Heimleiter auf die Vor- und Nachteile von Einzel- bzw. Doppelzimmern tatsächlich auch im konkreten Fall konvergieren oder aber abweichen. Nach der bisherigen Befundlage liegen zumeist nur Befunde unterschiedlichen Quellen vor, so dass die jeweiligen Befunde sich nicht auf gleiche Heim- und Pflegekontexte beziehen. In diesem Zusammenhang erscheint es auch wichtig zu klären, ob die subjektiven Sichtweisen und Bewertungen der jeweiligen Akteure auch mit objektiven Beobachtungen innerhalb des Heimkontextes übereinstimmen.

Eine dritte offene Frage, die durch die bekannte Forschungsliteratur als nicht geklärt gelten muss, ist schließlich, in welcher Weise die verschiedenen Kriterien für die Bewertung der Vor- und Nachteilen von Einzel- und Doppelzimmern innerhalb identischer Kontexte zu gleichen oder widersprüchlichen Ergebnissen führen. Entsprechend der Befundlage wurden hier drei Bündel von Kriterien unterschieden: 1. Psychosozial-subjektive Kriterien, 2. medizinisch-gesundheitliche Kriterien und 3. organisatorisch-ökonomische Kriterien. Eine solche Konvergenz würde schließlich auch Rückschlüsse darüber zulassen, in-



wieweit eine Veränderung des Anteils von Einzelzimmern in bayerischen Alten- und Pflegeheimen in der Zukunft generell erforderlich, notwendig oder zwingend erscheint.

Eine vierte offene Frage betrifft die notwendige Überwachung der genannten drei Beurteilungskriterien in der alltäglichen Versorgung von Einzel- und Doppelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen, wobei insbesondere die jeweiligen Risiken und Nachteile der Zimmerunterbringung berücksichtigt werden müssten, auch im Hinblick auf deren Wirkung auf die Qualitätsstandards des jeweiligen konkreten räumlichen Lebenskontexts der Heimbewohner. Die Umsetzung einer solchen Fragestellung würde eine wissenschaftliche Langzeitstudie erfordern, welche die spezifischen Kriterien und Handlungsstrategien von Heimbewohnern und –bewohnerinnen, deren Angehörigen und des Personals im zeitlichen Verlauf betrachtet. Eine solche Prozessanalyse würde beispielsweise auch erlauben, spezifische Verlaufsrisiken der Betreuung, Versorgung und Pflege in Einzel- und Doppelzimmern zu identifizieren und Strategien zu deren wirksamen Verminderung zu entwickeln.

Die vorliegende Feldstudie verspricht im Hinblick auf drei der genannten Fragen empirisch verlässliche Antworten und weist darüber hinaus auch den Weg für eine mögliche weiterführende Langzeitstudie. Die eigene Feldstudie hat sich dabei aus logistischen und personellen Gründen zunächst auf eine Analyse der Situation in Nordbayern konzentriert, wobei nach dem aktuellen Wissensstand nicht davon auszugehen ist, dass substantielle Unterschiede zu anderen Regionen Bayerns bestehen.

#### **4.2. Methodisches Vorgehen und Stichproben**

Für die Studie wurde eine Stichprobe von zwölf exemplarisch ausgesuchten Alten- und Pflegeeinrichtungen im nord-bayerischen Raum festgelegt. Um die Heterogenität der Stichprobe zu gewährleisten, wurden für die Auswahl der Heime vier theoretische Kriterien definiert: a) Verteilung der Wohnformen „Einzel-, Doppelzimmer“, b) Region, c) Träger und d) Vorhandensein einer Demenzstation. In Hinblick auf die spezifische Fragestellung der Studie sollten zum Vergleich als Stichprobe Einrichtungen mit überwiegend Einzelzimmern, Doppelzimmern, und mit den beiden Wohnformen rekrutiert werden. Es sollte sich dabei um Heime aus städtischen und ländlichen Regionen und unterschiedlicher Trägerschaft (kirchliche und andere Träger der freien Wohlfahrtspflege, öffentliche und private Träger) handeln. Um die Besonderheiten der demenzkranken Klientel zu berücksichtigen,

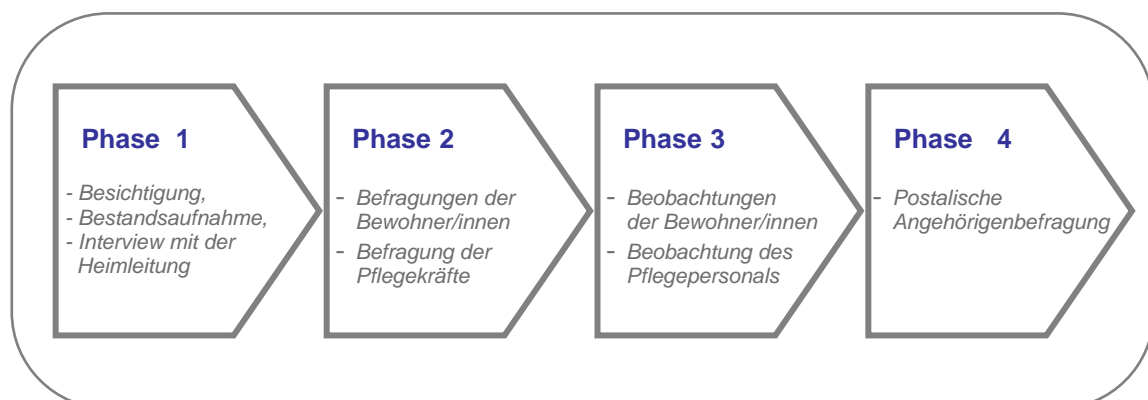
sichtigen sollten auch Einrichtungen mit Demenzstationen mit in die Stichprobe aufgenommen werden.

In jeder dieser Einrichtung wurden Daten auf Bewohner-, Angehörigen-, Pflegekräfte- und Leitungsebene erhoben. Die Heimbewohner und –bewohnerinnen als direkt betroffener Personenkreis standen im Mittelpunkt der Betrachtung. Die Datenerhebung in den Einrichtungen beruhte auf folgenden methodischen Verfahren und Informationsquellen:

- Befragung der Heimleitung
- Interviews mit Pflegekräften
- Interviews mit Bewohnern und Bewohnerinnen
- Befragung der Angehörigen
- Beobachtung der Pflegekräfte
- Beobachtung der Bewohner und Bewohnerinnen

Die Erhebung in den zwölf Heimen erfolgte in vier Phasen. Die Abbildung 4.2.1 stellt den Ablauf der Untersuchung schematisch dar. Die Erhebungen beruhten auf drei Erhebungstagen in den jeweiligen Einrichtungen sowie auf einer postalischen Befragung der Angehörigen. In einem ersten Schritt erfolgte die Besichtigung und Bestandsaufnahme im jeweils untersuchten Heim, bei der auch die Befragung der Heimleitung stattfand. Im zweiten Schritt an einem anderen Tag wurden die Befragungen und Interviews der Heimbewohner und -bewohnerinnen sowie des Pflegepersonals durchgeführt. Erst an einem dritten Tag wurden in der dritten Erhebungsphase die Beobachtung des Bewohnerverhaltens und des Zeitbudgets der Pflegekräfte durchgeführt. In der vierten Erhebungsphase wurden die Fragebögen an die Angehörigen versendet.

Abb. 4.2.1 Schema des Ablaufs der Feldstudie



#### 4.2.1 Instrumente und Verfahren

Alle eingesetzten Frage- und Beobachtungsbögen sowie Checklisten für die Interviews sind im Anhang (7.2) zu diesem Bericht dokumentiert. Aus Platzgründen werden hier nur die wesentlichen Inhalte der einzelnen Fragebögen übersichtsartig dargestellt.

Die *Befragung der Bewohner* erfolgte mündlich, in Form von offenen und geschlossenen Fragen. Der Leitfaden-Fragebogen zielte auf die Erfassung der aktuellen Wohn- und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit der Heimbewohner in Abhängigkeit von der jeweiligen Wohnform, im Falle der Doppelzimmerbewohner auch auf die Mitbewohnerzufriedenheit.

Die *Befragung der Angehörigen* wurde schriftlich und in postalischer Form durchgeführt. Der Fragebogen beinhaltet sowohl strukturierte als auch offene Fragen. Erhoben werden die familiäre Beziehung des Angehörigen zum Bewohner, soziodemographische Daten der Bewohner sowie die Einschätzung deren Wohn- und Lebensqualität durch die Angehörigen. Von Bedeutung war auch die Häufigkeit Qualität der Besuche in Abhängigkeit der jeweiligen Wohnform.

Die *Befragung des Pflegepersonals* erfolgte in mündlicher Form. Der Interview-Leitfaden beinhaltet neben den einführenden Fragen zur Person offene und strukturierte Fragen, mit denen die Meinung der Pflegekräfte zur Vorteilen und Nachteilen von Einzel- und Doppelzimmern erfragt werden. Der strukturierte Teil beinhaltet sowohl Fragen zu bewohnerorientierten Sachverhalten als auch Fragen zu den Unterschieden von bestimmten Arbeitsabläufen in den jeweiligen Wohnformen. Der Interview-Leitfaden beinhaltet drei Fragemodelle, die je nach Erfahrung der Pflegekräfte mit der jeweiligen Wohnform gestellt wurden.

Die *Heimleiter* wurden zum einen mündlich interviewt und erhielten zum anderen einen schriftlichen Fragebogen. Der schriftliche Teil beinhaltete schwerpunktmäßig Fragen zur wohnformspezifischen Einrichtungsorganisation und deren Kosten. Aufgrund der detaillierten und umfangreichen Fragestellung wurden die Fragebögen im Vorfeld des ersten Besuches an die Heimleiter verschickt. Im Rahmen der mündlichen Befragung wurde die subjektive Meinung der Heimleitung zur Vorteilen und Nachteilen von Einzel- und Doppelzimmer in Hinblick auf die Bewohner, Angehörige, Pflegekräfte und Wirtschaftlichkeit der Einrichtung erfragt.

Als *Hilfsinstrumente* für die Befragungsverfahren wurden eigens entwickelte Checklisten eingesetzt: jeweils eine auf der Heim- und Stationsebene und zwei auf der Bewohnerebene. Mit Hilfe der Checklisten konnten Informationen

aus eigener Beobachtung festgehalten und Grundinformationen zu den Bewohnern aus der Pflegedokumentation eingetragen werden.

Um den kognitiven Status der Bewohner zu erfassen und eine Unterscheidung zwischen gesunden und demenziell erkrankten Patienten vornehmen zu können, wurde ein standardisiertes Screening-Verfahren, der Mini-Mental-Status-Test (MMST) nach Folstein et al. (1975) eingesetzt.

In jeder untersuchten Einrichtung wurden zwei Arten der Beobachtung durchgeführt: eine Beobachtung der Pflegekräfte und eine Beobachtung der Bewohner. Die Pflegekräfte wurden zu den Stoßzeiten des stationären Alltags beobachtet: morgens während der Morgentoilette und mittags bzw. am frühen Nachmittag in der Zeit vor bzw. nach der Mittagsruhe. Eine Beobachtungseinheit dauerte jeweils eine Stunde. Eine Übersicht der durchgeführten Beobachtungen befindet sich im Anhang 7.4. Zielperson der Beobachtung war jeweils eine Pflegekraft, deren Arbeitsabläufe in örtlichen und zeitlichen Abfolgen gemessen und protokolliert wurden. Dadurch sollte die Dauer des Aufenthaltes der Pflegekräfte in den Bewohnerzimmern und die dort stattfindenden pflegerischen, psychosozialen (Unterhaltung mit den Bewohnern) und hauswirtschaftlichen (z.B. Aufräumen) Tätigkeiten erfasst werden. Ziel dieser Vorgehensweise ist es, die zeitlichen und inhaltlichen Unterschiede in den Aktivitäten der Pflegekräfte in Abhängigkeit von der Wohnform zu erfassen.

Die Beobachtung der Bewohner wurde auf einer ausgewählten Station in jeder Einrichtung, jeweils zweimal am Tag durchgeführt. Die Bewohner wurden sowohl in ihren Zimmern als auch in den Gemeinschaftsräumen beobachtet. Ziel dieser Beobachtung war die Erfassung der Aufenthaltsorte und des Verhaltens der Bewohner. (in den Kategorien passiv bzw. aktiv) in Abhängigkeit der Wohnform. Für die Beobachtung wurden zwei verschiedene Beobachtungsbogen erstellt. Einer für die Beobachtung der Pflegekräfte, der zweite für die Beobachtung der Bewohner. Beim ersten Bogen handelt es sich um eine kurze Kodierung von Zeit, Ort und Tätigkeiten der Pflegekräfte sowie des Anlasses für diese Tätigkeiten. Auf dem zweiten Bogen wurden Kontakte der Bewohnerinnen, Körperposition und Aktivitäten kodiert (vgl. Anhang 7-2).

#### *4.2.2 Heime und Stationen*

Von 16 kontaktierten Einrichtungen konnten 12 (75%) unmittelbar für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Zwei Einrichtungen haben die Teilnahme an der Studie verweigert, eine Zusammenarbeit musste aus Termingrün-

den abgebrochen werden. Eine Einrichtung wurde als Probeheim rekrutiert. Acht der 12 untersuchten Einrichtungen sind aus städtischem und vier aus ländlichem Gebiet. Sechs Heime haben private und sechs einer anderen Form der Trägerschaft. Alle zwölf Heime verfügen über Einzel- und Doppelzimmer, jedoch in sehr unterschiedlicher Gewichtung. Drei Heime verfügen über eine Demenz- bzw. beschützende Station. Eine detaillierte Beschreibung aller 12 untersuchten Einrichtungen findet sich im Anhang 7.3.

Die Tabelle 4.2.1 gibt einen Überblick über Baujahr, Größe, Anteil von Einzel- und Doppelzimmern, Betten- und Bewohnerzahl getrennt nach Pflegestufen.

Tabelle 4.2.1. Überblick über die Merkmale der 12 untersuchten Heime.

ID	Baujahr	Zimmer	EZ	DZ	Betten gesamt (belegt)	Männer	Frauen	Pflegestufen				Härte- fälle
								0	1	2	3	
1	1968	88	55	33	120 (118)	22	96	3	26	57	31	1
2	1939	131	71	60	191 (174)	56	118	44	55	50	24	1
3	1999	62	50	12	74 (74)	13	61	1	15	37	21	0
4*	2006	64	48	16	95 (95)	20	67	2	39	37	11	0
5	1945	148	91	57	91 (91)	17	74	2	22	32	35	0
6	1999	60	29	31	91 (91)	28	63	4	22	31	34	0
7	1972	76	65	11	91 (88)	16	72	14	46	23	5	0
8	2001	64	28	36	100 (97)	24	73	10	30	38	18	1
9	1978	92	74	18	110 (110)	14	96	31	27	24	28	0
10	1998	82	58	24	106 (83)	19	64	9	17	30	25	2
11	1984	79	11	68	147 (124)	55	69	31	25	30	38	0
12	2001	66	56	10	76 (76)	17	59	0	26	29	21	0

Anm: \*Die Angaben der Heimleitung zu den Bewohnerzahlen waren teilweise widersprüchlich

In allen zwölf Einrichtungen wurden einzelne Stationen für die Durchführung der Feldstudie ausgewählt. Die Mehrheit der Stationen hatte sowohl Einzel- als auch Doppelzimmer. In den Heimen 1, 4 und 11 wurden für die Befragung und die Beobachtungen beschützende Stationen ausgewählt. Die Tabelle 4.2.2 fasst die Merkmale der untersuchten Stationen nach Bewohnerzahl und Zimmerzahl sowie nach Aufteilung in Einzel- und Doppelzimmer zusammen.

Tabelle 4.2.2. Merkmale der untersuchten Stationen

Stationsnummer	Bewohnerzahl	Zimmerzahl insgesamt	EZ	DZ
101	31	22	13	9
201	50	33	12	21
301	23	21	17	4
401	12	10	8	2
501	11	10	9	1
601	30	20	10	10
703	41	35	25	10
802	31	22	8	14
906	25	22	16	7
1002	37	34	21	9
1101	43	25	1	24
1201	24	24	23	1

Anm.: Die ersten 2 Ziffern der Stationsnummer sind identisch mit der Nummer des Heimes (Tab 4.2.1).

Anhand der Tabelle 4.2.2 sind Unterschiede in der Belegung auf einzelnen Stationen zu erkennen:

- Volle Belegung auf den Stationen in den Heimen 1, 4, 6 und 12
- 1 freies Bett in Heim 5
- 2 freie Betten in den Heimen 2, 3 und 10
- 4 freie Betten in Heim 7
- 5 freie Betten in den Heimen 8 und 9
- 6 freie Betten in Heim 11.

Die größte Station ist die Station Nr. 201 in Heim 2. Dort wohnten 50 Personen. Die kleinste Station ist die beschützende Station 401 in der Einrichtung 4.

#### 4.2.3 Bewohner, Angehörige und Personal

In den zwölf teilnehmenden Einrichtungen konnten folgende Stichproben rekrutiert werden:

- Befragte Bewohner und Bewohnerinnen 120
- Beobachtete Bewohner und Bewohnerinnen 358
- Angehörige 270

- Pflegekräfte 39
- Heimleiter bzw. Pflegedienstleitung 12

### *Heimbewohner und -bewohnerinnen*

Die 120 befragten Bewohner und Bewohnerinnen stellen eine sehr heterogene Stichprobe dar. Es handelt sich hierbei um 27 (22.5%) Männer und 93 (77.5%) Frauen. Die überwiegende Mehrheit (N = 84) gehört der Altersgruppe 80+ an (70.0%) Die meisten von ihnen sind in ihrer Mobilität eingeschränkt (78.6%) und bei 62.5% liegt eine demenzielle Erkrankung vor. Ein Überblick zu den Bewohnerdaten ist in Tabelle 4.2.3 zusammengestellt.

Tabelle 4.2.3. Personenmerkmale der befragten Heimbewohner und -bewohnerinnen

Merkmal	N	%
Geschlecht (N=120)		
männlich	27	22.5
weiblich	93	77.5
Alter (N=120)		
- bis 69 Jahre	12	10.0
- 70 bis 79 Jahre	24	20.0
- 80 bis 89 Jahre	63	52.5
- 90 Jahre und älter	21	17.5
Pflegestufe (N=114)		
0	7	6.1
1	67	58.8
2	36	49.3
3	4	3.5
Demenz (N=120)		
- ja	75	62.5
- nein	45	37.5
Mobilität (N=117)		
- nicht eingeschränkt	24	20.5
- eingeschränkt	92	78.6
Bettlägerigkeit	1	0.9

Die Zahl der beobachteten Bewohner und Bewohnerinnen betrug insgesamt 358. Davon bewohnten 166 (46.4%) ein Einzelzimmer und 192 (53.6%) lebten in einem Doppelzimmer.

### *Angehörige der Heimbewohner und -bewohnerinnen*

Bei den 270 Angehörigen, die an der postalischen Befragung teilnahmen, handelt es sich in der Mehrheit um engste Familienmitglieder (Kinder, Ehepartner, Schwiegertochter bzw. -sohn, Geschwister oder Enkelkinder) sowie in einigen Fällen um nicht verwandte Bezugspersonen. Die Tabelle 4.2.4 gibt einen Überblick über die Beziehungsformen zu den jeweiligen Heimbewohnern.

Tabelle 4.2.4. Verteilung der befragten Angehörigen nach Beziehung zum Bewohner

Angehörige	N	%
Tochter / Sohn	160	59.3
Ehepartner	22	8.1
Schwiegertochter / -sohn	18	6.7
Schwester / Bruder	12	4.4
Enkel	5	1.9
Sonstige Personen	52	19.3
k.A.	1	0.4

### *Pflegekräfte*

In den untersuchten 12 Einrichtungen konnten insgesamt 39 Pflegekräfte befragt werden. Bis auf wenige Ausnahmen nahmen 3-4 Pflegekräfte je Heim an der Studie teil. In Heim Nr. 8 konnte nur eine Pflegekraft für die Befragung gewonnen werden und in Heim Nr. 5 nahmen fünf Pflegekräfte teil.

Die überwiegende Mehrheit der befragten Pflegekräfte hatte eine abgeschlossene Ausbildung als Alten- oder Krankenpflegerin (87%). Drei Befragte waren als Pflegehelfer (7.7%) ausgebildet, eine Person (2.6%) hatte eine Ausbildung als „Heilerziehungspfleger“ und eine Pflegekraft (2.6%) hatte ihre Ausbildung abgebrochen. Die beteiligten Pflegekräfte arbeiteten im Durchschnitt seit 2 Jahren auf ihrer aktuellen Station und waren zwischen 1 und 41 Jahren in ihrem jetzigen Beruf tätig (Median: 6 Jahre). 17 Pflegekräfte (43.6%) arbeiten überwiegend im Tagesdienst, 22 Personen (56.4%) in Wechselschicht. Alle befragten Pflegekräfte hatten sowohl Erfahrung in der Pflege von Bewohnern in Einzel-



zimmern, als auch von Bewohnern, die in Doppelzimmern leben. Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte benoteten die Zufriedenheit mit ihrer Arbeit mit „gut“ (48.7%) oder „sehr gut“ (5.1%), 15 Personen (38.5%) beurteilten ihre Arbeit als „befriedigend“ und lediglich 3 Pflegekräfte vergaben die Note ausreichend oder mangelhaft (7.7%).

### *Heimleitung*

Der Heimleiterfragebogen wurde in 9 Fällen von Heimleitern bzw. Heimleiterinnen und in 3 Fällen von Pflegedienstleitern bzw. -leiterinnen ausgefüllt.

## **4.3 Ergebnisse der Feldstudie**

### **4.3.1 Die Situation der Bewohner in Einzel- und Doppelzimmern**

Die Darstellung der Ergebnisse zu den Bewohnern und Bewohnerinnen zielt auf einen Vergleich der Lebens- und Wohnqualität in Einzel- und Doppelzimmern. Zu dieser Fragestellung wurden Informationen aus vier Quellen erhoben:

- Interview mit Heimbewohner/innen: Die Selbstberichte der Heimbewohner/innen erlauben Aussagen zur ihrer Zufriedenheit und Lebensqualität. Die Befragungen der Bewohner/innen fanden überwiegend in ihren Zimmern statt.
- Einsicht in der Pflegedokumentation der jeweiligen Station: Die Pflegedokumentation ist eine Quelle der objektiven, über längere Zeit hinweg festgehaltenen, Informationen zu den befragten Bewohner/innen.
- Beobachtung in den Zimmer von jedem Befragten: Die in der Beobachtung des Zimmers festgehaltenen Eindrücke konnten den subjektiven Meinungen der Befragten gegenüber gestellt werden.
- Beobachtung der Bewohner: Diese ermöglicht in Ergänzung zu den subjektiven Aussagen der Heimbewohner/innen einen Einblick in die tatsächliche Zimmernutzung tagsüber zu erhalten. Dabei waren folgende Fragen relevant:
  - Ist der Bewohner allein, oder in Kontakt mit anderen Personen (z.B. Mitbewohner, Pflegepersonal, Besuch)?
  - Was übt der Bewohner gerade an Tätigkeiten aus?

Die über diese Quellen erhaltenen Informationen sollten eine möglichst genaue Beschreibung der Bewohnersituation in den Einzel- und Doppelzimmern ermöglichen. Tabelle 4.3.1 gibt einen vergleichenden Überblick der Personenmerkmale von Bewohnern und Bewohnerinnen in Einzel- und Doppelzimmern.

Tabelle 4.3.1. Vergleich der der Bewohner und Bewohnerinnen in Einzel- und Doppelzimmern

Merkmal	EZ		DZ		p
	N	%	N	%	
Geschlecht (N=120)					
- männlich	13	19,1	14	22,5	n.s. <sup>1</sup>
- weiblich	55	80,9	38	77,5	
Alter (N=120)					
- bis 69 Jahre	4	5,9	8	15,4	n.s. <sup>2</sup>
- 70 bis 79	10	14,7	14	26,9	
- 80 bis 89	42	61,8	21	40,4	
- 90 Jahre und älter	12	17,6	9	17,3	
Pflegestufe (N=114)					
- 0 und 1	47	69,1	21	63,5	n.s. <sup>3</sup>
- 2 und 3	33	30,9	19	36,5	
Demenz (N=120)					
- ja	38	55,9	37	71,2	n.s. <sup>4</sup>
- nein	30	44,1	15	28,8	
Mobilität (N=117)					
- nicht eingeschränkt	10	15,2	14	27,5	n.s. <sup>5</sup>
- eingeschränkt	56	84,8	37	72,5	

Anm.: <sup>1</sup>Chi<sup>2</sup> = 1.0, df = 1 <sup>2</sup>Chi<sup>2</sup> = 7.5, df = 3, <sup>3</sup>Chi<sup>2</sup> = 0.5, df = 1, <sup>4</sup>Chi<sup>2</sup> = 3.0, df = 1, <sup>5</sup> Chi<sup>2</sup> = 2.7, df = 1.

Alle Bewohnerinnen und Bewohner wurden des Weiteren nach ihrer Zufriedenheit mit ihrer Wohnsituation, ihrem Zimmer im Allgemeinen, ihrer Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit und ihrer Schlafqualität gefragt. Die Urteile sollten dabei mit einer sechsstufigen Notenskala (von 1 = „sehr gut“ bis 6 = „un- genügend“) abgegeben werden. Die Verteilung der Bewertungen fasst die Tabelle 4.3.2 zusammen.

Tabelle 4.3.2. Zufriedenheit der Bewohner und Bewohnerinnen mit ihren Zimmern

	EZ		DZ		p
	N	%	N	%	
Zufriedenheit mit dem Zimmer (N = 109)					
Sehr gut	23	35.4	9	20.5	n.s. <sup>1</sup>
Gut	26	40.0	25	56.8	
Befriedigend – mangelhaft	16	24.6	10	22.7	
Sicherheit und Geborgenheit (N = 89)					
Sehr gut	26	45.6	12	37.5	n.s. <sup>2</sup>
Gut	24	42.1	16	50.0	
Befriedigend	5	8.8	3	9.4	
Ausreichend	1	1.8	1	3.1	
Mangelhaft	1	1.8	0	0	
Zufriedenheit mit Schlaf (N = 102)					
Sehr gut	16	27.1	9	20.9	n.s. <sup>3</sup>
Gut	21	35.6	20	46.5	
Befriedigend	13	22.0	6	14.0	
Ausreichend	4	6.8	4	9.3	
Mangelhaft	5	8.5	4	9.3	

Anm.: keine signifikanten Unterschiede, <sup>1</sup> Chi<sup>2</sup> = 3.7; df = 2; <sup>2</sup> Chi<sup>2</sup> = 1.3; df = 4; <sup>3</sup> Chi<sup>2</sup> = 2.2, df = 4.

Mehr als die Hälfte der Bewohner bewerteten ihre Zimmer, Sicherheit, Geborgenheit und ihren Schlaf mit der Note gut oder sehr gut. Nicht alle Befragten kamen gleichermaßen gut mit der Schulnotenskala zu Recht. Bei einigen Heimbewohnern und -bewohnerinnen bestanden aufgrund der kognitiven Leistungseinschränkung bei diesen Fragen beträchtliche Verständnisprobleme. Solche Fälle wurden daher aus der Analyse ausgeklammert. In den dargestellten Notenauswertungen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bewohnern und Bewohnerinnen aus Einzel- und Doppelzimmern. Die schlechteste Note „ungenügend“ wurde überhaupt nicht vergeben.

Die meisten Heimbewohner und -bewohnerinnen fühlen sich in ihrem Zimmern im Durchschnitt sicher und geborgen, aber nur wenige können ihre Zimmern abschließen, so äußert eine Heimbewohnerin dazu „weil die Schwestern (...) es nicht gerne“ haben. Trotz der insgesamt guten Bewertung ihrer Schlafqua-

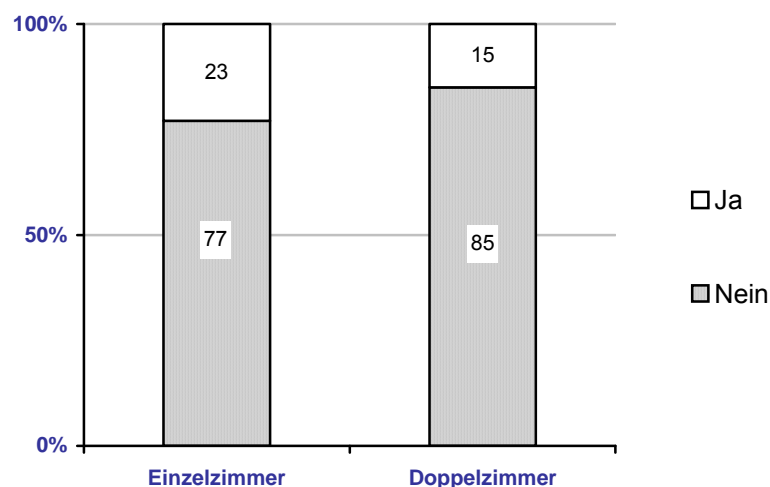
lität in Einzel- wie in Doppelzimmern nannten dennoch 48 der befragten Heimbewohner und -bewohnerinnen (25 aus den Einzelzimmern und 23 aus den Doppelzimmern) auch Gründe für ihre Schlafstörungen. Bewohner und Bewohnerinnen in Einzelzimmer nannten als Gründe für ihre Schlafstörung die eigene Erkrankung, Unruhe und/oder Schmerzen (44%), die Schlafsituation im Zimmer (20%, z.B. „die Leute nebenan“, „die drückende Matratze“, „wenn jemand nachschaut“) sowie alte Gewohnheiten (36%).

Die Bewohner und Bewohnerinnen von Doppelzimmern nannten dagegen andere Gründe für gestörten Schlaf. An erster Stelle wurde der Mitbewohner bzw. die Mitbewohnerin genannt oder die Tatsache, dass nachts eine Pflegekraft das Zimmer betritt, um nach dem Mitbewohner bzw. der Mitbewohnerin zu sehen (43%). Weitere Gründe für Schlafstörungen waren eigene Erkrankungen (22%), die Umstellung auf die neue Wohnsituation, Durchschlafstörungen bzw. nicht einschlafen können (35%).

#### *Persönliche Ausstattung und erlebte Wahlfreiheit*

Auf die Frage, ob sie sich das eigene Zimmer selbst ausgesucht haben, antwortete die Mehrheit der Heimbewohnerinnen mit „Nein“ (81%). Immerhin gaben aber 21 Personen (19%) an, ganz bewusst und selbst entschieden zu haben, im welchem Zimmer sie wohnen wollten. Bemerkenswerterweise gab es hierbei keinen Unterschied zwischen Bewohnern und Bewohnerinnen von Einzel- und von Doppelzimmern (siehe Abb. 4.3.1).

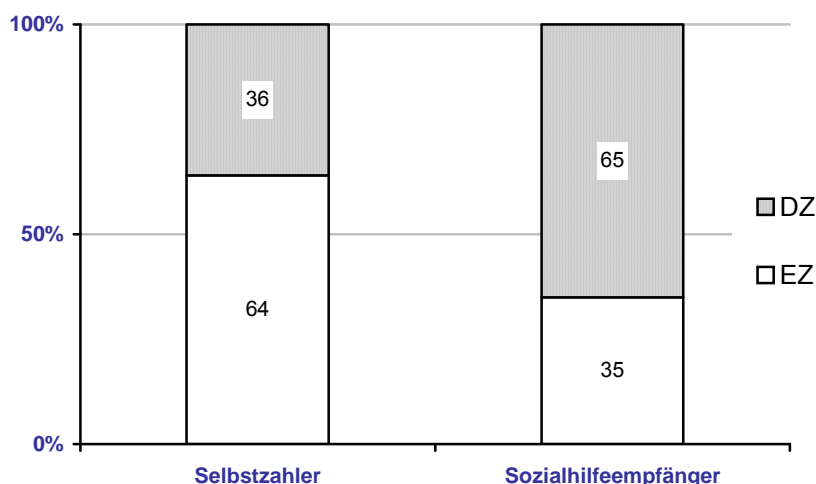
Abb.4.3.1. Haben Sie Ihr jetziges Zimmer selbst ausgewählt? ( $\chi^2 = 1,3$ ;  $df = 1$  ; n.s.)



Angesichts des hohen Anteils an Demenzkranken unter den befragten Teilnehmer ist allerdings einschränkend festzuhalten, dass die Verlässlichkeit solcher Angaben nur sehr begrenzt ist.

Dafür spricht ein anderer Befund, der nahe legt, dass die Entscheidungsfreiheit der Bewohner und Bewohnerinnen vermutlich doch stark durch ihre sozioökonomischen Bedingungen eingeschränkt ist. Die Abbildung 4.3.2 zeigt den Vergleich des Anteils von Sozialhilfeempfängern und Selbstzahlern in Einzel- und Doppelzimmern. Hier bestand ein deutlicher und hoch signifikanter Effekt.

Abb.4.3.2. Sozialer Status der Heimbewohner und -bewohnerinnen  
(Chi<sup>2</sup>= 7,4; df = 1; p< .01; N=117)



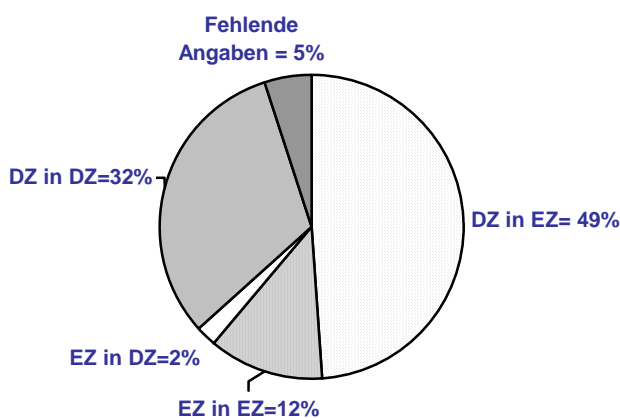
Rund zwei Drittel der Sozialhilfeempfänger und –empfängerinnen (65%) wohnte in Doppelzimmern und lediglich ein Drittel (35%) in Einzelzimmern. Auf der anderen Seite wohnt die Mehrheit der Selbstzahler in Einzelzimmern. In unserer Befragung drückten einige der selbstzahlenden Einzelzimmerbewohnerinnen ihre Sorgen darüber aus, dass ihre finanziellen Möglichkeiten begrenzt seien und sie bald selbst auch auf die Inanspruchnahme der Sozialhilfe angewiesen sein könnten. Dabei galt ihre Sorge vor allem der Furcht, in diesem Fall ihr Einzelzimmer aufgeben zu müssen. Diese Bewohnerinnen lebten in der Annahme, dass eine Unterbringung im Einzelzimmer von der Sozialhilfe nicht finanziert wird (vgl. hierzu Kap. 2).

Im Laufe der im Heim verbrachten Jahre kann es sich als zweckmäßig erweisen, die eingangs gewählte Wohnform zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern. Das Zimmer, in das man am Anfang einzieht, muss nicht über Jahre hin-

weg der einzige Wohnort der Person bleiben. Einrichtungsinterne Umzüge gehören daher in vielen Alten- und Pflegeheimen zum Alltag. Solche Umzüge bedeuten aber für alle Beteiligten wie auch das Heim hohe Kosten und werden daher nach Möglichkeit minimiert.

In der vorliegenden Studie wurde nicht nur die Häufigkeit der Umzüge je Heim ermittelt, sondern auch die Art und Gründe des Umzugs. Die Auswertung der verfügbaren Pflegedokumentationen zeigt, dass in unserer Stichprobe insgesamt 41 Umzüge während des vergangenen Jahres stattgefunden haben. Die Verteilung der Umzüge zwischen den verschiedenen Wohnformen zeigt die Abbildung 4.3.3.

Abb.4.3.3. Einrichtungsinterne Umzüge (N=41 bei 117 auswertbaren Pflegedokumentationen)



Aus der Abbildung 4.3.3 geht hervor, dass bei rund der Hälfte aller Umzüge der Bewohner bzw. die Bewohnerin aus einem Doppelzimmer in ein Einzelzimmer bezog. In vielen Einrichtungen erhalten die Bewohner und Bewohnerinnen zu Anfang des Heimaufenthaltes ein Doppelzimmer und können dann erst im Laufe der Zeit ins Einzelzimmer ziehen. In wenigen Fällen führen auch Konflikte zwischen den Mitbewohnern bzw. -bewohnerinnen in Doppelzimmern zum Umzug in ein Einzelzimmer. Es war daher von Interesse, welche Präferenzen die Bewohner und Bewohnerinnen selbst äußern. Insgesamt 109 Bewohner und Bewohnerinnen gaben Auskunft zu ihren Veränderungswünschen. Rund zwei Drittel (64%) der Bewohner und Bewohnerinnen von Einzelzimmern hatten keinen Änderungswunsch, aber immerhin 30% würden gerne die Einrichtung ihres Zimmers (andere Möblierung oder architektonische Verbesserung, Verbesserung der Toi-

letten- bzw. Badebereichs) verändern. Lediglich 7% der Einzelzimmerbewohner und –bewohnerinnen würden gerne in ein anderes Zimmer wechseln.

Bei den Bewohnern und Bewohnerinnen von Doppelzimmern äußerten deutlich mehr als zwei Drittel der Befragten (72%) keinen Wunsch nach Veränderungen und nur etwa 28 % hatten Veränderungswünsche:

- 5 Personen (10%) wünschten sich Veränderungen hinsichtlich des Mitbewohners bzw. der Mitbewohnerin; entweder soll er/sie ausziehen, oder mindestens soll seine/ihre Möblierung eingeschränkt werden
- 5 Personen (10%) wünschten in ein Einzelzimmer zu ziehen
- 3 Personen (6%) gaben an, keine Entscheidungsfreiheit zu haben.

Schließlich war auch von Interesse, die räumliche Situation der Einzel- und Doppelzimmer zu vergleichen sowie die Frage zu klären, in welchem Umfang die Bewohnerinnen in ihren Zimmern persönliche Gegenstände, eigene Möbel und andere Einrichtungen zur Verfügungen hatten.

Von den 120 untersuchten Bewohnerinnen und Bewohner lebten 68 in einem Einzelzimmer und 52 in einem Doppelzimmer. Praktisch alle beobachteten Zimmer (95.8%) waren barrierefrei. In der Hälfte aller Zimmer (47.9%) verfügten die Bewohner über private Möbel und in der überwiegenden Mehrheit (81.5%) waren auch persönliche Gegenstände der Bewohner in den Zimmern. Knapp zwei Drittel (61.7%) der Zimmer strahlten eine private Wohnatmosphäre aus. Rund die Hälfte (46.2%) der Doppelzimmer waren in zwei getrennte Privatbereiche aufgeteilt. Keines der Bäder in den Doppelzimmern verfügte über eine solche Aufteilung. Tabelle 4.3.3 zeigt die Verteilung dieser Merkmale auf Einzel- und Doppelzimmer.

Tabelle 4.3.3. Private Möbel, persönliche Gegenstände und Wohnatmosphäre nach Wohnform

Merkmal	EZ (N=67)		DZ (N=52)		P
	N	%	N	%	
Private Möbel	47	70.1	10	19.2	p<.001 <sup>1</sup>
Persönliche Gegenstände	65	97.0	32	61.5	p<.001 <sup>2</sup>
Private Wohnatmosphäre	57	83.8*	17	32.7	p<.001 <sup>3</sup>

Anm.: <sup>1</sup>Chi<sup>2</sup>= 30, 41, df= 1, <sup>2</sup>Chi<sup>2</sup>= 24, 45, df= 1, <sup>3</sup>Chi<sup>2</sup>= 32, 58, df= 1, \* N=68

Tabelle 4.3.3 ist zu entnehmen, dass ein signifikanter Unterschied zwischen Einzel- und Doppelzimmer hinsichtlich der Merkmale „private Möbel“,



„persönlichen Gegenstände“, und „private Wohnatmosphäre“ besteht. Einzelzimmer waren häufiger als Doppelzimmer mit privaten Möbeln und persönlichen Gegenständen ausgestattet und strahlten häufiger eine private Wohnatmosphäre aus. Die Mehrzahl der Zimmer und Badezimmer schienen aufgeräumt. Nur jeweils 7% der Zimmer und Badezimmer waren erkennbar unordentlich. Gut ein Drittel aller Zimmer (35%) verfügte über einen Balkon, wobei die Balkone überwiegend zu Einzelzimmern gehörten (70%). Die Größe der Zimmer (N=109) variierte zwischen 12 und 47 qm. Im Durchschnitt betrug sie bei den Einzelzimmern ca. 20 qm, bei den Doppelzimmern ca. 21 qm. Somit waren Einzelzimmer durchschnittlich fast genauso groß wie die Doppelzimmer; d.h. Bewohner und Bewohnerinnen von Einzelzimmern verfügen im Durchschnitt über doppelt soviel Wohnfläche. Die Häufigkeit der einzelnen Zimmergrößen verteilt sich wie folgt auf die beiden Wohnformen.

Tabelle 4.3.4. Zimmergrößen in qm

Zimmergröße	EZ (N=60)		DZ (N= 49)	
	N	%	N	%
12-17 qm	24	40.0	0	0
18-22 qm	24	40.0	37	75.5
22+ qm	12	20.0	12	24.5

#### *Medikation, Stürze und Erkrankungsrisiken*

In deutschen und internationalen Studien (vgl. Molter-Bock, 2004) wurde die Einnahme von psychoaktiv wirkenden Medikamenten in stationären Pflegeeinrichtungen mit Unterscheidung von Einzel- und Doppelzimmer thematisiert. Diesem Themenbereich kam auch in dieser Studie eine große Bedeutung zu. Im Zusammenhang mit der Wohnsituation konnte festgestellt werden, dass keine signifikanten Unterschiede in der Einnahme solcher Medikamente zwischen den Einzelzimmer- und Doppelzimmer bestehen. Die Medikation, kategorisiert in 5 psychoaktiv wirkende Medikamentengruppen und Schmerzmittel, gibt Tabelle 4.3.5 wieder.

Tabelle 4.3.5. Medikation nach Wohnformen

Medikament	EZ (N=67)		DZ (N=52)		p
	N	%	N	%	
Beruhigungsmittel	16	23.9	13	25.0	n.s. <sup>1</sup>
Schlafmittel	8	11.9	2	3.8	n.s. <sup>2</sup>
Neuroleptika	22	32.8	19	36.5	n.s. <sup>3</sup>
Antidepressiva	16	23.9	17	32.7	n.s. <sup>4</sup>
Antidementiva	8	11.9	5	9.6	n.s. <sup>5</sup>
Schmerzmittel	24	35.8	16	30.8	n.s. <sup>6</sup>

Anm.: <sup>1</sup>Chi<sup>2</sup>=0,0; <sup>2</sup>Chi<sup>2</sup>=2,5; <sup>3</sup>Chi<sup>2</sup>=0,2; <sup>4</sup>Chi<sup>2</sup>=1,1; <sup>5</sup>Chi<sup>2</sup>=0,2; <sup>6</sup>Chi<sup>2</sup>=0,3; df=1 für alle.

In Bezug auf Stürze und auf Fixierungen zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen Einzel- und Doppelzimmern (vgl. Tab. 4.3.6).

Tabelle 4.3.6. Stürzhäufigkeit und Fixierungen (N=112)

	EZ (N=63)		DZ (N=49)		Gesamt
	N	%	N	%	
Stürze <sup>1</sup>					
- Nie	31	49.2	26	53.1	57
- Selten	16	25.4	14	28.6	30
- Häufig	16	25.4	9	18.4	25
Fixierungen <sup>2</sup>					
- Nie	50	80.6	43	86.0	93
- Selten	3	4.8	3	6.0	6
- Häufig	9	14.5	4	8.0	13

Anm.: <sup>1</sup>Chi<sup>2</sup>=0,92; df = 2; n.s.; <sup>2</sup>Chi<sup>2</sup>=0,92; df = 2; n.s.

Diese Ergebnisse korrespondieren mit der Einschätzung der Pflegekräfte. Deren Erfahrung zufolge sind weder Stürze noch Fixierungen von der Wohnform abhängig, sondern eher vom individuellen Krankheitsbild der Bewohner und Bewohnerinnen.

### *Privatsphäre und Sozialkontakte im Zimmer*

Alle Lebenssituationen bilden eine Mischung aus „allein sein“ und „mit Anderen zusammen sein“. Beide Möglichkeiten sollten selbstverständlich auch Bewohnerinnen und Bewohnern eines Pflegeheims offen stehen. Im Rahmen der Studie wurde deshalb überprüft, inwieweit Einzel- und Doppelzimmer den Bewohnern erlauben, die eigene Intimsphäre zu wahren und soziale Kontakte zu pflegen.

Ein überwiegender Teil (80%) der Einzelzimmerbewohner und -bewohnerinnen betont, wie wichtig es für sie ist, sich die Intimsphäre im Heimalltag zu bewahren. Lediglich 10% der Bewohner und Bewohnerinnen ist die eigene Intimsphäre eher unwichtig. Hinsichtlich dieser Frage zeigt sich, dass die Befragten „Intimität“ mit unterschiedlichen Inhalten in Verbindung bringen. Einige Personen stufen „Intimität“ als unwichtig ein, weil sie diesen Begriff mit „Sexualität“ gleich setzen. Die Heimbewohner und -bewohnerinnen, denen die Intimsphäre wichtig war, verbinden diesen Begriff z.B. mit „sich zurückziehen und allein sein können“ oder „bei Körperpflege und Toilettengängen ungestört sein“. Unter den Doppelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen beschrieben nur 60% der Befragten die Intimsphäre als wichtig.

Im engen Zusammenhang mit „Intimität“ standen die Fragen nach körperlichen Nähe und Sexualität, sowie die Frage, ob die Bewohner und Bewohnerinnen im eigenen Zimmer diese Bedürfnisse ausleben können. Die Antworten von allen Befragten wurden in der Tabelle 4.3.7 zusammengestellt.

Tabelle 4.3.7. Aussagen zur körperlichen Nähe und Sexualität

	EZ (N=61)		DZ (N=31)	
	N	%	N	%
<b>Körperliche Nähe</b>				
- Wichtig	14	22.9	13	41.9
- Unwichtig	41	67.2	18	58.1
- Nicht möglich	6	9.8	0	0
<b>Sexualität</b>				
	EZ (N=68)		DZ (N=34)	
- Wichtig	9	13.2	5	14.7
- Unwichtig	46	67.6	26	76.5
- Möglich	5	7.4	2	5.9
- Nicht möglich	8	11.8	1	2.9

Aus diesem Vergleich der Aussagen von Bewohnern und Bewohnerinnen aus Einzel- und Doppelzimmern, wird sichtbar, dass für diese Personen körperliche Nähe und Sexualität nur selten eine wichtige Rolle spielen. Zwei Aussagen von Heimbewohnerinnen mögen dies illustrieren:

- *„Ich habe kein Interesse am Sex und all dem Schnick-Schnack. Seit dem ich ohne meinen Mann lebe, geht es mir viel besser“*
- *„Mit 84 Jahren brauche ich doch keinen Mann im Bett“.*

Bei den älteren Männern war z. T. mehr Interesse an der Sexualität bemerkbar. So beschrieb ein 91-jähriger Heimbewohner seine Situation folgendermaßen:

*„Wichtig, aber findet nicht statt. Eine Schwester hat sich mal für mich interessiert. Allein zu sein ist nicht schön. Im Sommer kann man Schwestern im Garten beobachten“.*

Ein anderer Bewohner gab an, dass

*„das Bedürfnis nach Sexualität hier nachgelassen hat bzw. ich habe es automatisch abgesetzt. Es gibt hier keine Atmosphäre für so was. Zu Hause könnte ich mir Sexualität noch vorstellen. Hier würde ich mich ständig beobachtet fühlen. Solche Sachen können nur zu Hause stattfinden“.*

Dieser Mann gehört zu den sieben Personen, nach deren Einschätzung Ausleben der Sexualität in eigenem Zimmer nicht möglich ist. 5 dieser 7 Personen leben im Einzelzimmer, 2 im Doppelzimmer.

Ein gravierendes Merkmal in Doppelzimmern stellt die Intensität unangenehmer Gerüche dar. Die Zimmerbesichtigung ergab diesbezüglich signifikante Unterschiede zwischen den Einzel- und Doppelzimmern. In den Einzelzimmern wurde der Geruch von den Untersucherinnen bei der Hälfte der Zimmer (50%) als „angenehm“ und nur bei 6% als „unangenehm“ bewertet. In den Doppelzimmern wurde dagegen nur bei 17% der Zimmer die Bewertung „angenehmer Geruch“ vergeben und in 33% der Fälle wurde der Geruch als „unangenehm“ eingeschätzt. In Tabelle 4.3.8 sind diese dargestellt.

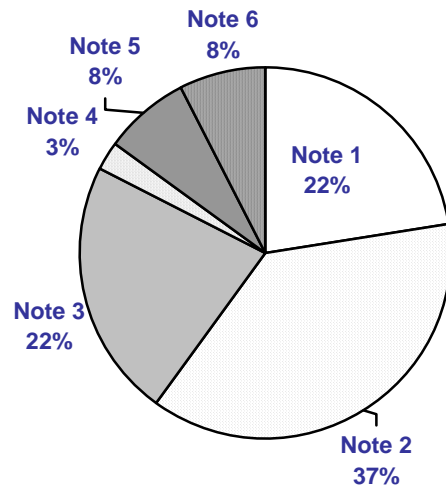
Tabelle 4.3.8. Einschätzung des Geruchs nach Wohnform

Geruch	EZ		DZ	
	N	%	N	%
- Angenehm	34	50	9	17
- Neutral	30	44	26	50
- Unangenehm	4	6	17	33

Anm.:  $\chi^2 = 21,110$ ,  $df=2$ ,  $p < .001$ .

Die Beziehung zum Mitbewohner bzw. zur Mitbewohnerin stellt die zentrale Kategorie dar, die die Lebensqualität der Bewohner und Bewohnerinnen von Doppelzimmern beeinflusst. Der Mitbewohner kann als Freund aber auch als Störfaktor angesehen werden. Von 52 Personen, die das Zimmer mit jemandem teilen, vergaben 40 Personen dem eigenen Zimmernachbarn eine Schulnote (Die anderen 12 Personen sahen sich nicht der Lage den Mitbewohner zu benoten oder waren nicht dazu bereit). Am häufigsten wurden die Noten „2“ und „3“ vergeben. Die genaue Verteilung der Noten wird in der folgenden Abbildung 4.3.4 dargestellt.

Abb. 4.3.4. Schulnoten für den Mitbewohner bzw. die Mitbewohnerin



Alle Bewohner und Bewohnerinnen wurden nach positiven und negativen Eigenschaften ihre jeweiligen Mitbewohner gefragt. Rund 40 Prozent bewerteten ihre Mitbewohner positiv und gaben an, einen guten Kontakt und keine Streitpunkte zu haben. 16 Personen (30%) waren die Zimmernachbarn gleichgültig. Entweder konnten sie die Mitbewohner gar nicht beurteilen, oder machten widersprüchliche Aussagen. Inhaltlich wurden u. a. vor allem folgenden Konfliktpunkte angesprochen:

- Störungen der eigenen Ruhe am Tag und in der Nacht
- Verwechslungen von Kleidung und Gegenständen
- Konflikte wegen unterschiedlicher Gewohnheiten und wegen unterschiedlicher Charaktereigenschaften.

Neben den Kontakten zu Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen ist auch die Frage nach Kontakten zu anderen Personen (z.B. Personal oder Angehörige) in Abhängigkeit von Einzel- und Doppelzimmern von Bedeutung. Der Anteil der Heimbewohner und -bewohnerinnen die nur über selten stattfindende soziale Kontakte berichteten, war äußerst gering. Dieses Ergebnis stimmt mit der verbreiteten Vorstellung von Isolation und Vereinsamung der älteren Menschen in den Alten- und Pflegeheimen nicht überein. Besuche von außen sind jedoch nicht so häufig wie die internen Kontakte im Heim. Besucher, die mehrmals täglich kommen stellen dabei eher die Ausnahme dar. Die Besuche der Angehörigen finden in der Regel monatlich, wöchentlich oder mehrmals pro Woche statt, wobei ein Schwerpunkt auf mehrmaligen Besuchen pro Woche liegt. Die Besuche von

Freunden und/oder Bekannten sind dagegen in der Regel seltener. Wenn es um Kontakte zu Freunden und Bekannten geht, haben viele Heimbewohner und -bewohnerinnen nach dem Umzug ins Heim diese Beziehungen komplett oder teilweise abgebrochen. Die Bekannten können oft gar nicht zu Besuch kommen, weil sie entweder zu weit entfernt wohnen oder nicht mehr genügend mobil sind, um weitere Strecken zurückzulegen.

Die Kontakthäufigkeiten in Abhängigkeit von der Wohnform sind in Tabelle 4.3.9 zusammengestellt.

Tabelle 4.3.9. Häufigkeit und Art von Kontakten nach Wohnform

Kontakt zu	Häufigkeit	EZ		DZ		p
		N	%	N	%	
Anderen Bewohnern (N=97)	Mehrmals am Tag	37	71.2	36	80.0	n.s. <sup>1</sup>
	Einmal am Tag	7	13.5	5	11.1	
	Seltener	8	15.4	4	8.9	
Personal (N=97)	Stündlich	3	5.4	4	9.8	n.s. <sup>2</sup>
	Mehrmals am Tag	47	83.9	32	33.0	
	Einmal am Tag	1	1.8	4	9.8	
	Seltener	5	8.9	1	2.4	
Angehörigen (N=96)	Mehrmals täglich	6	10.7	1	2.5	n.s. <sup>3</sup>
	Mehrmals pro Woche	14	25.0	14	35.0	
	Wöchentlich	12	21.4	10	25.0	
	Monatlich	14	25.0	44	27.5	
	Seltener	10	17.9	4	10.0	
Freunden (N=62)	Mehrmals täglich	3	7.1	1	5.0	n.s. <sup>4</sup>
	Mehrmals pro Woche	11	26.2	3	15.0	
	Wöchentlich	3	7.1	1	5.0	
	Monatlich	7	16.7	7	35.0	
	Seltener	18	42.9	8	40.0	

Anm.:<sup>1</sup> Chi<sup>2</sup>=1, 2 df=2; <sup>2</sup> chi<sup>2</sup>= 5,3, df=3; <sup>3</sup>chi<sup>2</sup>=4,133, df=4; <sup>4</sup>chi<sup>2</sup>= 3,0, df=4

Auffallend ist hierbei, dass sich bei keinen der untersuchten Kontaktpartner (Mitbewohner, Personal, Angehörige, etc) signifikante Unterschiede zwischen Bewohnern von Einzel- und Doppelzimmern feststellen ließen. Dieses Ergebnis steht im klaren Gegensatz zu der verbreiteten Hypothese, Doppelzimmer würden soziale Kontakte begünstigen.

Die Darstellung der subjektiven Bewertung ihrer Kontakte durch die Heimbewohner und –bewohnerinnen lassen sich hier auch durch die Ergebnisse der Beobachtung der Bewohnerinnen und Bewohner ergänzen: Hierfür wurden zweimal am Tag alle Bewohner und Bewohnerinnen der Station in ihren Zimmern und in den Gemeinschaftsräumen beobachtet. Dabei wurde jeweils deren aktuelle Tätigkeit erfasst. Folgende Tätigkeitsmerkmale wurden unterschieden:

- Bewohner/Bewohnerin ist allein im Zimmer
- Beide Bewohner(innen) eines Doppelzimmers halten sich im Zimmer auf
- Sonstige Personen (Pflegepersonal, Besucher) sind im Zimmer anwesend.
- Bewohner(in) ist passiv (d.h. schläft oder sitzt/liegt und schaut umher)
- Bewohner(in) ist aktiv (alle anderen Tätigkeiten, auch Körperpflege).

Als Vergleichsgrößen für die Auswertung der Beobachtung in den Zimmern dienten jeweils:

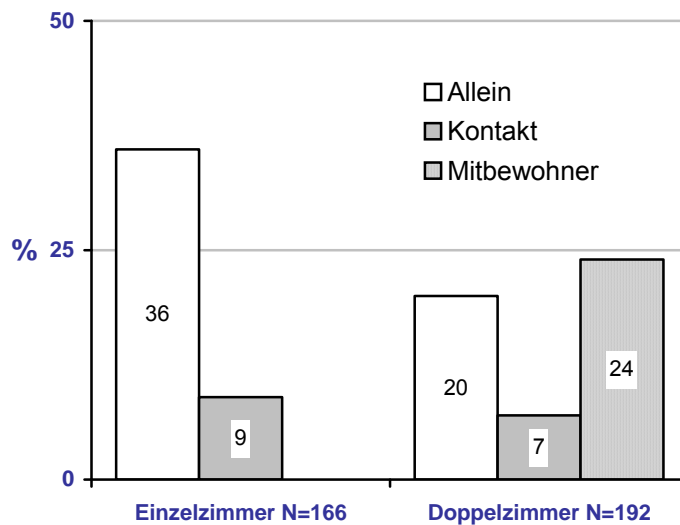
- die Gesamtzahl der Einzelzimmerbewohner(innen) auf der Station
- die Gesamtzahl der Doppelzimmerbewohner(innen) auf der Station

Abb. 4.3.5 zeigt die Ergebnisse hinsichtlich der Anwesenheit von Bewohnern und Bewohnerinnen in ihren Zimmern.



Abb. 4.3.5. Anwesenheit der Bewohner und Bewohnerinnen in den Zimmern

( $\chi^2 = 8.2$ ,  $df = 1$ ;  $p < .01$ )

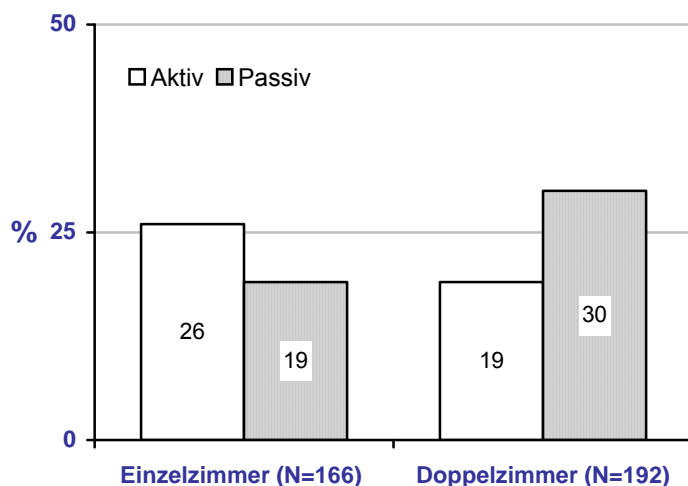


Rund 45% der Bewohner und Bewohnerinnen von Einzelzimmern hielten sich im Durchschnitt während der Beobachtungszeiten in ihrem Zimmer auf. 36% waren in ihren Zimmern allein, bei 9% war mindestens eine weitere Person im Zimmer. Die Situation in den Doppelzimmern unterscheidet sich hiervon deutlich. Insgesamt hielten sich durchschnittlich ca. 51% der Doppelzimmerbewohner und -bewohnerinnen während des Beobachtungszeitraums in ihren Zimmern auf. Darunter waren 20% allein im Zimmer, 24% hielten sich zusammen mit dem Mitbewohner bzw. der Mitbewohnerin im Zimmer auf und 7% hatten Kontakt zu dritten Personen.

Insgesamt waren im Doppelzimmer also 31% der Bewohner während der Beobachtungszeiten nicht allein, bei den Einzelzimmerbewohnern lag dieser Prozentsatz signifikant niedriger, bei nur 9% ( $\chi^2 = 8.17$ ,  $df = 1$ ;  $p < .01$ ).

In der folgenden Abbildung 4.3.6 sind die Aktivitäten der Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Zimmern dargestellt.

Abb. 4.3.6. Aktivitäten der Bewohnerinnen in ihren Zimmern ( $\chi^2 = 5.7, df= 1, p < .05$ )



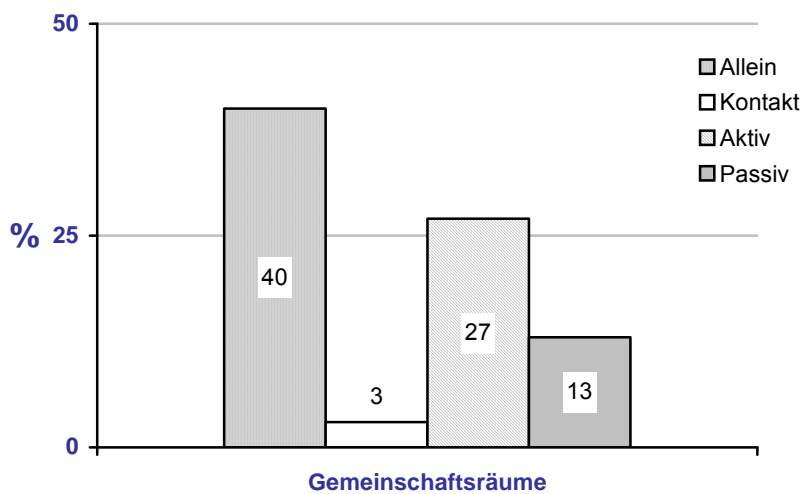
Im Bezug auf Aktivität vs. Passivität ergaben sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen Einzel- und Doppelzimmern. Ca. 19% der Bewohnerinnen und Bewohner aus Einzelzimmern verhielten sich während der Beobachtung passiv (d.h. ohne sichtbar erkennbare Aktivitäten). In den Doppelzimmern lag diese Rate mit 30% signifikant höher ( $\chi^2 = 5.7, df= 1, p < .05$ ).

Betrachtet man diese beiden Teilergebnisse in der Zusammenschau, ergibt sich ein interessantes Bild. Zwar sind Bewohner und Bewohnerinnen von Doppelzimmern durchschnittlich weniger oft allein, während sie sich in ihren Zimmern aufhalten; dies ist aber nicht zwangsläufig mit einem höheren Grad an Aktivität verbunden.

### Sozialkontakte auf den Fluren und in den Gemeinschaftsräumen

Der Auswertung der Bewohnerbeobachtung in den Gemeinschaftsräumen lagen dieselben Kategorien, wie bei der Beobachtung in den Bewohnerzimmern zugrunde. Als sozialer Kontakt wurde allerdings nur angesehen, wenn sich zwei Personen miteinander unterhalten oder beschäftigt haben. Dies war nur bei einer sehr kleinen Gruppe (3%) von Personen der Fall. Die Ergebnisse der Bewohnerbeobachtung in den Gemeinschaftsräumen sind in der folgenden Abbildung 4.3.7 dargestellt.

Abb. 4.3.7. Anwesenheit und Aktivitäten in den Gemeinschaftsräumen (N=358)



Während der Beobachtungszeit hielten sich durchschnittlich ca. 43% der Bewohner und Bewohnerinnen in einem der Gemeinschaftsräume auf. Darunter waren ca. 40% weitgehend mit sich selbst beschäftigt, lediglich 3% standen in Kontakt zu anderen Personen.

Rund 27 % der Bewohner übten aktiv Tätigkeiten aus wie z.B. „hin und herlaufen“, „essen“ oder „Kaffee trinken“. Passive Verhaltensweisen zeigten im Durchschnitt 13% der in den Gemeinschaftsräumen anwesenden Personen. Der Aufenthalt in Gemeinschaftsräumen allein bedeutet also keinesfalls, dass die betreffenden Personen dort aktiviert werden und kann auch keine Garantie für soziale Kontakte sein.

### 4.3.2 Die Bewertung durch die Angehörigen

Im ersten Teil des Fragebogens wurden Informationen zur aktuellen Wohnform des Bewohners bzw. der Bewohnerin, zu deren Aufenthaltsdauer im Heim und der Finanzierungsart des Heimaufenthaltes erfragt. Die diesbezüglichen Ergebnisse sind in Tabelle 4.3.10 zusammengefasst.

Tabelle 4.3.10. Heimaufenthalt, Trägerschaft und Finanzierung nach Wohnform

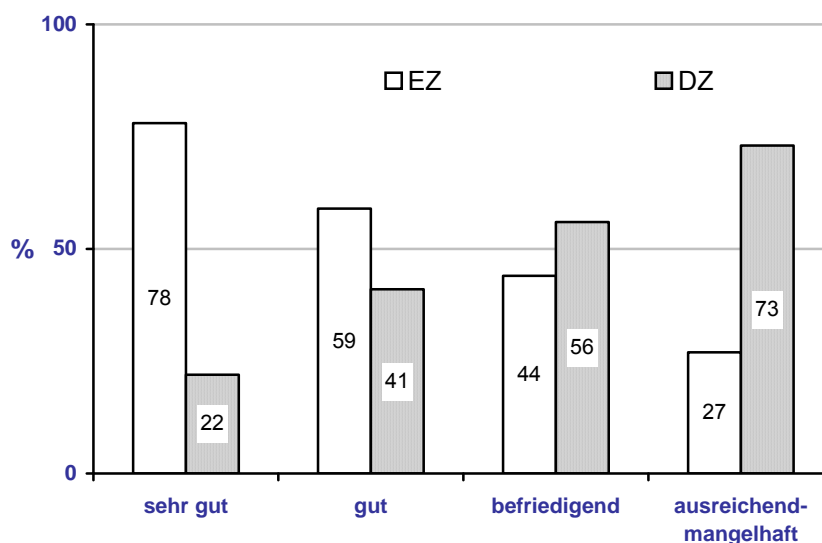
Merkmal	Ausprägung	EZ N=150		DZ N= 120		p
		N	%	N	%	
Aufenthaltsdauer	1 Woche bis 3 Monate	5	3.3	11	9.2	n.s. <sup>1</sup>
	3 Monate bis 1 Jahr	35	23.3	22	18.3	
	1 Jahr bis 5 Jahre	87	58.0	64	53.3	
	5 Jahre und länger	23	15.3	23	19.2	
Träger	Öffentlich	80	53.3	60	50.0	n.s. <sup>2</sup>
	Privat	70	46.7	60	50.0	
Sozialer Status	Selbstzahler/-in	121	80.7	79	65.8	p < .01
	Sozialhilfeempfänger/-in	29	19.3	41	34.2	

Anm.: <sup>1</sup>Chi<sup>2</sup> = 5.5, df= 3; <sup>2</sup>Chi<sup>2</sup>= 0.3, df= 1; Chi<sup>3</sup>= 7.6, df= 1.

Sowohl bei der bisherigen Aufenthaltsdauer im Heim als auch bezüglich der Trägerschaft der Heime konnten keine Unterschiede zwischen Einzel- und Doppelzimmerbewohnerinnen und –bewohnern festgestellt werden. Ein hoch signifikanter Unterschied ergab sich aber hinsichtlich der Finanzierung des Heimplatzes. Von den Einzelzimmerbewohnerinnen und –bewohnern sind nach Auskunft der Angehörigen 19.3% der Bewohner(innen) zur Finanzierung des Heimplatzes auf Sozialhilfe angewiesen. Bei den Doppelzimmerbewohnerinnen und –bewohnern liegt dieser Anteil mit 34.2% deutlich höher (Chi<sup>2</sup> = 7.6, df= 1, p < .01). Dieser Befund bestätigt die Aussagen der Bewohner (vgl. Abb. 4.3.2).

Neben den soziodemographischen Daten wurden die Angehörigen um die Einschätzung der aktuellen Wohnsituation der Heimbewohnerinnen und bewohner mit Hilfe von Schulnoten gebeten. Die Spannweite der vorgenommenen Benotung erstreckt sich von „sehr gut“ bis „ausreichend/mangelhaft“. Die Note „ungenügend“ wurde nicht vergeben. Die Wohnsituation wurde bei 51 (19.2%) als „sehr gut“, bei 117 (44.0%) als „gut“, bei 72 (27.1%) als „befriedigend“ und bei 26 (9.88%) lediglich als „ausreichend“ bzw. „mangelhaft“ eingeschätzt. Die Bewertung der Wohnsituation nach Wohnform stellt die Abbildung 4.3.8 dar.

Abb. 4.3.8. Angehörigen-Bewertung der Wohnsituation (Chi<sup>2</sup>= 23.6, df=3, p< .001)



Bei der Einschätzung der Wohnsituation in Abhängigkeit von der Zimmerform konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Einzel- und Doppelzimmern festgestellt werden. (Chi<sup>2</sup>= 23.6, df=3, p< .001). Die Wohnsituation der Einzelzimmerbewohnerinnen und -bewohner wird demnach besser als die der Doppelzimmerbewohnerinnen und -bewohner eingeschätzt.

Einen weiteren wichtigen Teil des Fragebogens bildeten Fragen zum Besuchsverhalten der Angehörigen. Die Besuchshäufigkeit in Abhängigkeit von der Wohnform stellt Tabelle 4.3.11 dar:

Tabelle 4.3.11. Besuchshäufigkeit der Angehörigen

Besuchshäufigkeit	EZ (N=150)		DZ (N=120)	
	N	%	N	%
Täglich	22	14.7	18	15.0
mehrmals pro Woche	62	41.3	49	40.8
Wöchentlich	36	24.0	24	20.0
Monatlich	23	15.3	22	18.3
Seltener	7	4.7	7	5.8

Anm.: Chi<sup>2</sup>=1.0, df=4, n.s.

Ein signifikanter Unterschied zwischen der Besuchshäufigkeit und der Wohnform bestand demnach nicht. Neben der Besuchshäufigkeit wurden die An-

gehörigen auch gefragt, ob sie ihre Angehörigen *gerne öfters besuchen würden*. Die Tabelle 4.3.12 stellt die Verteilung der Antworten getrennt nach Wohnform dar. Es bestanden keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 4.3.12. Gewünschte Besuchshäufigkeit der Angehörigen

Antwort	EZ (N= 143)		DZ (N= 111)	
	N	%	N	%
Wunsch nach häufigeren Besuchen	64	44.8	44	39.6
Kein Wunsch nach häufigeren Besuchen	79	55.2	67	60.4

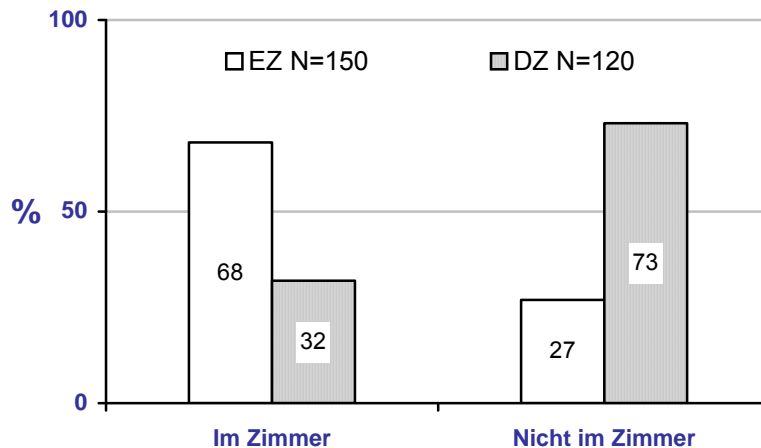
Anm.:  $\chi^2 = 0.7$ ,  $df=1$ , n.s.

Personen, die ihren Angehörigen bzw. ihre Angehörige gerne häufiger besuchen würden, wurden schließlich auch danach gefragt, was sie daran hindere, die Angehörigen häufiger zu besuchen. Sowohl die Angehörigen (N= 64) der Einzelzimmerbewohner und -bewohnerinnen als auch die der Doppelzimmerbewohner und -bewohnerinnen (N= 44) äußerten überwiegend Gründe familiärer und beruflicher Natur. Nur zwei Angehörige nannten „einen unangenehmen Geruch“, „mangelnde Hygiene“, „wenig besucherfreundliche Einrichtung“ sowie die „fehlende Möglichkeit einer ungestörten Unterhaltung“ im Doppelzimmer als Gründe.

Eine weitere Frage betraf den Aufenthaltsort der Angehörigen während ihres Besuches im Heim. 188 (69.6%) der Befragten halten sich während des Besuches vorwiegend im Zimmer des Angehörigen auf. 82 (30.4%) der Befragten bevorzugen andere Aufenthaltsorte. Von den 188 Angehörigen, die sich im Bewohnerzimmer aufhalten, sind N=128 (68%) Angehörige von Einzelzimmer- und N=60 (32%) Angehörige von Doppelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen. Von den 82 Angehörigen, die sich während des Besuches nicht im Zimmer aufhalten, sind 22 (27%) Angehörige von Einzelzimmer-, 60 (73%) Angehörige von Doppelzimmerbewohnerin und -bewohnerinnen. Abbildung 4.3 stellt den Aufenthalt der Angehörigen im Zimmer je nach Wohnform dar.

Abb. 4.3.9. Wo halten sich die Angehörigen während ihres Besuches auf?

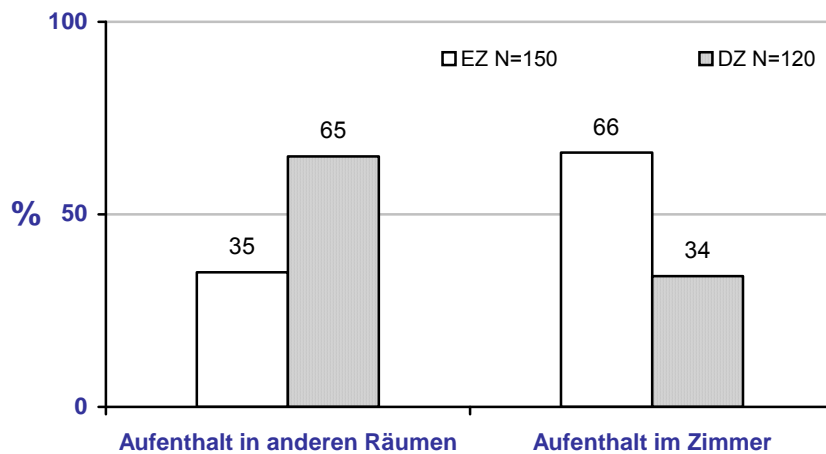
(Chi<sup>2</sup>= 39.4, df= 1, p< .001).



Hinsichtlich des Aufenthaltes der Angehörigen während des Besuchs besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Angehörigen von Einzel- und Doppelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen. Angehörige von Einzelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen halten sich häufiger in deren Zimmern auf als die Angehörigen von Doppelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen (Chi<sup>2</sup>= 39.4, df= 1, p< .001).

Vorwiegend in anderen Räumlichkeiten des Heimes halten sich 94 (35%) der befragten Angehörigen während ihres Besuches auf. 33 (35%) von diesen sind Angehörige von Einzelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen und 61 (65%) von Doppelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen. Abbildung 4.3.10 stellt den Aufenthalt der Angehörigen in anderen Räumlichkeiten des Heimes dar.

Abb. 4.3.10. Aufenthaltsort der Angehörigen während des Besuchs ( $\chi^2 = 24.4$ ,  $df = 1$ ,  $p < .001$ )



Auch hier findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Wohnformen. Angehörige von Doppelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen halten sich häufiger in anderen Räumlichkeiten des Heimes auf als die Angehörigen von Einzelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen ( $\chi^2 = 24.4$ ,  $df = 1$ ,  $p < .001$ ).

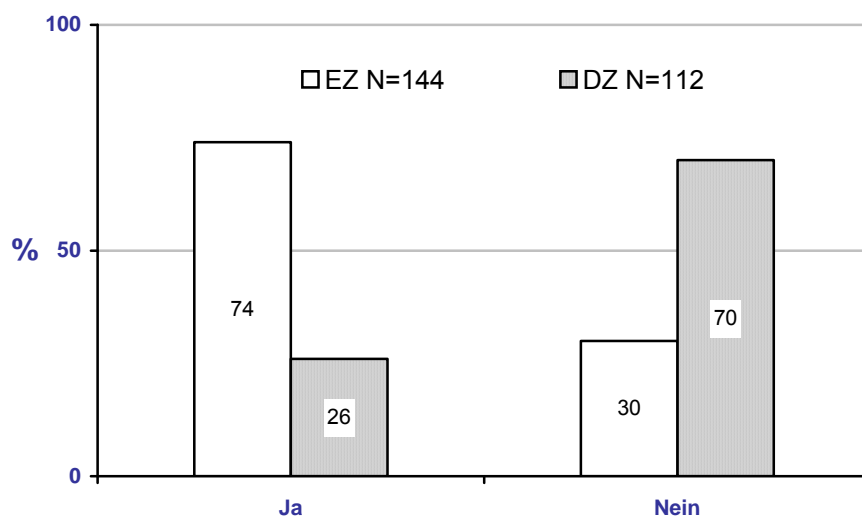
Des Weiteren wurden die Angehörigen auch danach gefragt, inwieweit sie sich gerne im Zimmer ihres Angehörigen aufhalten. 153 (59,8%) Personen halten sich gerne im Zimmer ihres Angehörigen auf, 103 (40,2%) nicht.

Von den Angehörigen der Einzelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen halten sich (74%) gerne im Zimmer auf, bei den Angehörigen der Doppelzimmerbewohner und -bewohnerinnen sind dies nur (26%). Dieser Unterschied ist hoch signifikant ( $\chi^2 = 47.9$ ,  $df = 1$ ,  $p < .001$ ). Abbildung 4.3.11 veranschaulicht dieses Ergebnis.



Abb. 4.3.11. Halten sich Angehörige gerne im Zimmer des Bewohners auf?

(Chi<sup>2</sup>= 47.9, df = 1, p< .001).



Anhand offener Fragestellungen wurden die Angehörigen, die sich gerne im Zimmer der Bewohner und Bewohnerinnen aufhalten, danach gefragt, was ihnen im Zimmer gefällt. Die für den Vergleich von Einzel- und Doppelzimmern relevanten Antworten wurden in der Tabellen 4.3.13 zusammengestellt.

Tabelle 4.3.13. Was gefällt Angehörigen besonders am Zimmer des Bewohners?

Nennungen	EZ; N=209 (%)	DZ; N=42 (%)
Helligkeit, Wohnlichkeit,		
Freundlichkeit, Gemütlichkeit des Zimmers, geschmackvolle Einrichtung	53 (25.4)	14 (33.3)
Privatsphäre/Intimsphäre/ungestörtes Beisammensein/ Ruhe	40(19.1)	9 (21.4)
Private: Möbel/ Gegenstände/ Wohnatmosphäre	23 (11.0)	3 (7.1)
Großer Raum, angenehme Größe	15 (7.1)	3 (7.1)
Sauberkeit	8 (3.8)	5 (11.9)
Balkon	8 (3.8)	0
Angehöriger ist nicht allein	0	1 (2.4)
Sonstige Nennungen	62 (29.8)	7 (16.8)

Ein Großteil der Nennungen betraf „Helligkeit, Wohnlichkeit und Freundlichkeit“ des Zimmers. Weitere wichtige Nennungen waren „Privat- bzw. Intimsphäre“, „private Möblierung“ und „Wohnatmosphäre.“ Deutlich weniger Angehörigen von Doppelzimmerbewohnern und –bewohnerinnen machen Angaben darüber, was ihnen im Zimmer gefällt.

Auf die Frage „Was ist Ihnen bei Ihren Besuchen besonders wichtig?“ antworteten 22 Angehörige der Einzimmerbewohner und -bewohnerinnen und drei der Doppelzimmerbewohner und –bewohnerinnen: „Privatsphäre“, „privates Gespräch“, „ungestört sein“ und „Ruhe“.

An diejenigen Angehörigen, die angaben, sich nicht gerne im Zimmer der Heimbewohner bzw. -bewohnerinnen aufzuhalten, wurde die Frage nach den Gründen gestellt. Folgende Antworten wurden genannt (Tabelle 4.3.14).

Tabelle 4.3.14. Warum halten sich Angehörige nicht gerne im Zimmer des Bewohners auf?

Nennungen	EZ; N=30 (%)	DZ; N=81 (%)
Keine Privatsphäre	0	10 (12.3)
Mitbewohnerin	-	20 (24.7)
Zimmer zu klein	2 (6.7)	16 (19.7)
Fehlende Gemütlichkeit	7 (23.3)	13 (16.0)
Wohnform	0	5 (6.2)
Schmutz, unangenehme Gerüche	2 (6.7)	5 (6.2)
keine Sitzmöglichkeiten	0	2 (2.5)
Sonstige Nennungen	19 (63.3)	10 (12.3)

Hauptursachen dafür, dass die Angehörige von Doppelzimmerbewohnern und –bewohnerinnen sich nicht gerne in deren Zimmern aufhalten, sind: „Anwesenheit von Mitbewohnern“ (24.7%) und „fehlende Privatsphäre“ (12.3%). „zu kleines Zimmer“ und „fehlende Gemütlichkeit“ werden mit 19.7% bzw. 16% von Angehörigen von Doppelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen genannt. Auf die zweite Frage: „Was sollte sich verändern, damit Sie sich gerne in diesem Zimmer aufhalten würden?“ wurde wie folgt geantwortet (Tabelle 4.3.15):

Tabelle 4.3.15. Was sollte sich verändern, damit Angehörige sich gerne im Zimmer des Bewohners aufhalten?

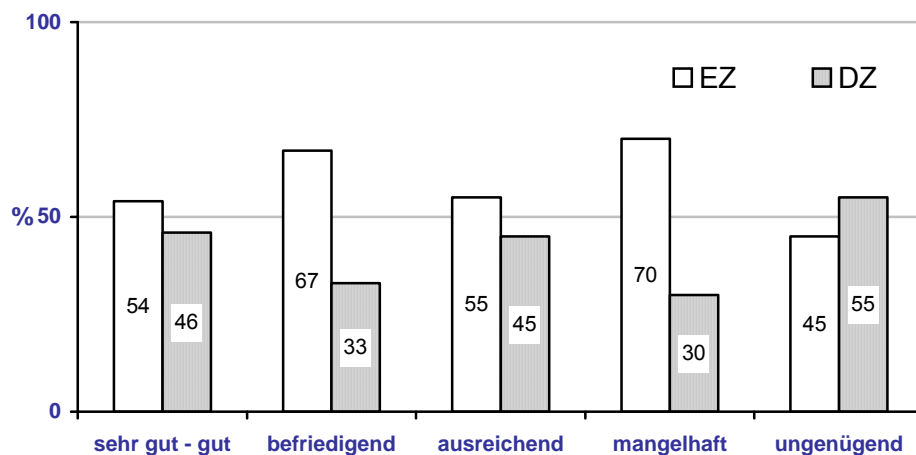
Nennungen	EZ; N=17 (%)	DZ; N=70 (%)
Mehr Sauberkeit/ angenehmes Geruch	8 (47.1)	12 (17.1)
Zimmergröße	3 (17.5)	9 (12.9)
Mehr Gemütlichkeit, eigene Möblierung	2 (11.8)	19 (27.1)
Einzelzimmer statt Doppelzimmer	-	9(12.9)
Keine/andere Mitbewohner	-	3 (4.3)
Mehr Sitzmöglichkeiten	0	4 (5.7)
Sonstige Nennungen	4 (23.6)	14 (20.0)

„Mehr Gemütlichkeit“, „eigene Möblierung“ sowie ein „größeres Zimmer“ würden bei den Angehörigen der Doppelzimmerbewohnerinnen hauptsächlich dazu beitragen, dass sie sich gerne auf dem Zimmer aufhalten würden. „Wohnen im Einzelzimmer“ und der Wunsch nach „einem/einer anderen Mitbewohner bzw. Mitbewohnerin“ spielen ebenfalls eine Rolle. Von den Angehörigen der Einzelzimmerbewohner und -bewohnerinnen wurde dagegen hauptsächlich „mehr Sauberkeit“ gewünscht.

In der letzten Frage wurden die Angehörigen gebeten, mit Hilfe von Schulnoten die Lebensqualität der Heimbewohner und -bewohnerinnen zu beurteilen. Im Bereich der allgemeinen Lebensqualität konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Einzel- und Doppelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen festgestellt werden ( $p < .033$ ). Die Angehörigen schätzen die Lebensqualität der Einzelzimmerbewohner und -bewohnerinnen insgesamt besser ein als die der Doppelzimmerbewohner und -bewohnerinnen.

Dieses Ergebnis ließ sich bei einer detaillierten Analyse einzelner Lebensqualitätsbereiche nur bedingt verifizieren. Lediglich im Bereich der ADL-Fähigkeiten zeigten sich signifikante Unterschiede in der Einschätzung der Angehörigen ( $\text{Chi}^2 = 13.6$ ,  $\text{df} = 4$ ,  $p < .05$ ). Die Befragten schätzten die Lebensqualität bezogen auf den ADL-Bereich bei den Einzelzimmerbewohnern und -bewohnerinnen besser ein (vgl. Abb. 4.3.12).

Abb. 4.3.12. Lebensqualität bei Aktivitäten des täglichen Lebens aus Sicht der Angehörigen  
( $\chi^2 = 13.6$ ,  $df = 4$ ,  $p < .05$ )



### 4.3.3 Die Situation des Personals

#### *Ergebnisse des Interviews*

Der Schwerpunkt bei der Befragung des Pflegepersonals lag auf dessen subjektiver Beurteilung der Vor- und Nachteile von Einzel- und Doppelzimmern. Als Vorteile des Einzelzimmers werden hierbei besonders Aspekte der Privatsphäre und der Individualität deutlich. Die befragten Pflegekräfte sehen dabei aber auch die Gefahr, dass diese Rückzugsmöglichkeit, die das Einzelzimmer zweifellos bietet, auch zu Isolation und Vereinsamung beitragen kann. Die Vorteile des Doppelzimmers werden dementsprechend besonders bei der Förderung sozialer Kontakte gesehen. Auch die spezielle Eignung für besondere Bewohnergruppen (z.B. Ehepaare aber auch Demenzpatienten und Bewohnerinnen mit einer depressiven Erkrankung) wird mehrmals thematisiert. Dass die Förderung der Sozialkontakte im Doppelzimmer aber auch mit Nachteilen verbunden ist, zeigen die häufigen Nennungen bezüglich Konflikte zwischen Bewohnern und Bewohnerinnen. Neben einer allgemeinen offenen Frage wurden gezielt weitere, aus der empirischen Literatur abgeleitete Aspekte für die Bewertung von Einzel- und Doppelzimmern angesprochen. Im Einzelnen wurden die Pflegekräfte zu folgenden Bereichen befragt:

Tabelle 4.3.16. Vor- und Nachteile von Einzel- und Doppelzimmern aus Sicht des Personals

Aspekte	Anzahl der Nennungen (N; %)		
	EZ hat Vorteile	Kein Unterschied <sup>a</sup>	DZ hat Vorteile
Intimität, Privatsphäre	33 (84.6)	6 (15.4)	0 (0.0)
Sterbebegleitung	30 (76.9)	9 (23.1)	0 (0.0)
Schlafstörungen	30 (76.9)	9 (23.1)	0 (0.0)
Ansteckende Erkrankungen	26 (66.7)	13 (33.3)	0 (0.0)
Auffälliges und provozierendes Verhalten	25 (64.1)	14 (35.9)	0 (0.0)
Freiheitseinschränkende Maßnahmen	1 (2.6)	35 (89.7)	3 (7.7)
Beruhigende Medikamente	2 (5.1)	34 (87.2)	3 (7.7)
Kontakte der Bewohnerinnen zu den Angehörigen	13 (33.3)	23 (59.0)	3 (7.7)
Förderung der Selbstständigkeit	10 (25.6)	22 (56.4)	7 (17.9)
Kontakt des Personals zu den Bewohnerinnen	10 (25.6)	20 (51.3)	9 (23.1)
Arbeitsaufwand für Personal			
- Allgemein	7 (17.9)	24 (61.5)	8 (20.5)
- Grundpflege	10 (25.6)	24 (61.5)	5 (12.8)
- Behandlungspflege	4 (10.3)	33 (84.6)	2 (5.1)
- Zusätzliche Arbeiten	6 (15.4)	28 (71.8)	5 (12.8)
- Wegstrecken	2 (5.1)	27 (69.2)	10 (25.6)
Kontakte zwischen Bewohnerinnen	7 (17.9)	19 (48.7)	13 (33.3)
Stürze	1 (2.6)	22 (56.4)	16 (41.0) <sup>b</sup>
Gesamtwert	217 (32.7)	362 (54.6)	84 (12.2)

Anm.: <sup>a</sup>Oder auch: „hängt von der jeweiligen Bewohnerin ab“; <sup>b</sup>Mitbewohnerin kann helfen bzw. den Sturz melden

Betrachtet man die Antworten insgesamt, zeigt sich, dass über die Hälfte der Nennungen (54.6%) auf keine Unterschiede in der Einschätzung der Wohnformen Einzel- und Doppelzimmer hindeuten. In 32.7% der Nennungen werden Vorteile des Einzelzimmers beschrieben, lediglich 12.2% der Antworten beziehen sich dagegen auf mögliche Vorteile des Doppelzimmers. In einer differenzierteren Betrachtung zeigen sich aber doch in fünf Bereichen deutliche Hinweise auf Vorteile des Einzelzimmers: Nach Meinung des Pflegepersonals kommt es bei Bewohnerin und Bewohnerinnen von Einzelzimmern z.B. weniger zu Störungen des Nachtschlafs. Auch bei der Versorgung von Bewohnern und Bewohnerinnen

mit ansteckenden Erkrankungen sowie bei Bewohnern und Bewohnerinnen mit auffälligem oder provozierendem Verhalten sehen die Befragten Vorteile des Einzelzimmers.

Die höchste Anzahl der Nennungen, die zu Gunsten des Einzelzimmers ausfielen, betreffen den Bereich „Privatsphäre und Intimität“ und sicherlich eng damit verbunden den Bereich „Sterbebegleitung“. Interessant ist vor allem, dass bei diesen fünf Kategorien keine einzige Nennung zugunsten des Doppelzimmers zu finden war.

### *Beobachtung der Pflegekräfte*

Das Pflegepersonal konnte in mehreren Erhebungszyklen (vgl. Kap. 4.2.3) über eine Zeitdauer von insgesamt 1800 Minuten beobachtet werden. Davon hielten sich die Pflegekräfte 846 Minuten lang in den Bewohnerzimmern auf. Das entspricht 47% der gesamten Beobachtungszeit. Davon verbrachten sie 669 (79%) Minuten bei den pflegerischen Tätigkeiten: Grundpflege, Behandlungspflege und Begleitung der Bewohnerin, 442 (52%) Minuten bei der psychosozialen Betreuung und 90 Minuten bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (10.6%) (vgl. Tabelle 4.3.17)

Tabelle 4.3.17. Aufenthaltsdauer und Tätigkeiten in dem Bewohnerzimmern

Tätigkeit	Zeit in Minuten	Anteil in %
Pflegerische Tätigkeiten	669	79
psychosoziale Tätigkeiten	442	52
hauswirtschaftliche Tätigkeiten	90	11
Gesamtaufenthalt in den Zimmern	846	100 <sup>1</sup>

Anm.: <sup>1</sup>Aufgrund parallel ausgeführter Tätigkeiten ist die Summe größer als 100%

Die beobachteten 846 Minuten Aufenthaltszeit in den Bewohnerzimmern verteilen sich auf insgesamt 146 Zimmer (61 Einzelzimmer und 85 Doppelzimmer). 25 Doppelzimmern waren voll belegt, d.h. in ihnen wurden jeweils zwei Bewohner bzw. Bewohnerinnen versorgt. Die 56 weiteren Doppelzimmer waren jeweils nur mit einer Person belegt. In der Tabelle 4.3.18 wurden die Aufenthaltsdauer und die Dauer der jeweiligen Tätigkeiten in den Einzelzimmern und den Doppelzimmern jeweils mit einer und zwei Bewohnerinnen gegenübergestellt.

Tabelle 4.3.18. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (in Minuten) und Versorgung in Zimmern

Tätigkeiten	Zeit im EZ Minuten (%)	Zeit im DZ mit 1 BW Minuten (%)	Zeit im DZ mit 2 BW Minuten (%)
Aufenthalt im Zimmer (Gesamt)	315 (100)	283 (100)	248 (100)
Pflegerische Tätigkeiten	259 (82)	215 (76)	195 (79)
Psychosoziale Tätigkeiten	172 (55)	137 (48)	133 (54)
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	41 (13)	31 (11)	18 (7)

Anm.: Angaben in gerundeten Minuten. Aufgrund parallel ausgeführter Tätigkeiten ist die Summe größer als 100%. BW = Heimbewohner, EZ = Einzelzimmer, DZ = Doppelzimmer.

Aus der Tabelle 4.3.18 ist zu entnehmen, dass die Zeitdauer der jeweiligen Tätigkeiten in den Einzelzimmern und Doppelzimmern sowohl bei der Versorgung eines Bewohners als auch bei zwei Bewohnern vergleichbar ist. Somit gibt es zwischen den Einzelzimmern und Doppelzimmern keine größeren zeitlichen Unterschiede bei der Verrichtung pflegerischer, psychosozialer und hauswirtschaftlicher Tätigkeiten.

In der Tabelle 4.3.19 wurden die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Pflegekräfte und die durchschnittliche Dauer der pflegerischen, psychosozialen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten in einem Einzelzimmer und in einem Doppelzimmer mit einem bzw. zwei Bewohnern gegenübergestellt.

Tabelle 4.3.19. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (in Minuten) und Versorgung in Zimmern

Tätigkeiten	Zeit im EZ	Zeit im DZ mit 1 BW	Zeit im DZ mit 2 BW
Gesamtaufenthalt im Zimmer	5	5	10
Pflegerische Tätigkeiten	4	4	8
Psychosoziale Tätigkeiten	3	2	5
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	1	0.5	1

Der Gegenüberstellung ist zu entnehmen, dass sich sowohl bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Pflegekräfte im Zimmer als auch bei der zeitlichen Verteilung pflegerischer, psychosozialer und hauswirtschaftlicher Aktivitäten keine relevanten Unterschiede ergaben. Die Zeiten im Einzelzimmer sind fast identisch mit denen in einem Doppelzimmer, in dem nur ein Bewohner bzw. eine Bewohnerin versorgt wurde. In einem Doppelzimmer, in dem zwei Bewohner bzw. Bewohnerinnen versorgt werden mussten, braucht die Pflegekraft dagegen

fast genau die doppelte Zeit. Entgegen der landläufigen Meinung, konnte in dieser Studie also keine Zeitersparnis für das Pflegepersonal durch die Versorgung von Bewohnern und Bewohnerinnen in Doppelzimmern beobachtet werden.

#### **4.3.4 Strukturelle und ökonomische Kriterien**

In der Wahrnehmung vieler Heimbewohner und -bewohnerinnen, aber auch der Angehörigen und der breiten Öffentlichkeit ist ein Einzelzimmer im Pflegeheim mit hohen Kosten verbunden, und zwar sowohl auf der Bewohnerseite, als auch auf der Seite der Heimträger. Das Doppelzimmer gilt hier als die ökonomischere Lösung. Um diese These zu überprüfen, wurden die Heimleitungen der beteiligten Heime ausführlich zu strukturellen und ökonomischen Bewertungskriterien von Einzel- und Doppelzimmern befragt.

##### *Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner*

Die Kosten für Einzel- und Doppelzimmer für die Bewohnerinnen und Bewohner unterscheiden sich heimintern, unabhängig von der Pflegestufe, nur in den Investitionskosten. Die durchschnittlichen Investitionskosten pro Person und Tag betragen im Mittel (n =12) für Einzelzimmer 15.80 € und für Doppelzimmer 11.20 € pro Tag. Aus dieser Differenz errechnet sich, dass Einzelzimmer für den Bewohner bzw. die Bewohnerin durchschnittlich ca. 140 €/Monat teurer ist als ein Heimplatz in einem Doppelzimmer.

Ein weiteres wichtiges Kriterium für zukünftige Heimbewohnerinnen und -bewohner stellt die Verfügbarkeit von Heimplätzen dar. Bis zum Bezug eines Heimplatzes muss in den meisten Fällen eine Wartezeit verstreichen. Für Einzelzimmer gibt es in zehn Häusern (83,3%) eine Wartezeit, die durchschnittlich 6 Monate beträgt. Für Doppelzimmer existieren in fünf Heimen (41.7%) entsprechende Wartefristen, die mit durchschnittlich 2 Monaten wesentlich kürzer ausfallen.

##### *Perspektive der Heimträger und -leitung*

Für die Heimträger sind bezüglich der Kostenfrage von Einzel- und Doppelzimmern zwei unterschiedliche Bereiche zu berücksichtigen:

- Kosten, die beim Neubau von Heimplätzen entstehen (vgl. Kap. 3.4.2)



- Folgekosten, die beispielsweise aus Leerstand oder Fehlbelegung und daraus resultierenden Umzügen entstehen

Zu diesem Fragenkomplex wurde zunächst untersucht, nach welchen Kriterien in den untersuchten Heimen entschieden wird, welche Bewohner und Bewohnerinnen gemeinsam ein Doppelzimmer bewohnen sollen. Hier zeigt sich, dass neben den Kriterien Alter (16.7%) und Geschlecht (16.7%), vor allem der Grad der Pflegebedürftigkeit (22%) für wichtig erachtet wird. Die Heimleitungen achten besonders darauf, dass Personen zusammen ein Zimmer bewohnen, die hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes bzw. hinsichtlich eventuell vorhandenen Verhaltensauffälligkeiten (11.1%) und damit auch hinsichtlich des zu erwartenden Pflegeaufwandes vergleichbar sind. Als weiteres wichtiges Kriterium spielt aber auch die Verfügbarkeit der Zimmer eine wichtige Rolle. Des Weiteren gaben die Heimleitungen auch an, dass die Wünsche der Bewohner und Bewohnerinnen berücksichtigt werden, wenn dies möglich ist.

Heiminterne Umzüge können einen weitem wichtigen Kostenfaktor darstellen. Die Befragten berichteten von insgesamt 140 heiminternen Umzügen befragt. Diese verteilen sich wie folgt:

- Umzüge von EZ in DZ            N = 10 (7.1)
- Umzüge von DZ in EZ            N = 50 (35.7)
- Umzüge von DZ in DZ            N = 80 (57.1)

Die Ergebnisse zeigen, dass ein Umzug vom Einzel- in ein Doppelzimmer relativ selten ist (7.1%). Die Mehrzahl der Umzüge betreffen dagegen Bewohner und Bewohnerinnen von Doppelzimmern und darunter vor allem Umzüge in ein anderes Doppelzimmer (57.1%). Die Hauptgründe für die jeweiligen Umzugsformen können der folgenden Tabelle (4.3.20) entnommen werden.

Tabelle 4.3.20. Hauptgründe für einen Umzug innerhalb des Heimes

<i>Einzelzimmer (EZ) in Doppelzimmer (DZ)</i>	<i>N (%)</i>
- Finanzielle Gründe	2 (16.6)
- Wunsch der Angehörigen	1 (8.3)
- Verschlechterung der Gesundheit	1 (8.3)
- Platzgründe	1 (8.3)
- k.A.	7 (58.3)
<i>DZ in EZ</i>	
- Frei gewordenes EZ	4 (33.3)
- Wunsch nach Ruhe	2 (16.7)
- Verhaltensauffälligkeiten	2 (16.7)
- Verschlechterung der Gesundheit	2 (16.7)
- k.A.	2 (16.7)
<i>DZ in DZ</i>	
- Konflikte zwischen Bewohnerinnen	6 (50.0)
- Wunsch der Bewohnerin	2 (16.7)
- k.A.	4 (33.3)

Aus der Auflistung wird deutlich, dass der Umzug aus einem Doppelzimmer häufig mit Konflikten zwischen den Bewohnern und Bewohnerinnen zusammenhängt. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, dass viele Bewohnerinnen und Bewohner, die eigentlich gerne in einem Einzelzimmer leben wollen, zunächst aus Gründen der Verfügbarkeit ein Doppelzimmer belegen müssen, und sofort nach Freiwerden eines Einzelzimmers umziehen.

Da die Leerstände in den 12 untersuchten Heimen extrem stark variieren, wurden keine durchschnittlichen Werte berechnet, sondern die über neun Heime (für die auswertbare Daten vorliegen) aufsummierten Bewohnertage dargestellt, in denen ein Zimmer ganz oder teilweise leer stand.

Für den Zeitraum des Kalenderjahres 2006 berichteten neun Heimleitungen über einen Leerstand von insgesamt 14427 Bewohnertagen. Davon entfielen 6217 Bewohnertage (43%) auf leerstehende Einzelzimmer, 1412 Bewohnertage auf leerstehende Doppelzimmer (9.8%) und 7098 Bewohnertage (48.2%) auf Doppelzimmer, die nur von einer Person bewohnt wurden.

Der finanzielle Verlust lässt sich nach der Selbstauskunft der Heimleitungen wie folgt beziffern:

Insgesamt entstanden durch die im Kalenderjahr 2006 nicht oder nur teilweise belegten Zimmer Einnahmeeinbußen in Höhe von ca. 1.026.000 €. Davon entfielen 485.200 € (47.3%) auf den Leerstand von Einzelzimmern, 125.700 € (12.3%) auf den Leerstand von Doppelzimmern und 415.100,00 € (40.4%) auf die Einfachbelegung von Doppelzimmern.

## 5

### **Das Einzelzimmer als Standard? – Zusammenschau und Abschluss**

Der vorliegende Bericht beruht auf einer ausführlichen Literaturanalyse des wissenschaftlichen Forschungsstands zu Vor- und Nachteilen von Einzel- und Doppelzimmern sowie auf einer zu diesem Thema aktuell durchgeführten eigenen empirischen Feldstudie in zwölf bayerischen Heimen.

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Literaturanalyse und der Feldstudie zusammenfassend dargestellt. Das Fazit der Literaturanalyse konvergiert dabei mit dem Fazit aus der eigenen empirischen Feldstudie insofern, als die bekannten Vorteile von Einzelzimmern vor Doppelzimmern mit hoher Verlässlichkeit bestätigt wurden. Zugleich weisen die Befunde darauf hin, dass es auch in Zukunft weiterhin Bedingungen geben wird, unter denen in einem geringen Umfang weiterhin Doppelzimmer in Alten- und Pflegeheimen grundsätzlich nachgefragt und vor Einzelzimmern bevorzugt werden.

Es war weder Ziel noch Möglichkeit der vorliegenden Feldstudie, den genauen Umfang und die detaillierten Bedingungen einer zukünftigen Nachfrage nach Doppelzimmern nach Schaffung eines neuen für Bayern geltenden Heimrechts zu ermitteln. Vorläufig und auf der Basis ungesicherter Schätzungen ist davon auszugehen, dass auf absehbare Zeit und bei kostenneutraler und vollkommener Wahlfreiheit zwischen Einzel- und Doppelzimmern, nur etwa 10-15% der Heimbewohner und –bewohnerinnen sich für eine Pflege im Doppelzimmer entscheiden werden und bei ihrer Präferenz nachhaltig bleiben werden.

Die Literaturanalyse wie die eigene Studie legen die Schlussfolgerung nahe, dass eine solche Präferenz vor allem dann besteht, wenn die Entscheidung von den (Mit-) Bewohnern und -bewohnerinnen des Doppelzimmers gemeinsam auf der Basis einer langjährigen Freundschaft oder hohen Beziehungsqualität, ohne ökonomische Zwänge und vor allem im Hinblick auf das Bedürfnis, nicht alleine zu liegen, getroffen werden. Ein Festhalten an Doppelzimmern würde in Zukunft mutmaßlich mit höheren Betriebskosten einhergehen, so etwa wegen der vermehrten Umzüge innerhalb des Heimes sowie wegen der erhöhten Folgekosten, die durch Medikationsrisiken und andere Belastungen der Bewohner (z.B. Schlafstörungen) entstehen.

Die nachfolgenden Abschnitte geben ein Überblick des Fazits aus der Literaturanalyse sowie des Fazits aus der eigenen Feldstudie. Im Anschluss werden

die sich ergebenden konvergierenden Schlussfolgerungen des aktuellen Wissensstands interpretiert und diskutiert.

### *Fazit der Literaturanalyse*

In der Praxis der Betreuung älterer Menschen in Alten- und Pflegeheimen ist eine deutliche Zunahme des Angebots von Einbett- bzw. Einzelzimmern zu beobachten, wobei in deutschen Heimen nach wie vor ein hoher Anteil von Doppelzimmern von -- je nach Bundesland 40 bis 60 Prozent – festzustellen ist. Zur Rechtfertigung der nach wie vor hohen Doppelzimmerzahl in stationären Einrichtungen der Altenhilfe werden meist ökonomische Gründe ins Feld geführt, während zugleich konstatiert wird, dass die psychosozialen, pflegerischen und gesundheitlichen Vorteile eines Einzelzimmers in der Heimbetreuung bislang empirisch nicht verlässlich belegt sind. Vereinzelt werden auch mögliche Risiken des Einzelzimmers vermutet, etwa im Hinblick auf eine mögliche Vernachlässigung, soziale Isolation und fehlende soziale Kontrolle der Bewohner. Aufgrund der unklaren Befundlage ist nachvollziehbar, wenn eine nur begrenzte Änderungs- und Handlungsbereitschaft bei Heimträgern besteht, etwa im Hinblick darauf, verbindliche Standards zu schaffen, nach denen ein individueller Wunsch nach Einzelzimmer-Versorgung verbindlich und ohne die Erhebung weiterer Zuschläge im Grundsatz entgegenzukommen sei.

Die Analyse der internationalen Literatur weist auf darauf hin, Einzelzimmer in aller Regel bei allen betrachteten Kriterien entweder besser oder aber zumindest nicht schlechter abschneiden als Doppel- und Mehrbettzimmern. So zeigen Befunde vieler Studien beispielsweise, dass die Bewohner in Einzelzimmern eine gleich hohe oder höhere Lebensqualität haben und deren Angehörige zufriedener sind sowie eine größere Besuchsbereitschaft zeigen. Bewohner von Einzelzimmer zeigen zudem eine bessere Beziehungsqualität zu anderen Bewohnern, Angehörigen wie Pflegekräften und haben ein verringertes Infektions- und Erkrankungsrisiko, wobei auch psychische Belastungen und Schlafstörungen insgesamt geringer ausfallen. Auch eine Analyse der ökonomischen Kriterien zeigt, dass die verringerten Betriebskosten von Einzelzimmern, insbesondere nach Berücksichtigung höherer Fehlbelegungskosten bei Doppelzimmern, die höheren Investitionskosten von Einzelzimmer nach wenigen Jahren ausgleichen können. Allerdings liegen noch keine Studien vor, in denen die Ersparnisse aus den verringerten Folgekosten von den in Doppelzimmer entstehenden höheren Kosten, etwa durch Konfliktschlichtung, Umzüge, Erkrankungen und psychischen Belastung, systematisch einkalkuliert wurden. Auch wenn die aktuelle Befundlage in

diesem Punkt gegenwärtig keine gesicherten Aussagen zulässt, rechtfertigt unsere Analyse die Hypothese, dass Einzelzimmer im Grundsatz deutlich geringere betriebswirtschaftliche Kosten verursachen. Dieser wurde in der eigenen Studie daher vertieft nachgegangen.

Allerdings sind es weniger die betriebswirtschaftlichen Vorteile der Einzelzimmer, die in der Gesamtschau ins Gewicht fallen, als die deutlichen Vorteile, die sich für die Verbesserung der Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Lebensqualität in Alten- und Pflegeheimen aus der Wahlfreiheit zwischen Einzel- und Doppelzimmern ergeben. Die Forschungsliteratur weist auch erhebliche Lücken auf, insbesondere im Hinblick auf die Frage, inwieweit die Sichtweisen der beteiligten Akteure im Pflegeheimkontext (d.h. Bewohner, Angehörige, Personal und Heimleitung) tatsächlich ein übereinstimmendes Bild ergeben. Eine offene Frage der Forschung stellt die Wahlfreiheit dar: Abzuklären wäre hier insbesondere, wie hoch der Anteil der Personen ist, die in jedem Fall vorziehen in einem Doppelzimmer untergebracht zu werden, etwa weil für sie aus persönlichen Gründen nicht allein sein wollen oder können. Schließlich ist auch die Frage des erhöhten Isolationsrisikos in Einzelzimmern offen: Zu klären ist hier, ob beispielsweise die Lebensqualität in Doppelzimmern der in Einzelzimmern auch dann noch überlegen wäre, wenn zwischen den Mitbewohnern eine hohe Beziehungs- und Bindungsqualität besteht. Die bisherige Befundlage lässt hierzu keine gesicherten Rückschlüsse zu.

#### *Fazit aus der eigenen Feldstudie:*

Die eigene Feldstudie im Hinblick auf die psychosoziale Situation von Bewohnern und Bewohnerinnen von Alten- und Pflegeheimen vor allem eine deutliche Divergenz in den Sichtweisen der jeweils beteiligten Akteure. Ein Beispiel stellt etwa die Frage der Altersverteilung bei Bewohnern von Einzel- und Doppelzimmern dar. So war aufgrund der Aussagen des Personals und der Heimleitung zu erwarten, dass jüngere und „rüstigere“ Bewohnerinnen besser für die Betreuung oder Pflege in einem Einzelzimmer in Frage kämen. Tatsächlich bestanden keinerlei Altersunterschiede zwischen Bewohnern und Bewohnerinnen von Einzel- und Doppelzimmern. Dieses Beispiel illustriert, dass sich Meinungen von Heimleitung und Personal von den tatsächlichen Bedingungen durchaus unterscheiden. Es erweist sich als überaus nützlich und für die Bewertung von Ergebnissen wichtig, die jeweils unterschiedlichen Sichtweisen der Bewohner(innen), ihrer Angehörigen, des Personals und der Heimleitung miteinander zu verbinden.

Im Folgenden fassen wir die sich aus den verschiedenen Erhebungsquellen konvergierenden Befunde zur Situation der Heimbewohner und –bewohnerinnen und die Bewertung ihrer Angehörigen zusammen.

- Einzelzimmer sind in rund 60% der Fälle etwa gleich groß wie Doppelzimmer.
- Nur knapp die Hälfte der 51 untersuchten Doppelzimmer (46,2%) waren in zwei Privatbereiche aufgeteilt. Keines der Bäder in den Doppelzimmern verfügte über eine Aufteilung in zwei private Bereiche
- Nur bei einem sehr kleinen Anteil der 120 untersuchten Zimmer (N = 8, 6,7%) und einem ebenso kleinen Anteil der 108 vorhandenen Badezimmern (N = 8, 7,4 %) wurde Unordnung beobachtet. Allerdings wurde in Doppelzimmern deutlich häufiger unangenehme Gerüche (81%) festgestellt als in Einzelzimmern (19%).
- Einzelzimmer sind häufiger als Doppelzimmer mit privaten Möbeln und persönlichen Sachen ausgestattet und strahlen eine private Wohnatmosphäre aus.
- Die Dauer des Heimaufenthaltes unterscheidet sich nicht bei Bewohnern von Einzel- und Doppelzimmern.
- Allerdings besteht beim Aufenthalt im Doppelzimmer eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit, innerhalb des Heimes umzuziehen. Mehr als 75% aller Umzüge im Heim sind Umzüge aus Doppelzimmern, wegen Konflikten zwischen Bewohnern oder wegen eines Umzugs in ein Einzelzimmer. Die Kosten solcher Umzüge (Renovierung, Personalaufwand, etc.) sind nicht unerheblich und werden nicht als gesonderte Kostenpunkte aufgelistet.
- Es besteht kein Unterschied zwischen privater, paritätischer oder kommunaler Trägerschaft der Einrichtung und der Wohnform.
- Einzelzimmer werden von Selbstzahlern deutlich häufiger als von Sozialhilfeempfängern bewohnt.
- Die Befragung der Angehörigen zeigt, dass die aktuelle Wohnsituation der Einzelzimmerbewohner besser als die der Doppelzimmerbewohner eingeschätzt wird.
- Die Wohnform beeinflusst weder die Besuchshäufigkeit noch den Wunsch nach einem häufigeren Besuch der Angehörigen.
- Angehörige von Einzelzimmerbewohnern halten sich während ihres Besuchs häufiger, länger und bevorzugter („lieber“) in deren Zimmer auf, als die Angehörige der Doppelzimmerbewohner.

- Die Angehörige der Einzelzimmerbewohnerinnen sind zufriedener mit der Privatmöblierung, mit der Wohnlichkeit und Größe der Zimmer und zufriedener mit den Möglichkeiten den Besuch zu gestalten als die Angehörigen von Doppelzimmerbewohnern.
- Die Angehörigen von Bewohnern in Doppelzimmern bemängelten häufiger die fehlende Gemütlichkeit, den engen Raum und die fehlende Möglichkeit der Eigenmöblierung in den Zimmern und gaben häufiger an, sich nicht gerne im Doppelzimmer aufzuhalten.
- Insgesamt schätzten die Angehörigen die Lebensqualität der Heimbewohner in Einzelzimmern höher ein, als die Angehörigen von Doppelzimmerbewohnern.

### *Zusammenfassende Diskussion und Ausblick*

Den Befunden zur Situation von Bewohnern und Bewohnerinnen sowie deren Angehörigen standen teilweise recht divergierende Sichtweisen des Pflegepersonals und der Heimleitung gegenüber, die beispielsweise beim pflegerischen Arbeitsaufwand und bei psychosozialen Kriterien einige Vorteile bei Doppelzimmern sahen.

Die Tatsache der divergierenden Sichtweisen der Beteiligten in Alten- und Pflegeheimen belegt, dass die Ergebnisse einer Analyse von Einzel- und Doppelzimmern in hohem Maße davon abhängen und beeinflusst werden, welche Informations- und Datengrundlage (z.B. Sichtweise der Bewohner, der Angehörigen, des Personals, der Heimleitung) tatsächlich zugrunde gelegt wird. Ein verlässliches Bild ist nur bei gleichzeitiger Berücksichtigung aller Quellen ermittelbar.

So ergab beispielhaft die Beobachtungen der Zeitverwendung der Pflegekräfte, dass – entgegen der eigenen Aussage -- tatsächlich für die Bewohner und Bewohnerinnen in Einzelzimmern nicht mehr Zeit aufgewendet wurde als für die Bewohner in einem Doppelzimmer. Die objektive Beschreibung ergibt somit keine Unterschiede im Arbeitsaufwand für das Pflegepersonal.

Aus der Sicht des Personals wurden die Vorteile von Doppelzimmern auch in einem vermeintlich häufigeren Sozialkontakt zwischen den Heimbewohnern und –bewohnerinnen gesehen und schließlich auch in einem vermeintlich geringeres Sturzrisiko der Bewohner(innen) von Doppelzimmern. Richtig ist, dass sich Bewohner(innen) von Doppelzimmern seltener alleine in ihrem Zimmer aufhielten als Einzelzimmerbewohner. Die in Gemeinschaftsräumen verbrachte Zeit unterschied sich jedoch nicht zwischen Einzel- und Doppelzimmerbewohnern. Ein erhöhtes Risiko sozialer Isolation für Einzelzimmerbewohner besteht demnach



also nicht. Die Analyse der Pflegedokumentation belegte schließlich auch dass weder im Hinblick auf Sturzrisiko noch bei Fixierungen ein Unterschied zwischen Einzel- und Doppelzimmerbewohnern bestand. Die Beobachtungen des Bewohnerverhaltens ergaben sogar, dass die Bewohnerinnen in Doppelzimmer häufiger ein eher passives Aktivitätsmuster zeigten als Einzelzimmerbewohner(innen), was eher für erhöhte Gesundheitsrisiken spricht.

Ein weiteres bedeutsames Ergebnis der Feldstudie ist, dass die betriebswirtschaftlichen Risiken von Doppelzimmern (aufgrund der höheren Kosten des Leerstands, der Umzugsfolgekosten, den Kosten von Konflikten zwischen Bewohnern und Folgeerkrankungen der Bewohner) in aller Regel von Personal und Heimleitung massiv unterschätzt oder sogar gänzlich übergangen werden. Neben diesen Erkenntnissen zeigt sich, dass in der überwiegenden Zahl aller beobachteten Fälle bei Heimbewohner(innen) wie deren Angehörigen, die psychosozialen wie gesundheitlichen Vorteile deutlich bei Einzelzimmern überwiegen. Allerdings legen die Befunde nahe, dass in einigen Fällen dennoch eine Präferenz für Doppelzimmer besteht. Zu vermuten ist, dass die Präferenz vor allem im Hinblick auf eine hohe Beziehungsqualität zwischen den Mitbewohnern im Doppelzimmer besteht und dann, wenn die Hygiene, Raumgröße und –qualität des Doppelzimmers entsprechend hoch ist.

Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass die hier durchgeführte Feldstudie zunächst nur auf eine Bestandsaufnahme und Deskription der Situation in bayerischen Heimen zielte, wobei zugleich die eingesetzten Instrumente und Erhebungsverfahren im Kontext der Studie neu entwickelt und explorierend erprobt wurden. Die methodischen Mängel der eigenen Studie liegen dabei auch in der noch ausstehenden Prüfung der Reliabilität und Validität einiger eingesetzter Instrumente und Verfahren sowie in der nur begrenzten Stichprobengröße, die eine Verallgemeinerung der Befunde nur in sehr begrenztem Umfang und unter Vorbehalt zulässt. Im Weiteren beruhen alle Ergebnisse auf einer Ein-Punkt-Erhebung, so dass insbesondere Verlaufsaspekte der Vor- und Nachteile von Einzelzimmern, etwa im Hinblick auf Lebensqualität und Selbstbestimmung nur begrenzt möglich sind. Ein Nachteil solcher Ein-Punkt-Erhebungen sind auch die mutmaßlich höheren Verzerrungen der erfassten Situation in den jeweiligen Heimen (etwa aufgrund kurzfristig erhöhter Standards und Aufmerksamkeit bei Personal und Heimleitung). Einem solchen methodischen Mangel können personalaufwändigere Langzeitstudien mit wiederholten Erhebungen im jeweiligen Heimkontext entgegenwirken.

Weiterführende Studien zu diesem Thema sollten insbesondere auch solche Bedingungen einbeziehen und untersuchen, bei denen Menschen auch in Doppelzimmern eine hohe oder sogar erhöhte Lebensqualität erfahren. Als Fazit der vorliegenden Studie kann bezüglich des Umfangs der Heimbewohner(innen), die ein Doppelzimmer bevorzugen nur eine grobe, noch vorsichtige Schätzung abgegeben werden: nach dieser liegt die in der Zukunft zu erwartende, freiwillige und selbst bestimmte Präferenz von Doppelzimmern vermutlich bei ca. 15 Prozent der Heimbewohner(innen). Eine solche Verbreitung des Doppelzimmerwunsches wird angenommen für den Fall, dass eine Wahl zwischen Einzel- und Doppelzimmern für die Bewohner nachhaltig kostenneutral bleibt.

Dies erscheint deswegen möglich, da die etwas höheren Investitionskosten bei der Konstruktion von Heimen mit hohen Einzelzimmeranteilen durch die geringeren Betriebskosten bereits nach wenigen Jahren ausgeglichen sein dürften.

Auf der Grundlage der Befunde einer umfassenden Literaturanalyse und einer eigenen empirischen Befragung und Beobachtung in zwölf bayerischen Heimen kann im Hinblick auf die Pflegequalität, Lebensqualität, die medizinisch-gesundheitlichen Kriterien und die betriebswirtschaftliche Effizienz festgestellt werden, dass die Unterbringung in Einzelzimmern in aller Regel der in Doppelzimmern zu bevorzugen ist. Dabei entstehen im Prinzip keine erhöhten Betriebskosten für die Heimträger, während zugleich die Lebensqualität und generelle Gesundheit der Bewohner profitiert.

## 6

### Literaturverzeichnis

- Albrecht, P. G. (1997). *Leben im Altenheim. Zur Zufriedenheit Magdeburger Heimbewohnerinnen mit ihrer Lebenssituation*. Frankfurt: Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Baker, C. F. (1984). Sensory overload and noise in the ICU. Sources of environmental stress. *Critical Care Quarterly*, 6 (4), 66-80.
- Baltes, M. M., Barton, E. M., Orzech, M. J. & Lago, D. (1983). Die Mikroökologie von Bewohnern und Personal. Eine Behavior-Mapping-Studie im Altenheim. *Zeitschrift für Gerontologie*, 16, 18-26.
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency. In old age*. New York: Cambridge University Press.
- Baugh, T. (1996). *Shared housing focus groups*. Washington DC: American Association of Retired Persons.
- Bitzan, J. E. (1998). Emotional bondedness and subjective well-being. *Journal of Gerontological Nursing*, 24, 8-15.
- BMFSFJ (2001). *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung*.
- BMFSFJ (2006). *Erster Bericht des Bundesministeriums über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner*.
- Calkins, M. & Cassella, C. (2007). Exploring the cost and value of private versus shared bedrooms in nursing homes. *The Gerontologist*, 47 (2), 169-183.
- Chaudhury, H., Mahmood, A. & Valente, M. (2005). Advantages and disadvantages of single-versus multiple occupancy rooms in acute care environments. A Review and Analysis of the Literature. *Environment and Behavior*, 37 (6), 760-786.
- Chaudhury, H., Mahmood, A. & Valente, M. (2006). Nurses' perception of single-occupancy versus multioccupancy rooms in acute care environments. An exploratory comparative assessment. *Applied Nursing Research*, 19 (3), 118-125.
- Cioffi, J. M. (2007). The effect of environmental change on residents with dementia. The perceptions of relatives and staff. *Dementia. The International Journal of Social Research and Practice*, 6 (2), 215 – 231.
- Cutler, L. J., Kane, R. A., Degenholtz, H. B. & Miller, M. J. (2006). Assessing and Comparing Physical Environments for Nursing Home Residents. Using New Tools for Greater Research Specificity. *The Gerontologist*, 46 (1) 42–51.
- Daneke, S. (2004). Einzelzimmer müssen nicht teurer sein. *Altenheim*, 43 (11), 28-29.

- Drinka, P., Krause, P., Nest, L., Goodman, B. & Gravenstein, S. (2003). Risk of acquiring influenza A in a nursing home from a culture-positive roommate. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 24, 872-874.
- Everard K., Rowles, G. D. & High, D. M. (1994). Nursing home room changes. Toward a decision-making model. *The Gerontologist*, 34 (4), 520-527.
- Farida, K., Ejaz, F. K., Noelker, L. S., Schur, D., Whitlatch, C. J. & Looman, W.J. (2002). Family Satisfaction With Nursing Home Care for Relatives With Dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 21(3), 368-384.
- Foltz-Gray, D. (1995). Intimate strangers. *Contemporary Term Care*, 18, 34-37.
- Gabor, J. Y., Cooper, A. B., Crombach, S. A., Lee, B., Kadikar, N., Bettger, H. E. & Hanly, P.J. (2003). Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 167(5), 708-715.
- Grau, L., Teresi, J., Chandler, B. (1993). Demoralization among sons, daughters, spouses, and other relatives of nursing home residents. *Research on Aging*, 15 (3), 324-345.
- Harris, P., McBride, G., Ross, C., Curtis, L. (2002). A place to heal. Environmental sources of satisfaction among hospital patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1276-1299.
- HeimMindBauV (Stand: 15.09.2007) *Heimmindestbauverordnung. Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige in der zum 30.11.2007 gültigen Fassung* ([http://www.recht-in.de/gesetze/struktur.php?gesetz\\_id=131](http://www.recht-in.de/gesetze/struktur.php?gesetz_id=131); abgerufen am 30.11.2007).
- Heinemann-Knoch, M., Korte, E., Schönberger, Ch. & Schwarz, B. (1999). *Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen*. Belastungskonfigurationen und Empfehlungen zur Weiterbildung der Hilfen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147.3. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer
- Hoffmann, M. (2005). Nur das Notwendigste kann finanziert werden. *Altenheim*, 44 (9), 18-20.
- Ice, G. H. (2002). Daily life in a nursing home - Has it changed in 25 years? *Journal of Aging Studies*, 16, 345-359.
- Kaldenberg, D. (1999). The Influence of Having a Roommate on Patient Satisfaction. *The Satisfaction Monitor*, 3-4.
- Kane, R., Baker, M., Salmon, J. & Veazie, W. (1998). *Consumer Perspectives on Private Versus shared Accommodations in Assisted living settings*. Washington, DC: The Public Policy Institute.

- Kane, R. L., Bershadsky, B., Kane, R.A., Degenholtz, H.H., Liu, J., Giles, K. & Kling, K.C. (2004). Using Resident Reports of Quality of Life to Distinguish Among Nursing Homes. *The Gerontologist*, 44 (5), 624–632.
- Kane, R. L., Kane, R. A., Bershadsky, B., Degenholtz, H., Kling, K., Totten, A. & Kyoungrae, J. (2005). Proxy Sources for Information on Nursing Home Residents' Quality of Life. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, 60B, 6, S318-S325.
- Kayser-Jones, J., Schell, E., Lyons, W., Kris, A. E., Chan, J. & Beard, R. L. (2003). Factors That Influence End-of-Life Care in Nursing Homes. The Physical Environment, Inadequate Staffing, and Lack of Supervision. *The Gerontologist*, 43, *Special Issue II*, 76–84.
- Klie, T. (2006). Zuschläge bei Einzelzimmern sind nur bei Komfortleistungen möglich. *Altenheim*, 45 (12), 32-33.
- König, H. (2005). Die sichere Refinanzierung im Auge behalten. *Altenheim*, 9, 21 – 23.
- Kovach, S. S. & Robinson, J. D. (1996). The roommate relationship for the elderly nursing home resident. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13(4), 627 – 634.
- Kruse, A., Becker, S. (2004). *Projekt „Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“ – 1. Zwischenbericht* ([http://www.gero.uni-heidelberg.de/HILDE/zwischenbericht\\_jan2004.pdf](http://www.gero.uni-heidelberg.de/HILDE/zwischenbericht_jan2004.pdf); abgerufen am 30.11.2007).
- Lang, F. R., Baltes, P. B., & Wagner, G. (2007). Desired lifetime and end-of-life desires across adulthood from 20 to 90. A dual-source information model. *Journal of Gerontology. Psychological Science*, 62: P268-P276.
- Lawton, M., & Bader, J. (1970). Wish for privacy by young and old. *Gerontology*, 25, 48–54.
- Low, L. F., Draper, B. & Brodaty, H. (2004). The relationship between self-destructive behaviour and nursing home environment. *Aging & Mental health*, 8 (1), 29-33.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M. & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 27-36.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). (2007). *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege*.
- Meyer, T. J., Eveloff, S. E., Bauer, M. S., Schwartz, W. A., Hill, N. S., & Millman, R. P. (1994). Adverse environmental conditions in the respiratory and medical ICU settings. *Chest*, 105(4), 1211-1216.
- Molter-Bock, E. (2004). *Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen*. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der LMU München ([http://edoc.ub.uni-muenchen.de/3058/1/Molter-Bock\\_Elisabeth.pdf](http://edoc.ub.uni-muenchen.de/3058/1/Molter-Bock_Elisabeth.pdf); abgerufen am 18.11.07).

- Morgan, D.G. & Stewart, N.J. (1998). Multiple occupancy versus private rooms on dementia care units. *Environment and Behavior*, 30; 487-503.
- Mosher-Ashley, P. & Lemay, E. (2001). Improving residents' life satisfaction. *Nursing Home and Long-Term Care Management Magazine*, 50, 50-54.
- Nübling, R., Kriz, D., Kress, G., Schremmp, C., Löschmann, C. & Schmidt, J. (2004). Angehörigenbefragung – Potenziale für das interne Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen*, 66, 380-386.
- Oh, J. (2006). Stroke patients' experiences of sharing rooms with dementia patients in a nursing home. *International Journal of Nursing Studies* 43, 839 – 849.
- Parthasarathy, S., & Tobin, M. J. (2004). Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 30(2), 197-206.
- Pease, N. J. F., & Finlay, I. G. (2002). Do patients and their relatives prefer single cubicles or shared wards? *Palliative Medicine*, 16(5), 445– 446.
- Pegues, D. A., & Woernle, C. H. (1993). An outbreak of acute nonbacterial gastroenteritis in a nursing home. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 14 (2), 87-94.
- Press Ganey, Inc. (2007). The 2007 *Hospital Pulse Report: Perspectives on American Health Care*. South Bend, IN, USA. (<http://www.pressganey.com/galleries/default-file/hospital-report.pdf>; abgerufen am 18.11.07).
- Rodin, J., & Langer, E. (1977). Long-term effect of a control-relevant intervention. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 897-902.
- Saup, W. (1984). *Übersiedlung ins Altenheim. Belastende Umweltbedingungen in Altenheimen und Bewältigungsreaktionen von Altenheimbewohnern*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Schaarschmidt, D. (2004). Kostengenerierung Einzelzimmer/Doppelzimmer anhand realisierter Projekte. In Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.). *Das Einzelzimmer - Standard in der Altenhilfe? Architektur und Gerontologie*, Heft 4, S. 28 - 33.
- Schneekloth, U. & Müller, U. (1997). *Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen"*. Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 147.2. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer.
- Schnelle, J. F., Ouslander, J. G., Simmons, S. F., Alessi, C. A., & Gravel, M. D. (1993). The nighttime environment, incontinence care, and sleep disruption in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(9), 910-914.
- Schopp, A. Dassen, Th., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Bansemir, G., Gasull, M., Lemonidou, C., Arndt, M. & Scott, P. A. (2001). Autonomie, Privatheit und die Umsetzung des Prinzips der „informierten Zustimmung“ im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen aus der Perspektive des älteren Menschen. *Pflege* 14, 29–37.

- Schulz, R. (1976). Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 563-573.
- Southwell, M. T., & Wistow, G. (1995). Sleep in hospitals at night. Are patients' needs being met? *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1101-1109.
- Statistisches Bundesamt. (2007). *PFLEGESTATISTIK 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung –Deutschlandergebnisse*.
- Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A. & Choudhary, R. (2004). *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century. A Once-in-a-Lifetime Opportunity*. Report to The Center for Health Design for the Designing the 21st Century Hospital Project. (<http://www.rwjf.org/files/publications/other/RoleofthePhysicalEnvironment.pdf> abgerufen am 29.11.2007)
- van de Glind, I., de Roode, S., & Goossensen, A. (2007). Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review. *Health Policy*, 84, (2-3), 153-161.
- van der Ploeg, H. M. (1988). Stressful medical events. A survey of patients' perceptions. In S. Maies, C. D. Spielberger, P. B. Defares & I. G. Sarason (Eds.), *Topics in Health Psychology* (pp. 193-203).
- Volicer, B., Isenberg, M.A., & Burns, M.W. (1977). Medical-surgical differences in hospital stress factors. *Journal of Human Stress*, 3, 3-14.
- Widmer, W. (2005). Plädoyer für den Standard „Einbettzimmer“. *H-Competence*, 6.
- Wiltzius, F., Gambert, S. & Duthie, E. (1981). Importance of resident placement within a skilled nursing facility. *Journal of American Geriatrics Society*, 29, 418 – 421.
- Yinnon, A. M., Ilan, Y., Tadmor, B., Altarescu, G., & Hershko, C. (1992). Quality of sleep in the medical department. *British Journal of Clinical Practice*, 46(2), 88-91.



Herausgeber:

Institut für Psychogerontologie  
Universität Erlangen-Nürnberg

Nägelsbachstr. 25  
91052 ERLANGEN, GERMANY

Telefon:  
+49 9131 85-26526  
Telefax:  
+49 9131 85-26554

E-Mail:  
[psycho@geronto.uni-erlangen.de](mailto:psycho@geronto.uni-erlangen.de)

[www.geronto.uni-erlangen.de](http://www.geronto.uni-erlangen.de)